

DITS - EVB

HANDLEIDING

Diagnostisch Interview
Trauma en Stressoren
- Ernstige Verstandelijke
Beperking



Annemieke Hoogstad

Liesbeth Mevissen

Ad de Jongh

Robert Didden



DITS-EVB

AUTEURS: Annemieke Hoogstad, Liesbeth Mevissen,
Ad de Jongh, Robert Didden

UITGEVER: Stichting Eemhart

ONTWERP: Bombay Ink

VERSIE 1 (JUNI 2026)

Deze uitgave is mede mogelijk gemaakt door het
Zorgondersteuningsfonds.

Dit werk valt onder de
Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0-licentie:
delen is toegestaan met naamsvermelding,
uitsluitend voor niet-commercieel gebruik en zonder
inhoudelijke aanpassing.

INHOUD

VOORWOORD	4
1. INLEIDING	5
2. ONDERZOEK NAAR DE DITS-EVB	6
3. VAN DITS-LVB NAAR DITS-EVB	8
3.1 Ontwikkelproces van de DITS-EVB	8
3.2 Aanpassingen	8
3.3 Meeleesrondes	9
4. AFNAME VAN DE DITS-EVB	10
4.1 Kwalificaties van de interviewer	10
4.2 Bij wie wordt de DITS-EVB afgenomen	10
4.3 Instructies voor het afnemen van de DITS-EVB	10
4.3.1 Algemeen	10
4.3.2 Traumatische en stressvolle gebeurtenissen	11
4.4 Instructies voor online afname van de DITS-EVB	13
5. SCORING VAN DE DITS-EVB	14
6. DITS-EVB VOOR VERVOLGMETINGEN	16
7. DITS-EVB: TOEPASSING IN DE PRAKTIJK	16
7.1 Gebruik van de DITS-EVB bij verwanten of begeleiders	16
7.2 De DITS-EVB als basis voor behandeling van trauma- en stressorge-relateerde klachten	17
7.3 De DITS-EVB als hulpmiddel bij de EMDR-verhalenmethode	18
SLOTBESCHOUWING	19
OVER DE AUTEURS	20
8. LITERATUUR	21

VOORWOORD

Voor u ligt de handleiding van het Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren - Ernstige Verstandelijke Beperking (DITS-EVB). Dit klinisch interview maakt het mogelijk een posttraumatische stressstoornis (PTSS) vast te stellen bij mensen met een ernstige of matige verstandelijke beperking (VB¹) (IQ < 50; ernstige beperkingen in het adaptief adaptief en cognitief functioneren), volgens de DSM-5-TR-criteria voor kinderen van zes jaar en jonger (American Psychiatric Association, 2022). De DITS-EVB is een aangepaste versie van de ouderversie van de DITS-LVB (Mevisen e.a., 2018) en wordt afgenomen bij een informant die de persoon goed kent, zoals een verwant, professionele begeleider of andere verzorger. Mensen met een zeer ernstige VB zijn niet meegenomen in de validatiestudies van de DITS-EVB, en enkele items sluiten mogelijk niet goed bij hen aan. Toch kan de DITS-EVB bij deze groep worden afgenomen omdat de DSM-5-TR PTSS-criteria ≤ 6 jaar naar verwachting ook aansluiten bij het cognitieve ontwikkelingsniveau van mensen met een zeer ernstige VB.

Binnen de DSM-5-TR valt PTSS onder de psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. De DITS-EVB beperkt zich niet uitsluitend tot gebeurtenissen en klachten die kenmerkend zijn voor PTSS. Zo omvat de gebeurtenissensectie niet alleen gebeurtenissen die voldoen aan het A-criterium (trauma's, zoals confrontaties met een onnatuurlijke dood, ernstige verwondingen of seksueel/fysiek geweld), maar ook een breed scala aan andere ingrijpende stressvolle gebeurtenissen (stressoren), waaronder pesterijen, uithuisplaatsing en belastende medische onderzoeken of behandelingen. Hierdoor sluit de DITS-EVB goed aan bij het brede spectrum van trauma- en stressorgerelateerde stoornissen in de DSM-5-TR.

De DITS-EVB bestaat uit een onderdeel waarin traumatische en stressvolle gebeurtenissen worden uitgevraagd en een onderdeel waarin wordt gevraagd naar klachten (symptomen) die hierdoor zijn ontstaan. Tot slot wordt vastgesteld in welke mate het dagelijks functioneren van de persoon door de meegemaakte gebeurtenissen wordt belemmerd: de interferentiescore. Als uit de DITS-EVB blijkt dat traumabehandeling geïndiceerd is, kan de tijdlijn (het visuele resultaat van de gebeurtenissensectie) dienen als basis voor de behandeling.

Bij de DITS-EVB hoort de 'DITS-EVB Vervolgmeting', bedoeld om klachten die gerelateerd zijn aan de eerder vastgestelde gebeurtenissen op een later moment opnieuw te beoordelen, bijvoorbeeld om het effect van een behandeling te evalueren. In de vervolgmeting is het onderdeel waarin de gebeurtenissen worden uitgevraagd weggelaten. Wel is de vraag toegevoegd of er tussentijds nieuwe trauma's of stressoren hebben plaatsgevonden.

In de afgelopen jaren is het interview gevalideerd voor mensen met een ernstige of matige VB (zie Hoogstad e.a., 2024a,c, 2026a). Uit dit onderzoek blijkt dat de DSM-5-TR PTSS-criteria voor jonge kinderen grotendeels passen bij deze doelgroep. Er waren geen aanwijzingen dat zogenoemde atypische symptomen extra informatie bieden over de aanwezigheid van PTSS. Wel blijken mensen met een ernstige of matige VB soms PTSS-symptomen te vertonen die onder de criteria voor oudere kinderen en volwassenen vallen en niet onder die voor jonge kinderen. In de praktijk zijn positieve ervaringen opgedaan met het gebruik van de DITS-EVB bij zowel verwanten als professionele begeleiders. De informatie van beide typen informanten vult elkaar doorgaans goed aan, en de tijdlijn biedt een duidelijk overzicht van wat mensen met een ernstige of matige VB hebben meegemaakt. Deze handleiding beschrijft de aanleiding en ontwikkeling van de DITS-EVB, hoe het instrument is onderzocht en op welke manier het dient te worden afgenomen.

1. 'Verstandelijke beperking' wordt in deze handleiding afgekort als 'VB'.

1. INLEIDING

Terwijl er in de afgelopen vijftien jaar veel expertise ontwikkeld is om traumagerelateerde stoornissen te herkennen en te behandelen bij mensen met een lichte VB of zwakbegaafdheid, was er tot enkele jaren geleden nauwelijks kennis over trauma bij mensen met een ernstige of matige VB. In een review van Mevissen en De Jongh (2010) over het voorkomen, diagnosticeren en behandelen van PTSS bij mensen met een VB bleek dat er toen nog weinig onderzoek beschikbaar was. De auteurs vonden wel aanwijzingen dat mensen met een VB een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van PTSS ten opzichte van mensen zonder VB. Destijds waren er geen betrouwbare en gevalideerde diagnostische instrumenten voor deze doelgroep, waardoor het onbekend was hoe vaak PTSS bij hen voorkwam. Zij schreven dit deels toe aan onvoldoende kennis bij zorgprofessionals en verwanten en aan 'diagnostic overshadowing', waarbij PTSS-symptomen worden geïnterpreteerd als kenmerken van de VB zelf. In de jaren daarna is de internationale aandacht voor PTSS bij mensen met een VB toegenomen en zijn er meer studies uitgevoerd. Deze studies betroffen echter vooral mensen met een lichte VB of zwakbegaafdheid. Met name voor mensen met een ernstige VB, maar ook voor mensen met een matige VB, bleef onderzoek achter en ontbrak een valide en betrouwbaar diagnostisch instrument om PTSS bij hen te classificeren (Hoogstad e.a., 2025). Echter, ook deze mensen worden geconfronteerd met ingrijpende gebeurtenissen en kunnen als gevolg daarvan traumagerelateerde klachten ontwikkelen en een effectieve behandeling nodig hebben.

Vanuit een behoefte aan meer kennis binnen het werkveld is in 2021 de eerste versie van de DITS-EVB (Mevissen e.a., 2021) ontwikkeld als diagnostisch instrument om PTSS te kunnen vaststellen bij mensen met een ernstige of matige VB zodat ook zij traumagerichte behandeling en begeleiding kunnen krijgen en onnodig langdurende lijdensdruk voorkomen kan worden. Hiervoor pasten we de ouderversie van de DITS-LVB (Mevissen e.a., 2018) aan die psychometrisch goed was onderbouwd (Mevissen e.a., 2016). We kozen voor de ouderversie, omdat mensen met een ernstige of matige VB (zeer) beperkt over hun ervaringen kunnen vertellen en informatie meestal via anderen moet worden verkregen. Een andere reden om de ouderversie van de DITS-LVB als uitgangspunt te nemen is dat in de DITS-

LVB de DSM-5-TR². PTSS-criteria voor kinderen van zes jaar en jonger zijn meegenomen. Deze criteria sluiten het beste aan bij het cognitieve ontwikkelingsniveau van mensen met een ernstige of matige VB.

De DITS-EVB is ontwikkeld en gevalideerd binnen het promotieonderzoek van Annemieke Hoogstad naar de diagnostiek en behandeling van PTSS bij mensen met een ernstige of matige VB. Het onderzoek is uitgevoerd binnen Stichting Eemhart in samenwerking met de Radboud Universiteit te Nijmegen. Met de DITS-EVB kan PTSS worden geclassificeerd volgens de DSM-5-TR ≤ 6 jaar-criteria (American Psychiatric Association, 2022). Het interview brengt aan de hand van informatie van een informant, zoals een verwant, professionele begeleider of andere verzorger, zowel traumatische als stressvolle gebeurtenissen in kaart, vraagt naar symptomen die hieruit kunnen voortkomen en onderzoekt hoe ernstig en hoe langdurig deze klachten zijn.

Hoewel de DITS-EVB primair bedoeld is om op betrouwbare wijze een PTSS-classificatie te onderzoeken, benadrukt de naam ('trauma en stressoren') ook de aansluiting bij het brede DSM-5-TR-cluster van trauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Het interview brengt namelijk een breder scala aan ingrijpende gebeurtenissen in kaart dan gebeurtenissen die voldoen aan het A-criterium voor PTSS. Bovendien worden niet alleen PTSS-symptomen in kaart gebracht, maar ook andere klachten, oftewel atypische symptomen, die na het meemaken van traumatische en stressvolle gebeurtenissen kunnen zijn ontstaan.

