

Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen met Expertise in Psychotrauma

Competency Profile for Clinical Psychologists with Expertise in Trauma

*Een onderzoek van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen, in opdracht van het
Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen.*

Emma De Schrijver¹, Stien Platinck¹, Ulrike Kool¹, Lotte De Schrijver^{2,3}, en Kasia Uzieblo^{4,5,6}

¹ Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen, Brussel, België

² Divisie Diversiteit, Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen, Brussel, België

³ Onderzoeker (PhD) in het Gender & Violence Team van het International Centre for Reproductive Health (ICRH), Departement Volksgezondheid en Eerstelijnszorg van de Universiteit Gent, België

⁴ Coördinator divisie Forensische Psychologie, Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen, Brussel, België

⁵ Professor in Forensische en Criminologische Psychologie, Vrije Universiteit Brussel (VUB), Brussel, België

⁶ Senior onderzoeker bij de Forensische Zorgspecialisten, Utrecht, Nederland



VLAAMSE VERENIGING VAN
Klinisch Psychologen



INSTITUUT VOOR
DE GELIJKHEID
VAN VROUWEN
EN MANNEN

Dit rapport werd in opdracht van het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen geschreven door:

Wetenschappelijke medewerkers *Emma De Schrijver*
Stien Platinck

Beleidsmedewerker *Ulrike Kool*

Coördinatoren project *Lotte De Schrijver*
Kasia Uzieblo



INHOUDSOPGAVE

DANKBETUIGINGEN.....	5
NEDERLANDSTALIGE SAMENVATTING.....	6
ENGLISH SUMMARY	10
VEELGEBRUIKTE AFKORTINGEN EN HUN BETEKENIS	13
COMPETENTIEPROFIEL VOOR KLINISCH PSYCHOLOGEN MET EXPERTISE IN PSYCHOTRAUMA	14
LITERATUURSTUDIE.....	19
DEFINIËRING EN PREVALENTIECIJFERS	19
<i>TRAUMA.....</i>	<i>19</i>
<i>TRAUMAGERELATEERDE STOORNISSEN.....</i>	<i>20</i>
<i>PSYCHOTRAUMA NA SEKSUEEL GEWELD</i>	<i>23</i>
BEHANDELING VAN TRAUMA- EN TRAUMAGERELATEERDE STOORNISSEN	24
<i>SCREENING EN DIAGNOSTIEK.....</i>	<i>25</i>
<i>BEHANDELING</i>	<i>27</i>
<i>OPLEIDING TOT TRAUMAPSYCHOLOOG.....</i>	<i>32</i>
NODIGE COMPETENTIES VOOR TRAUMABEHANDELING	33
<i>DEFINIËRING COMPETENTIEPROFIEL</i>	<i>34</i>
<i>MODEL VOOR HET COMPETENTIEPROFIEL.....</i>	<i>34</i>
CONCLUSIE	39
SURVEYONDERZOEK PROFESSIONALS OMTRENT TRAUMABEHANDELING.....	41
METHODE	41
<i>STEEKPROEF.....</i>	<i>41</i>
<i>ALGEMENE ONDERZOEKSOPZET</i>	<i>42</i>
<i>MATERIAAL.....</i>	<i>43</i>
<i>STATISTISCHE ANALYSES</i>	<i>44</i>
RESULTATEN.....	45
<i>ERVARING, BEHANDELTECHNIEKEN EN OPLEIDING VAN DEELNEMERS.....</i>	<i>45</i>
<i>KENMERKEN VAN PATIËNTEN MET PSYCHOTRAUMA</i>	<i>48</i>
<i>HULPZOEKEND GEDRAG VAN PERSONEN BLOOTGESTELD AAN TRAUMA</i>	<i>49</i>
<i>NODIGE COMPETENTIES VOOR TRAUMABEHANDELING.....</i>	<i>51</i>
CONCLUSIE	54



REVIEW BOARD: DE VISIE VAN EXPERTEN IN TRAUMABEHANDELING	55
METHODE	55
<i>STEEKPROEF</i>	<i>55</i>
<i>ALGEMENE ONDERZOEKSOPZET</i>	<i>56</i>
<i>MATERIAAL</i>	<i>57</i>
<i>PROCEDURE</i>	<i>57</i>
RESULTATEN.....	58
<i>DE EIGEN PROFESSIONELE ERVARING EN EXPERTISE</i>	<i>58</i>
<i>NODEN IN HET HUIDIGE WERKVELD</i>	<i>60</i>
<i>NODIGE COMPETENTIES EN OPLEIDINGEN VOOR TRAUMABEHANDELING</i>	<i>62</i>
<i>DE INHOUD VAN BESTAANDE PSYCHOTRAUMAOPLEIDINGEN</i>	<i>69</i>
CONCLUSIE	70
COMPETENTIEPROFIEL	74
VERGELIJKING BESTAANDE COMPETENTIEMODELLEN.....	74
INTEGRATIE RESULTATEN SURVEY EN INTERVIEWS	75
CONCLUSIE	85
DISCUSSIE & ALGEMENE CONCLUSIE	86
BEPERKINGEN HUIDIG ONDERZOEK EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK	86
PRAKTIJK- EN BELEIDSAANBEVELINGEN.....	87
ALGEMENE CONCLUSIE.....	88
REFERENTIES	90
BIJLAGEN	103



Dankbetuigingen

Het onderzoeksteam wenst alle deelnemers aan dit project van harte te bedanken voor het delen van hun waardevolle ervaringen en inzichten.



Nederlandstalige samenvatting

Inleiding

Ongeveer 70 tot 90% van de mensen zou doorheen hun leven minstens één traumatische gebeurtenis meemaken. Het meemaken van een dergelijke gebeurtenis kan onder meer leiden tot de ontwikkeling van trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, waaronder een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Helaas zien we in de praktijk dat personen die aan dergelijke stoornissen lijden vaak een verkeerde diagnose krijgen. Bovendien is het verkrijgen van een correcte diagnose geen garantie voor een adequate opvolging en begeleiding: personen met een dergelijke problematiek botsen immers vaak op een tekort aan beschikbare psychologen met een specialisatie in traumabehandeling.

Dit project werd opgestart vanuit de noden vastgesteld bij slachtoffers van seksueel geweld, die geïdentificeerd werden aan de hand van een recente evaluatie van de Zorgcentra na Seksueel Geweld (2019), meer specifiek de nood aan (1) een kwaliteitsvolle psychologische begeleiding van slachtoffers van seksueel geweld, (2) een gespecialiseerde opleiding voor hulpverleners en (3) kwaliteitscriteria voor deze professionals.

Vanuit deze vaststellingen stelt het huidig project de volgende drie doelstellingen voorop. Ten eerste werd deze studie gevoerd met als doel een competentieprofiel op te stellen voor klinisch psychologen werkend met trauma in de Belgische context. Dit competentieprofiel wordt ontwikkeld op basis van de bekomen resultaten uit een studie van de wetenschappelijke en professionele literatuur, een survey die naar de mening van Belgische klinisch psychologen peilt betreffende de competenties die als noodzakelijk geacht worden om patiënten met trauma- en traumagerelateerde klachten adequaat te kunnen behandelen, en de kwalitatieve interviews afgenomen bij zowel nationale als internationale academici en clinici - die door *peers* als expert in traumabehandeling beschouwd worden (i.e., de review board). Ten tweede wil deze studie academici, opleiders en programmadirecteurs bewust maken van de nood aan specifieke vormingsmogelijkheden over trauma, de gevolgen van trauma en traumabehandeling. Ten derde wil men op basis van dit project een kwaliteitslabel creëren via het Vlaams Register van Klinische Psychologen. In dit register vindt men gecertificeerde klinische psychologen terug, die aan alle wettelijke voorwaarden voldoen. Op basis van een dergelijk kwaliteitslabel zal een gebruiksvriendelijke digitale tool uitgewerkt worden met het oog op de creatie van een toegankelijk netwerk van experts inzake deze problematiek opdat in de praktijk de doorverwijzing en de zoektocht van patiënten gefaciliteerd zou worden.

Het project omvat drie onderdelen: een literatuurstudie, een surveyonderzoek en kwalitatieve interviews met (inter)nationale experts in het thema trauma. In wat volgt worden de belangrijkste vaststellingen van deze drie studies samengevat.

Literatuurstudie

In de literatuurstudie worden de verschillende traumagerelateerde stoornissen besproken en wordt een overzicht gegeven van de in de literatuur aanbevolen screenings- en diagnostische instrumenten en de aanbevolen behandeltechnieken in het werken met patiënten die een psychotrauma ervaren hebben. Verder wordt er ingegaan op de vraag in welke mate het thema 'psychotrauma' in de masteropleidingen psychologie en postgraduaatopleidingen aan bod komen. Aansluitend wordt het huidig gespecialiseerd aanbod wat betreft permanente vormingen over traumabehandeling geanalyseerd. Tot slot wordt er ingegaan op de beschikbare literatuur over de competenties van klinisch psychologen en traumapsychologen. Uit deze literatuurstudie blijkt binnen de Belgische masteropleidingen Klinische Psychologie voornamelijk een tekort aan vakken en duidelijke eindtermen betreffende de kennis en/of vaardigheden noodzakelijk voor de behandeling van patiënten die een psychotrauma ervaren hebben. Er is wel een gespecialiseerd vormingsaanbod in Vlaanderen, maar op basis van de beschikbare informatie aangaande de inhoud en de leerdoelen van dit aanbod is het voor geïnteresseerde psychologen niet steeds duidelijk in welke mate deze vormingen aan de ervaren opleidingsnoden voldoen. Tenslotte suggereren we op basis van de literatuurstudie dat een competentieprofiel voor klinisch psychologen die patiënten met psychotrauma behandelen of wensen te behandelen idealiter gebaseerd wordt op het New Haven Trauma Competency Profile en het competentieprofiel van The British Psychological Society, als aanvulling op het bestaande Belgische Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen.

Surveyonderzoek

In kader van het onderzoek werd een online survey uitgestuurd naar Belgische professionals vertrouwd met traumabehandeling. Volgens de deelnemers ($N = 320$) moet er meer ingezet worden op een hulpverleningslandschap waarin doorverwijzing vlotter en laagdrempeliger kan verlopen. Deze doelstelling kan behaald worden door de nodige kennis over en vaardigheden relevant voor trauma(-behandeling) aan hulpverleners op de eerste, tweede en derde lijn aan te leren en het aanbod van de gespecialiseerde hulpverlening voor zowel patiënten als doorverwijzers duidelijker in kaart te brengen aan de hand van bijvoorbeeld een laagdrempelig centraal informatieplatform. Daarnaast is volgens de meeste deelnemers een specifieke opleiding noodzakelijk om psychotrauma adequaat te kunnen behandelen. Verder vinden deelnemers het belangrijk dat een opleiding

georganiseerd wordt door een erkend instituut, dat er verschillende behandelingstechnieken en benaderingen aan bod komen in de opleiding en dat deze toelatingsvoorwaarden hanteert.

