openjournals.nl
https://jeugdinontwikkeling.nl/
E-ISSN 2772-7718
Jeugd in Ontwikkeling

De Relatie tussen Traumaklachten en Opvoedingsbelasting bij Gezinnen met Meervoudige Problematiek

Eerste Bevindingen uit de KINGS-Gezinsbehandeling

Laura C. Geesing[1], Lysbert Zeinstra[2] en Annemiek Harder[2]

[1]*Accare, universitair centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie* | [2]*Erasmus Universiteit Rotterdam*

Samenvatting Gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) kenmerken zich door een opeenstapeling van risicofactoren, waaronder trauma. Ouders in deze gezinnen ervaren vaak verhoogde opvoedingsbelasting, samenhangend met traumaklachten bij ouders en kinderen. Hoewel geïntegreerde, gezinsgerichte interventies steeds vaker worden toegepast, is weinig bekend over de samenhang tussen veranderingen in traumaklachten en opvoedingsbelasting. Dit onderzoek includeerde 68 gezinnen die deelnamen aan het klinische behandelprogramma KINGS. De analyses zijn uitgevoerd op de gegevens van het primair aangemelde kind en de meest betrokken ouder per gezin, wat in alle gevallen de moeder betrof. We onderzochten (1) de samenhang tussen traumaklachten en opvoedingsbelasting bij aanvang, (2) verandering in opvoedingsbelasting na de behandeling, en (3) de samenhang tussen veranderingen in traumaklachten en opvoedingsbelasting. Het onderzoek had een *pre-postdesign* met een follow-up na drie maanden. Moeders rapporteerden over hun eigen traumaklachten, de traumaklachten van hun kind en hun opvoedingsbelasting; kinderen rapporteerden over hun eigen traumaklachten. Meer traumaklachten bij moeders hingen samen met hogere opvoedingsbelasting bij aanvang. Voor traumaklachten bij kinderen werd dit verband niet gevonden. Na afloop van de behandeling was de opvoedingsbelasting significant verminderd (d = 1.47; d = 1.16 bij follow-up), en deze verbetering bleef behouden na drie maanden. Een afname in opvoedingsbelasting hing samen met een afname in traumaklachten bij zowel moeders als kinderen, op basis van ouderrapportage. Deze samenhang werd niet gevonden voor traumaklachten bij kinderen volgens zelfrapportages. De bevindingen suggereren dat traumaklachten en opvoedingsbelasting samenhangen en mogelijk gelijktijdig veranderen, maar moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd vanwege het ontbreken van een controlegroep en mogelijke alternatieve verklaringen. Vervolgonderzoek met een sterk onderzoeksontwerp is nodig om deze bevindingen te repliceren en te verduidelijken.

Trefwoorden opvoedingsbelasting, trauma, gezinnen met meervoudige en complexe problemen, geïntegreerde systemische behandeling

Artikelgeschiedenis
Ontvangen: 5 november 2025
Geaccepteerd: 5 september 2026
Online: 20 november 2026

Contactpersoon
Laura C. Geesing, l.geesing@accare.nl

Copyright
© Author(s); licensed under Creative Commons Attribution 4.0. This allows for unrestricted use, as long as the author(s) and source are credited.

Financiering Onderzoek
Dit onderzoek, uitgevoerd als onderdeel van een longitudinaal onderzoeksproject naar de effectiviteit van de KINGS-interventie bij Accare, academische organisatie voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie in Nederland, is mede mogelijk gemaakt dankzij subsidie van de Stichting tot Steun VCVGZ (projectnr. 263).

Belangen
De auteurs verklaren geen belangenverstrengeling.

Citeren Geesing, L.C., Zeinstra, L. en Harder, A. (2026). De Relatie tussen Traumaklachten en Opvoedingsbelasting bij Gezinnen met Meervoudige Problematiek: Eerste Bevindingen uit de KINGS-Gezinsbehandeling, *Jeugd in Ontwikkeling* 6, DOI: 10.54447/JiO.24889

1 Introductie

Gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) vormen een relatief kleine groep binnen de jeugdhulp, maar zijn verantwoordelijk voor een substantieel deel van de intensieve en langdurige zorgtrajecten (Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming, z.d.). Schattingen suggereren dat deze groep circa 3–5% van de gezinnen binnen de jeugdhulp betreft (Van den Berg & De Baat, 2012). Deze gezinnen maken vaak langdurig gebruik van hulpverlening en zijn regelmatig betrokken bij meerdere vormen van zorg tegelijkertijd, wat kenmerkend is voor de intensiteit en complexiteit van de hulpverlening bij deze doelgroep (Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming, z.d.; Tausendfreund et al., 2016; Zeinstra, 2025). GMCP worden vaak gekenmerkt door een opeenstapeling van risicofactoren, waaronder psychische problematiek bij ouders en kinderen, relationele spanningen, opvoedingsproblemen en een langdurige hulpverleningsgeschiedenis (Tausendfreund et al., 2016). Binnen deze gezinnen worden ouders en kinderen vaker blootgesteld aan interpersoonlijke traumatische ervaringen dan in de algemene populatie, vaak in samenhang met deze opeenstapeling van risicofactoren (Bunting et al., 2017; Deković & Bodden, 2019). Interpersoonlijke traumatische ervaringen, zoals geweld of verwaarlozing binnen het gezin, hangen samen met verhoogde gezondheidsrisico's en ontwikkelingsproblemen op latere leeftijd (Felitti et al., 1998). Herhaaldelijke of langdurige blootstelling aan dergelijke traumatische ervaringen kan leiden tot posttraumatische stressklachten en bredere problemen in emotieregulatie en interpersoonlijk functioneren (D'Andrea et al., 2012; Friedman, 2013; Spinazzola et al., 2021).

Traumaklachten bij ouders en kinderen kunnen het dagelijks functioneren en de gezinsdynamiek beïnvloeden en intergenerationeel doorwerken binnen gezinnen (Carr et al., 2020; Christie et al., 2019; Creech & Misca, 2017; Fredland et al., 2015; Lindert et al., 2014; Lünnemann, 2023). Bij ouders kunnen traumaklachten samenhangen met problemen in de emotieregulatie en minder sensitief opvoedgedrag (Creech & Misca, 2017; Schechter et al., 2015; Siegel & Hartzell, 2003). Deze problemen worden in verband gebracht met een verhoogde opvoedingsbelasting (Creech & Misca, 2017). Traumaklachten bij kinderen gaan vaak gepaard met gedrags- en emotieregulatieproblemen, die het opvoeden complexer kunnen maken en de ervaren belasting bij ouders kunnen verhogen (D'Andrea et al., 2012; Spinazzola et al., 2021; Scheeringa & Zeanah, 2001). De combinatie van traumaklachten bij ouders en kinderen kan samenhangen met verhoogde spanning in interacties binnen het gezin (Christie et al., 2019), wat in verband kan worden gebracht met een verhoogde opvoedingsbelasting (Ashford et al., 2008; Christie et al., 2019). Wanneer traumagerelateerde klachten bij ouders en kinderen doorwerken in het gezinsleven, kan dit het opvoedingsproces onder druk zetten (Creech & Misca, 2017; Schechter et al., 2015).