In hoofdstuk 2 bespreken we het valideringsonderzoek naar de DITS-EVB en de belangrijkste bevindingen ervan. Hoofdstuk 3 beschrijft de aanpassingen die zijn gedaan bij de omvorming van de ouderversie van de DITS-LVB tot de DITS-EVB. In hoofdstuk 4 en 5 geven we richtlijnen voor de interviewer bij de afname en scoring van de DITS-EVB, evenals de toepassingsmogelijkheid voor een online afname. Vervolgens lichten we in hoofdstuk 6 het gebruik van de 'DITS- EVB vervolgmeter' toe. In hoofdstuk 7 gaan we in op hoe de DITS-EVB in de praktijk kan worden gebruikt.

2. Ten tijde van de ontwikkeling van de DITS-EVB was de herziene versie van de DSM-5, de DSM-5-TR, nog niet beschikbaar. Omdat de criteria van beide versies grotendeels overeenkomen en de DSM-5-TR de basis vormt voor de meest recente versie van de DITS-EVB, wordt in de handleiding steeds verwezen naar de DSM-5-TR.

2. ONDERZOEK NAAR DE DITS-EVB

In het kader van de ontwikkeling van de DITS-EVB zijn de psychometrische eigenschappen van de DITS-EVB eerst verkend in twee pilotstudies: één bij 26 volwassenen (Hoogstad e.a., 2024a) en één bij 15 kinderen (Hoogstad e.a., 2024c) met een ernstige of matige VB. Vervolgens werden de betrouwbaarheid en validiteit onderzocht in een grotere groep van 97 volwassenen (Hoogstad e.a., 2026a). In alle studies werd, wanneer mogelijk, de DITS-EVB bij zowel een verwant als een professionele zorgverlener (begeleider) afgenomen. In de eerste pilotstudie (Hoogstad e.a., 2024a) namen we de DITS-EVB af bij verwanten en begeleiders van 26 volwassenen (11 mannen en 15 vrouwen). Negentien volwassenen hadden een ernstige en zeven een matige VB. Al deze volwassenen woonden bij Stichting Amerpoort (nu Stichting Eemhart), een zorginstelling voor mensen met een VB in het midden van Nederland. Hun gemiddelde leeftijd was 41,3 jaar (range: 20-71; $SD = 15,6$). Er deden 25 verwanten mee (10 moeders, 5 vaders, 7 broers/zussen en 3 pleegmoeders) en 26 professionele begeleiders. De verwanten kenden de persoon met een ernstige of matige VB gemiddeld 40 jaar ($SD = 15,3$) en zagen hem/haar gemiddeld 14,7 uur per week ($SD = 17,3$). Begeleiders kenden de persoon met een ernstige of matige VB gemiddeld 6,8 jaar ($SD = 6,4$) en zagen hen gemiddeld 18,8 uur per week ($SD = 9,4$). Vanwege de COVID-19 maatregelen werden de interviews online afgenomen door getrainde interviewers. Alle interviews werden op video opgenomen om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te kunnen bepalen. Vanwege technische problemen kon deze bij zes interviews niet bepaald worden. Een onafhankelijke tweede beoordelaar scoorde opnieuw de overige 45 interviews item voor item. Hierbij berekenden we zowel Cohen's kappa als het percentage van overeenstemming. De betrouwbaarheid voor de PTSS-classificatie (aanwezig/afwezig) was goed ($\kappa = .73$; overeenstemming = 93%; Cicchetti, 1994) en voor het overgrote deel van de gebeurtenis- en symptoomitems goed tot uitstekend ($\kappa = .60-1.00$; overeenstemming = 73-100%). Het A-criterium had een goede tot uitstekende betrouwbaarheid ($\kappa = .66-1.00$; overeenstemming = 84-100%). Voor geen van de verwanten en begeleiders vormde de online afname een probleem. Hoewel het bespreken van traumatische en stressvolle gebeurtenissen voor enkele verwanten emotioneel belastend was, konden alle DITS-EVB interviews volledig worden afgenomen.

In de tweede pilotstudie (Hoogstad e.a., 2024c) namen we de DITS-EVB af bij vijftien moeders van zeven meisjes en acht jongens tussen 9 en 17 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 13,1 jaar ($SD = 2,7$). Dertien kinderen hadden een ernstige en twee een matige VB. Negen kinderen woonden in een instelling, bij hen werd ook een professionele begeleider geïnterviewd. De begeleiders kenden het kind gemiddeld 1,2 jaar ($SD = 2,4$) en hadden gemiddeld 27,8 uur ($SD = 4,7$) per week contact met het kind. De moeders kenden hun kind uiteraard levenslang ($M = 14,2$ jaar; $SD = 2,7$) en besteedden gemiddeld 19,8 uur per week ($SD = 18,3$) aan directe zorg en contact. Twee getrainde interviewers scoorden onafhankelijk van elkaar, item voor item alle 24 interviews. De betrouwbaarheid voor de PTSS-classificatie was uitstekend ($\kappa = 1.00$; overeenstemming = 100%). Voor de gebeurtenis- en symptoomitems was de betrouwbaarheid goed tot uitstekend ($\kappa = .60-1.00$; overeenstemming = 79-100%). Voor het A-criterium was de betrouwbaarheid eveneens uitstekend ($\kappa = .83-1.00$; overeenstemming = 88-100%). Ook in deze studie konden alle interviews in het geheel worden afgenomen.

Vervolgens werd de DITS-EVB onderzocht in een groep van 97 volwassenen met een ernstige (49 volwassenen) of matige (48 volwassenen) VB (Hoogstad e.a., 2026a), waarvan 47 vrouwen en 50 mannen, met een gemiddelde leeftijd van 41,3 jaar (range 18-90; $SD = 17,4$). Zij woonden in verschillende Nederlandse instellingen voor mensen met een VB. Tachtig deelnemers hadden ten minste één bijkomende diagnose (waaronder een autismespectrumstoornis, epilepsie, syndroom van Down, syndromen zoals Rett of Dravet en visuele beperkingen). Voor 19 mensen kon er geen verwant deelnemen. Bij drie van deze mensen nam een mentor deel die de persoon jarenlang kende (range 15-56). De groep van 81 verwanten bestond uit 38 moeders, 10 vaders, 21 broers of zussen, 2 tantes, 2 schoonzussen, 1 pleegmoeder, 1 stiefmoeder en 3 mentoren. Op diens verzoek werden drie interviews gelijktijdig met twee verwanten afgenomen (twee keer met een moeder en een vader, en één keer met een moeder en een nicht). De verwanten waren gemiddeld 38,2 jaar ($SD = 17,0$; range 15-76) betrokken bij het leven van de persoon met een ernstige of matige VB en hadden gemiddeld 8,6 uur ($SD = 11,4$; range 0-72) per week contact met de persoon met een ernstige of matige VB. In totaal namen 96 professionele begeleiders deel. Zij kenden de persoon met een ernstige of matige VB gemiddeld 6,1 jaar ($SD = 16,9$; range 0.5-34) en hadden gemiddeld 21,2 uur ($SD = 11,4$; range 3-40) per week contact. Dertig procent van de interviews (23

met verwanten; 30 met begeleiders) werd opnieuw onafhankelijk beoordeeld door zeven getrainde onderzoekers. Hiervoor berekenden we Gwet's AC1, omdat Cohen's kappa bij scheve verdelingen misleidend laag kan zijn. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was uitstekend voor zowel de PTSS-classificatie ($\kappa = .79$ voor verwanten; $\kappa = 1.00$ voor begeleiders) als voor het A-criterium (Gwet's $\kappa = 1.00$ voor verwanten; $\kappa = .87$ voor begeleiders). Alle waarden voor gebeurtenis- en symptoomitems lagen boven .60, wat wijst op een goede tot uitstekende betrouwbaarheid.

In alle drie de studies werd de convergente validiteit ondersteund door een sterke, positieve samenhang tussen DITS-EVB PTSS-symptomen en PTSS-symptomen gemeten met de Kind en Jeugd Trauma Screener 3-6 jaar (Kooij & Lindauer, 2019), en door een matige tot sterke, positieve samenhang met probleemgedrag gemeten met de Aberrant Behavior Checklist (Aman e.a., 1985).

Hieronder staan de belangrijkste bevindingen uit de studie bij 97 volwassenen met een ernstige of matige VB wat betreft de inhoudsvaliditeit en hoe PTSS zich uit:

- Mensen die voldeden aan de PTSS-symptoomcriteria ervoeren volgens de informant gemiddeld een hogere dagelijkse lijdensdruk (gemeten met de thermometer-score van de DITS-EVB) dan mensen die hieraan niet voldeden.
- Bij mensen die voldeden aan de PTSS-symptoomcriteria rapporteerden informanten gemiddeld meer traumatische en stressvolle gebeurtenissen. Dit sluit aan bij het zogeheten cumulatieve effect van trauma's en stressoren: meerdere ingrijpende gebeurtenissen kunnen elkaar in hun impact versterken, waardoor de kans op het ontwikkelen van PTSS toeneemt (Kira e.a., 2021).
- Mensen die voldeden aan het DSM-5-TR A-criterium voldeden niet vaker aan de PTSS-symptoomcriteria dan mensen die niet aan het A-criterium voldeden. Dit kan deels komen door onderrapportage van A-criterium gebeurtenissen: mensen met een ernstige of matige VB kunnen niet altijd vertellen wat zij hebben meegemaakt, waardoor sommige trauma's mogelijk onbekend zijn bij de informant en dus niet worden genoemd tijdens een DITS-EVB afname. Anderzijds leiden mogelijk ook stressvolle gebeurtenissen die niet aan het

A-criterium voldoen bij deze doelgroep tot PTSS-symptomen. Voorbeelden hiervan zijn ingrijpende medische behandelingen of onderzoeken.