Review board

De resultaten uit de online survey werden aangevuld met diepte-interviews met de review board. De review board bestond uit dertien experts op vlak van psychotrauma uit het binnen- en buitenland, acht coördinatoren van de Belgische therapie- en psychotraumaopleidingen en twee psychologen met ervaring in traumabehandeling, aangesloten bij de Vlaamse Vereniging van Klinische Psychologen. De experts gaven aan dat het hulplandschap momenteel te onduidelijk en te sterk versnipperd is. Mogelijke oplossingen zijn volgens de deelnemers een nationaal register van traumapsychologen en een centrale website met informatie over psychotrauma. Verder zou een betere samenwerking binnen de gezondheidszorg en bredere basiskennis over psychologisch trauma bij hulpverleners op de eerste lijn belangrijk zijn. Een diepgaandere focus op het thema 'psychotrauma' in de masteropleiding en therapieopleidingen zijn volgens experts noodzakelijk.

Competentieprofiel

Het competentieprofiel werd opgesteld op basis van de literatuur, de resultaten uit het surveyonderzoek en de diepte-interviews met de review board. Als vertrekpunt worden het Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen, het New Haven Trauma Competency Profile en het competentiemodel van The British Psychological Society gehanteerd. Op basis van deze integratie wordt voorgesteld om drie niveaus in de competenties te onderscheiden, afhankelijk van de specialisatiegraad van de behandelende psycholoog, zijnde de Trauma-geïnformeerde Behandelaar, Traumacompetente Behandelaar en Trauma Expert. In het voorgesteld competentieprofiel omvat ieder niveau richtlijnen rond de kwalificaties die voor de desbetreffende graad van specialisatie nodig zijn, de rol die de klinisch psycholoog inneemt en de bijbehorende kennis, vaardigheden, attitudes, responsen en supervisie.

Discussie en aanbevelingen

Uit deze studie valt te concluderen dat zowel vanuit de literatuur als vanuit de praktijk gepleit wordt voor een voldoende brede basis aan competenties bij alle klinisch psychologen op vlak van de herkenning en behandeling van trauma- en traumagerelateerde klachten en dit zowel op de eerste, tweede en derde lijn als bij psychologen die in beperkte dan wel in uitgebreide mate met deze patiënten aan de slag gaan. Zowel masteropleidingen in de klinische psychologie, als therapieopleidingen en gespecialiseerde vormingen spelen hier een onmiskenbare rol in. Ook een toegankelijk netwerk van psychologen met specialisatie in de traumabehandeling wordt sterk

aanbevolen door de deelnemers. Het huidige project beoogt niet alleen deze noden in kaart te brengen, maar beoogt ook in zekere mate aan deze noden tegemoet te komen. Het project vormt immers een aanzet tot de ontwikkeling van een -voor zowel patiënten als doorverwijzers- toegankelijk register voor klinisch psychologen met specialisatie in traumabehandeling. Tevens streven we ernaar dat het uitgewerkte competentieprofiel de uitwerking van een voldoende adequaat opleidingsaanbod inzake trauma en traumabehandeling binnen de masteropleiding Klinische psychologie zal instigeren. Tenslotte is het opportuun dat toekomstig onderzoek de bruikbaarheid van het huidige competentieprofiel binnen andere subdomeinen van de psychologie alsook binnen andere specialisaties als Sociaal Werk, Orthopedagogie en Psychiatrie, toetst.

English Summary

Introduction

Approximately 70-90% of people would experience at least one traumatic event throughout their lives. Experiencing such an event can lead to the development of trauma and stressor-related disorders, including post-traumatic stress disorder (PTSD), among others. Unfortunately, in practice we see that individuals suffering from such disorders are often misdiagnosed. Moreover, obtaining a correct diagnosis is no guarantee for adequate follow-up and counseling: individuals with such problems often encounter a shortage of available psychologists with a specialization in trauma treatment.

This project started from the needs identified through the evaluation of the Sexual Assault Care Centers in Belgium (SACC), namely the need for (1) high-quality psychological counseling for victims of sexual violence, (2) specialized training for care providers and (3) quality criteria for these professionals.

From these observations, the current project has the following three objectives. First, this study was conducted with the aim of creating a competence profile for clinical psychologists working with trauma in the Belgian context. This competence profile will be developed on the basis of the results obtained in a study of the scientific and professional literature, a survey of the opinion of Flemish clinical psychologists concerning the competences that are considered necessary to adequately treat patients with trauma- and trauma-related complaints, and the qualitative interviews conducted with both national and international academics and clinicians - who are considered by peers to be experts in trauma treatment (i.e., the review board). Second, this study aims to raise awareness among academics, educators, and program directors of the need for specific formative opportunities about trauma, the consequences of trauma, and trauma treatment. Third, the intention is to create a quality label based on this project through the Flemish Register of Clinical Psychologists. In this register one can find certified clinical psychologists who meet all legal requirements. On the basis of such a quality label, a user-friendly digital tool will be developed with a view to creating an accessible network of experts on this issue, so that in practice the referral and search of patients would be facilitated.

The project consists of three parts: a literature study, a survey research and qualitative interviews with (inter)national experts in the field of trauma. In what follows the most important findings of these three studies are summarized.

Literature review

The literature review discusses the various trauma-related disorders and provides an overview of the screening and diagnostic tools recommended in the literature and the treatment techniques recommended in working with patients who have experienced trauma. In addition, the question is addressed as to what extent the topic of trauma is covered in master's degree programs in psychology and postgraduate programs. Then the current specialized offerings in terms of continuing education in trauma treatment are analyzed. Finally, the available literature on the competences of clinical psychologists and trauma psychologists is reviewed. This literature study shows within the Belgian Master programs in Clinical Psychology mainly a shortage of subjects and clear final attainment levels concerning the knowledge and/or skills necessary for the treatment of patients who have experienced a trauma. There is a specialized training offer in Flanders, but based on the available information regarding the content and the learning goals of this offer, it is not always clear to interested psychologists to what extent these courses meet the experienced training needs. Finally, based on the literature study, we suggest that a competence profile for clinical psychologists who treat or wish to treat patients with trauma should ideally be based on the competence profile of The British Psychological Society, as a supplement to the existing Belgian Competence Profile for Clinical Psychologists.

Survey research

As part of the research an online survey was sent out to Belgian professionals familiar with trauma treatment. According to the participants (N = 320), more effort needs to be put into creating a counseling landscape in which referrals can proceed more smoothly and are more accessible. This objective can be achieved by teaching the necessary knowledge and skills relevant to trauma (treatment) to care providers in the first, second and third line and to map out the supply of specialized care more clearly for both patients and referrers by means of, for example, an accessible central information platform. In addition, according to most participants, specific training is necessary to adequately treat trauma. Furthermore, participants find it important that a training course is organized by a recognized institute, that various treatment techniques and approaches are discussed in the training course and that it applies admission requirements.

Review board

The results from the online survey were supplemented by in-depth interviews with the review board. The review board consisted of thirteen experts in the field of trauma from Belgium and abroad, eight coordinators of the Belgian therapy and trauma training programs and two psychologists with experience in trauma treatment, affiliated with the Flemish Association of Clinical

Psychologists (VVKP). The experts indicated that the aid landscape is currently too unclear and fragmented. Possible solutions, according to the participants, are a national register of trauma psychologists and a central website with information about trauma. Furthermore, better collaboration within the health care system and broader basic knowledge about psychological trauma among primary care providers would be important. A deeper focus on the topic of trauma in master's programs and therapy courses are necessary, according to experts.

Competency profile

The competency profile was developed based on the literature, the results from the survey research and the in-depth interviews with the review board. The starting point is the Belgian Competency Profile for Clinical Psychologists, the New Haven Trauma Competency Profile and the competency model of The British Psychological Society. Based on this integration, it is proposed to distinguish three levels of competencies, depending on the degree of specialization of the treating psychologist, being the Trauma-Informed Clinician, Trauma-competent Clinician and Trauma Expert. In the proposed competency profile, each level includes guidelines around the qualifications required for the particular degree of specialization, the role the clinical psychologist occupies, and the associated knowledge, skills, attitudes, responses, and supervision.

Discussion and recommendations

From this study it can be concluded that both literature and practice advocate for a sufficiently broad base of competencies for all clinical psychologists in the field of recognition and treatment of trauma and trauma-related complaints and this in the first, second and third line as well as for psychologists who work with these patients in a limited or extensive way. Master's degree programs in clinical psychology, as well as therapy training programs and specialized training play an undeniable role in this. An accessible network of psychologists with specialization in trauma treatment is also strongly recommended by the participants. The current project not only aims to map out these needs, but also aims to meet them to some extent. After all, the project is an impetus for the development of an accessible register for clinical psychologists with specialization in trauma treatment, for both patients and referrers. We also strive that the elaborated competence profile will initiate the development of a sufficiently adequate training in trauma and trauma treatment within the master program Clinical Psychology. Finally, it is opportune that future research tests the usefulness of the current competence profile within other subdomains of psychology as well as within other specializations such as Social Work, Orthopedagogy and Psychiatry.

VEELGEBRUIKTE AFKORTINGEN EN HUN BETEKENIS

<i>PTSS</i>	Posttraumatische-stressstoornis
<i>ZSG</i>	Zorgcentrum na Seksueel Geweld
<i>APA</i>	American Psychological Association
<i>DSM</i>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<i>ICD</i>	International Classification of Diseases
<i>WHO</i>	World Health Organization
<i>EMDR</i>	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
<i>EBP</i>	Evidence-Based Practice
<i>BPS</i>	British Psychological Society
<i>NHTC-model</i>	New Haven Trauma Competency Model
<i>VVKP</i>	Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen

Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen met Expertise in Psychotrauma

Psychotrauma is een veelvoorkomend probleem. Ongeveer 70 tot 90% van de mensen zou doorheen hun leven minstens één traumatische gebeurtenis meemaken (Benjet et al., 2016; Kessler et al., 2017; Kilpatrick et al., 2013; Liu et al., 2017; Zorginstituut Nederland, 2020). Het meemaken van een dergelijke gebeurtenis kan helaas het begin van een hele reeks psychosociale en fysieke problemen impliceren. Het meemaken van een of meerdere traumatische gebeurtenis(sen) kan onder meer leiden tot de ontwikkeling van trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, waaronder posttraumatische-stressstoornis (PTSS) (Mersky et al., 2019). Daarnaast kunnen menige andere psychologische stoornissen verband houden met een geschiedenis van psychotrauma. Voorbeelden hiervan zijn dissociatie¹, depressie, angst, drugsmisbruik en persoonlijkheidsstoornissen (Gold, 2004).