Bovenstaande bevindingen laten zien dat traumaklachten en opvoedingsprocessen binnen gezinnen nauw met elkaar verweven zijn. Bestaande interventies richten zich in de praktijk echter vaak op afzonderlijke domeinen, waarbij traumagerichte behandelin-

 DOI 10.54447/jio.24889

gen zich primair richten op het verminderen van individuele traumaklachten (Ehlers et al., 2014; Matthijssen et al., 2024; Van Woudenberg et al., 2018; Voorendonk et al., 2020), terwijl systemische interventies zich vooral richten op opvoedingsvaardigheden en gedragsproblemen binnen het gezin (Lünnemann, 2023; Steketee et al., 2023). Hierdoor wordt de onderlinge samenhang tussen traumaklachten en opvoedingsprocessen in de behandeling niet altijd expliciet meegenomen. Onderzoek naar GMCP laat zien dat traumatische ervaringen, opvoedingsprocessen en gezinsfunctioneren in deze gezinnen sterk met elkaar verweven zijn (Bunting et al., 2017; Creech & Misca, 2017; Deković & Bodden, 2019; Schechter et al., 2015; Zeinstra, 2025). Daarnaast wordt in de literatuur beschreven dat veel van deze gezinnen voorafgaand aan intensieve behandeling reeds langdurig hulp hebben ontvangen zonder dat duurzame verbetering is opgetreden (Tausendfreund et al., 2016; Zeinstra, 2025). Dit suggereert dat de huidige hulpverlening bij deze doelgroep niet altijd voldoende aansluit bij de complexiteit en onderlinge samenhang van de problematiek.

Deze bevindingen onderstrepen het belang van geïntegreerde, gezinsgerichte interventies waarin zowel traumaklachten als opvoedingsprocessen in samenhang worden benaderd (Zeinstra, 2025). In aansluiting hierop vraagt het doorbreken van intergenerationele patronen van traumagerelateerde problematiek om interventies die zich richten op zowel ouders als kinderen en die aandacht hebben voor de wisselwerking tussen traumaklachten en het opvoedingsproces (Lünnemann, 2023; Steketee et al., 2017; Steketee & Doelman, 2022). Hoewel er toenemende aandacht is voor dergelijke geïntegreerde, systemische behandelingen, is de empirische onderbouwing hiervan vooralsnog beperkt. Een van de aspecten die nog onvoldoende duidelijk zijn, is hoe veranderingen in traumaklachten bij ouders en kinderen samenhangen met veranderingen in opvoedingsbelasting gedurende dergelijke behandeltrajecten. Voorlopige bevindingen suggereren dat deze domeinen met elkaar samenhangen en gelijktijdig kunnen verbeteren, maar het is nog onduidelijk hoe deze veranderingen zich onderling verhouden en in welke mate sprake is van causale verbanden. Eerder onderzoek benadrukt dan ook de noodzaak om deze samenhang nader te onderzoeken, met name binnen geïntegreerde behandelcontexten (Zeinstra et al., 2025).

Tegen deze achtergrond werd binnen een academische jeugd-ggz-instelling het programma KINGS (Kind In Gezond Systeem) ontwikkeld voor GMCP waarbij interpersoonlijk trauma bij ouders en/of kinderen een centrale rol speelt (Ploeg & Wanders-Mulder, 2020; Zeinstra et al., 2022, 2024). Dit klinische behandelprogramma is onder andere gebaseerd op de veronderstelling dat traumaklachten en opvoedingsprocessen binnen gezinnen nauw met elkaar samenhangen en daarom geïntegreerd behandeld moeten worden, aangezien interventies die zich afzonderlijk op ouders of kinderen richten vaak onvoldoende recht doen aan deze onderlinge verwevenheid (Zeinstra et al., 2024). Traumaverwerking vormt een kerncomponent binnen het programma, vanuit de hypothese dat vermindering van traumaklachten bij ouders kan samenhangen met grotere emotionele beschikbaarheid, wat kan bijdragen aan meer sensitief opvoedgedrag en een

 DOI 10.54447/jio.24889

afname van opvoedingsbelasting. Deze veronderstelling sluit aan bij bevindingen dat veranderingen in traumaklachten samengaan met veranderingen in ouderlijke reacties en gevoelens ten opzichte van het kind en in de ouder-kindrelatie (Zeinstra et al., 2024).

KINGS is een gefaseerde, geïntegreerde behandeling die bestaat uit (1) een fase gericht op psycho-educatie, motivatie en het versterken van vaardigheden, (2) een fase van traumaverwerking bij ouders en kinderen, en (3) een fase gericht op integratie en terugvalpreventie. De behandeling vindt plaats in een klinische setting waarin veiligheid wordt geborgd en richt zich zowel op ouders als kinderen, waarbij ouders eerder in het behandelproces starten met traumaverwerking, met als doel hun emotionele beschikbaarheid te vergroten en hun kind beter te kunnen ondersteunen. Binnen deze fasen worden zowel traumagerichte als systemische interventies ingezet, in lijn met een 'whole-family' benadering waarin gelijktijdig wordt gewerkt aan trauma, ouderlijk functioneren en ouder-kind interacties (Zeinstra et al., 2024).

Binnen het conceptuele model van KINGS wordt verondersteld dat vermindering van traumaklachten bij ouders en kinderen samenhangt met veranderingen in emotieregulatie en ouder-kind interacties, wat verondersteld wordt samen te hangen met een afname van opvoedingsbelasting en verbeteringen in gezinsfunctioneren. Deze processen worden beschouwd als wederzijds beïnvloedend binnen het gezinssysteem, waarbij veranderingen in één domein doorwerken in andere domeinen (Zeinstra et al., 2024). Het volledige model omvat meerdere domeinen van verandering, maar de huidige studie richt zich specifiek op de relatie tussen traumaklachten en ervaren opvoedingsbelasting.

In de huidige studie onderzoeken wij (1) of de mate van traumaklachten bij ouders en kinderen samenhangt met de ervaren opvoedingsbelasting bij aanvang van de KINGS-behandeling, (2) in hoeverre de door ouders gerapporteerde opvoedingsbelasting na afloop van de behandeling verschilt ten opzichte van de opvoedingsbelasting bij aanvang, en (3) hoe veranderingen in opvoedingsbelasting samenhangen met veranderingen in traumaklachten bij zowel ouders als kinderen. Door deze samenhang te onderzoeken wordt meer inzicht verkregen in hoe veranderingen in deze domeinen binnen de behandelcontext samen optreden, zonder daarmee uitspraken te doen over causale mechanismen.

Op basis van eerder onderzoek en het conceptuele model van KINGS worden de volgende verwachtingen geformuleerd. Ten eerste verwachten we dat meer traumaklachten bij ouders en kinderen samenhangen met een hogere ervaren opvoedingsbelasting bij ouders (Creech & Misca, 2017; Christie et al., 2019; Ashford et al., 2008). Ten tweede verwachten we lagere niveaus van door ouders gerapporteerde opvoedingsbelasting aan het einde van de behandeling en bij follow-up dan bij aanvang van de KINGS-behandeling. Deze verwachting is gebaseerd op bevindingen dat traumaklachten bij ouders samenhangen met verhoogde opvoedingsbelasting en dat traumagerichte behandelingen kunnen leiden tot substantiële vermindering van traumaklachten (Ehlers et al., 2014; Van Woudenberg et al., 2018; Voorendonk et al., 2020). Op basis van het conceptuele model van KINGS

 DOI 10.54447/jio.24889

wordt verondersteld dat een afname van traumaklachten kan samenhangen met een afname van opvoedingsbelasting. Aangezien traumaverwerking binnen KINGS een kerncomponent vormt, verwachten we dat ook de ervaren opvoedingsbelasting gedurende en na de behandeling afneemt. Ten derde verwachten we dat een grotere afname van traumaklachten bij ouders en kinderen samenhangt met een grotere afname in opvoedingsbelasting, in lijn met bevindingen over de samenhang en wisselwerking tussen traumaklachten en gezinsfunctioneren (Scheeringa & Zeanah, 2001; Ashford et al., 2008).