- De DSM-5-TR ≤ 6 jaar symptoomcriteria lijken over het algemeen toepasbaar, maar sluiten waarschijnlijk niet helemaal aan bij mensen met een ernstige of matige VB. Twee van de meest gerapporteerde PTSS-symptomen (zelfverwonding en minder vertrouwen in anderen) vallen namelijk niet binnen deze criteria, terwijl deze wel zijn opgenomen binnen de criteria voor oudere kinderen en volwassenen.
- Hoewel de psychometrische eigenschappen vergelijkbaar waren voor verwanten en begeleiders, was de overeenstemming over de aanwezigheid van een PTSS-classificatie laag. Dit is niet ongebruikelijk, omdat verschillende informanten andere aspecten van klachten en functioneren waarnemen (De Los Reyes et al., 2013). Deze verschillen kunnen elkaar aanvullen in het diagnostisch proces.
- Voordat de DITS-EVB werd afgenomen, werd aan de betrokken gedragsdeskundige gevraagd welke diagnoses bij de persoon met een ernstige of matige VB waren gesteld. Bij geen van de mensen met een ernstige of matige VB werd PTSS genoemd, terwijl in de studie bij 97 volwassenen 20% volgens ten minste één van de twee informanten een PTSS-classificatie op basis van de DITS-EVB had. Ter vergelijking: het ooit in het leven voorkomen van PTSS bij mensen zonder een VB ligt op 11% (Hoeboer e.a., 2025) en bij mensen met een lichte VB of zwakbegaafdheid waren de percentages op basis van DITS-LVB-afnames 38-58% (Mevissen e.a., 2020; Versluis e.a., 2025). Er zijn echter mogelijk symptomen en traumatische gebeurtenissen gemist in het onderzoek bij 97 volwassenen met een ernstige of matige VB. Vanwege hun beperkte verbale utingsvaardigheden, kunnen zij niet alles wat ze hebben meegemaakt of ervaren aan klachten delen. Daarnaast zijn vooral internaliserende symptomen, zoals herbelevingen (criterium B) en vermijding of negatieve veranderingen in cognitie en stemming (criterium C), lastig waar te nemen voor zowel verwanten als begeleiders (Kildahl e.a., 2020; Rittmannsberger e.a., 2019).

3. VAN DITS-LVB NAAR DITS-EVB

3.1 ONTWIKKELPROCES VAN DE DITS-EVB

Tijdens het ontwikkelproces van de DITS-EVB zijn twee rondes van aanpassingen doorgevoerd: één in 2021, vóór het onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid, en één in 2025, na afronding daarvan. De aanpassingen in de eerste ronde in 2021, waarin de ouderversie van de DITS-LVB werd aangepast voor mensen met een ernstige of matige VB, vonden plaats op basis van de volgende stappen (zie ook Hoogstad e.a., 2024a):

1. Elf gedragsdeskundigen met minimaal twee jaar ervaring in traumabehandeling van mensen met een ernstige of matige VB vulden een vragenlijst in om te bepalen in hoeverre elk item van de ouderversie van de DITS-LVB toepasbaar is voor deze mensen. Daarnaast werd met een open vraag gevraagd welke gebeurtenissen en symptomen zij misten;
2. Gebeurtenissen en PTSS-symptomen uit diagnostische instrumenten (niet ouder dan 20 jaar) voor het classificeren of screenen van PTSS bij kinderen van 6 jaar en jonger werden bekeken en de overeenkomsten en verschillen werden geanalyseerd;
3. Op basis van bovenstaande twee stappen, literatuur en de klinische ervaring van de auteurs werd beoordeeld of items aangepast of toegevoegd moesten worden.

De aanpassingen omvatten onder andere herformulering van een aantal items, toevoeging van een gebeurtenis- en symptoomitem en een open symptoomitem. Er werden destijds geen items verwijderd, omdat eerst onderzocht moest worden of bepaalde items zeer weinig werden gerapporteerd. In 2025 volgde een tweede aanpassingsronde naar aanleiding van de resultaten van de validatiestudie bij 97 mensen en de ervaringen van de onderzoekers die de DITS-EVB afnamen. Dit resulteerde in de toevoeging van twee gebeurtenisitems, verdere herformuleringen en het verwijderen van enkele items.

3.2 AANPASSINGEN

De volgende aanpassingen zijn in de DITS-EVB ten opzichte van de ouderversie van de DITS-LVB doorgevoerd:

- Een aantal items is anders geformuleerd om deze beter te laten aansluiten bij mensen met een ernstige of matige VB. Deze aanpassingen betroffen met name items over de leefomgeving (bijvoorbeeld het toevoegen van “dagbesteding” naast “school” of “werk”). Daarnaast is bij een aantal gebeurtenissen toegevoegd: “Of heeft (naam) gezien of gehoord dat dit een ouder of verzorger is overkomen?”. De DSM-5-TR PTSS ≤ 6 jaar criteria benadrukken namelijk dat het zien of horen dat een primaire verzorger dergelijke gebeurtenissen heeft meegemaakt juist bij jonge kinderen traumatiserend kan zijn. Voor mensen met een ernstige of matige VB, die sterk afhankelijk zijn van ouders, familieleden en professionele zorgverleners, geldt dit evenzeer.
- Twee gebeurtenissen werden toegevoegd. Omdat medische aandoeningen zoals reflux, epilepsie, spasticiteit of slikstoornissen vaak voorkomen bij mensen met VB, en vaak ernstiger zijn naarmate de VB ernstiger is (Folch e.a., 2019), voegden we een gebeurtenis toe die verwijst naar dergelijke aandoeningen. Daarnaast voegden we een gebeurtenis toe over het voorgoed weggaan van een vertrouwde begeleider of het meemaken van veel wisselingen in vertrouwde verzorgers (Friedman, 2021). Mensen met een ernstige of matige VB zijn sterk afhankelijk van vaste verzorgers en wonen vaak in een residentiële setting, waardoor dergelijke veranderingen zeer ingrijpend kunnen zijn.
- Drie gebeurtenissen zijn inhoudelijk aangepast. (1) Omdat mensen met een ernstige of matige VB nauwelijks in gevangenispopulaties voorkomen (Edberg e.a., 2022; Hellenbach e.a., 2017), wijzigden we het item “Heeft (naam) ooit in de gevangenis gezeten of heeft iemand die hij/zij heel goed kent in de gevangenis gezeten?” in: “Heeft iemand die (naam) heel goed kent in de

gevangenis gezeten?”. (2) Het meemaken van een situatie waarin een persoon met een ernstige of matige VB zelf fysiek agressief gedrag vertoonde (zoals iemand aanvallen) komt relatief vaak voor binnen deze doelgroep (Bowring e.a., 2017). Omdat er in de bestaande items niet expliciet naar werd gevraagd én zo’n gebeurtenis een aantal keer genoemd is bij het open gebeurtenis-item, voegden we aan item 10 (“Heeft (naam) ooit gezien dat iemand werd bedreigd of mishandeld (slaan, trappen, schieten, steken, bij de keel grijpen?)”) toe: “Of heeft (naam) ooit zelf iemand fysiek aangevallen?” (3) Aan item 9 voegden we het volgende toe (zie cursieve tekst): “Heeft iemand ooit iets anders met (naam) gedaan of (naam) tot iets gedwongen wat hij/zij echt niet wilde, *denk bijvoorbeeld aan het meemaken van een fysieke fixatie?* Of heeft (naam) gezien of gehoord dat dit iemand anders is overkomen?”

- Mensen met een ernstige of matige VB verschillen in hun mogelijkheden om aan te kunnen geven wat er in hen omgaat. Daarom voegden we bij items waarvoor enige communicatieve vaardigheid nodig is, toe: “Indien (naam) dit aan kan geven...” of, bij één item: “Indien (naam) kan praten...”. Dit betreft de volgende items (waarvan de eerste drie meetellen voor DSM-5-TR PTSS ≤ 6 jaar (in het schuin staan de toevoegingen):
 - **Item 34:** “Indien (naam) dit aan kan geven, klaagt (naam) vaak over gedachten aan één of meerdere gebeurtenissen die hij/zij niet wil hebben?”
 - **Item 36:** “Indien (naam) dit aan kan geven, klaagt (naam) over stemmen in zijn/haar hoofd die met de gebeurtenissen te maken hebben?”
 - **Item 46:** “Indien (naam) kan praten, doet (naam) erg zijn/haar best om niet over de gebeurtenissen te praten?”
 - **Item 47:** “Indien (naam) dit aan kan geven, kan (naam) zich sommige belangrijke dingen van de gebeurtenissen niet meer herinneren en lijkt het alsof ze uit zijn/haar geheugen verdwenen zijn?”
 - **Item 53:** “Indien (naam) dit aan kan geven, merkt u dat (naam) sinds de gebeurtenissen vaker negatieve dingen over zichzelf denkt, bijvoorbeeld dat hij/zij een slecht mens is of dat hij/zij niet de moeite waard is?”

Hoewel item 47 en 53 niet meetellen voor een DSM-5-TR PTSS ≤ 6 jaar-classificatie, zijn zij in de DITS-EVB behouden omdat informanten deze items in de studie bij 97 mensen met een ernstige of matige VB regelmatig met “ja” beantwoordden.

- Het item “Doet (naam) erg zijn/haar best om niet aan de gebeurtenissen te denken?” is verwijderd. Het item meet een internaliserend cognitief vermijdingsproces dat zich nauwelijks vertaalt in observeerbaar gedrag. Hierdoor is het voor informanten moeilijk om dit symptoom te beoordelen. In de validatiestudie werd het item relatief vaak met “weet niet” beantwoord. Bovendien telt het item niet mee voor de DSM-5-TR-criteria voor PTSS bij kinderen ≤ 6 jaar.
- Het item “Merkt u dat (naam) het gevoel heeft dat de toekomst hem/haar weinig zal brengen?” is verwijderd. Het item vereist een vorm van toekomst-denken en zelfreflectie die voor mensen met een ernstige of matige VB niet realistisch of haalbaar is. In de validatiestudie noemden informanten het item weinig, vooral bij mensen met een ernstige VB. Bovendien telt dit item niet mee voor een PTSS-classificatie volgens de DSM-5-TR ≤ 6 jaar-criteria.
- Het open symptoomitem is verwijderd. De meeste genoemde klachten vielen onder bestaande items, terwijl de enkele antwoorden die niet onder andere items van de DITS-EVB ondergebracht konden worden, slechts één keer werden genoemd.

3.3 MEELEESRONDES

De DITS-EVB (handleiding, interview en scoreformulier) is meegelezen door acht orthopedagogen (generalist) dan wel (GZ-) psychologen en één psychodiagnostisch werker. Deze professionals hadden ervaring in de diagnostiek en/of behandeling van PTSS bij mensen met een ernstige of matige VB, of beschikten over meer algemene ervaring in het werken met hen. Daarnaast is de DITS-EVB meegelezen door een communicatie- en een beleidsmedewerker. De betrokken professionals beoordeelden of de handleiding begrijpelijk was en of de instructies duidelijk en uitvoerbaar waren.