Hoewel een minderheid van de personen die een traumatische gebeurtenis heeft meegemaakt, een psychische stoornis ontwikkelt als gevolg van het trauma, betekent dit niet dat deze personen geen symptomen of moeilijkheden kunnen ondervinden (Kleber, 2019). Blootstelling aan traumatische gebeurtenissen kan zowel op korte als op lange termijn ernstige, negatieve gevolgen met zich meebrengen die doorgaans op diverse domeinen voelbaar zijn (Kleber, 2019). Zo ondervinden de meeste mensen nachtmerries, intrusies, schrikreacties en gevoelloosheid (Kleber et al., 2017). Traumatische ervaringen kunnen eveneens in verband gebracht worden met een sociaal en/of beroepsmatig disfunctioneren en een verminderde levenskwaliteit (Kessler, 2000), alsook met ernstige gezondheidsproblemen en negatief gezondheidsgedrag (Kessler, 2000). Gezondheidsproblemen kunnen gaan van hart-, chronische long- en leveraandoeningen tot problemen in de reproductieve gezondheid (Nightingale et al., 2011). Onder negatief gezondheidsgedrag verstaat men onder andere roken en ernstige eetproblemen (Coughlin, 2012).

Een adequate opvang na een psychotrauma en een tijdige detectie van de ontwikkeling van problemen ten gevolge van een psychotrauma, zoals de ontwikkeling van trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, is dus van essentieel belang om bovenstaande problemen te voorkomen of deze zo beperkt mogelijk te houden. Het probleem is echter dat personen die aan trauma- en stressorgerelateerde stoornissen lijden, in de praktijk vaak een verkeerde diagnose

¹ Dissociatie is een mogelijk gevolg van traumaervaring; fenomenen zoals absorptie, depersonalisatie, dagdromen, imaginatieve betrokkenheid, gealterneerd tijdsbesef en trance-gedrag die veranderingen in het bewustzijn suggereren (van der Hart, Nijenhuis, Steele & Brown, 2004). De prevalentie zou wereldwijd voor de algemene bevolking 14,4% zijn, terwijl deze in de bevolking met PTSS tussen 12 en 30% ligt (Kim et al., 2019)

krijgen of dat de problematiek zelfs volledig over het hoofd wordt gezien (Liu et al., 2017). Maar zelfs het verkrijgen van een correcte diagnose is geen garantie voor een adequate opvolging en begeleiding: personen met een dergelijke problematiek botsen immers vaak op een tekort aan beschikbare psychologen met een specialisatie in traumabehandeling (Mojtabai et al., 2011). Dit probleem stelt zich ook in België. Uit een recente evaluatie van de werking van de Zorgcentra na seksueel geweld (ZSG) blijkt een gebrek aan een kwaliteitsvolle psychologische begeleiding van slachtoffers van seksueel geweld in bijzonderheid inzake traumapathologie, een gebrek aan gespecialiseerde opleiding en een gebrek aan kwaliteitscriteria voor de professionals die met deze slachtoffers aan de slag gaan (Baert & Keygnaert, 2019). Dit probleem stelt zich niet uitsluitend in het kader van seksueel geweld. Diverse hulpverleningsdiensten en zorgvragers signaleren immers een nijpend tekort aan expertise in de behandeling van minderjarige en meerderjarige personen die blootgesteld werden aan fysiek, psychisch en seksueel geweld en in de doorgaans complexe psychiatrische en psychische problemen die deze personen ervaren (Baert & Keygnaert, 2019).

Dit alles bemoeilijkt de zoektocht naar geschikte hulp voor mensen die aan trauma- of stressorgerelateerde stoornissen leiden (Schellong et al., 2019). Zij die wel hun weg naar de hulpverlening vinden, botsen vaak alsnog op wachtlijsten binnen het privé- en gesubsidieerde ambulante en residentiële hulpaanbod (Baert & Keygnaert, 2019).

Omwille van dit nijpend tekort aan toegang tot expertise op het vlak van psychotrauma en aan traumagerelateerde problemen, ontstaat de nood aan een zorglandschap waarin voor zowel cliënten/patiënten² als hulpverleners duidelijk is wie de “gespecialiseerde traumapsychologen” zijn en waar zij terecht kunnen voor een gedegen, gespecialiseerde psychosociale ondersteuning. Idealiter dienen patiënten die hulp nodig hebben met trauma- of traumagerelateerde klachten, op een eenvoudige manier een geschikte psycholoog te kunnen vinden die de juiste competenties bezit (Oz, 2010). Om een dergelijk gespecialiseerd zorglandschap te ontwikkelen is het in eerste instantie noodzakelijk om te identificeren over welke competenties traumapsychologen dienen te beschikken. Eenmaal specifieke competenties geïdentificeerd zijn, zal het duidelijker worden in welke mate traumapsychologie als een apart expertiseveld onderscheiden kan worden van de algemene gezondheidszorg (Oz, 2010).

² Gezien klinisch psychologen een gezondheidszorgberoep uitoefenen kiezen we er voor in deze tekst te spreken over “patiënten”. Patiënten worden bovendien beschermd door de “Wet betreffende de rechten van de patiënt”.

Alsnog bestaat hier echter in België geen duidelijke omkadering voor. Dit is ten eerste te wijten aan het feit dat het onduidelijk is welke competenties noodzakelijk zijn om de doelgroep op een kwaliteitsvolle en wetenschappelijk onderbouwde wijze te kunnen begeleiden. Daarnaast is het niet duidelijk of er verschillende profielen dienen te bestaan voor de traumapsycholoog naargelang de doelgroep of het soort psychotrauma. Ten tweede is het niet duidelijk of Belgische masteropleidingen voldoende aandacht besteden aan de problematiek en kan de vraag gesteld worden of de huidige specialisatie-opleidingen voldoende zijn. En ten derde: indien in België Vlaanderen gespecialiseerde traumapsychologen aanwezig zijn, blijft de vraag waar doorverwijzers en patiënten hen kunnen vinden en hoe men de psychologen kan identificeren die over de nodige competenties beschikken. Het opzetten van een netwerk van traumapsychologen is dan ook broodnodig.

In opdracht van het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen (IGVM) startte de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP) dit onderzoek op vanuit de ervaren noden die geïdentificeerd werden aan de hand van de evaluatie van de Zorgcentra na Seksueel Geweld, zijnde de nood aan (1) een kwaliteitsvolle psychologische begeleiding van slachtoffers van seksueel geweld, (2) een gespecialiseerde opleiding voor hulpverleners en (3) kwaliteitscriteria voor deze professionals. Doch, gezien deze noden zich niet lijken te beperken tot enkel slachtoffers van seksueel geweld maar voor diverse vormen van psychotrauma lijken te gelden, werd er gekozen deze studie te richten op de behandeling van alle vormen van trauma- en traumagerelateerde problemen.

Het huidig project beoogt een aanzet te vormen voor de uitwerking van een kwaliteitsvolle psychologische begeleiding van patiënten met een psychotrauma³ aan de hand van kwaliteitscriteria voor professionals. De doelstellingen hierbij zijn driedelig. Ten eerste werd deze studie gevoerd met als doel een competentieprofiel op te stellen voor traumapsychologen in de Belgische context. Dit competentieprofiel werd opgesteld aan de hand van een studie van de wetenschappelijke en professionele literatuur, een survey die naar de mening van Belgische klinisch psychologen omtrent de behandeling van trauma- en traumagerelateerde klachten peilt, en de feedback van zowel nationale als internationale academici en clinici - die door peers als expert in traumabehandeling beschouwd worden - in de vorm van een review board. Ten tweede wil deze studie academici, opleiders en programmadirecteurs bewust maken van de nood aan opleiding over psychotrauma en traumabehandeling. Ten derde wil dit project een kwaliteitslabel creëren via het Vlaams Register van Klinische Psychologen. In dit register vindt men gecertificeerde klinische psychologen terug die aan alle wettelijke voorwaarden voldoen. Op basis van een dergelijk kwaliteitslabel zal een

³ In deze studie zal de term 'traumapatiënten' gebruikt worden.



gebruiksvriendelijke digitale tool uitgewerkt worden met het oog op de creatie van een toegankelijk netwerk van experts inzake deze problematiek. Dit met de bedoeling om doorverwijzing vlotter te laten verlopen en de geschikte hulpverlening toegankelijker te maken voor traumapatiënten. In België kunnen zowel klinisch psychologen als psychiaters en klinisch orthopedagogen optreden als geestelijke gezondheidszorgbeoefenaars. Echter, gezien deze studie uitgevoerd wordt door de VVKP, zullen de objectieven binnen deze studie enkel focussen op klinisch psychologen.

Dit rapport wordt onderverdeeld in verschillende onderdelen: (1) een literatuurstudie, (2) het surveyonderzoek, (3) de diepte-interviews met de review board bestaande uit (inter)nationale experts in dit thema en (4) het uiteindelijke competentieprofiel dat geformuleerd wordt op basis van de voorgaande onderdelen.

In de literatuurstudie wordt eerst de definiëring van trauma- en traumagerelateerde stoornissen en de prevalentie van deze problematiek weergegeven met een specifieke focus op psychotrauma na seksueel geweld. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de wetenschappelijke bevindingen met betrekking tot de screening, diagnostiek en behandeling van psychotrauma. Daarna wordt dieper ingegaan op het huidige opleidingsaanbod in België. Tot slot wordt de internationale literatuur over een competentieprofiel voor traumapsychologen weergegeven en worden de modellen die gebruikt werden als basis voor het Belgisch competentieprofiel besproken.

In het tweede deel van dit rapport wordt de survey besproken die uitgestuurd werd naar klinisch psychologen met ervaring in traumabehandeling, worden de resultaten gepresenteerd en wordt er een overzicht gegeven van de voornaamste bevindingen en conclusies. Nadien zal dieper ingegaan worden op de interviews die afgenomen werden met de leden van de review board, waarin de visie van (inter)nationale experts in psychotrauma over het huidige hulpverleningslandschap en de nodige competenties en opleiding(en) bevestigd werd. Tot slot wordt de informatie uit de literatuurstudie, de resultaten van de survey en de interviews met de review board geïntegreerd. Op basis van deze integratie wordt een mogelijk competentieprofiel voor traumapsychologen voorgesteld. Dit competentieprofiel zal besproken worden, alsook de feedback van de review board hierop.