2 Methode

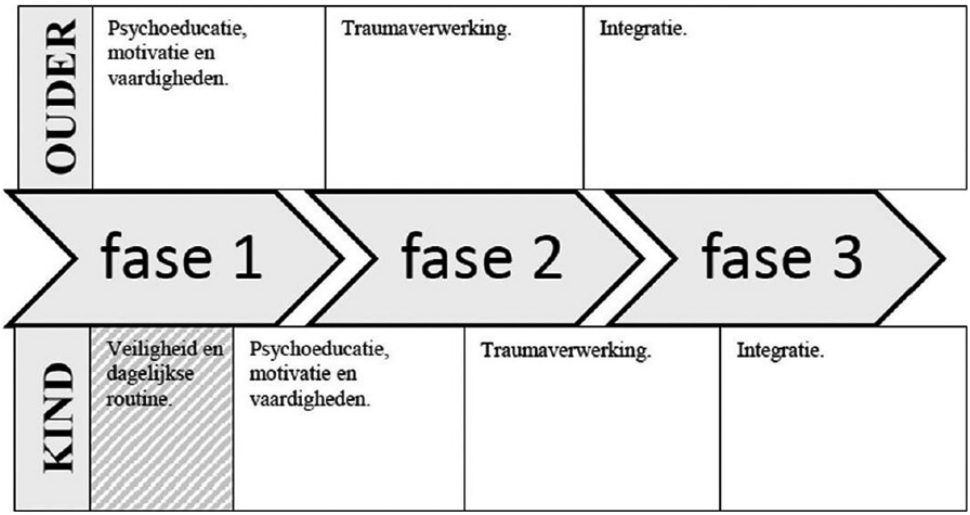
Dit onderzoek maakt deel uit van een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma KINGS. De Ethische Commissie van de faculteit Erasmus School of Social and Behavioural Sciences van de Erasmus Universiteit Rotterdam heeft het onderzoek goedgekeurd. De ethische toetsing is gedaan voor het gehele onderzoek, dus voor alle metingen die in het kader van het onderzoek zijn uitgevoerd. Voor deze studie werden drie meetmomenten gehanteerd: bij de start van de behandeling (T0), direct na afloop van de behandeling (T1) en een follow-up drie maanden na afloop (T2). Dit onderzoek bevat geen controlegroep.

2.1 Interventie

Het KINGS-programma duurt zes tot acht weken en wordt aangeboden in twee klinische instellingen van een jeugdpsychiatrische organisatie in het noorden en midden van Nederland. Het is gericht op gezinnen die meervoudige en complexe problemen ervaren op verschillende gebieden, zoals gedragsproblemen bij het kind, opvoedproblemen bij ouders en problemen op het gebied van wonen en/of financiën. In deze gezinnen zijn zowel kinderen als ouders blootgesteld aan traumatische gebeurtenissen zoals geweld, seksueel misbruik, verwaarlozing of pesten (fysiek en/of emotioneel). Het KINGS-programma is erop gericht om het gezinsfunctioneren te verbeteren waar dat onvoldoende gelukt is met ambulante vormen van hulp.

Gezinnen verblijven tijdens de behandeling in een eigen huisje op het terrein; de therapieën en gezinsbijeenkomsten vinden plaats in een centraal gebouw. Het KINGS-model bestaat uit drie fasen (zie figuur 1). Het programma is opgebouwd uit een gefaseerd behandelmodel met drie hoofdfasen: (1) psycho-educatie, motivatie en het versterken van regulatie- en opvoedvaardigheden, (2) traumaverwerking en (3) integratie en toepassing van het geleerde binnen het gezinsleven. Ouders doorlopen elke fase voorafgaand aan hun kind(eren), zodat zij hun kind tijdens het proces kunnen ondersteunen. KINGS combineert intensieve traumabehandeling (met onder andere EMDR en imaginaire exposure) met lichaamsgerichte therapieën zoals trauma-sensitieve mindfulness, yoga en compassietraining, en video-feedback ter versterking van opvoedvaardigheden. Ter

 DOI 10.54447/jio.24889



Figuur 1 De schematische behandeling (KINGS)

ondersteuning van de motivatie voor traumabehandeling worden daarnaast motiverende gesprekstechnieken ingezet (Greenwald, 2009; Miller & Rollnick, 2013). De behandeling wordt uitgevoerd door EMDR-gecertificeerde therapeuten en ondersteund door gezinsbehandelaren. De behandeling wordt afgestemd op de specifieke behoeften en doelen van het gezin. Deze afstemming vindt plaats op basis van de intake- en oriëntatiefase voorafgaand aan de opname en wordt gedurende de behandeling wekelijks geëvalueerd in multidisciplinair overleg. Hoewel de kerncomponenten van het programma – waaronder traumabehandeling met EMDR (Shapiro, 2018), imaginaire exposure (Foa et al., 2007), motiverende gespreksvoering (Greenwald, 2009; Miller & Rollnick, 2013) en video-feedback gericht op opvoedvaardigheden (Wels, 2001; Balldin et al., 2016) – voor alle gezinnen onderdeel zijn van het behandelmodel, kan de intensiteit en timing van specifieke interventies variëren tussen gezinnen. Deze variatie weerspiegelt de heterogeniteit van de doelgroep en is inherent aan het behandelmodel. Voor meer informatie over het KINGS-model wordt verwezen naar Ploeg en Wanders-Mulder (2019).

2.2 Procedure en Participanten

Tussen november 2021 en november 2023 werden 81 gezinnen benaderd voor deelname aan het onderzoek. Deelname aan het behandelprogramma vond plaats op vrijwillige basis. Bij een deel van de gezinnen was wel sprake van betrokkenheid van jeugdbescherming (bijvoorbeeld in de vorm van een ondertoezichtstelling), maar dit betekende niet dat deelname aan de behandeling zelf verplicht was. Gezinnen kwamen in aanmerking wanneer (a) het kind minimaal 8 jaar oud was en in staat om zelfrapportagevragenlijsten

Tabel 1 Achtergrondinformatie moeders (N = 68) en kinderen (N = 68) in het onderzoek

Kenmerk	M (SD)	Bereik
Leeftijd moeder (jaren)	36.3 (6.8)	21–53
Leeftijd kind (jaren)	8.9 (3.4)	8–17
Aantal kinderen in het gezin	2.1 (1.1)	1–5
	N	**%**
Geslacht ouder (vrouw)	68	100
Geslacht kind (meisje)	28	41.2
Geslacht kind (jongen)	40	58.8
Gezinsstructuur (eenouder)	58	85.3
Gezinsstructuur (tweeouder)	10	14.7
Locatie Smilde	45	66.2
Locatie Deventer	23	33.8

Noot. M = gemiddelde; SD = standaarddeviatie.

in te vullen, en (b) ouder en kind voldoende Nederlands beheersten. Er waren geen uitsluitingscriteria. In totaal gaven 69 gezinnen toestemming voor deelname; 1 gezin trok zich later terug, waardoor uiteindelijk gegevens van 68 gezinnen (84% van de benaderde gezinnen) beschikbaar waren voor analyse.

Van deze gezinnen beëindigden 6 gezinnen het KINGS-programma voortijdig en bij 2 gezinnen lag de nadruk uitsluitend op stabilisatie en het creëren van veiligheid. Conform het intention-to-treat principe zijn alle gezinnen in de analyses meegenomen. De analyses zijn uitgevoerd op de gegevens van het primair aangemelde kind en de meest betrokken ouder per gezin (n = 68), om afhankelijkheid van observaties binnen gezinnen te voorkomen en de vergelijkbaarheid tussen gezinnen te waarborgen. In alle gevallen betrof dit de moeder. Dit weerspiegelt de samenstelling van de doelgroep van KINGS, waarin het merendeel van de gezinnen bestaat uit eenoudergezinnen met moeders als primaire verzorger. In tien gezinnen was daarnaast ook de vader betrokken bij de behandeling. Deze vaders vulden geen of slechts een deel van de vragenlijsten in.