4. AFNAME VAN DE DITS-EVB

4.1 KWALIFICATIES VAN DE INTERVIEWER

De DITS-EVB is bedoeld voor professionele hulpverleners met een diagnostische bevoegdheid en kennis van psychopathologie, zoals een basispsycholoog, psychodiagnostisch werker, orthopedagoog (generalist), kinder- en jeugdpsycholoog, GZ-psycholoog, klinisch (neuro) psycholoog of psychiater. Het is van belang dat de interviewer een training heeft gevolgd in de afname van het interview conform de handleiding of het interview afneemt onder supervisie van een getrainde en ervaren interviewer die feedback geeft op de afname en scoring van het interview. Het vraagt oefening om het interview vlot af te nemen (binnen één uur) en tegelijkertijd de richtlijnen te volgen, zonder dat de geïnterviewde persoon emotioneel ontregeld raakt. Zonder training is de kans bijvoorbeeld groot dat de interviewer irrelevante details over gebeurtenissen uitvraagt en niet vraagt naar de specifieke informatie die nodig is om te kunnen beoordelen of er aan de DSM-5-TR criteria voor een traumatische gebeurtenis wordt voldaan. Een interviewer die de DITS-EVB alleen gebruikt als basis voor een traumabehandeling (zie Hoofdstuk 7) kan andere accenten leggen dan een interviewer die als primair doel heeft om te onderzoeken of er sprake is van PTSS volgens de DSM-5-TR.

4.2 BIJ WIE WORDT DE DITS-EVB AFGENOMEN

Omdat mensen met een ernstige of matige VB (zeer) beperkt in staat zijn te vertellen over hun ervaringen en gevoelens, wordt de DITS-EVB afgenomen bij een persoon die de cliënt goed kent. Op die manier wordt een zo volledig mogelijk beeld verkregen van ingrijpende gebeurtenissen en de daarmee samenhangende klachten in het dagelijks leven. Bij voorkeur neemt de interviewer de DITS-EVB bij zowel een verwant (zoals ouders, broers of zussen) als een professionele begeleider af. Professionele begeleiders kennen de levensgeschiedenis van de persoon met een ernstige of matige VB vaak vooral vanuit het dossier, waarin iemands traumageschiedenis echter lang niet altijd

expliciet wordt beschreven. Tegelijkertijd maken professionele begeleiders de persoon met een ernstige of matige VB doorgaans in een andere context mee dan verwanten, waardoor zij andere gebeurtenissen of symptomen waarnemen dan verwanten. De informatie van verwanten en begeleiders vult elkaar daarom aan. Met de DITS-EVB wordt zo een overzicht verkregen van de ingrijpende gebeurtenissen waarvan de verwanten of begeleiders weten dat de persoon met een ernstige of matige VB ze heeft meegemaakt. Daarnaast wordt duidelijk welke klachten de persoon met een ernstige of matige VB daardoor in de ogen van de verwanten of begeleiders heeft ontwikkeld en in welke mate die klachten het functioneren van deze persoon belemmeren. De interviewer moet hierbij bedenken dat het voor een deel gaat om een *inschatting* van hoe de persoon met een ernstige of matige VB de klachten mogelijk ervaart. Bovendien is de informatie die met behulp van de DITS-EVB in kaart gebracht is mogelijk niet volledig, omdat de persoon met een ernstige of matige VB gebeurtenissen kan hebben meegemaakt waarvan verwanten of begeleiders geen weet hebben.

4.3 INSTRUCTIES VOOR HET AFNEMEN VAN DE DITS-EVB

4.3.1 Algemeen

Instructies aan de informant

De interviewer volgt de instructies zoals voorgeschreven en gebruikt bij voorkeur geen eigen formuleringen. Als de interviewer merkt dat de informant ondanks herhaling een vraag niet of verkeerd begrijpt, formuleert de interviewer de vraag op een andere manier. Bijvoorbeeld: een informant antwoordt op de vraag “Is (naam) ooit ergens op zijn/haar lichaam aangeraakt door iemand, terwijl hij/ zij dat echt niet wilde?” dat de persoon met een ernstige of matige VB door een groepsgeenoot aan de haren is getrokken. Zeg dan bijvoorbeeld: “Ik bedoel een ander soort aanraken. Heeft iemand (naam) wel eens

op een seksuele manier aangeraakt, terwijl hij/ zij dat echt niet wilde?”. Een ander voorbeeld van een vereenvoudiging is het opsplitsen van de vragen 17 en 18 in deelvragen. Vraag 17 (“Is (naam) ooit heel erg ziek geweest, heeft hij/zij in het ziekenhuis gelegen of akelige medische onderzoeken of behandelingen gehad, bijvoorbeeld door een dokter of een tandarts?”) wordt dan bijvoorbeeld: “Is (naam) ooit heel erg ziek geweest?”, “Heeft (naam) akelige onderzoeken of behandelingen gehad bij de dokter?”, “Heeft (naam) akelige onderzoeken of behandelingen gehad bij de tandarts?”. Gebruik het formulier ‘aanvulling gebeurtenissen DITS-EVB’ als er meerdere gebeurtenissen zijn (zie pag. 25 van het DITS-EVB interview).

Houding

De interviewer toont begrip voor eventuele emoties van degene die wordt geïnterviewd (bijvoorbeeld: “Ik snap dat dit vervelend voor u is”), maar blijft doorgaans zakelijk en neutraal tijdens het interview.

Antwoordcategorieën

De interviewer gebruikt de antwoordcategorie ‘anders’ als de informant antwoordt met: “Ik weet het niet” of “Dat heeft (naam) altijd al gehad” of “Dat kan (naam) niet omdat (naam) niet kan praten/ het niveau niet heeft” of een onduidelijk antwoord geeft. De interviewer noteert het antwoord.

De interviewer let bij symptoomvragen op nuanceringen over ernst of frequentie. Bijvoorbeeld items 34, 35 en 39 vragen of de persoon “vaak” last heeft van het betreffende symptoom. Als het antwoord is “Soms” of “Af en toe” dan kruist de interviewer ‘anders’ aan en noteert het antwoord. De interviewer kruist ‘ja’ aan als in de vraag niets staat over frequentie of ernst van het symptoom en de persoon antwoordt met “Soms”. In dit geval is het voldoende voor een ‘ja’ dat de persoon de klacht soms heeft. Is het antwoord “Vroeger wel maar nu niet meer” dan kruist de interviewer ‘anders’ aan en noteert het antwoord.

Als inleiding op het symptoomgedeelte zegt de interviewer dat het gaat om veranderingen sinds de gebeurtenissen. Dit kan verwarring geven bij personen die al vanaf de geboorte traumatische of stressvolle gebeurtenissen hebben meegemaakt. De interviewer vraagt dan bij de symptomen die de informanten herkennen of ze een samenhang vermoeden met wat de persoon met een ernstige of matige VB heeft meegemaakt en scoort op basis daarvan. Als het

geen duidelijk ‘ja’ of ‘nee’ is, scoort de interviewer ‘anders’ en noteert het antwoord (bijvoorbeeld “Ik weet het niet”).

Vraag 57 (“Merkt u dat (naam) sinds de gebeurtenissen niet meer blij zijn?”) kan verwarring oproepen vanwege de ontkenning die erin zit. Als de informant zegt “(naam) kan nog wel blij zijn”, kruist de interviewer ‘nee’ aan.

De ‘anders’-antwoorden worden niet meegeteld bij de scoring maar kunnen wel klinisch relevante informatie geven. Bijvoorbeeld, als de persoon altijd al concentratieproblemen heeft gehad is er misschien sprake van AD(H)D.

4.3.2 Traumatische en stressvolle gebeurtenissen

Informatie verzamelen

Bij het onderdeel ‘Traumatische en stressvolle gebeurtenissen’ vraagt de interviewer eerst wát er is gebeurd. De interviewer probeert voldoende informatie te krijgen om te kunnen beoordelen of de gebeurtenis voldoet aan het A-criterium voor trauma volgens de DSM-5-TR (zie blz. 444; American Psychiatric Association, 2022). De interviewer houdt het zo kort mogelijk om te voorkomen dat de informant tijdens het interview te zeer van slag raakt door negatieve gevoelens die aan de herinnering aan een gebeurtenis verbonden kunnen zijn. De interviewer moet zich realiseren dat ook verwanten of verzorgers slachtoffer kunnen zijn geweest van dezelfde gebeurtenis(sen) of dat ze hebben gezien of gehoord wat de persoon met een ernstige of matige VB is overkomen, en dat zij geschokt kunnen zijn door diens reacties. De kans op ontregeling van verwanten of verzorgers is echter klein als de interviewer een zakelijke en neutrale houding aanneemt. De kans op ontregeling blijft bovendien klein wanneer de interviewer, indien de informant uitgebreid over de gebeurtenissen vertelt, aangeeft dat het tijdens de DITS-EVB-afname niet de bedoeling is om lang bij gebeurtenissen stil te staan om te voorkomen dat eventuele nare gevoelens te sterk naar boven komen.

Tijdslijn opbouwen

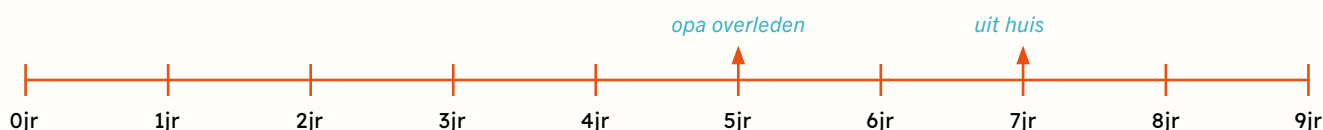
Vervolgens vraagt de interviewer hoe oud de persoon was toen de gebeurtenis plaatsvond en noteert de leeftijd. Dan laat de interviewer de ‘Tijdslijn gebeurtenissen’ zien. Het begin van de lijn representeert de geboorte. De interviewer zet aan het rechter uiteinde van de lijn de huidige leeftijd van de persoon met een ernstige of matige VB en verdeelt de lijn in stukken

van gelijke grootte. Het aantal stukken moet overeenkomen met de leeftijd van de persoon met een ernstige of matige VB. Als de persoon ouder is dan 25 jaar deelt de interviewer de lijn op in stukken van 5 jaar. De interviewer vraagt aan of overlegt met de informant welke naam de gebeurtenis krijgt. Vervolgens zet de interviewer de gebeurtenis op de juiste plaats op de tijdlijn. Als de informant niet precies weet hoe oud de persoon met een ernstige of matige VB was, vraagt de interviewer de informant om aan te

wijzen op welke plaats de gebeurtenis moet komen te staan. Zo nodig vraagt de interviewer naar de plaats op de lijn van een gebeurtenis in relatie tot een andere gebeurtenis, bijvoorbeeld "Wat is het eerst gebeurd: ... of...?" De interviewer zorgt ervoor dat de gebeurtenissen chronologisch geordend op de tijdlijn komen te staan. Als de informant niet weet in welke volgorde de gebeurtenissen plaatsvonden, schrijft de interviewer de gebeurtenis op het papier boven de tijdlijn zonder een verbinding met de tijdlijn te maken.