Dit competentieprofiel zal in vervolgstappen voorgelegd worden aan de opleidingscoördinatoren van de Vlaamse universiteiten met als doel de nood aan een specifieke focus op dit thema binnen de master opleidingen in de Psychologische wetenschappen onder de aandacht te brengen alsook om de coördinatoren een tool aan te reiken voor de uitwerking van een opleidingsaanbod aangaande dit thema. Daarnaast zal op basis van dit profiel een kwaliteitslabel uitgewerkt worden door de VVKP



met als doel de ontwikkeling van een netwerk van psycholoog-experten in trauma en traumabehandeling toegankelijk voor zowel patiënten als doorverwijzers. De uitkomsten van deze verdere stappen zijn echter niet opgenomen in het huidig verslag daar ze ondernomen worden na neerlegging van het rapport.

Literatuurstudie

In dit luik zal trauma gedefinieerd worden, zullen de verschillende traumagerelateerde stoornissen besproken worden en zal de prevalentie van trauma- en traumagerelateerde stoornissen weergegeven worden. Hierbij zal dieper ingegaan worden op psychotrauma na seksueel geweld. Daarna wordt een overzicht gegeven van de in de literatuur aanbevolen screenings- en diagnostische instrumenten en de aanbevolen behandeltechnieken in het werken met traumapatiënten. Hier wordt opnieuw een aparte focus gelegd op de beschikbare literatuur rond de behandeling van psychotrauma na seksueel geweld. Verder wordt er ingegaan op het huidige opleidingsaanbod in België, het voorkomen van psychotrauma als thematiek in masteropleidingen psychologie en het aanbod van postgraduaatopleidingen en permanente vormingen omtrent traumabehandeling. Tot slot wordt er ingegaan op de beschikbare literatuur over de competenties van klinisch psychologen en traumapsychologen. Er wordt een definiëring gegeven van wat een competentieprofiel precies inhoudt en de drie modellen die de basis zullen vormen voor het uiteindelijke competentieprofiel worden besproken, alsook de motivering om zich te baseren op deze modellen.

Definiëring en prevalentiecijfers

Trauma

De American Psychological Association (z.d.) definieert trauma als een emotionele reactie op een ingrijpende gebeurtenis als, maar niet beperkt tot, een ongeluk, verkrachting of natuurramp. Verschillende internationale studies wijzen uit dat trauma een veelvoorkomend probleem is: 70 tot 90% van de algemene bevolking maakt tijdens het leven minstens één traumatische gebeurtenis mee (Benjet et al., 2016; Kessler et al., 2017; Kilpatrick et al., 2013; Liu et al., 2017; Zorginstituut Nederland, 2020). Meer nog, gemiddeld zou men drie traumatische gebeurtenissen meemaken (Kessler et al., 2017; Kilpatrick et al., 2013).

Courtois en Gold (2009) onderscheiden twee soorten trauma: de zogenaamde “acts of God” (of trauma’s veroorzaakt door overmacht) en trauma’s veroorzaakt door mensen. Trauma’s die onder de eerste categorie vallen, zijn bijvoorbeeld veroorzaakt door natuurrampen, ongelukken en lichamelijke en/of medische aandoeningen. Trauma’s die veroorzaakt zijn door mensen zijn bijvoorbeeld seksueel, psychisch en fysiek geweld en terrorisme. Uit de World Mental Health Survey die in 24 verschillende landen ($N = 68.894$) bevraagd werd, bleek dat de meest voorkomende traumatische gebeurtenissen deze zijn die een geliefde overkwamen of waar men getuige van was (35.7%), ongelukken (34.3%), de onverwachte dood van een geliefde (31.4%), fysiek geweld (22.9%), partnergeweld (14%) en gebeurtenissen gerelateerd aan oorlog (13.1%) (Kessler et al., 2017).



Traumagerelateerde stoornissen

Het meemaken van een traumatische gebeurtenis kan leiden tot diverse problematieken of stoornissen. Hier gaan we dieper in op de problemen/stoornissen die rechtstreeks aan het meemaken van een traumatische gebeurtenis gelinkt worden. In de literatuur wordt er bij het definiëren van traumagerelateerde stoornissen voornamelijk gebruikgemaakt van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM⁴) en de International Classification of Diseases (ICD; World Health Organization (WHO))⁵. In de meest recente DSM, de DSM-5 (2014), onderscheidt men verschillende trauma- en stressorgerelateerde stoornissen die sinds deze laatste editie als een aparte categorie problematieken erkend worden. De groep Trauma- en Stressorgerelateerde stoornissen bestaat uit drie stoornissen in de kindertijd, te weten de reactieve hechtingsstoornis, de ontremd-sociaalcontactstoornis en de posttraumatische-stressstoornis (PTSS) bij kinderen van zes jaar en jonger. Vervolgens zijn er een aantal stoornissen voor volwassenen gedefinieerd, met name: PTSS, de acute stressstoornis, de aanpassingsstoornis met diverse subtypen en twee restcategorieën, te weten de ‘Andere gespecificeerde trauma of stressorgerelateerde stoornis’ en de ‘Ongespecificeerde trauma of stressorgerelateerde stoornis’.

De ICD-11 (WHO, 2018) onderscheidt net als de DSM-5 verschillende stressorgerelateerde stoornissen, waaronder PTSS, de aanpassingsstoornis, de reactieve hechtingsstoornis en de ontremd-sociaalcontactstoornis. Verschillend van de DSM-5 onderscheidt de ICD-11 ook nog de complexe posttraumatische-stressstoornis en de persisterende complexe rouwstoornis (PCRS). Stressorgerelateerde stoornissen vallen in de ICD-11 onder de categorie mentale, gedragsmatige of neurologische stoornissen. Verder onderscheidt de ICD-11 ook nog ‘factoren die de gezondheid of contact met gezondheidsdiensten beïnvloeden’, waaronder onder andere problemen geassocieerd met schadelijke of traumatische gebeurtenissen vallen. Hieronder verstaat de ICD-11 slachtoffers van misdaden of terrorisme, blootstelling aan rampen of oorlog, een geschiedenis van mishandeling, een angstaanjagende ervaring in de kindertijd en acute stressreactie.

In het vervolg van dit hoofdstuk zal verder worden gegaan met de opdeling zoals geformuleerd in de DSM-5.

⁴ De DSM is een classificatiesysteem gebaseerd op internationale afspraken en wetenschappelijke inzichten over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis.

⁵ De ICD is een internationale classificatie van ziekten, waaronder ook mentale stoornissen.

Posttraumatische-stressstoornis, acute stressstoornis en complexe posttraumatische-stressstoornis. Om te spreken van PTSS of een acute stressstoornis moet er volgens de DSM-5 sprake zijn van een blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld. De persoon in kwestie kan dit zelf ondergaan hebben, getuige geweest zijn terwijl dit andere(n) overkwam, vernomen hebben dat een naast familielid of goede vriend(in) dit overkwam of herhaaldelijk blootgesteld zijn aan de details van de psychotraumatische gebeurtenis(sen). De symptomen zijn bij beide stoornissen gelijkaardig: er kan sprake zijn van intrusieve symptomen (zoals terugkerende herinneringen of dromen aan de psychotraumatische gebeurtenis(sen)), negatieve stemming, dissociatieve symptomen (een veranderd gevoel van de realiteit), vermijdingssymptomen (zoals vermijding van pijnlijke herinneringen, plaatsen, personen,... samenhangend met de psychotraumatische gebeurtenis(sen) en *arousal*-symptomen (zoals verstoring van slaap, prikkelbaar gedrag, concentratieproblemen, ...). Om te spreken van PTSS moet echter aan alle bovenstaande symptomen (met uitzondering van dissociatieve symptomen) voldaan zijn. Om te spreken van een acute stressstoornis is dit niet het geval. Bij PTSS kan volgens de DSM-5 nog verder gespecificeerd worden of er al dan niet dissociatieve symptomen aanwezig zijn. Het voornaamste verschil tussen PTSS en de acute stressstoornis betreft de duur van de symptomen. Een acute stressstoornis zou volgens de DSM-5 drie dagen tot één maand na de blootstelling aan het trauma duren; PTSS duurt langer dan één maand.

Hoewel de complexe posttraumatische-stressstoornis tot op heden nog niet in de DSM werd opgenomen, wordt het bestaan van dit subtype wel wereldwijd erkend. Zo wordt het wel opgenomen in de ICD. Volgens World Health Organization (WHO, 2018) moet om te voldoen aan de complexe posttraumatische-stressstoornis voldaan zijn aan alle criteria van PTSS, maar daarbovenop moet er sprake zijn van problemen met emotieregulatie, een laag zelfbeeld, gevoelens van waardeloosheid, schuld of schaamte en moeilijkheden met het onderhouden van relaties.

De prevalentie van PTSS varieert tussen 1.3% en 8.8%, verschillend naargelang het land dat onderzocht wordt (Atwoli et al., 2015). Zo zou 7% van de Nederlanders tijdens de levensduur PTSS ontwikkelen (Zorginstituut Nederland, 2020). In Japan werd het laagste prevalentiecijfer gevonden (1.3%), gevolgd door Spanje (2.2%), Zuid-Afrika (2.3%) en Italië (2.4%) (Atwoli et al., 2015). Het hoogste prevalentiecijfer werd gevonden in Noord-Ierland (8.8%) (Atwoli et al., 2015). De kans om na een traumatische gebeurtenis PTSS te ontwikkelen, is volgens Liu et al. (2017) over het algemeen 4%. Maercker et al. (2018) stellen aan de hand van een nationale Duitse studie dat de kans om na een traumatische gebeurtenis een complexe vorm van PTSS (CPTSS) te ontwikkelen, 0.4% zou zijn. Of men PTSS zal ontwikkelen, zou onder meer afhankelijk zijn van de aard van de traumatische



gebeurtenis en of men voordien reeds andere trauma's heeft meegemaakt. Het risico op het ontwikkelen van PTSS zou het hoogst zijn na het meemaken van geweldpleging (White et al., 2015). Slachtoffers van verkrachting zouden het vaakst PTSS ontwikkelen (19%), gevolgd door fysiek partnergeweld (11.7%), kidnapping (11%) en seksueel geweld anders dan verkrachting (10.5%) (Liu et al., 2017). Representatieve Belgische prevalentiecijfers over het voorkomen van trauma en de hieraan gerelateerde psychische/psychiatrische problemen lijken vooralsnog niet voorhanden te zijn.