De metingen vonden plaats op drie momenten: bij de start van het KINGS-programma (T0), direct na afloop (T1) en drie maanden na afloop (T2). T0 en T1 werden afgenomen door de behandelaren als onderdeel van de standaard Routine Outcome Monitoring (ROM) binnen het KINGS-programma; T2 werd afgenomen door de onderzoeker. Moeders en kinderen vulden op alle meetmomenten vragenlijsten in, na schriftelijke toestemming van ouders en – indien van toepassing – kinderen vanaf 12 jaar. De gebruikte vragenlijsten

 DOI 10.54447/jio.24889

waren de Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-13; Perrin et al., 2005; Verlinden & Lindauer, 2017), de PTSS Symptomen Schaal – Self Report (PTSS-SR; Foa et al., 1993; Engelhard et al., 2007) en de Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL; Vermulst et al., 2015). Voor dit onderzoek werd enkel een extra follow-upmeting op T2 toegevoegd. Gezinnen werden tijdens de intake mondeling en schriftelijk geïnformeerd over het onderzoek. De verzamelde gegevens zijn gebruikt voor zowel ROM-doeleinden als voor de analyses in dit onderzoek.

De beschikbaarheid van vragenlijstgegevens verschilde per meetmoment en per informant, omdat niet alle instrumenten door alle deelnemers op elk meetmoment werden ingevuld. Voor de OBVL waren gegevens beschikbaar van 64 moeders op T0, 52 op T1 en 38 op T2. Voor de PTSS-SR (zelfrapportage van PTSS-symptomen bij ouders) waren gegevens beschikbaar van 64 moeders op T0, 57 op T1 en 37 op T2. Voor de ouderversie van CRIES-13 waren gegevens beschikbaar van 45 moeders op T0, 39 op T1 en 31 op T2. Voor de kindversie van CRIES-13 waren gegevens beschikbaar van 38 kinderen op T0, 34 op T1 en 22 op T2.

2.3 Meetinstrumenten

2.3.1 *Traumaklachten – Ouderrapportage*

Ouderlijke traumaklachten zijn gemeten met de Nederlandse versie van de PTSS Symptomen Schaal (PTSS-SR; Engelhard et al., 2007; Foa et al., 1993). Deze vragenlijst bevat 17 items verdeeld over drie subschalen: herbeleving (5 items), vermijding (7 items) en hyperarousal (5 items). De items worden gescoord op een 4-punts Likertschaal van 0 ('nooit') tot 3 ('5 keer per week of meer'). Een voorbeelditem is: 'Hoe vaak heeft u de afgelopen week onprettige dromen of nachtmerries over de traumatische gebeurtenis gehad?' De totaalscore loopt van 0–51; scores vanaf 15 wijzen op de aanwezigheid van PTSS-symptomen. In dit onderzoek liet de PTSS-SR een Cronbach's alpha (α) van 0.93 zien (zeer goede interne consistentie).

2.3.2 *Traumaklachten bij het Kind*

Bij kinderen werd de CRIES-13 (Perrin et al., 2005; Verlinden & Lindauer, 2017) gebruikt, die zowel door het kind (≥8 jaar) als door de moeders werd ingevuld. De 13 items meten herbeleving (4), vermijding (4) en verhoogde prikkelbaarheid (5) en worden gescoord op een 4-punts Likertschaal van 0 ('helemaal niet') tot 5 ('vaak'). Een voorbeelditem is: 'Blijf je uit de buurt van dingen die je eraan herinneren (bijvoorbeeld plaatsen of situaties)?' De totaalscore loopt van 0–65; scores vanaf 30 (kind) en 31 (ouder) duiden op verhoogd risico op PTSS. De interne consistentie voor de CRIES-13 in dit onderzoek was $\alpha = 0.73$ voor de kindversie (voldoende betrouwbaarheid) en $\alpha = 0.93$ voor de ouderversie (zeer goede betrouwbaarheid).

2.3.3 *Opvoedingsbelasting*

De opvoedingsbelasting werd gemeten met behulp van de Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL; Vermulst et al., 2015), een Nederlandse zelfrapportagevragenlijst. Deze vra-

genlijst bevat 34 items verdeeld over vijf subschalen: ouder-kindrelatie, problemen met opvoeden, depressieve stemming, rolbeperking en gezondheidsklachten. Antwoorden worden gescoord op een 4-punts Likertschaal van 1 ('geldt niet') tot 4 ('geldt helemaal'). Een voorbeelditem is: 'Door de opvoeding van mijn kind kom ik te weinig aan mijzelf toe'. De totaalscore (34–136) geeft de ervaren opvoedingsbelasting weer; hogere scores betekenen meer belasting. In dit onderzoek was de interne consistentie van de OBVL hoog (Cronbach's $\alpha = 0.95$).

2.4 Statistische Analyses

De eerste onderzoeksvraag (verband tussen PTSS-klachten en opvoedingsbelasting bij de start van het KINGS-programma) is onderzocht met Pearson-correlaties op basis van de T0-scores van moeders en kinderen (zelf- en ouderrapportage; $p < .05$). Voor een antwoord op de tweede onderzoeksvraag (veranderingen in opvoedingsbelasting) zijn gepaarde *t*-toetsen uitgevoerd tussen T0, T1 en T2. Naast *p*-waarden (tweezijdig, $p < .05$) is Cohen's *d* berekend als maat voor effectgrootte ($d = 0.20$ = klein, $d = 0.50$ = matig, $d = 0.80$ = groot). Voor het beantwoorden van de derde onderzoeksvraag (verband tussen verandering in trauma en opvoedingsbelasting) zijn Pearson-correlaties berekend tussen de verschilscores (T0–T2) van traumasymptomen en opvoedingsbelasting. Alle assumpties voor correlatie- en *t*-toetsen (meetniveau, lineariteit, uitbijters en normaliteit) zijn gecontroleerd en voldeden aan de criteria.

Voorafgaand aan de analyses is onderzocht of er sprake was van selectieve uitval bij het invullen van de vragenlijsten. Daarbij zijn de voormetingscores (T0) van moeders die de vragenlijsten op latere meetmomenten niet volledig invulden vergeleken met die van moeders die dit wel deden. Deelnemers zijn per vragenlijst ingedeeld in drie groepen op basis van hun laatst complete meting: alleen T0, tot en met T1, of tot en met T2 (volledig afgerond). Deze indeling maakte het mogelijk om te onderzoeken of er bij aanvang al verschillen in klachtenniveaus bestonden tussen moeders die later wel of niet uitvielen. De analyses zijn uitgevoerd op beschikbare data; er is geen imputatie toegepast, zodat alleen deelnemers met een complete T0-score in de analyses zijn meegenomen.

De one-way ANOVA voor de kindversie van CRIES-13 liet geen significante verschillen zien tussen de groepen, $F(2, 35) = 1.47$, $p = .24$, $\eta^2 = .08$. Voor de ouderversie van CRIES-13 werd de aanname van homogeniteit van varianties geschonden (Levene's test: $F(2, 42) = 4.88$, $p = .01$), waarna een Welch's ANOVA werd uitgevoerd. Deze toonde een significant verschil tussen de groepen, $F(2, 20.97) = 10.85$, $p < .001$, $\eta^2 = .06$. Post hoc analyses met de Games-Howell-toets lieten zien dat moeders die de vragenlijsten tot en met T2 invulden bij aanvang significant lagere traumaklachten bij hun kinderen rapporteerden dan moeders die alleen de vragenlijsten bij T0 invulden, $M = 11.79$, $p < .001$, 95% CI [4.97, 18.62]. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen T0 en T1 ($p = .076$) of tussen T1 en T2 ($p = .918$).

De one-way ANOVA voor de OBVL liet geen significante verschillen zien tussen de groepen, $F(2, 61) = 0.50$, $p = .61$, $\eta^2 = .02$. Voor de PTSS-SR vonden we wel een significant groepsverschil, $F(2, 61) = 4.07$, $p = .02$, $\eta^2 = .12$. Post hoc tests (Tukey *HSD*) lieten zien dat moeders met een laatste complete meting op T1 significant meer traumaklachten rapporteerden dan moeders die het onderzoek volledig afrondden (T2), $p = .03$. In beide overige vergelijkingen werden geen significante verschillen gevonden (p's > .25).