VOORBEELD 1

Jan is 9 jaar oud. Toen hij 5 jaar was stierf zijn opa en toen hij 7 jaar werd hij uit huis geplaatst.



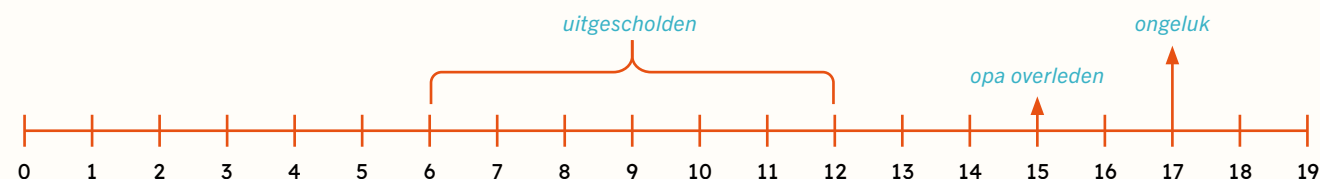
VOORBEELD 2

Marieke is 8 jaar oud. Ze heeft een ernstig ongeluk meegemaakt, haar moeder is overleden en ze heeft gezien hoe iemand met een mes gestoken werd. De informant kan niet aangeven hoe oud Marieke was toen deze dingen gebeurden, maar wel de volgorde waarin de gebeurtenissen plaatsvonden.



VOORBEELD 3

Peter is 19 jaar oud. Tussen zijn 6e en 12e levensjaar werd hij gepest (heel vaak uitgescholden). Toen hij 15 jaar was stierf zijn opa en toen hij 17 jaar was heeft hij een ongeluk meegemaakt.



VOORBEELD 4

Sabine is 38 jaar oud. Ze heeft een ernstig ongeluk gehad, haar moeder is overleden en ze heeft gezien hoe iemand met een mes werd gestoken. De informant kan niet aangeven hoe oud Sabine was toen deze voorvallen gebeurden, en weet ook niet wat het eerst is gebeurd.



Visuele ondersteuning

De interviewer gebruikt per gebeurtenis zo weinig mogelijk woorden zodat de tijdlijn overzichtelijk blijft en gaat telkens na of de informant het handschrift van de interviewer (of bij een digitale tijdlijn de woorden) kan lezen. Dit is van belang omdat de tijdlijn wordt gebruikt als visuele ondersteuning bij het uitvragen van de klachten en de duur van de symptomen.

Aanvulling gebeurtenissen

Als de informant bij een vraag uit zichzelf meerdere gebeurtenissen noemt (bijvoorbeeld omdat de persoon met een ernstige of matige VB meer dan eens een ongeluk heeft gehad, of meer dan eens is geconfronteerd met het overlijden van een dierbare), dan gebruikt de interviewer de bijlage 'Aanvulling gebeurtenissen DITS-EVB' en handelt elk van die gebeurtenissen achtereenvolgens af.

Eerder genoemd

Als de informant bij een vraag een passende gebeurtenis noemt die ook al bij een eerdere vraag is genoemd en door de interviewer is genoteerd, dan kruist de interviewer 'ja' aan en noteert: "Zie vraag (x)". Bijvoorbeeld: bij vraag 1 (open vraag) noemt de informant misbruik. Dan kruist de interviewer bij vraag 6 en/of 7 en/of 12 'ja' aan en noteert "Zie vraag 1". De interviewer vraagt bij de desbetreffende vraag/vragen of de persoon met een ernstige of matige VB andere soortgelijke gebeurtenissen heeft meegemaakt. Zo ja, dan noteert de interviewer deze op de bijlage 'Aanvulling gebeurtenissen DITS- EVB'.

4.4 INSTRUCTIES VOOR ONLINE AFNAME VAN DE DITS-EVB

De DITS-EVB kan ook online worden afgenomen via een beeldbelprogramma. In de eerdergenoemde validatiestudies naar de DITS-EVB (Hoogstad e.a., 2024a,c, 2026a) koos slechts een klein aantal informanten voor een live-afname. Een online afname vormde geen belemmering. De afname verloopt qua volgorde en instructies hetzelfde als bij een live-afname. Het belangrijkste verschil is dat de tijdlijn en de thermometer niet fysiek maar online worden ingevuld respectievelijk gedeeld. Het is aan te raden vooraf alle benodigde documenten te openen: het DITS-EVB-interview, een document om de tijdlijn in te maken en het thermometer-document. De interviewer plaatst het interview en het beeldbelprogramma naast elkaar op het

scherm, zodat deze zowel de informant als de vragen tegelijkertijd ziet (door beide vensters niet schermvullend te maken). Net als bij een live-afname ziet de informant de interviewvragen niet; hiervoor deelt de interviewer het scherm met het DITS-EVB-interview niet met de informant. Vrijwel alle beeldbelprogramma's bieden de mogelijkheid om afzonderlijke vensters te delen, maar de werking verschilt per programma. Het is daarom raadzaam dit vooraf in het betreffende programma te controleren.

Voor een digitale afname kan een tijdlijn worden gemaakt met behulp van digitale software, zoals een tekenprogramma of Word. Tijdens ons onderzoek (Hoogstad e.a., 2026a) is gekozen voor het gebruik van Word³. Als de informant een gebeurtenisitem met "Ja" beantwoordt en de interviewer heeft uitgevraagd wat er gebeurde, deelt de interviewer het deelvenster met de tijdlijn met de informant. De interviewer vult de leeftijd van de persoon met een ernstige of matige VB aan de rechterkant van de tijdlijn in. De gebeurtenis krijgt in overleg met de informant een naam en wordt op de juiste plek op de tijdlijn geplaatst. Betreft het een periode van gebeurtenissen, dan plaatst de interviewer deze, net als bij een live-afname, boven de tijdlijn. Vervolgens controleert de interviewer of de informant alles goed kan lezen. Daarna stopt de interviewer met het delen van het tijdlijn-deelvenster en gaat door naar de volgende gebeurtenisvraag.

Bij het uitvragen van de PTSS-symptomen (item 34 t/m 74) deelt de interviewer opnieuw het deelvenster met de tijdlijn en houdt deze voor de informant zichtbaar gedurende het uitvragen van de symptomen. In de instructie vóór item 34 legt de interviewer aan de informant uit dat de vragen betrekking hebben op alle gebeurtenissen op de tijdlijn, omdat deze niet zoals bij een 'live'-afname aangewezen kunnen worden. Na de eerste twee instructies bij item 75 (lijdensdruk) stopt de interviewer met het delen van de tijdlijn en deelt het deelvenster met de thermometer. Bij item 76 (het uitvragen van de start van de klachten) sluit de interviewer het deelvenster met de thermometer af en deelt het tijdlijn-deelvenster opnieuw met de informant.

3. Een sjabloon voor een digitale tijdlijn in Word is beschikbaar via de DITS-EVB-website van Stichting Eemhart.

5. SCORING VAN DE DITS-EVB

Hieronder staan de stappen die de interviewer achtereenvolgens uitvoert bij het invullen van het scoreformulier.

1. De interviewer bepaalt eerst of de persoon met een ernstige of matige VB één of meer gebeurtenissen heeft meegemaakt die voldoen aan het A-criterium voor PTSS 6 jaar en jonger. Op het scoreformulier staat het betreffende A-criterium op hoofdlijnen beschreven. Het A-criterium heeft betrekking op blootstelling aan een traumatische gebeurtenis waarbij sprake is van daadwerkelijke of dreigende dood, ernstig lichamelijk letsel of fysiek of seksueel geweld. Deze blootstelling kan verschillende vormen aannemen: het zelf meemaken van de gebeurtenis, het er getuige van zijn bij anderen, in het bijzonder de eerste verzorgers, of vernemen dat een dergelijke gebeurtenis een ouder of verzorger is overkomen. In de toelichting van de DSM-5-TR wordt het A-criterium toegelicht op p. 444-445. Seksueel trauma bijvoorbeeld omvat alle vormen van feitelijk of dreigend seksueel geweld of dwang, waaronder seksuele penetratie onder dwang, maar ook seksuele ervaringen zonder lichamelijk contact zoals gedwongen blootstelling aan pornografie of het tonen van geslachtsdelen. Bij kinderen kunnen ook seksuele ervaringen zonder direct lichamelijk geweld of letsel onder criterium A vallen, mits deze niet passend zijn bij het ontwikkelingsniveau. Pestervaringen vallen onder het A-criterium wanneer er sprake is van (dreigende) ernstige lichamelijke verwondingen of seksueel geweld. Een ernstige medische of lichamelijke aandoening kwalificeert niet automatisch als traumatische gebeurtenis; hiervan is alleen sprake wanneer het gaat om een acute, levensbedreigende situatie of medische ingrepen die gepaard gaan met intense angst, pijn, hulpeloosheid of doodsangst. Onder het getuige zijn van een traumatische gebeurtenis vallen onder meer het waarnemen van dreigend of ernstig letsel, een onnatuurlijke dood, lichamelijke of seksuele mishandeling, huiselijk geweld, een ernstig ongeluk, oorlog of ramp. Wat betreft het horen over een traumatische gebeurtenis (het A3-criterium) wordt in de toelichting geen verschil gemaakt tussen jongere kinderen enerzijds en oudere kinderen of volwassenen anderzijds. Zoals hierboven genoemd gaat het bij de criteria voor jonge kinderen, die in de DITS-EVB zijn opgenomen, om het horen over traumatische gebeurtenissen die ouders of verzorgers zijn overkomen. Indien de interviewer twijfelt of een gebeurtenis aan het A-criterium voldoet kan deze de toelichting uit de Nederlandse vertaling van het handboek DSM-5-TR raadplegen (American Psychiatric Association, 2022, pag. 444-445).
2. De interviewer gaat vervolgens naar de tweede kolom 'Overeenkomstige vraag interview' en vinkt voor de symptomen B1 t/m D5 de nummers aan van de vragen die in de gebeurtenissen-sectie van de DITS-EVB als 'ja' gescoord zijn.
3. De interviewer bepaalt vervolgens per criterium B, C en D of wordt voldaan aan het criterium volgens de in de derde kolom gegeven richtlijn en kruist in de 4e kolom 'ja' of 'nee' aan.
4. De interviewer geeft vervolgens bij onderdeel E aan of de symptomen langer dan één maand aanwezig zijn ('ja' of 'nee').
5. Daarna bepaalt de interviewer of de interferentiescore F 4 of hoger is ('ja' of 'nee').
6. Criterium G houdt in dat de klachten niet het gevolg mogen zijn van middelengebruik of een ziekte. Omdat bij het uitvragen van de klachten telkens expliciet naar de relatie van de klachten met de gebeurtenis(sen) op de tijdlijn wordt gevraagd gaan we er van uit dat op deze vraag 'ja' gescoord kan worden.
7. De interviewer bepaalt nu of de classificatie PTSS kan worden gesteld door te controleren of aan de criteria A t/m G (7x 'ja') wordt voldaan en vinkt vervolgens 'ja' of 'nee' aan.
8. Aanvullend kan de interviewer specificeren of er sprake is van dissociatieve symptomen, dat wil zeggen een 'ja' op vraag 59 of 60 van de DITS-EVB.