De prevalentiecijfers van de acute stressstoornis variëren eveneens sterk afhankelijk van het soort traumatische gebeurtenis dat men heeft meegemaakt. Uit de meta-analyse van Geoffrion et al. (2020), gebaseerd op 70 studies ($N = 20.065$) bleek de algemene prevalentie van acute stressstoornis 20.4% te zijn. De laagste prevalentiecijfers van acute stressstoornis waren deze na oorlogstrauma (14.1%), met daaropvolgend trauma naar aanleiding van een ongeval (15.9%), levensbedreigende ziekten (20.7%) en trauma naar aanleiding van een ramp (21.9%). De hoogste prevalentiecijfers werden gevonden voor interpersoonlijk trauma (bijvoorbeeld fysiek geweld, seksueel geweld) (36%).

Aanpassingsstoornis. De aanpassingsstoornis betreft de ontwikkeling van emotionele of gedragsmatige symptomen als reactie op een aanwijsbare stressor die optreden binnen drie maanden na de aanvang van de stressor. De symptomen zouden volgens de DSM-5 niet langer dan zes maanden na het verdwijnen van de stressor mogen persisteren. De prevalentie van de aanpassingsstoornis varieert volgens internationale studies tussen 0.2% en 2% (Casey et al., 2006; Glaesmer et al., 2015; Maercker et al., 2012).

Reactieve hechtingsstoornis en ontremd-sociaalcontactstoornis. Zowel de reactieve hechtingsstoornis als de ontremd-sociaalcontactstoornis kunnen vastgesteld worden bij kinderen en kunnen ontstaan naar aanleiding van extreme vormen van ontoereikende zorg (DSM-5, 2014). Dit uit zich bij de reactieve hechtingsstoornis in een patroon van geremd, emotioneel teruggetrokken gedrag jegens volwassen verzorgers en een persisterende sociale en emotionele stoornis die wel of niet persisterend kan zijn (langer dan een jaar aanwezig). De ontremd-sociaalcontactstoornis daarentegen kenmerkt zich door het actief benaderen van en omgaan met onbekende volwassenen. Representatieve prevalentiecijfers van de reactieve hechtingsstoornis en de ontremd-sociaalcontactstoornis werden niet teruggevonden.

Persisterende complexe rouwstoornis (PCRS). De persisterende complexe rouwstoornis (PCRS) betreft volgens WHO (WHO, 2018) een aanhoudende en doordringende rouwreactie na het overlijden van een partner, kind of andere persoon die dicht bij de nabestaande staat. Die rouwreactie wordt gekenmerkt door een verlangen naar de overledene of een aanhoudende bezorgdheid over de overledene die gepaard gaat met intense emotionele pijn (verdriet, schuldgevoelens, woede, ontkenning, ...). Deze rouwreactie duurt een atypisch lange periode (langer dan zes maanden) en overtreft de verwachte sociale, culturele of religieuze normen. Ongeveer een op tien nabestaanden zou PCRS ontwikkelen (Lundorff et al., 2017). In geval van verlies van een geliefde aan onnatuurlijke sterfte (zoals ongevallen, rampen, moord en suïcide) is dit zelfs ongeveer een op twee (Djelantik et al., 2020).

Psychotrauma na seksueel geweld

Zoals reeds vermeld zouden slachtoffers van seksueel geweld het vaakst PTSS ontwikkelen (Liu et al., 2017). Seksueel geweld kan volgens WHO (2020b) als volgt gedefinieerd worden:

Any sexual act, attempt to obtain a sexual act, or other act directed against a person's sexuality using coercion, by any person regardless of their relationship to the victim, in any setting. It includes rape, defined as the physically forced or otherwise coerced penetration of the vulva or anus with a penis, other body part or object (paragraaf 1).

Het Belgisch strafwetboek vermeldt voyeurisme (het bekijken, foto's nemen of filmen van iemand zonder zijn/haar toestemming terwijl hij/zij ontbloot is of een seksuele daad stelt), niet-consensuele verspreiding van seksueel getinte beelden en opnames, aanranding van de eerbaarheid en verkrachting. Aanranding van de eerbaarheid betekent een handeling met een seksueel karakter ten aanzien van een persoon die daar geen toestemming toe geeft. Dit is bijvoorbeeld het ongewenst aanraken of zoenen. Verkrachting wordt in art. 375 van het Belgisch strafwetboek omschreven als, "elke daad van seksuele penetratie van welke aard en met welk middel ook, gepleegd op een persoon die daar niet in toestemt".

Seksueel geweld kan dus in zeer diverse vormen voorkomen. Doorgaans wordt er een onderscheid gemaakt tussen 'hands-off' seksueel geweld (zonder fysiek contact) en 'hands-on' seksueel geweld (met fysiek contact) (Schapansky et al., 2020). Onder 'hands-off' zedendelicten onderscheidt men onder meer volgende vormen: staren, opmerkingen, seksueel getinte beelden tonen, berichten of oproepen, voyeurisme, verspreiding van beelden, exhibitionisme (het tonen van intieme lichaamsdelen aan iemand) en het dwingen tot het tonen van intieme lichaamsdelen. Bij 'hands-on' zedendelicten wordt een verdere opdeling gemaakt tussen fysiek contact zonder



penetratie en (poging tot) verkrachting. Onder fysiek contact zonder penetratie wordt kussen, aanraken, strelen en uitkleden verstaan. Bij verkrachting of poging tot verkrachting gaat het over (poging tot) orale penetratie, (poging tot) vaginale of anale penetratie en dwingen tot penetratie van iemand anders.

Schapansky et al. (2020) melden dat 64% van de Belgen tussen 16 en 69 jaar doorheen hun leven een vorm van seksueel geweld meemaken. Zo'n 44% van de Belgen die tussen oktober 2019 en februari 2020 bevestigd werden ($N = 2.115$), werd in het afgelopen jaar slachtoffer van seksueel geweld. Zowel 'hands-on' als 'hands-off' zedendelicten zouden vaker voorkomen bij jongere mannen en vrouwen. Het risico om als vrouw doorheen je leven verkracht te worden, is bovendien driemaal hoger dan voor mannen. De prevalentie van verkrachting in het afgelopen jaar is anderhalf keer hoger bij vrouwen dan bij mannen (Schapansky et al., 2020).

Volgens het rapport van de National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS) (Smith et al., 2018) maakt 43.6% van vrouwen en 24.8% van mannen in de Verenigde Staten doorheen hun leven een vorm van seksueel geweld mee. Ongeveer een op vijf (21.3%) vrouwen maakt doorheen haar leven een (poging tot) verkrachting mee. Zo'n 7.1% van de mannen werd (gepoogd) gedwongen tot penetratie van iemand anders.

Uit het evaluatierapport van de Zorgcentra na Seksueel geweld (Baert & Keygnaert, 2019) blijkt dat jaarlijks twaalfduizend gevallen van seksueel geweld worden aangegeven in België. De Zorgcentra na Seksueel geweld hebben maandelijks gemiddeld 98 nieuwe meldingen, waarvan 91% vrouwen en 9% mannen. Van de meldingen betreft 69% het slachtoffer van (poging tot) verkrachting. Volgens cijfers van de Federale politie (2020) werden in het eerste semester van 2020 in totaal 5973 zedenmisdrijven geregistreerd, waarvan 1672 gevallen van seksueel geweld in de publieke ruimte (op de openbare weg, openbaar vervoer, publiek toegankelijke en andere openbare plaatsen), 391 gevallen van seksueel intrafamiliaal geweld (binnen het koppel, tegen afstammelingen en tegen andere leden), 69 groepsverkrachtingen en 178 gevallen van mensenhandel voor seksuele uitbuiting (Federale Politie, 2020).

Behandeling van trauma- en traumagerelateerde stoornissen

Er worden heel wat verschillende behandeltechnieken toegepast bij traumapatiënten, en de visie van psychologen blijkt verdeeld rond welke behandeltechnieken aan te raden zijn. Ook in de literatuur spreken studies elkaar regelmatig tegen inzake welke behandeling het meest effectief zou zijn. Hier is eveneens een discrepantie te zien tussen de behandelingen die in de praktijk het vaakst worden aangewend en de behandelingen die door wetenschappelijk onderzoek worden aangeraden.

In wat volgt zal een overzicht gegeven worden van de bestaande literatuur over de screening, diagnostiek en behandeling van trauma- en traumagerelateerde stoornissen. Daarbij zal steeds de vergelijking gemaakt worden met de screenings-, diagnostische en behandelmethoden die in de praktijk worden toegepast door professionals die met traumapatiënten werken.

Screening en diagnostiek

Zoals eerder aangegeven worden personen die aan trauma- en stressorgerelateerde stoornissen leiden, vaak over het hoofd gezien of krijgen ze een andere diagnose (Liu et al., 2017). Om traumapatiënten adequaat te kunnen behandelen, is dus een effectieve screening en diagnostiek (ofwel assessment⁶) belangrijk. Er werden echter nog geen Belgische richtlijnen rond screenings- en diagnostische instrumenten voor traumabehandeling teruggevonden.

Screeningsinstrumenten worden voornamelijk gebruikt voor de vroege identificatie van personen met een verhoogd risico op een bepaalde stoornis en kunnen een indicatie geven voor de nood aan verdere diagnostiek. Screeningsinstrumenten kunnen dus gebruikt worden als onderdeel van een routinebevraging, kunnen een indicatie geven van welke diagnostische instrumenten bij een diepgaander diagnostisch onderzoek aangewezen zijn, en kunnen gebruikt worden om de vooruitgang en effectiviteit van therapie en veranderingen in symptomen te meten. Aan de hand van screeningsinstrumenten kan dus geen diagnose gesteld worden (APA, 2014). Diagnostische of assessmentinstrumenten kunnen helpen bij het stellen van een diagnose en/of het uitwerken van het doel van therapie. Ze bieden een uitgebreider klinisch beeld van de persoon en gaan het functioneren van de persoon op verschillende domeinen na. Bij diagnosestelling worden vaak de resultaten van verschillende instrumenten, tests, interviews en gedragsobservaties samengevoegd (APA, 2014).

Evidence-based screenings- en diagnostische instrumenten bij PTSS. Zowel het National Center for PTSD van the U.S. Department of Veterans Affairs (VA, 2020) als APA (2018) formuleren een aantal aanbevelingen voor screenings- en diagnostische instrumenten op basis van de psychometrische eigenschappen van deze instrumenten (i.e. betrouwbaarheid en validiteit).