Deze bevindingen suggereren dat selectieve uitval bij de PTSS-SR vooral optrad bij moeders met een laatste meting op T1: zij rapporteerden bij aanvang significant hogere traumaklachten dan moeders die het onderzoek volledig afrondden (T2). Voor moeders die de PTSS-SR alleen op T0 invulden, werden geen significante verschillen gevonden, al dient dit resultaat met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd vanwege de kleine groepsomvang ($n = 5$).

Voor de ouderversie van CRIES-13 werd een significant verschil gevonden tussen moeders die alleen T0 invulden en moeders die het onderzoek volledig doorliepen (T2): moeders in de T0-groep rapporteerden bij aanvang significant meer traumaklachten bij hun kinderen dan moeders in de T2-groep. Dit wijst erop dat selectieve uitval bij deze meting optrad bij moeders die het onderzoek niet volledig afrondden. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de T0- en T1-groep of tussen de T1- en T2-groep.

Voor de kindversie van CRIES-13 en OBVL werden geen aanwijzingen gevonden voor selectieve uitval op basis van klachtenniveau.

3 Resultaten

De beschrijvende informatie voor opvoedingsbelasting (OBVL), traumaklachten bij het kind (CRIES-13) en traumaklachten bij moeders (PTSS-SR) is weergegeven in tabel 2.

De analyses met betrekking tot de eerste onderzoeksvraag laten zien dat moeders die bij aanvang van de KINGS-behandeling meer traumaklachten rapporteerden, ook een hogere opvoedingsbelasting ervoeren ($r = .45$, $p < .001$, N = 60). Voor traumaklachten van kinderen werd bij aanvang van de behandeling geen significant verband met opvoedingsbelasting gevonden (ouderrapportage: $r = .18$, $p = .233$, N = 43; zelfrapportage: $r = .25$, $p = .140$, N = 36).

Met betrekking tot de tweede onderzoeksvraag laten de resultaten zien dat de gerapporteerde opvoedingsbelasting van moeders significant afnam naar het einde van de behandeling ($t(51) = 10.57$, $p < .001$, $d = 1.47$) ten opzichte van de gerapporteerde opvoedingsbelasting aan de start van de behandeling. Ook drie maanden later bleef de opvoedingsbelasting significant lager dan bij aanvang van KINGS ($t(36) = 7.04$, $p < .001$, $d = 1.16$). In beide gevallen was sprake van een groot effect.

Ten aanzien van de derde onderzoeksvraag bleek dat een grotere afname in opvoedingsbelasting significant en matig positief samenhing met een grotere afname in

Tabel 2 Opvoedingsbelasting, traumaklachten kind en ouder bij de start (T0), direct na (T1) en drie maanden na afloop KINGS (T2)

Variabele	T0 (N, M, SD)		T1 (N, M, SD)		T2 (N, M, SD)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Opvoedingsbelasting (OBVL)	80.8[1]	16.6	60.4[2]	17.6	64.9[3]	16.1
Traumaklachten kind (CRIES-13 ouder)	42.6[4]	14.9	21.8[5]	16.9	26.7[6]	15.6
Traumaklachten kind (CRIES-13 kind)	35.9[3]	12.8	17.9[7]	16.2	15.3[8]	14.5
Traumaklachten ouder (PTSS-SR)	24.0[1]	10.1	9.3[9]	10.2	7.5[10]	6.4

[1]*n* = 64. [2]*n*=52. [3]*n* = 38.[4]n = 45. [5]n = 39. [6]n = 31. [7]n = 34. [8]n = 22. [9]n = 57. [10]n = 37.
Noot. M = gemiddelde; SD = standaarddeviatie. OBVL = Opvoedingsbelastingvragenlijst; CRIES-13 = Children's Revised Impact of Event Scale (13 items); PTSS-SR = Posttraumatic Stress Symptom Scale – Self Report.

PTSS-klachten bij moeders (r = .39, p = .006, N = 47) en in door moeders gerapporteerde traumaklachten bij kinderen (r = .53, p < .001, N = 36). Voor zelfgerapporteerde traumaklachten van kinderen werd geen significant verband gevonden met verandering in ervaren opvoedingsbelasting (r = .20, p = .318, N = 27).

4 Discussie

Dit onderzoek laat zien dat de KINGS-behandeling, gericht op gezinnen met meervoudige en complexe problemen, samenhangt met een significante afname van opvoedingsbelasting bij moeders. Daarnaast biedt deze studie een eerste indicatie van de samenhang tussen veranderingen in traumaklachten en opvoedingsbelasting binnen een klinische behandelcontext. Zoals verwacht ervaarden moeders met meer traumaklachten bij de start een hogere opvoedingsbelasting, wat eerdere bevindingen dat ouderlijk trauma een risicofactor is voor opvoedingsbelasting bevestigt (Carr et al., 2020; Christie et al., 2019; Creech & Misca, 2017; Curenton et al., 2009; Davies et al., 2008; Krahé et al., 2015; Lamers-Winkelman et al., 2007; Rodriguez, 2010; Schechter et al., 2015; Steketee et al., 2017; Yablonsky et al., 2016).

In deze studie hebben we geen betekenisvol verband gevonden tussen de traumaklachten van kinderen en de ervaren opvoedingsbelasting bij aanvang van de behandeling. Een mogelijke verklaring is dat niet zozeer de traumaklachten zelf, maar vooral de wijze waarop deze zich uiten in het gedrag van het kind – bijvoorbeeld in emotieregulatieproblemen of externaliserend gedrag – samenhangt met de ervaren opvoedingsbelasting (National Scientific Council on the Developing Child, 2005/2014; Nederlands Jeugdinstituut, z.d.-a, z.d.-b; Lindauer & Boer, 2013; Beer et al., 2020). Aangezien dergelijke

gedragskenmerken in de huidige studie niet afzonderlijk zijn gemeten, kan niet worden vastgesteld in hoeverre zij de relatie tussen traumaklachten en opvoedingsbelasting beïnvloedden.

De opvoedingsbelasting nam tijdens de KINGS-behandeling aanzienlijk af en deze verbetering bleef ook drie maanden na afloop behouden. De berekende Cohen's *d* wees op relatief grote verschillen tussen begin- en eindmeting. Deze effectgroottes wijzen op substantiële veranderingen in ervaren opvoedingsbelasting. Tegelijkertijd dienen deze bevindingen voorzichtig geïnterpreteerd te worden, gezien het ontbreken van een controlegroep en de mogelijke invloed van andere factoren.

Hoewel eerdere studies naar interventies voor gezinnen met meervoudige en complexe problematiek doorgaans kleine tot matige effecten rapporteren (Weisz et al., 2017; Van der Stouwe et al., 2014), is directe vergelijking met deze studies beperkt mogelijk vanwege verschillen in onderzoeksontwerp, doelgroep en context. De huidige resultaten kunnen worden beschouwd als een eerste indicatie dat een geïntegreerde, klinische gezinsbehandeling samenhangt met veranderingen in opvoedingsbelasting binnen deze doelgroep. Mogelijke andere verklaringen voor de positieve verandering in ervaren opvoedingsbelasting zijn de positieve verwachtingen van moeders ten aanzien van de resultaten van de behandeling (ofwel placebo-effect) of de positieve verwachtingen van de hulpverleners over de mogelijkheden van verandering bij de gezinnen (ofwel Pygmalion-effect). Daarnaast kunnen de klinische setting en de intensiteit van de behandeling een rol spelen. Doordat gezinnen tijdens KINGS intern verblijven, is deze interventie niet rechtstreeks te vergelijken met ambulante behandelprogramma's. Het klinische (intramurale) karakter maakt een intensievere en meer geïntegreerde aanpak mogelijk, waarbij behandelaren het gezin continu kunnen observeren en direct kunnen interveniëren in dagelijkse interacties. De veilige, gestructureerde omgeving en de hoge mate van betrokkenheid van behandelaren kunnen mogelijk bijdragen aan grotere veranderingen in gezinsfunctioneren en traumagerelateerde klachten dan doorgaans worden gezien bij ambulante trajecten.