De DSM-5-TR vraagt ook te specificeren of het volledige PTSS-klachtenpatroon later dan 6 maanden na de gebeurtenis is ontstaan ('met uitgestelde expressie'). Dit is op basis van de DITS-EVB niet te bepalen. Voorgaande is niet van invloed op de beslissing of er wel of niet sprake is van PTSS en is evenmin van invloed op doorverwijzing voor een behandeling. Als er sprake is van dissociatieve symptomen of uitgestelde expressie kan de interviewer dat vermelden in het diagnostisch verslag.

Niet alle symptoom-items uit de DITS-EVB tellen mee voor een DSM-5-TR PTSS ≤ 6 jaar classificatie, denk aan zelfverwonding of anderen minder vertrouwen. In dat geval kunnen deze symptomen wel vermeld worden bij de verslaglegging van de DITS-EVB afname zodat deze meegenomen worden bij de beoordeling van de ernst van de klachten van de persoon met een ernstige of matige VB.

6. DITS-EVB VOOR VERVOLGMETINGEN

In de klinische praktijk is het vaak van belang om na verloop van tijd na te gaan of er een verandering is opgetreden in de klachten, bijvoorbeeld om het resultaat van een behandeling te evalueren. Hiervoor is een aangepast document gemaakt: de 'vervolgmeting DITS-EVB'. De sectie 'gebeurtenissen' is hieruit weggelaten. De meegemaakte gebeurtenissen zijn immers al bij de eerste afname geïnventariseerd en op de tijdlijn gezet. De interviewer gebruikt deze tijdlijn bij de eerstvolgende afname. Het is mogelijk dat de persoon met een ernstige of matige VB sinds de eerste afname van de DITS-EVB één of meer ingrijpende gebeurtenissen heeft meegemaakt en dat het actuele klachtenpatroon daardoor wordt beïnvloed. Daarom begint de 'vervolgmeting DITS-EVB' met een open vraag hiernaar. Indien de persoon met een ernstige of matige VB in de tussenliggende periode één of meer ingrijpende gebeurtenissen heeft meegemaakt, voegt de interviewer deze gebeurtenis(-sen) aan de tijdlijn toe en controleert hij/zij of de woorden goed leesbaar zijn voor de informant die wordt geïnterviewd. Deze actuele tijdlijn gebruikt de interviewer vervolgens bij het uitvragen van de klachten en de interferentiescore waarna deze op de gebruikelijke wijze het scoreformulier invult.

Bij iedere vervolgmeting volgt de interviewer de hiervoor beschreven procedure. De klachten en de interferentiescore worden daardoor telkens aan de hand van een actuele tijdlijn uitgevraagd.

Ook in het kader van wetenschappelijk onderzoek naar de diagnostiek en behandeling van psychotrauma bij mensen met een ernstige of matige VB is de 'vervolgmeting DITS-EVB' een bruikbaar instrument. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan vervolgonderzoek naar de effectiviteit van EMDR-therapie en onderzoek naar andere behandelvormen voor psychotrauma bij deze doelgroep, zoals exposure therapie.

7. DITS-EVB: TOEPASSING IN DE PRAKTIJK

7.1 GEBRUIK VAN DE DITS-EVB BIJ VERWANTEN OF BEGELEIDERS

De afname van de DITS-EVB geeft de interviewer een indruk van de beleving van de verwanten of professionele begeleiders zelf. Zij kunnen slachtoffer zijn geweest van dezelfde gebeurtenis(sen) die de persoon met een ernstige of matige VB heeft meegemaakt, of hiervan getuige zijn geweest. Daarnaast kunnen ze hebben gehoord wat de persoon met een ernstige of matige VB is overkomen, en geschokt zijn geweest door diens reacties. Ook kunnen eerdere traumatiserende ervaringen van een verwant of begeleider zijn getriggerd door een schokkende gebeurtenis die de persoon met een ernstige of matige VB is overkomen. In zulke gevallen kunnen ook bij verwanten of begeleiders symptomen van posttraumatische stress zijn ontstaan, die vervolgens de klachten van de persoon met een ernstige of matige VB (kunnen) versterken. Dat kan resulteren in een zogenoemde 'stressbevorderende opvoedings-/begeleidingsstijl', waarbij verwanten of begeleiders de persoon met een ernstige of matige VB overbeschermen, juist beangstigen of waarbij ze emotioneel en fysiek niet voor de persoon met een ernstige of matige VB beschikbaar zijn. Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen als er sprake is geweest van een plotselinge dood of ernstige ziekte van een geliefd persoon, een natuurramp, pestervaringen, fysiek geweld, medisch trauma, (huiselijk) geweld, een ernstig ongeval of seksueel misbruik. Daarnaast kunnen ook zeer ernstige gedragsproblemen van de persoon met een ernstige of matige VB beschadigend zijn voor verwanten of begeleiders. Denk daarbij aan agressie, zelfverwonding of eetproblemen. Het is sterk aan te bevelen om informatie over mogelijke traumatisering bij verwanten of begeleiders mee te nemen in adviezen over verdere diagnostiek en behandeling. Verder is het belangrijk om na afloop van de interviews de resultaten met de betrokkenen gezamenlijk te bespreken als de wettelijk vertegenwoordiger van de persoon met een ernstige of matige VB en informanten (verwanten en begeleiders) daarvoor toestemming geven. Het delen van negatieve ervaringen kan bijdragen aan het

verwerkingsproces. Voor achtergrondinformatie over een systeemgerichte visie op diagnostiek en behandeling bij traumagerelateerde klachten verwijzen wij de lezer naar Hoogstad en Mevissen (2025), Hoogstad en anderen (2026c), Mevissen en Didden (2025, Deel D, pag. 235-269).

7.2 DE DITS-EVB ALS BASIS VOOR BEHANDELING VAN TRAUMA- EN STRESSORGE-RELATEERDE KLACHTEN

Binnen de diagnostiek van de DSM-5-TR maakt PTSS deel uit van het cluster ‘Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen’. Een gemeenschappelijk kenmerk van deze stoornissen is dat blootstelling aan een traumatische of stressvolle gebeurtenis een onvoorwaardelijk diagnostisch criterium is. Bovendien wordt in de DSM-5-TR opgemerkt dat er een nauw verband bestaat tussen deze stoornissen en angststoornissen, obsessief compulsieve en verwante stoornissen en dissociatieve stoornissen. De DITS-EVB geeft een overzicht van de klachten die volgens de informant voortkomen uit de gebeurtenissen die de persoon met een ernstige of matige VB heeft meegemaakt. Dat kunnen ook andere combinaties van gebeurtenissen en symptomen zijn dan alleen die van PTSS. PTSS-symptomen overlappen vaak met klachten die horen bij andere stoornissen, zoals stemmings- of angststoornissen. De DITS-EVB bevat ook enkele atypische symptomen, zoals voedingsproblemen, dwanghandelingen of stereotiep gedrag, die niet onder de DSM-5-TR-criteria voor PTSS vallen, maar volgens de literatuur wel kunnen optreden bij mensen met een VB na traumatische of stressvolle ervaringen.

Als na scoring van de uitkomsten op de DITS-EVB PTSS wordt vastgesteld, kan worden doorverwezen voor een eerste keuze behandeling van PTSS. Internationaal worden twee therapieën als evidence-based en als eerste keuze beschouwd voor de behandeling van PTSS: Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapie (World Health Organization, 2023). EMDR-therapie kan worden toegepast bij mensen met een ernstige of matige VB (zie Byrne, 2022). Voor hen is de EMDR-verhalenmethode beschikbaar die is ontwikkeld voor zeer jonge kinderen of voor mensen die verbaal niet in staat zijn hun traumatische ervaringen te verwoorden. Bij mensen met een matige VB kan, indien

passend en haalbaar, een combinatie van de verhalenmethode en het standaard EMDR-protocol voor kinderen worden toegepast (zie Beer & De Roos, 2026 en Mevissen & Didden, 2025). Indien mogelijk kan ook uitsluitend het standaard EMDR-protocol voor kinderen bij hen worden ingezet. EMDR-therapeuten worden in de EMDR-verhalenmethode getraind binnen door de Vereniging EMDR Nederland ⁴ erkende EMDR-opleidingen voor Kind en Jeugd (zie ook Beer & De Roos, 2026).

Bij de EMDR-verhalenmethode worden traumatische herinneringen geactiveerd via een voorgelezen verhaal, eventueel ondersteund met voorwerpen of afbeeldingen. De therapeut en een vertrouwde verzorger stellen het verhaal op. Tijdens het voorlezen krijgt de cliënt een afleidende taak (bijvoorbeeld tactiel of auditief). De EMDR-verhalenmethode is minder vaak onderzocht dan het standaard EMDR-protocol, maar de beschikbare studies laten positieve resultaten zien. Na het inzetten van de EMDR-verhalenmethode namen PTSS-symptomen af bij kinderen (De Roos e.a., 2025; Olivier e.a., 2022; Potharst e.a., 2024) en bij mensen met een ernstige VB (Barol & Seubert, 2010; Hoogstad e.a., 2024b, 2026; Mevissen e.a., 2012). Daarnaast verminderden in sommige van deze studies emotionele en gedragsproblemen en ouderlijke opvoedstress.