⁶ Assessment wordt door de APA Psychological Dictionary (2021) gedefinieerd als het verzamelen en integreren van gegevens om het gedrag, de capaciteiten en andere kenmerken van een persoon te evalueren, in het bijzonder met het oog op het stellen van een diagnose of het doen van aanbevelingen voor behandeling.

VA (2020) en APA (2018) bevelen de Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5; Weathers et al., 2013) en de PTSD Symptom Scale Interview for DSM-5 (PSS-I-5; Foa et al., 2016) aan als diagnostische interviews voor PTSS. Beide instrumenten zijn gebaseerd op de DSM-5 criteria van PTSS en kunnen gebruikt worden voor diagnostiek en het nagaan van de ernst van symptomen. De CAPS-5 heeft een sterke interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ($\kappa > .78$)⁷, test-hertestbetrouwbaarheid ($\kappa = .83$), een sterke convergente validiteit met diagnoses gesteld door middel van de CAPS voor DSM-IV ($r = .83$) en een goede divergente validiteit (Weathers et al., 2018). De PSS-I-5 toont een goede interne consistentie (Cronbach's $\alpha = .89$)⁸, interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ($r = .98$), test-hertestbetrouwbaarheid ($r = .87$) convergente en divergente validiteit (Foa et al., 2016).

Verder wordt de PTSS-module van de Structured Clinical Interview for DSM (SCID-5; First et al., 2016) aanbevolen als semigestructureerd interview (APA, 2018). De SCID-5 beschikt eveneens over een goede interne consistentie (Cronbach's $\alpha > .80$), test-hertestbetrouwbaarheid en voorspellende validiteit (Shankman et al., 2017).

Als zelfrapportage wordt de PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5; Belvins et al., 2015) aangeraden (VA, 2020; APA, 2018). Deze toont eveneens een uitstekende interne consistentie ($\alpha = .96$), een goede test-hertestbetrouwbaarheid ($r = .84$) en convergente en divergente validiteit (Bovin et al., 2016). Voor kinderen en adolescenten ouder dan 7 jaar is er de Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 – Child/Adolescent Version (CAPS-CA-5; Pynoos et al., 2015). Deze aanbeveling komt echter enkel voor in literatuur uit de Verenigde Staten. Na navraag bij het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek en de divisie psychodiagnostiek van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP), blijken er nog geen Belgische richtlijnen rond screenings- en diagnostische instrumenten voor de identificatie van aan trauma gerelateerde stoornissen en problemen te bestaan.

De vraag is dus of er in Vlaanderen vertaalde instrumenten voorhanden zijn en of deze al voldoende gevalideerd zijn. De SCID-5 (First et al., 2016; Nederlandse vertaling: Arntz et al., 2017), de CAPS-5 (Weathers et al., 2013; Nederlandse vertaling: Boeschoten et al., 2014) en de CAPS-CA-5 (Pynoos et al., 2015; Nederlandse vertaling: van Meijel et al., 2019) zijn inmiddels vertaald naar het

⁷ κ staat voor Cohen's kappa, dat gebruikt wordt om interbeoordeelaarsbetrouwbaarheid te meten. Waarden tussen .81 en 1.00 worden als een perfecte overeenkomst beschouwd, waarden tussen .61 en .80 als aanzienlijk, .41-.60 als matig (McHugh, 2012).

⁸ α staat voor Cronbach's alpha en is de meest gebruikte objectieve maat voor de betrouwbaarheid van schalen. Een Cronbach's alpha hoger dan .90 mag als uitstekend beschouwd worden, $\alpha > .80$ als goed, $\alpha > .70$ als aanvaardbaar, $\alpha > .60$ als bedenkelijk, $\alpha > .50$ als zwak en $\alpha < .50$ als niet aanvaardbaar (George & Mallery, 2003).

Nederlands. De Nederlandse CAPS-5 toonde een uitstekende interne consistentie (*Cronbach's* $\alpha = .90$) en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ($ICC = .98$)⁹ (Boeschoten et al., 2014). Voor de Nederlandse CAPS-CA-5 werd geen validatieonderzoek gevonden, wel voor de Nederlandse versie van de Clinician Administered PTSD Scale, Child and Adolescent Version (CAPS-CA; Nader et al., 1996; Nederlandse vertaling: Diehle et al., 2013) die gebaseerd werd op de DSM-IV. Deze toonde een goede interne consistentie (*Cronbach's* $\alpha = .83$), interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en convergente en divergente validiteit (Diehle et al., 2013). Van de Nederlandse SCID-5 werd nog geen validatieonderzoek teruggevonden. Hierbij moet evenwel de bedenking gemaakt worden dat bovenstaande validaties gebaseerd zijn op onderzoek in Nederland en dat validatieonderzoek in België tot dusver niet werd teruggevonden.

In de praktijk. In de Amerikaanse studie van Sprang et al. (2008) gaf bijna de helft (55%) van de bevroegde professionals in de geestelijke gezondheidszorg ($N = 1121$) geen geprefereerde assessmentstrategie op en 22.4% gebruikte niet-traumaspecifieke instrumenten bij assessment (bijvoorbeeld standaard psychologische vragenlijsten, projectieve testen, ...). Professionals zonder traumatherapie-opleiding gaven vaker geen keuze van assessmentstrategie op en gebruikten minder trauma-specifieke behandelmethoden. Onderzoek naar de toepassing van diagnostische instrumentaria bij traumapatiënten is echter schaars.

Behandeling

Evidence-based behandelingen¹⁰. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen traumagerichte behandelingen en niet-traumagerichte behandelingen bij het werken met personen met trauma- en traumagerelateerde klachten. Bij een traumagerichte behandeling wordt er rechtstreeks gewerkt op de herinneringen aan de traumatische ervaring en gedachten of gevoelens over de gebeurtenis. Een niet-traumagerichte behandeling is gericht op het doen afnemen van symptomen zonder rechtstreeks op het psychotrauma in te werken (Watkins et al., 2018).

⁹ ICC staat voor Intraclass correlation coefficients en wordt net als de Cohen's kappa gebruikt voor het weergeven van o.a. interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en test-hertestbetrouwbaarheid. Een ICC-waarde hoger dan .90 wordt als uitstekend beoordeeld, .75-.90 is goed, .50-.75 als matig en waarden onder .50 als slecht (Koo & Li, 2016).

¹⁰ Evidence-based practice (EBP) wordt door de American Psychological Association (2008) gedefinieerd als de integratie van het best beschikbare onderzoek en klinische expertise in de context van de kenmerken, cultuur en voorkeuren van de patiënt.

In Tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de traumagerichte behandelingen die volgens verschillende reviews, meta-analyses en richtlijnen van de American Psychological Association (APA, 2017), Department of Veterans Affairs and Department of Defence (VA/DoD, 2017), National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2018) en de International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS; Bisson et al., 2019) als meest effectief gebleken zijn op vlak van symptoomreductie. De sterkste empirische evidentie werd gevonden voor traumagerichte cognitieve gedragstherapie, EMDR en prolonged exposure.

In Tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de niet-traumagerichte behandelingen, eveneens gebaseerd op verschillende reviews, meta-analyses en richtlijnen van APA (2017), VA/DoD (2017) en ISTSS (Bisson et al., 2019). Van de niet-traumagerichte behandelingen wordt cognitieve gedragstherapie het sterkst aangeraden.

VA/DoD (2017) raadt aan in eerste instantie traumagerichte psychotherapie toe te passen en pas niet-traumagerichte therapie of medicamenteuze behandeling toe te passen indien traumagerichte psychotherapie niet mogelijk of niet gewenst is. Op vlak van medicamenteuze behandeling bevelen APA (2017) en VA/DoD (2017) volgende medicatie aan: fluoxetine, paroxetine, sertraline en venlafaxine. Over het effect van medicamenteuze behandeling enerzijds en de combinatie van psychotherapie en medicamenteuze behandeling anderzijds op symptoomreductie is onvoldoende bewijs (Va/DoD, 2017).

Volgens de meta-analyse van Bastien et al. (2020) zijn verschillende behandelingen die toegepast worden bij volwassenen eveneens effectief gebleken bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen. Zowel de NICE-richtlijnen (2018) als verschillende meta-analyses raden Traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CGT) aan als eerste behandeling voor kinderen en adolescenten met PTSS-symptomen (Bastien et al., 2020; Gutermann et al., 2016; Morina et al., 2016), met EMDR als tweede behandelingsmethode indien TF-CGT niet effectief blijkt (Bastien et al., 2020; NICE, 2018).

Tabel 1*Traumagerichte behandelingen*

Behandelvorm	Inhoud	Aanbevolen door
<i>Traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CGT)</i>	De behandeling kan bestaan uit psycho-educatie, relaxatie, emotieregulatie, cognitieve herstructurering, cognitieve verwerking van het trauma en in vivo exposure en/of imaginaire exposure.	APA (2017) ; Bisson et al. (2013) ; Cusack et al. (2016) ; Lancaster et al. (2016) ; Lewis et al. (2020) ; Mavranezouli et al. (2020) ; NICE (2018) ; Paintain & Cassidy (2018) ; Roberts et al. (2019) ; VA/DoD (2017) ; Watkins et al. (2018)
<i>Cognitieve verwerkingstherapie (CPT)</i>	Een vorm van cognitieve gedragstherapie die bestaat uit psycho-educatie, het gedetailleerd neerschrijven van de traumatische gebeurtenis(sen) en het doorbreken van vermijdingsgedrag. Er wordt gewerkt rond het veranderen van maladaptieve denkpatronen.	APA (2017) ; Cusack et al. (2016) ; Forman-Hoffman et al. (2018) ; Lancaster et al. (2016) ; Lewis et al. (2020) ; NICE (2018) ; VA/DoD (2017) ; Watkins et al. (2018)
<i>(Prolonged) exposure (PE)</i>	PE kan bestaan uit imaginaire en/of in vivo exposure. Via imaginaire exposure wordt de patiënt gradueel blootgesteld aan herinneringen, gevoelens en gedachten over het trauma. Via in vivo exposure wordt de patiënt blootgesteld aan situaties, plaatsen en voorwerpen die herinneringen aan het trauma oproepen.	APA (2017) ; Bisson et al. (2019) ; Cusack et al. (2016) ; Forman-Hoffman et al. (2018) ; Lancaster et al. (2016) ; Lewis et al. (2020) ; NICE (2018) ; VA/DoD (2017) ; Watkins et al. (2018)
<i>Narratieve exposure therapie (NET)</i>	Behandeling van meervoudige traumatische gebeurtenissen doorheen het leven. Er wordt een levenslijn opgemaakt met zowel aandacht voor mooie als traumatische gebeurtenissen. De levenslijn wordt overlopen en bij traumatische gebeurtenissen worden imaginaire exposure en cognitieve herstructurering toegepast.	APA (2017) ; Bisson et al. (2019) ; Cusack et al. (2016) ; Forman-Hoffman et al. (2018) ; NICE (2018) ; VA/DoD (2017)
<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)</i>	Tijdens het terugdenken aan de traumatische ervaring wordt het werkgeheugen belast door bijvoorbeeld oogbewegingen.	APA (2017) ; Bisson et al. (2013) ; Bisson et al. (2019) ; Cuijpers et al. (2020) ; Cusack et al. (2016) ; Forman-Hoffman et al. (2018) ; Khan et al. (2018) ; Lancaster et al. (2016) ; Lewis et al. (2020) ; Matthijssen et al. (2020) ; Mavranezouli et al. (2020) ; NICE (2018) ; Roberts et al. (2019) ; VA/DoD (2017)
<i>Psychodynamische therapie</i>	Onbewuste emoties en gedachten worden zichtbaar gemaakt om zo de achtergrond van de eigen psychische problemen beter te leren begrijpen en te verwerken.	Paintain & Cassidy (2018)