De resultaten laten verder zien dat een afname in door moeders gerapporteerde traumaklachten zowel bij henzelf als bij hun kinderen, samenhangt met een afname van opvoedingsbelasting. Deze bevinding is in lijn met de verwachting dat veranderingen in traumaklachten en opvoedingsbelasting samen kunnen optreden (Anastopoulos et al., 1992; Ashford et al., 2008). Een mogelijke verklaring is dat moeders na vermindering van hun eigen traumaklachten beter in staat zijn hun kinderen emotioneel te steunen, wat kan bijdragen aan een afname in ervaren opvoedingsbelasting (Chemtob et al., 2010; Martin et al., 2018). Daarnaast lijkt een afname van traumaklachten bij kinderen vaak samen te gaan met een afname van gedragsproblemen, waardoor opvoeden als minder belastend wordt ervaren (Scheeringa & Zeanah, 2001; De Young et al., 2011). Deze verklaringen zijn echter hypothesen en kunnen op basis van het huidige onderzoeksontwerp niet worden getoetst.

We vonden echter geen samenhang tussen verandering in traumaklachten bij kinderen gerapporteerd door de kinderen zelf en verandering in opvoedingsbelasting bij

moeders. Dit kan samenhangen met de lagere respons bij kind-zelfrapportages, wat heeft geleid tot een kleinere steekproef voor deze analyses. De redenen voor deze lagere respons zijn in het huidige onderzoek niet systematisch in kaart gebracht. Daarnaast is het mogelijk dat verschillen tussen ouder- en kindrapportages hebben bijgedragen aan het uitblijven van significante samenhangen. Eerder onderzoek laat zien dat ouder- en kindrapportages niet altijd overeenkomen en verschillende perspectieven op het functioneren van kinderen kunnen weerspiegelen (Nederlands Jeugdinstituut, 2013). Bovendien kan het feit dat zowel de opvoedingsbelasting als de traumaklachten van het kind door moeders zijn gerapporteerd, hebben bijgedragen aan sterkere samenhangen binnen ouderrapportages. Op basis van het huidige onderzoek kan echter niet worden vastgesteld welke van deze, of andere, verklaringen het meest aannemelijk is.

4.1 Beperkingen

Dit onderzoek kent enkele beperkingen. Een eerste beperking is dat we in deze studie geen controlegroep hebben geïncludeerd. Hierdoor kunnen we geen causale uitspraken doen over de effecten van KINGS. De gevonden verbeteringen in opvoedingsbelasting en traumaklachten kunnen dus niet met zekerheid worden toegeschreven aan de behandeling zelf. Alternatieve verklaringen, zoals spontaan herstel, regressie naar het gemiddelde en verwachtingseffecten, kunnen een rol hebben gespeeld in de gevonden veranderingen. Met name in een niet-gecontroleerd onderzoeksontwerp kunnen dergelijke factoren bijdragen aan veranderingen in uitkomsten. Deze beperking benadrukt het belang van toekomstig onderzoek met sterkere onderzoeksontwerpen, zoals vergelijkingen met care-as-usual, andere interventies of gefaseerde implementaties, om de specifieke bijdrage van KINGS beter vast te stellen.

Een tweede beperking van dit onderzoek betreft de selectieve uitval bij het invullen van de vragenlijsten. Moeders die de PTSS-SR niet tot het einde van het onderzoek invulden (laatste meting op T1) rapporteerden bij aanvang meer traumaklachten dan moeders die alle meetmomenten voltooiden. Ook bij de ouderversie van CRIES-13 werd een significant verschil gevonden: moeders die alleen T0 invulden, rapporteerden bij aanvang meer traumaklachten bij hun kinderen dan moeders die het onderzoek volledig doorliepen. Dit wijst erop dat moeders die bij aanvang ernstigere klachten rapporteerden, zowel bij zichzelf als bij hun kind, minder vaak deelnamen aan latere metingen. Voor de overige vragenlijsten vonden we geen aanwijzingen voor selectieve uitval. Dit kan betekenen dat de resultaten een te positief beeld geven van de uitkomsten en vooral representatief zijn voor gezinnen die de behandeling volhielden en de metingen bleven invullen. Hoewel in de analyses gebruik is gemaakt van een intention-to-treat benadering, waarbij alle gezinnen tot hun laatst beschikbare meting zijn meegenomen, kan selectieve uitval nog steeds invloed hebben gehad op de resultaten. Vooral voor gezinnen met ernstigere problematiek is nader onderzoek nodig naar factoren die samenhangen met uitval en naar manieren waarop KINGS beter kan aansluiten bij hun draagkracht

en ondersteuningsbehoeften. In dit onderzoek zijn de specifieke redenen voor uitval niet systematisch geregistreerd. In vergelijkbaar onderzoek naar intensieve interventies voor gezinnen met complexe problematiek worden uitvalredenen vaak gerelateerd aan de hoge belasting van behandeling en praktische omstandigheden binnen het gezin (Tausendfreund et al., 2016). Toekomstig onderzoek zou deze factoren explicieter kunnen registreren om beter inzicht te krijgen in de mechanismen achter uitval.

Een derde beperking is dat we in dit onderzoek alleen analyses hebben uitgevoerd op de gegevens van de meest betrokken ouder, wat in alle gevallen de moeder was en niet de vader. Hierdoor is het perspectief van vaders niet belicht, terwijl in tien gezinnen vaders wel betrokken waren.

Tot slot is in dit onderzoek opvoedingsbelasting uitsluitend onderzocht in relatie tot traumaklachten bij moeders en kinderen. Andere factoren die mogelijk bijdragen aan ervaren opvoedingsbelasting, zoals gedragsproblemen van kinderen, financiële stress en relationele spanningen, zijn niet meegenomen. Hierdoor blijft onduidelijk in welke mate de gevonden samenhangen specifiek zijn voor traumaklachten of mede worden beïnvloed door andere gezins- en omgevingsfactoren.

4.2 Aanbevelingen voor Vervolgonderzoek en Praktijk

Een eerste aanbeveling voor vervolgonderzoek is om niet alleen de totaalscore van de OBVL te gebruiken, maar ook de afzonderlijke subschalen te analyseren (bijvoorbeeld problemen opvoeder-kindrelatie, gezondheidsklachten en depressieve stemmingen). Dit kan inzicht geven in welke aspecten van opvoedingsbelasting het meest verbeteren en waar de behandeling verder kan worden aangescherpt. Daarnaast is het wenselijk om in toekomstig onderzoek gebruik te maken van meetinstrumenten die aansluiten bij actuele diagnostische inzichten in traumaklachten, zoals de Kind en Jeugd Trauma Screener (KJTS), om veranderingen in verschillende dimensies van posttraumatische stress beter in kaart te brengen (Nederlands Jeugdinstituut, z.d.).

Verder is vervolgonderzoek nodig om de samenhang tussen veranderingen in traumaklachten en opvoedingsbelasting verder te verduidelijken. Toekomstige studies zouden gebruik kunnen maken van sterkere onderzoeksontwerpen, zoals vergelijkingen met care-as-usual, andere interventies of gefaseerde implementaties, om de specifieke bijdrage van het programma beter te kunnen duiden.

Ook is het relevant om te onderzoeken of veranderingen in opvoedingsbelasting samenhangen met bredere gezinsuitkomsten, zoals kindermishandeling, en of opvoedingsbelasting hierin een mediërende rol speelt. Tevens is het van belang om meer inzicht te krijgen in welke specifieke behandelcomponenten van KINGS bijdragen aan positieve effecten (bijvoorbeeld traumaverwerking, ouderbegeleiding of systemische interventies), zodat het programma verder kan worden geoptimaliseerd (Zeinstra et al., 2025).