Doorverwijzen voor traumabehandeling is ook mogelijk wanneer uit de DITS-EVB blijkt dat iemand naar aanleiding van ingrijpende gebeurtenissen klachten heeft ontwikkeld, maar niet voldoet aan de criteria voor een PTSS-classificatie. EMDR-therapie is niet alleen bedoeld voor de behandeling van PTSS, maar ook voor andere vormen van psychopathologie waarbij de klachten deels of geheel worden aangestuurd door onverwerkte traumatische en andere negatieve levensgebeurtenissen (Shapiro, 2018). Onderzoek naar deze bredere inzet van EMDR-therapie is momenteel in ontwikkeling (Matthijssen e.a., 2020). Bij mensen zonder een VB laat EMDR-therapie positieve effecten zien bij diverse aandoeningen, waaronder somatoforme stoornissen, eetstoornissen,

4. www.emdr.nl

stemmingsstoornissen, angststoornissen, obsessief-compulsieve stoornissen, pijn en slaapproblemen (Scelles & Bulnes, 2021). Gebaseerd op de resultaten van een aantal RCT's (Randomized Controlled Trials) bij kinderen heeft EMDR-therapie bijvoorbeeld significante verbeteringen laten zien bij zelfbeeld- en gedragsproblemen (Wanders e.a., 2008), evenals een significante afname van symptomen bij kinderen met een gedragsstoornis (Soberman e.a., 2002). Uit pilot-onderzoek bleek dat EMDR-therapie positieve effecten had op de hechtingsrelatie tussen ouder en kind (Wesselmann e.a., 2012). Daarnaast suggereert onderzoek bij adolescenten dat EMDR-therapie eveneens positieve effecten heeft op depressieve symptomen (Paauw et al., 2019). Ook bij volwassenen blijkt EMDR-therapie inzetbaar voor uiteenlopende psychische klachten, zoals paniekstoornissen (Horst e.a., 2017), zelfbeeldbeschadiging (Griffioen e.a., 2017), depressieve symptomen (Behnammoghadam e.a., 2015; Hase e.a., 2015, 2018; Ostacoli e.a., 2018; Seok & Kim, 2024), aanpassingsstoornissen (Cvetek, 2008) en (chronische) pijn (Driessen e.a., 2024).

Als mensen met een ernstige of matige VB vanwege emotionele- en gedragsproblemen voor nadere diagnostiek en behandeling worden aangemeld, kan middels afname van de DITS-EVB in beeld worden gebracht welk deel van de problematiek gerelateerd is aan blootstelling aan traumatische en stressvolle gebeurtenissen. Vervolgens kunnen de beschadigende herinneringen met EMDR-therapie worden verwerkt. Toekomstig onderzoek zal bij mensen met een ernstige of matige VB moeten aantonen of EMDR-therapie effectief is bij andere vormen van psychopathologie dan PTSS.

Een voorbeeld

Bij Eva, een meisje met een ernstige VB, werd na afname van de DITS-EVB duidelijk dat haar panische angst voor onweer, regen en wind zich jaren geleden had ontwikkeld na het meemaken van noodweer tijdens een vakantie. Na twee sessies EMDR was haar angst verdwenen. Bij een follow-up contact na negen maanden was ze nog steeds klachtenvrij. Ze sliep makkelijk in en sliep goed door. Omdat ze niet meer panisch werd durfden ouders haar alleen te laten met een oppas en durfden ze het aan om Eva bij familie te laten slapen. Dat gaf hen gelegenheid om regelmatig even bij te tanken. Voor zowel Eva als haar ouders was de kwaliteit van leven na de EMDR-behandeling beter.

7.3 DE DITS-EVB ALS HULPMIDDEL BIJ DE EMDR-VERHALENMETHODE

Omdat de DITS-EVB een uitgebreid, chronologisch overzicht biedt van meegemaakte gebeurtenissen en de daaraan gerelateerde klachten, kan deze behulpzaam zijn bij het werken met de EMDR-verhalenmethode. Binnen de EMDR-verhalenmethode worden de gebeurtenissen die thematisch aan elkaar verbonden zijn zoals nare medische ervaringen of huiselijk geweld, in een verhaal beschreven, doorgaans op chronologische volgorde. Met de DITS-EVB-tijdlijn als leidraad, kan de EMDR-therapeut, samen met de verzorgers, bepalen welke gebeurtenissen deel uitmaken van een traumaverhaal en in welke volgorde de traumaverhalen gemaakt en behandeld gaan worden.

Daarnaast kan de DITS-EVB worden gebruikt nadat alle traumaverhalen zijn behandeld. De therapeut kan bij de verzorgers een DITS-EVB vervolgmetering afnemen om opnieuw de klachten in kaart te brengen en in overleg te bepalen of vervolgstappen nodig zijn. Indien uit deze vervolgmetering blijkt dat er nog restklachten zijn waarvan verwacht wordt dat ze samenhangen met nog niet of nog niet goed genoeg verwerkte traumatische of stressvolle gebeurtenissen, dan kunnen herinneringen aan deze gebeurtenissen (verder) behandeld worden met de verhalenmethode.

SLOTBESCHOUWING

De DITS-EVB biedt een gestructureerde en onderbouwde mogelijkheid om PTSS bij mensen met een ernstige of matige VB te classificeren volgens de DSM-5-TR PTSS $\leq$ 6 jaar criteria. Deze handleiding geeft inzicht in de aanleiding en totstandkoming van de DITS-EVB, de wijze waarop dit instrument is onderzocht en hoe het dient te worden afgenomen. Daarbij is de DITS-EVB breder inzetbaar dan uitsluitend voor het classificeren van PTSS. Met de DITS-EVB kunnen ook andere klachten die na ingrijpende gebeurtenissen zijn ontstaan in kaart worden gebracht. De DITS-EVB kan eveneens helpen bij het inschatten van de ondersteuningsbehoefte van verzorgers. Daarnaast kan de DITS-EVB helpen bij het werken met de EMDR-verhalenmethode. Gezien het verhoogde risico op het ontwikkelen van een PTSS voor mensen met een ernstige of matige VB, levert de DITS-EVB een belangrijke bijdrage aan tijdige herkenning en gerichte behandeling bij deze kwetsbare doelgroep.

OVER DE AUTEURS

ANNEMIEKE HOOGSTAD

is orthopedagoog, GZ-psycholoog, psychotrauma-therapeut NtVP, EMDR-therapeut VEN® en in opleiding tot EMDR Europe supervisor. Zij is werkzaam als behandelaar en onderzoeker bij Eemhart, een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Momenteel zit Annemieke in de laatste fase van haar promotietraject aan de Radboud Universiteit over de diagnostiek en behandeling van een posttraumatische stressstoornis bij mensen met een ernstige of matige verstandelijke beperking. Daarnaast geeft zij cursussen/trainingen rondom het onderwerp trauma en een verstandelijke beperking voor verschillende opleidingsinstituten.

AD DE JONGH

is GZ-psycholoog en emiritus hoogleraar angst- en gedragsstoornissen aan de Universiteit van Amsterdam. Daarnaast is hij honorary professor aan de Salford University in Manchester, de University of Worcester, Queen's University in Belfast en visiting professor aan Northumbria University. Ook is hij mede-oprichter van - en werkzaam bij - de afdeling onderzoek van de PTSS-kliniek PSYTREC. Hij houdt zich ondermeer bezig met de ontwikkeling van nieuwe behandelmethoden voor angststoornissen, posttraumatische stressstoornis en persoonlijkheidsstoornissen. Hij is (co-) auteur van ruim 500 publicaties over diverse onderwerpen op het gebied van de psychologie.

LIESBETH MEVISSSEN

is orthopedagoog generalist, klinisch psycholoog, psychotraumatherapeut NtVP, EMDR-therapeut VEN® en EMDR Europe supervisor. Liesbeth promoveerde in februari 2017 aan de Universiteit van Amsterdam op haar proefschrift 'Assessment and treatment of posttraumatic stress disorder in individuals with intellectual disabilities'. Zij heeft jarenlange ervaring in de gehandicaptenzorg en de ggz en is zelfstandig gevestigd als psychotraumatherapeut, consulent, docent en supervisor. Als copromotor is zij verbonden aan verschillende onderzoeksprojecten en samen met Robert Didden publiceerde zij in 2025 een boek over diagnostiek en behandeling van trauma bij mensen met een verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of autisme.

ROBERT DIDDEN

is als onderzoeker verbonden aan Trajectum, een SGLVG-instelling voor (jong) volwassenen met een LVB en ernstige gedragsproblemen, deels in een forensisch kader. Daarnaast is hij als bijzonder hoogleraar verbonden aan het Behavioural Science Institute van de Radboud Universiteit te Nijmegen. In zijn rol als promotor begeleidt hij verschillende promotiestudies naar diagnostiek en behandeling van trauma bij mensen met een verstandelijke beperking. Samen met Liesbeth Mevissen heeft hij in 2025 een boek gepubliceerd over dit onderwerp.

8. LITERATUUR

- Aman, M. G., Singh, N. N., Stewart, A. W., & Field, C. J. (1985). The Aberrant Behavior Checklist: A behavior rating scale for the assessment of treatment effects. *American Journal of Mental Deficiency*, 89(5), 485–491.
- American Psychiatric Association. (2022). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen: DSM-5-TR* (Nederlandse vertaling, supervisie M. W. Hengeveld). Boom.
- Barol, B. I., & Seubert, A. (2010). Stepping stones: EMDR treatment of individuals with intellectual and developmental disabilities and challenging behavior. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(4), 156–169. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.4.4.156>
- Beer, R., & De Roos, C. (Red.) (2026). *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren* (2e ed.). LannooCampus.
- Behnammoghadam, M., Alamdari, A. K., Behnammoghadam, A., & Darban, F. (2015). Effect of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) on depression in patients with myocardial infarction (MI). *Global Journal of Health Science*, 7(6), 258–262. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n6p258>
- Bowring, D. L., Totsika, V., Hastings, R. P., Toogood, S., & Griffith, G. M. (2017). Challenging behaviours in adults with an intellectual disability: A total population study and exploration of risk indices. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 16–32. <https://doi.org/10.1111/bjc.12118>
- Byrne, G. (2022). A systematic review of treatment interventions for individuals with intellectual disability and trauma symptoms: A review of the recent literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 23(2), 541–554. <https://doi.org/10.1177/1524838020960219>
- Cicchetti, D. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284–290. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>
- Cvetek, R. (2008). EMDR treatment of distressful experiences that fail to meet the criteria for PTSD. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(1), 2–14. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.1.2>
- De Los Reyes, A., Thomas, S. A., Goodman, K. L., & Kundey, S. M. A. (2013). Principles underlying the use of multiple informants' reports. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 123–149. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185617>
- De Roos, C., Offermans, J., Bouwmeester, S., Lindauer, R., & Scheper, F. (2025). Preliminary efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for children aged 1.5–8 years with PTSD: A multiple baseline experimental design (N = 19). *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1), 2447654. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2447654>
- Driessen, H. P. A., Morsink, S., Van Busschbach, J. J., Hoogendijk, W. J. G., & Kranenburg, L. W. (2024). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment in the medical setting: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2341577. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2341577>
- Edberg, H., Chen, Q., Andiné, P., Larsson, H., & Hirvikoski, T. (2022). Crimes and sentences in individuals with intellectual disability in a forensic psychiatric context: A register-based study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31(2), e2. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000718>
- Folch, A., Salvador-Carulla, L., Vicens, P., Cortés, M. J., Irazábal, M., Muñoz, S., Rovira, L., Orejuela, C., González, J. A., & Martínez-Leal, R. (2019). Health indicators in intellectual developmental disorders: The key findings of the POMONA-ESP project. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(1), 23–34. <https://doi.org/10.1111/jar.12498>