Tabel 2*Niet-traumagerichte behandelingen*

Behandelvorm	Inhoud	Aanbevolen door
<i>Cognitieve gedragstherapie (CGT)</i>	Irrationale cognities (gedachten) zorgen voor disfunctioneel gedrag, zoals vermijdingsgedrag of agressie. Hierbij zijn er verschillende mogelijke behandelingen, zoals Stress Inoculation Therapy (SIT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), ...	APA (2017) ; Bisson et al. (2013) ; Bisson et al. (2019); Forman-Hoffman et al. (2018); Khan et al. (2018); Lewis et al. (2020); Roberts et al. (2019); Shea, et al. (2020); Watkins et al. (2018)
<i>Relaxatietherapie</i>	Leert de patiënt lichamelijk en mentaal tot rust te komen. Daarbij gaat het om stressverlichting op het moment van de sessie en daarbuiten.	Lancaster et al. (2016)
<i>Present Centered Therapy (PCT)</i>	De focus wordt gelegd op het huidige leven van de patiënt en de impact van de PTSS-symptomen hierop. Verder wordt er gefocust op de sterkten van de patiënt en wordt er oplossingsgericht gewerkt.	Bisson et al. (2019) ; Lewis et al. (2020) ; Shea et al. (2020) ; VA/DoD (2017)
<i>Interpersoonlijke therapie (IPT)</i>	Hierbij wordt de focus gelegd op het sociaal en interpersoonlijk functioneren van de patiënt	Shea et al. (2020) ; VA/DoD (2017)

Behandeling van psychotrauma na seksueel geweld. Verder werden er een aantal studies gevoerd naar de behandeling van psychotrauma bij personen die blootgesteld werden aan seksueel geweld. Het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) in het Verenigd Koninkrijk raadt traumagerichte cognitieve gedragstherapie aan voor kinderen, jongeren en gezinnen na seksueel geweld (Cowan & Ashai, 2020; Holtzhausen et al., 2015; Narang et al., 2019; NICE, 2018; Passarela et al., 2010). Volgens Cowan en Ashai (2020) bleek EMDR eveneens effectief in het behandelen van slachtoffers van seksueel geweld. Net als voor andere traumapatiënten, blijken traumagerichte cognitieve gedragstherapie en EMDR dus de meest aanbevolen behandelingen op basis van de huidige -doch relatief beperkte- empirische bevindingen.

In de praktijk. In de studie van Sprang et al. (2008) gaf bijna de helft (45.6%) van de bevroegde professionals in de geestelijke gezondheidszorg aan geen specifieke behandelwijze te hanteren in het werken met psychotrauma. Als meest gehanteerde behandelwijzen werden de cognitieve gedragstherapie (29.2%), ondersteunende therapie (6.1%), de eclecticische therapie (5.2%), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; 4.7%) en psycho-educatie (2.1%) genoemd. Therapeuten die een traumatherapie-opleiding volgden, hanteerden vaker EMDR als behandelwijze en gaven minder vaak aan geen specifieke behandelwijze te hanteren.

Daarnaast wordt ook bemerkt dat niet alle behandelaars voorstanders zijn van de toepassing van empirisch onderbouwde behandeltechnieken en -programma's. Uit een bevraging van 461 leden van International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) die psychotrauma behandelen (Gray et al., 2007), bleek 15 tot 20% negatief te staan tegenover *evidence-based practice* (EBP). De deelnemende cognitieve gedragstherapeuten stonden het meest positief tegenover EBP, terwijl de deelnemende psychodynamische therapeuten hier het minst positief tegenover stonden. Verder stonden jongere professionals gemiddeld positiever tegenover EBP dan oudere deelnemers. Als meest voorkomende barrières voor de toepassing van EBP werden onvoldoende tijd om te leren (38.7%), of om seminars en lessen bij te wonen (37.7%), een gebrek van generaliseerbaarheid van literatuur naar de specifieke populatie van hun patiënten (36.5%) en de hoge kost van de opleidingen (35%) genoemd.

We zien dus een duidelijke discrepantie tussen de screenings-, diagnostische en behandelmethoden die in de literatuur wordt aangeraden en deze die in de praktijk door psychologen e.d. gehanteerd worden. Hierbij is het belangrijk om er rekening mee te houden dat de praktijkgerichte studies die vermeld worden reeds verouderd zijn en niet in de Belgische context plaatsvonden. Het is mogelijk dat er in de afgelopen jaren al wat verschuivingen plaatsvonden in het werkveld, maar recentere studies hierover werden echter nog niet teruggevonden.



Opleiding tot traumapsycholoog

We kunnen ons de vraag stellen welke opleiding(en) nodig zijn voor psychologen en andere relevante professionals om traumapatiënten adequaat te behandelen. Hoewel uit een Amerikaanse studie blijkt dat het merendeel (81%) van de psychologen die regelmatig met traumapatiënten werken, interesse lijkt te hebben in een gespecialiseerde opleiding rond psychotrauma (Cook et al., 2011), ontbreekt er een consensus rond de nodige elementen, vereisten en processen die een psychotraumaopleiding moet bevatten (Litz & Slaters-Pedneault, 2008).

In masteropleidingen klinische psychologie in België blijkt het thema trauma en trauma- en stressorgerelateerde stoornissen slechts beperkt aan bod te komen. Zowel specifieke vakken als eindtermen over kennis en/of vaardigheden rond psychotrauma werden niet teruggevonden in de Belgische masteropleidingen. Slechts in een beperkt aantal vakken van de desbetreffende masteropleidingen wordt vermeld dat trauma- en stressorgerelateerde stoornissen aan bod komen. Ook hier is het moeilijk om zicht te krijgen op de precieze eindcompetenties van de vakken en in welke mate psychotrauma als thema aan bod komt in deze masteropleidingen.

Voor wie zich verder wenst te specialiseren in trauma- en traumagerelateerde problemen worden er na de masteropleiding psychologie verschillende permanente vormingen en opleidingen traumatherapie aangeboden. Ook hier is duidelijk dat elke opleiding een andere focus heeft en een ander idee lijkt te hebben over wat noodzakelijke opleidingsonderdelen zijn. Zo verschilt de inhoud van de opleiding, de duur en de toelatingsvoorwaarden sterk van opleiding tot opleiding. Over de meeste opleidingen is er informatie rond de verschillende modules en de eventuele toelatingsvoorwaarden op onder meer de websites van de opleidingen te vinden, maar ontbreekt een omschrijving van de concrete inhoud, de specifieke leerdoelen en eindcompetenties, wat een diepgaande onderlinge vergelijking van deze opleidingen bemoeilijkt. Het duidelijker en explicieter vermelden van de inhoud en de leerdoelen van de opleiding en waarop de opleiding gebaseerd is, zou het dus gemakkelijker kunnen maken voor psychologen om te bepalen welke opleiding geschikt is voor hun noden.



Nodige competenties voor traumabehandeling

In wat volgt, zal de opbouw van een mogelijk competentieprofiel voor traumapsychologen besproken worden. Er zal een definiëring gegeven worden van wat een competentieprofiel is en er zullen drie modellen besproken worden die de basis zullen vormen voor het uiteindelijke competentieprofiel voor traumapsychologen.

Om de basis voor een competentieprofiel voor traumapsychologen te formuleren, werd in de literatuur op zoek gegaan naar internationale publicaties over dit thema. Voor de literatuurstudie werd in eerste instantie de wetenschappelijke databank Web Of Science gebruikt, met gebruik van volgende inclusiecriteria:

- periode tussen 2000-2020
- artikels en hoofdstukken uit boeken

In Tabel 3 wordt een overzicht gegeven van de gebruikte zoektermen en het bijhorende aantal hits. In totaal werden 7119 artikels gevonden, waaruit op basis van de titel en het abstract uiteindelijk 47 artikels gelezen werden en als basis gebruikt werden.

Tabel 3

Gebruikte zoektermen en bijhorende aantal resultaten

Zoekterm	Aantal resultaten
defin* AND trauma* AND psycho*	748
competen* AND psychotrauma*	7
competen* AND psychotrauma*	291
competen* AND psychotrauma*	605
competen* AND "sexual assault"	81
competen* AND "sexual abuse"	297
training AND trauma* AND psycho*	2367
training AND trauma* AND psycho*	2029
curricul* AND trauma* AND psycho*	117
curricul* AND trauma* AND training	472
curricul* AND trauma* AND therap*	88
competen* AND "gender-based violence"	17

Definiëring competentieprofiel

De Hoge Gezondheidsraad (2015) definieert een competentieprofiel als volgt:

Een competentieprofiel is een lijst, een compilatie, een integrerend raamwerk van competentiedomeinen en bijbehorende benchmarks of gedragsindicatoren die nodig zijn om een functie te vervullen. Een beroepscompetentieprofiel geeft daarom een lijst met gedragsindicatoren voor de competenties die men moet bezitten om de functie van klinisch/ gezondheidszorgpsycholoog te kunnen uitoefenen. Competentieprofielen worden opgesteld door experts, zijn flexibel en overdraagbaar in verschillende settings, en worden continu opnieuw geëvalueerd en opnieuw gedefinieerd (p. 36).