Tot slot bevelen we langere follow-upmetingen aan (bijvoorbeeld na één jaar) om de duurzaamheid van de resultaten te onderzoeken en om te bepalen of aanvullende

ondersteuning nodig is (Zeinstra et al., 2025). Daarnaast is het van belang om in toekomstig onderzoek ook andere relevante stressfactoren, zoals kindgedrag, financiële stress en relationele spanningen, mee te nemen. Dit kan bijdragen aan een vollediger begrip van factoren die samenhangen met opvoedingsbelasting en daarmee aan verdere ontwikkeling van interventies.

5 Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat binnen gezinnen met meervoudige en complexe problematiek veranderingen in traumaklachten bij moeders en veranderingen in door moeders gerapporteerde traumaklachten bij kinderen, samenhangen met veranderingen in ervaren opvoedingsbelasting. Deze bevinding is in lijn met de veronderstelling dat traumaklachten en opvoedingsprocessen binnen gezinnen met elkaar verweven zijn en gelijktijdig kunnen veranderen gedurende de behandeling.

De resultaten dienen echter voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Samenhangen tussen (veranderingen in) opvoedingsbelasting en traumaklachten werden gevonden bij ouderrapportages, maar niet bij zelfrapportages van traumaklachten door kinderen, en door het ontbreken van een controlegroep kunnen geen uitspraken worden gedaan over causale verbanden. Deze studie kan worden beschouwd als een eerste stap in het onderzoeken van de samenhang tussen veranderingen in traumaklachten en opvoedingsbelasting bij GMCP binnen een geïntegreerde, klinische gezinsbehandeling. Vervolgonderzoek is nodig om deze bevindingen te repliceren, de samenhang tussen deze domeinen verder te verduidelijken en de effecten in sterkere onderzoeksontwerpen te toetsen. De bevindingen suggereren dat het in de behandeling van gezinnen met complexe problematiek relevant is om traumaklachten en opvoedingsprocessen in samenhang te benaderen. Een geïntegreerde, gezinsgerichte aanpak waarin deze samenhang centraal staat vormt daarmee een relevante richting voor zowel onderzoek als praktijk.

Korte Verklaring over de Data en Analyses

De analysecodes en -output die ten grondslag liggen aan dit onderzoek kunnen niet gedeeld worden, aangezien de participanten hiervoor geen toestemming hebben gegeven. Het delen van deze informatie zou in strijd zijn met hun privacy. De data zijn niet vrij toegankelijk, maar kunnen op verzoek worden opgevraagd bij de auteurs.

Indien er belangstelling bestaat voor het hergebruik van deze data, dient vooraf toestemming te worden verkregen van de betrokken participanten. Daarnaast zullen gebruiksvoorwaarden worden opgesteld door de juridische afdelingen van KINGS, alvorens toegang tot de data kan worden verleend.

Auteursbijdragen

De eerste auteur was verantwoordelijk voor de conceptualisatie van de huidige onderzoeksvraag, de analyses van de bestaande data en het schrijven van het manuscript. De tweede en derde auteur waren verantwoordelijk voor de opzet van het longitudinale onderzoek waarvan deze studie deel uitmaakt, en de tweede auteur was tevens verantwoordelijk voor de dataverzameling en uitvoering van dit onderzoek. Beide co-auteurs hebben het manuscript in verschillende fasen meegelezen en inhoudelijke suggesties gedaan, onder andere ten aanzien van de onderzoeksopzet, interpretatie van de resultaten, statistische analyses en aanbevelingen voor vervolgonderzoek. Daarnaast hebben zij bijgedragen aan de opmaak en redactie van het manuscript. De derde auteur was tevens supervisor van de eerste auteur in het kader van de opleiding tot klinisch psycholoog en heeft in dat kader inhoudelijke en methodologische supervisie geboden gedurende het gehele onderzoeksproces. Alle auteurs hebben het definitieve manuscript gelezen en goedgekeurd voor indiening.

Literatuur

Anastopoulos, A.D., Guevremont, D.C., Shelton, T.L., & DuPaul, G.J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 20*(5), 503–520.

Ashford, J., Smit, F., van Lier, P.A.C., Cuijpers, P., & Koot, H.M. (2008). Early risk indicators of internalizing problems in late childhood: A 9-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(7), 774–780. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01901.x

Balldin, S., Fisher, P.A., & Wirtberg, I. (2016). Video feedback intervention with children: A systematic review. *Research on Social Work Practice, 28*(6), 682–695. https://doi.org/10.1177/1049731516671809

Bunting, L., Webb, M.A., & Shannon, R. (2017). Looking again at troubled families: Parents' perspectives on multiple adversities. *Child & Family Social Work, 22*(1), 31–40. https://doi.org/10.1111/cfs.12232

Carr, A., Duff, H., & Craddock, F. (2020). A systematic review of reviews of the outcome of non-institutional child maltreatment. *Trauma, Violence, & Abuse, 21*(4), 828–843. https://doi.org/10.1177/1524838017742386

Chemtob, C.M., Gudiño, O.G., & Laraque, D. (2010). Maternal posttraumatic stress disorder and depression in pediatric primary care: Association with child maltreatment and child functioning. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 164*(10), 907–914. https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.162

Christie, H., Hamilton-Giachritsis, C., Alves-Costa, F., Tomlinson, M., & Halligan, S.L. (2019). The impact of parental posttraumatic stress disorder on parenting: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1), 1550345. https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1550345

Creech, S.K., & Misca, G. (2017). Parenting with PTSD: A review of research on the influence of PTSD on parent-child functioning in military and veteran families. *Frontiers in Psychology, 8*, 1101. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01101

Curenton, S.M., McWey, L.M., & Bolen, M.G. (2009). Distinguishing maltreating versus nonmaltreating at-risk families: Implications for foster care and early childhood education interventions. *Families in Society, 90*(2), 176–182. https://doi.org/10.1606/1044-3894.3921

D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B.A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry, 82*(2), 187–200. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x

Davies, J., Slade, P., Wright, I., & Stewart, P. (2008). Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Mental Health Journal, 29*(6), 537–552. https://doi.org/10.1002/imhj.20191

Deković, M., & Bodden, D.H.M. (2019). Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Kenmerken en verschillende typen. In M. Deković & D.H.M. Bodden (Eds.), *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Theorie en praktijk* (pp. 52–74). Lemniscaat.

De Young, A.C., Kenardy, J.A., & Cobham, V.E. (2011). Trauma in early childhood: A neglected population. *Clinical Child and Family Psychology Review, 14*(3), 231–250. https://doi.org/10.1007/s10567-011-0094-3

Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., Wild, J., Liness, S., Albert, I., Deale, A., Stott, R., & Clark, D.M. (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *The American Journal of Psychiatry, 171*(3), 294–304. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13040552

Engelhard, I.M., Arntz, A., & Van den Hout, M.A. (2007). Low specificity of symptoms on the posttraumatic stress disorder self-report scale. *Journal of Anxiety Disorders, 21*(1), 87–97. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.05.008

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245–258. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8

Foa, E.B., Hembree, E.A., & Rothbaum, B.O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences* (Therapist guide). Oxford University Press.

Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V., & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 6*(4), 459–473. https://doi.org/10.1002/jts.2490060405

Fredland, N., Symes, L., Gilroy, H., Paulson, R., Nava, A., McFarlane, J., & Pennings, J. (2015). Connecting partner violence to poor functioning for mothers and children: Modeling intergenerational outcomes. *Journal of Family Violence, 30*, 555–566. https://doi.org/10.1007/s10896-015-9702-1

Friedman, M.J. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5: Getting here from there and where to go next. *Journal of Traumatic Stress, 26*(5), 548–556. https://doi.org/10.1002/jts.21899

Greenwald, R. (2009). *Treating problem behaviors: A trauma-informed approach*. Routledge.

Krahé, B., Bondü, R., Höse, A., & Esser, G. (2015). Child aggression as a source and a consequence of parenting stress: A three-wave longitudinal study. *Journal of Research on Adolescence, 25*(2), 328–339. https://doi.org/10.1111/jora.12118

Lamers-Winkelman, F., Slot, N.W., Bijl, B., & Vijlbrief, A.C. (2007). *De tweede nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen* (*NPM-2005*). Verwey-Jonker Instituut.