- Friedman, C. (2021). The impact of direct support professional turnover on the health and safety of people with intellectual and developmental disabilities. *Inclusion*, 9(1), 63–73.
<https://doi.org/10.1352/2326-6988-9.1.63>
- Griffioen, B. T., Van der Vegt, A. A., De Groot, I. W., & De Jongh, A. (2017). The effect of EMDR and CBT on low self-esteem in a general psychiatric population: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 8, 1910.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01910>
- Hase, M., Balmaceda, U. M., Hase, A., Lehnung, M., Tumani, V., Huchzermeier, C., & Hofmann, A. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression: A matched pairs study in an inpatient setting. *Brain and Behavior*, 5(6), e00342. <https://doi.org/10.1002/brb3.342>
- Hase, M., Plagge, J., Hase, A., Braas, R., Ostacoli, L., Hofmann, A., & Huchzermeier, C. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing versus treatment as usual in the treatment of depression: A randomized-controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 9, 1384.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01384>
- Hellenbach, M., Karatzias, T., & Brown, M. (2017). Intellectual disabilities among prisoners: Prevalence and mental and physical health comorbidities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(2), 230–241.
<https://doi.org/10.1111/jar.12234>
- Hoeboer, C., Nava, F., Haagen, J., Broekman, B., Van Der Gaag, R., & Olff, M. (2025). Epidemiology of DSM-5 PTSD and ICD-11 PTSD and complex PTSD in the Netherlands. *Journal of Anxiety Disorders*, 110, 102963.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102963>
- Hoogstad, A., Bouwmeester, S., Mevissen, L., & Didden, R. (2026a). Assessment of posttraumatic stress disorder in adults with severe or moderate intellectual disability using the Diagnostic Interview Trauma and Stressors – Severe Intellectual Disability. *Journal of Intellectual Disability Research*.
<https://doi.org/10.1111/jir.70084>
- Hoogstad, A., Bouwmeester, S., Mevissen, L., & Didden, R. (2026). The efficacy of EMDR therapy in adults with a severe intellectual disability and posttraumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 17(1).
<https://doi.org/10.1080/20008066.2026.2673670>
- Hoogstad, A. & Mevissen, L. (2025). Kijken met een traumabril: verwanten van mensen met een verstandelijke beperking. *Sozio LVB-special*, 14-17.
- Hoogstad, A., Mevissen, L., Kraaij, M., & Didden, R. (2024a). Assessment of posttraumatic stress disorder in adults with severe or moderate intellectual disability: A pilot study using the Diagnostic Interview Trauma and Stressors – Severe Intellectual Disability. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 17(4), 297–317.
<https://doi.org/10.1080/19315864.2023.2223522>
- Hoogstad, A., Mevissen, L., & Didden, R. (2024b). EMDR in three adults with severe intellectual disability and posttraumatic stress disorder: A multiple-baseline evaluation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 18(1), 18–30.
<https://doi.org/10.1891/EMDR-2023-0042>
- Hoogstad, A., Mevissen, L., & Didden, R. (2024c). Posttraumatic stress disorder in children with severe or moderate intellectual disability: A study using the Diagnostic Interview Trauma, Stressors – Severe/Moderate ID. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 36, 697–712.
<https://doi.org/10.1007/s10882-023-09928-2>
- Hoogstad, A., Peters-Scheffer, N., Mevissen, L., & Didden, R. (2026c). The impact of traumatic and stressful life events on the relatives of trauma-exposed adults with severe or moderate intellectual disabilities: “Each time a piece of your strength breaks off.” *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 51(1), 63–73.
<https://doi.org/10.3109/13668250.2025.2525661>
- Hoogstad, A., Peters-Scheffer, N., Rouleaux, M., Mevissen, L., Versluis, A., & Didden, R. (2025). Screening and assessment of posttraumatic stress disorder in individuals with intellectual disabilities: A scoping review. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 9, 465–478.
<https://doi.org/10.1007/s41252-025-00441-5>

- Horst, F., Den Oudsten, B., Zijlstra, W., de Jongh, A., Lobbestael, J., & De Vries, J. (2017). Cognitive Behavioral Therapy vs. Eye Movement Desensitization and Reprocessing for treating panic disorder: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 8, 1409. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01409>
- Kildahl, A. N., Helverschou, S. B., Bakken, T. L., & Oddli, H. W. (2020). "If we do not look for it, we do not see it": clinicians' experiences and understanding of identifying post-traumatic stress disorder in adults with autism and intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(5), 1119–1132. <https://doi.org/10.1111/jar.12734>
- Kira, I. A., Fawzi, M., Shuwiekh, H., Lewandowski, L., Ashby, J. S., & Al Ibraheem, B. (2021). Do adding attachment, oppression, cumulative and proliferation trauma dynamics to PTSD Criterion "a" improve its predictive validity: Toward a paradigm shift? *Current Psychology*, 40(6), 2665–2679. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00206-z>
- Kooij, L., & Lindauer, R.J.L. (2019). *Kind en Jeugd Trauma Screener (3-6 jaar)*.
- Matthijssen, S. J. M. A., Lee, C. W., De Roos, C., Barron, I. G., Jarero, I., Shapiro, E., Hurley, E. C., Schubert, S. J., Baptist, J., Amann, B. L., Moreno-Alcázar, A., Tesarz, J., & De Jongh, A. (2020). The current status of EMDR therapy, specific target areas, and goals for the future. *Journal of EMDR Practice and Research*, 14(4), 241–284. <https://doi.org/10.1891/EMDR-D-20-00039>
- Mevissen, L., & De Jongh, A. (2010). PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 308–316. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.005>
- Mevissen, L. & Didden, R. (2025). *Trauma, verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid, autisme: Praktijkboek diagnostiek en behandeling*. Uitgeverij SWP.
- Mevissen, L., Didden, R., Korzilius, H., & De Jongh, A. (2016). Assessing posttraumatic stress disorder in children with mild to borderline intellectual disabilities. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 29786. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.29786>
- Mevissen, L., Didden, R., & De Jongh, A. (2018). *DITS-LVB handleiding: Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren - Licht Verstandelijke Beperking*. Accare Child Study Centre.
- Mevissen, L., Didden, R., De Jongh, A., & Korzilius, H. (2020). Assessing posttraumatic stress disorder in adults with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 13(2), 110–126. <https://doi.org/10.1080/19315864.2020.1753267>
- Mevissen, L., Hoogstad, A., De Jongh, A., & Didden, R. (2021). *DITS-EVB: Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren Ernstige Verstandelijke Beperking*. Amerpoort.
- Mevissen, L., Lievegoed, R., Seubert, A., & De Jongh, J. A. (2012). Treatment of PTSD in people with severe intellectual disabilities: A case series. *Developmental Neurorehabilitation*, 15(3), 223–232. <https://doi.org/10.3109/17518423.2011.654283>
- Olivier, E., De Roos, C., & Bexkens, A. (2022). Eye movement desensitization and reprocessing in young children (ages 4-8) with posttraumatic stress disorder: A multiple-baseline evaluation. *Child Psychiatry and Human Development*, 53, 1391–1404. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01237-z>
- Ostacoli, L., Carletto, S., Cavallo, M., Baldomir-Gago, P., Di Lorenzo, G., Fernandez, I., Hase, M., Justo-Alonso, A., Lehnung, M., Migliaretti, G., Oliva, F., Pagani, M., Recarey-Eiris, S., Torta, R., Tumani, V., Gonzalez-Vazquez, A. I., & Hofmann, A. (2018). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing and cognitive behavioral therapy as adjunctive treatments for recurrent depression: The European Depression EMDR Network (EDEN) randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 9, 74. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00074>
- Paauw, C., De Roos, C., Tummers, J., de Jongh, A., & Dingemans, A. (2019). Effectiveness of trauma-focused treatment for adolescents with major depressive disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1682931. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1682931>

- Potharst, E. S., Holtkamp, P., Walliser, L., Dommerholt, A. H., Van den Heuvel, M. E. N., Spierts, I., & Maric, M. (2024). Improving infant mental health: A pilot study on the effectiveness, acceptability and feasibility of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) storytelling in infants with post-traumatic distress after medical procedures. *Evaluation & the Health Professions*, 48(1), 55–70.
<https://doi.org/10.1177/01632787241268176>
- Rittmannsberger, D., Kocman, A., Weber, G., & Lueger-Schuster, B. (2019). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in people with intellectual disabilities: A Delphi expert rating. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(3), 558–567. <https://doi.org/10.1111/jar.12549>
- Scelles, C., & Bulnes, L. C. (2021). EMDR as treatment option for conditions other than PTSD: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 12, 644369.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644369>
- Seok, J. W., & Kim, J. I. (2024). The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing treatment for depression: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Medicine*, 13(18), 5633.
<https://doi.org/10.3390/jcm13185633>
- Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures*. The Guilford Express.
- Soberman, G. B., Greenwald, R., & Rule, D. L. (2002). A controlled study of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for boys with conduct problem. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 217–236.
https://doi.org/10.1300/J146v06n01_11
- Versluis, A., Mevissen, L., De Jongh, A., Schuengel, C., & Didden, R. (2025). Reliability and Validity of the Diagnostic Interview Trauma and Stressors- Intellectual Disability in Adults with Mild Intellectual Disabilities or Borderline Intellectual Functioning. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 18(2), 204–220.
<https://doi.org/10.1080/19315864.2024.2416694>
- Wanders, F., Serra, M., & De Jongh, A. (2008). EMDR versus CBT for children with self-esteem and behavioral problems: A randomized controlled trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 180–189.
<https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.3.180>
- Wessellmann, D., Davidson, M., Armstrong, S., Schweitzer, C., Bruckner, D., & Potter, A. E. (2012). EMDR as a treatment for improving attachment status in adults and children. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 223–230.
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.08.008>
- World Health Organization. (2023). *Conditions related to stress: Evidence-based recommendations for management of conditions related to stress in non-specialized health settings*.
<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre/conditions-related-to-stress>