Lindauer, R., & Boer, F. (2013). *Trauma bij kinderen*. Lannoo Meulenhoff.

Lindert, J., von Ehrenstein, O.S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weisskopf, M.G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health, 59*, 359–372. https://doi.org/10.1007/s00038-013-0519-5

Lünnemann, M.K.M. (2023). *From harm to hope: Unraveling the intergenerational transmission of family violence* (Doctoral dissertation, Erasmus University Rotterdam).

Martin, C.E., McLean, C.P., Foa, E.B., & Zoellner, L.A. (2018). Parental posttraumatic stress symptoms and parent–child interactions: Influence of trauma and recovery on parenting behavior. *Journal of Family Psychology, 32*(6), 793–803. https://doi.org/10.1037/fam0000430

Matthijssen, S.J., Menses, S.D., & Huisman-van Dijk, H.M. (2024). The effects of an intensive outpatient treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology, 15*(1), 2341548. https://doi.org/10.1080/20008198.2024.2341548

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.

National Scientific Council on the Developing Child. (2014). *Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain* (Working Paper No. 3, updated ed.). Center on the Developing Child, Harvard University. (Original work published 2005)

Nederlands Jeugdinstituut. (2013). *JGZ-richtlijn opvoedondersteuning*. https://www.nji.nl/richtlijnen/jgz-richtlijn-opvoedondersteuning

Nederlands Jeugdinstituut. (n.d.). *Kind en Jeugd Trauma Screener* (*KJTS*). Geraadpleegd op 10 juni 2025, van https://www.nji.nl/instrumenten/kind-en-jeugd-trauma-screener-kjts

Nederlands Jeugdinstituut. (n.d.-a). *Gedragsproblemen*. Geraadpleegd op 11 april 2026, van https://www.nji.nl/gedragsproblemen

Nederlands Jeugdinstituut. (n.d.-b). *Opvoedstress*. Geraadpleegd op 11 april 2026, van https://www.nji.nl/opvoedstress

Perrin, S., Meiser-Stedman, R., & Smith, P. (2005). The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33*(4), 487–498. https://doi.org/10.1017/S1352465805002419

Ploeg, C., & Wanders-Mulder, E.H. (2019). Kind in gezond systeem (KINGS): Een traumageoriënteerde behandeling voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen. In J. Knot-Dickscheit & E.J. Knorth (Eds.), *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Theorie en praktijk* (pp. 439–452). Lemniscaat.

Ploeg, C., & Wanders-Mulder, E.H. (2020). Het KINGS-programma. In E. de Roos & R. de Jongh (Eds.), *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren* (pp. 309–334). Boom.

Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming. (n.d.). *Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming*. Geraadpleegd op 11 april 2026, van https://www.richtlijnenjeugdhulp.nl/

Rodriguez, C.M. (2010). Parent–child aggression: Association with child abuse potential and parenting styles. *Violence and Victims, 25*(6), 728–741.

Schechter, D.S., Moser, D.A., Reliford, A., McCaw, J.E., Coates, S.W., Turner, J.B., Rusconi Serpa, S.R., & Willheim, E. (2015). Negative and distorted attributions towards child, self, and primary attachment figure among posttraumatically stressed mothers. *Child Psychiatry & Human Development, 46*(1), 10–20. https://doi.org/10.1007/s10578-014-0459-y

Scheeringa, M.S., & Zeanah, C.H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress, 14*(4), 799–815. https://doi.org/10.1023/A:1013002507972

Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures* (3rd ed.). Guilford Press.

Siegel, D.J., & Hartzell, M. (2003). *Parenting from the inside out*. Penguin.

Spinazzola, J., van der Kolk, B., & Ford, J.D. (2021). Developmental trauma disorder: A legacy of attachment trauma in victimized children. *Journal of Traumatic Stress, 34*(4), 711–720. https://doi.org/10.1002/jts.22692

Steketee, M., & Doelman, E. (2022). *Hoe bescherm je kinderen als het thuis onveilig is?* Verwey-Jonker Instituut.

Steketee, M., Dijkstra, S., & Lünnemann, K. (2017). Het doorbreken van patronen: Intergenerationele overdracht van geweld. In K. van Beek, M. Steketee, L. van Doorn, & M. Ham (Eds.), *Intergenerationele overdracht van geweld* (pp. 35–52). Verwey-Jonker Instituut.

Steketee, M., van Loon-Dikkers, L., Lünnemann, M., Dusault, Y., & Tierolf, B. (2023). *Huiselijk geweld: Een complex en hardnekkig probleem*. Verwey-Jonker Instituut.

Tausendfreund, T., Knot-Dickscheit, J., Schulze, G.C., Knorth, E.J., & Grietens, H. (2016). Families in multi-problem situations: Backgrounds, characteristics, and care services. *Child & Youth Services, 37*(1), 4–22.

van den Berg, G., & De Baat, M. (2012). *Wat werkt bij multiprobleemgezinnen?* Nederlands Jeugdinstituut.

van Oijen, S. (2010). *Balans in opvoeden: Over stress en steun in gezinnen*. Nederlands Jeugdinstituut.

van der Stouwe, T., Asscher, J.J., Stams, G.J.J.M., Deković, M., & van der Laan, P.H. (2014). The effectiveness of multisystemic therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*(6), 468–481. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.006

van Woudenberg, C., Voorendonk, E.M., Bongaerts, H., Zoet, H.A., Verhagen, M., Lee, C.W., & De Jongh, A. (2018). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and EMDR for severe PTSD. *European Journal of Psychotraumatology, 9*(1), 1487225. https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1487225

Verlinden, E., & Lindauer, R. (2017). *CRIES-13: Nederlandse versie*. Academisch Medisch Centrum.

Vermulst, A.A., Kroes, G., De Meyer, R.E., Nguyen, L., & Veerman, J.W. (2015). *Handleiding OBVL*. Praktikon.

Voorendonk, E.M., De Jongh, A., Rozendaal, L., & Van Minnen, A. (2020). Trauma-focused treatment outcome for complex PTSD patients. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), 1783955. https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1783955

Weisz, J.R., Kuppens, S., Ng, M.Y., Eckshtain, D., Ugueto, A.M., Vaughn-Coaxum, R., Jensen-Doss, A., Hawley, K.M., Krumholz Marchette, L.S., Chu, B.C., Weersing, V.R., & Fordwood, S.R. (2017). What

five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy. *American Psychologist, 72*(2), 79–117. https://doi.org/10.1037/a0040360

Wels, P.M.A. (2001). *Helpen met beelden: Video in de hulpverlening aan gezinnen*. Bohn Stafleu van Loghum.

Yablonsky, A.M., Yan, G., & Bullock, L. (2016). Parenting stress among deployed fathers in the military. *Military Medicine, 181*, 854–862. https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00373

Zeinstra, L.T., Visscher, L., Huyghen, A.M.N., Harder, A.T., Wanders, F., & Knot-Dickscheit, J. (2025). Unraveling trauma-focused residential treatment for families experiencing complex problems. *Residential Treatment for Children & Youth*. https://doi.org/10.1080/0886571X.2025.2540882

Zeinstra, L.T. (2025). *Effectiviteit van de klinische en traumagerichte gezinsbehandeling KINGS* [Ongepubliceerd manuscript].

Zeinstra, L., Huyghen, A.M.N., Knot-Dickscheit, J., Wanders, F., & Harder, A. (2022). KINGS: Traumabehandeling voor kwetsbare gezinnen. *Kind & Adolescent Praktijk, 21*(1), 24–26.

Zeinstra, L.T., Huyghen, A.M.N., Harder, A.T., Post, W.J., Wanders, F., & Knot-Dickscheit, J. (2024). De klinische en traumageoriënteerde gezinsbehandeling KINGS. *Jeugd in Ontwikkeling*.