Deze gedragsindicatoren vormen de competenties waaraan de professional zou moeten voldoen. Mentkowsi (2000) definieert competenties als dynamische en interactie clusters van vaardigheden, capaciteiten, gedragingen, strategieën, attitudes, overtuigingen, kennis van concepten en procedures, zelfpercepties, motivaties en persoonlijke kenmerken die een persoon in staat stellen een professionele activiteit resultaatgericht uit te voeren. Competenties verwijzen dus naar de geschiktheid van een professional om het beroep uit te oefenen en zijn contextafhankelijk (Rubin et al., 2007; Hoge Gezondheidsraad, 2015). De noodzakelijke competenties om trauma- en traumagerelateerde problemen te behandelen, moeten dan ook zodanig ontwikkeld worden dat ze toegepast kunnen worden op specifieke groepen die aan psychotrauma blootgesteld werden (American Psychological Association, 2015).

Model voor het competentieprofiel

Het competentieprofiel voor traumapsychologen zoals deze in het huidige rapport omschreven wordt, zal gebaseerd worden op het al bestaande Belgisch competentieprofiel voor Klinisch Psychologen (Hoge Gezondheidsraad, 2015), het Amerikaanse New Haven Trauma Competency Model (vanaf hier het NHTC-model) (Cook & Newman, 2014) en de aanbevelingen van The British Psychological Society (BPS; Karatzias & Buxton, 2016).

De keuze voor deze competentieprofielen werd op basis van volgende redenen gemaakt:

- Het Belgisch competentieprofiel voor Klinisch Psychologen (Hoge Gezondheidsraad, 2015) is specifiek voor de Belgische context en geeft de algemene competenties voor een klinisch psycholoog weer.
- De competentieprofielen worden door recente internationale wetenschappelijke literatuur ondersteund.
- Het NHTC-model (Cook & Newman, 2014) en het competentieprofiel van BPS (Karatzias & Buxton, 2016) zijn specifiek voor de functie van de traumapsycholoog.



- De competentieprofielen bevatten een expliciete formulering van zowel functionele competenties als attitudes, waarden en kennis noodzakelijk voor het handelen als traumapsycholoog/klinisch psycholoog.
- Het NHTC-model (Cook & Newman, 2014) laat toe instrumenten te ontwikkelen voor de beoordeling en evaluatie van het profiel van traumapsycholoog.
- Het competentieprofiel van BPS (Karatzias & Buxton, 2016) werd gebaseerd op het NHTC-model (Cook & Newman, 2014) en de aanbevelingen van APA (2015) en vormt op die manier de brug tussen het Amerikaanse model en de toepassing ervan in Europa.
- De modellen zijn gebruiksvriendelijk, relatief compact en functioneel bij dagelijks gebruik.

Belgisch competentieprofiel voor Klinisch Psychologen (Hoge Gezondheidsraad, 2015). Het Belgisch competentieprofiel voor Klinisch Psychologen werd door de Hoge Gezondheidsraad voorgesteld aan de hand van een adviesrapport. Dit adviesrapport beoogde het beroep van 'klinisch psycholoog' af te bakenen en de vereiste competenties voor dat beroep te definiëren. Het competentieprofiel werd gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en publicaties van internationale beleidsmakers en werd door een werkgroep bestaande uit verschillende partijen actief in het veld, overeengekomen en ondersteund (Hoge Gezondheidsraad, 2015). Het competentieprofiel werd grotendeels gebaseerd op de Revised Competencies Benchmark Model (American Psychological Association, 2011). Dit competentiemodel deelt de competenties waarover een klinisch psycholoog moet bezitten, in zes overkoepelende clusters in, met zestien subcategorieën die elk een aantal componenten bevatten (Rodolfa et al., 2014). In het Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen werden deze zes overkoepelende clusters overgenomen, ingedeeld in veertien domeinen en hun benchmarks (Hoge Gezondheidsraad, 2015). In Tabel 4 worden de clusters, domeinen en benchmarks van het Belgisch competentieprofiel voor klinisch psychologen (Hoge Gezondheidsraad, 2015) weergegeven.

Tabel 4

Clusters, domeinen en benchmarks van het Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen (Hoge gezondheidsraad, 2015)

FUNDAMENTELE COMPETENTIES		
<i>Cluster</i>	<i>Domein</i>	<i>Aantal benchmarks</i>
Professionalisme	Professionele waarden en attitudes	5
	Individuele en culturele diversiteit	1
	Ethische waarden, deontologische en gedragscode	3
	Reflectie, zelfevaluatie en zelfzorg	4
Relationeel	Relaties	3
Wetenschap	Wetenschappelijke kennis en methode	3
	Onderzoek en evaluatie	2
FUNCTIONELE COMPETENTIES		
<i>Cluster</i>	<i>Domein</i>	<i>Aantal benchmarks</i>
Professionele activiteiten	Evidence-based Practice	1
	Psychologische evaluatie	6
	Interventies	5
Vorming	Onderwijs	2
Systemen	Interdisciplinaire systemen	4
	Organisatie	5
	Maatschappelijk engagement	2

Nota. Overgenomen uit het *Adviesrapport van de Hoge Gezondheidsraad nr. 9194*, door de Hoge Gezondheidsraad, 2015.

New Haven Trauma Competency Model (Cook & Newman, 2014). In april 2013 werd de conferentie ‘Advancing the Science of Education, Training and Practice in Trauma’ aan de Yale School of Medicine gehouden in New Haven, Connecticut. Zestig vooraanstaande experts op het gebied van psychotrauma uit de Verenigde Staten werden samengebracht met als doel de kennis, vaardigheden en attitudes te identificeren die klinici moeten hebben bij het werken met getraumatiseerde kinderen en volwassenen (Cook & Newman, 2014). De tijdens het congres geïdentificeerde competenties werden nadien samengebracht in het zogenaamde NHTC-model, wat nadien door de American Psychological Association werd overgenomen in hun ‘Guidelines on Trauma Competencies for Education and Training’ (American Psychological Association, 2015).

Net zoals het Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen, werd ook het NHTC-model (Cook & Newman, 2014) gebaseerd op de Revised Competencies Benchmark Model (American Psychological Association, 2011). In het uiteindelijk competentieprofiel werden vijf brede clusters gearticuleerd, elk bestaande uit een subset van kennis, attitudes en vaardigheden om de nodige competenties op een bepaald gebied te bereiken. Daarnaast werden negen transversale competenties in het eindproduct gestemd. De transversale competenties vertegenwoordigen kennisgebieden, attitudes of vaardigheden die als fundamenteel voor alle andere competenties

kunnen worden beschouwd, inclusief kwesties als individuele en culturele diversiteit, het opnemen van levensloopfactoren en zelfbewustzijn en zelfzorg van de beoefenaar (American Psychological Association, 2015). In Tabel 5 worden de vijf brede competentieclusters en de negen transversale competenties beschreven.

Tabel 5

Competentieclusters van het New Haven Trauma Competency Model (Cook & Newman, 2014)

Competentiecluster	Inhoud
Transversale traumagerichte competenties	Traumagerichte kennis en afstemmen van de praktijk om individuele verschillen, culturele identiteit en ontwikkelingskwesties te integreren. (8 competenties)
Wetenschappelijke kennis over trauma	Het vermogen om up-to-date fundamentele wetenschappelijke trauma specifieke kennis te herkennen, respecteren en kritisch te evalueren en deze op gepaste en ethische wijze toe te passen op klinische situaties. (5 competenties)
Psychologische traumagerichte evaluatie	De kennis van en de vaardigheden in het toepassen van up-to-date beoordelingsmaatregelen die zijn ontwikkeld, genormeerd, gevalideerd en bepaald als psychometrisch geschikt voor gebruik bij overlevenden van trauma's, gezien mogelijke unieke trauma specifieke patiëntpresentaties. (10 competenties)
Traumagerichte psychosociale interventie	Kennis over de bestaande wetenschap over door onderzoek ondersteunde trauma-interventies, inclusief specifiek bewijs over farmacologische behandeling en veranderingsmechanismen. (11 competenties)
Professionaliteit gebaseerd op informatie rond trauma	De waarden, vaardigheden en attitudes om ethisch te werken ten behoeve van overlevenden van trauma's, zowel binnen traditionele therapeutische situaties als binnen organisaties en systemen. (5 competenties)
Relaties en systemen gebaseerd op informatie rond trauma	Het vermogen om effectief en gewetensvol om te gaan met aan trauma blootgestelde individuen, groepen en/of gemeenschappen. (7 competenties)

Nota. Aangepast van A Consensus Statement on Trauma Mental Health: The New Haven Competency Conference Process and Major Findings, door Cook & Newman, 2014.

Aanbevelingen voor opleiding van psychologen voor het werken met psychologisch trauma (Karatzias & Buxton, 2016). Ook The British Psychological Society (BPS) formuleerde aanbevelingen voor het opleiden van psychologen voor het werken met psychotrauma en een bijhorend competentieprofiel (Karatzias & Buxton, 2016). Dit werd gebaseerd op onder andere het NHTC-model (2014) en de richtlijnen van APA (2015). Hierin worden drie lagen onderscheiden: *Trauma Informed*, *Trauma Skilled* en *Trauma Expert*. Elke laag heeft richtlijnen rond de kwalificaties die hiervoor nodig zijn, de rol die de psycholoog inneemt en de bijbehorende kennis, vaardigheden, attitudes, responsen en supervisie. In tabel 6 wordt hier een overzicht van gegeven.

Tabel 6

De verschillende lagen van expertise in trauma en de bijhorende componenten volgens The BPS (Karatzias & Buxton, 2016)

TRAUMA INFORMED	
<i>Rol</i>	Werkzaam in een setting waar men in beperkte mate in contact komt met slachtoffers van trauma
<i>Kennis</i>	Begrip van verschillende soorten trauma en hun impact op het individu en de omgeving.
<i>Vaardigheden</i>	Onderzoek naar trauma begrijpen en kritisch kunnen bekijken. Geschikt reageren op het onthullen van trauma.
<i>Attitudes</i>	Respect hebben voor het individu en culturele diversiteit. Respect hebben op de noden van slachtoffers. Begrip van de grenzen van de eigen rol en competenties hierin.
<i>Responsen</i>	Gepast reageren op de psychische noden. Passende doorverwijzing naar gepaste hulpverlening.
<i>Supervisie</i>	Contact met slachtoffers onder supervisie. Toegang tot regelmatige supervisie.
TRAUMA SKILLED	
<i>Rol</i>	Psychologen die slachtoffers van trauma behandelen
<i>Kennis</i>	Voldoende begrip van assessment van trauma
<i>Vaardigheden</i>	De impact van trauma en de nood aan behandeling en steun in kaart brengen. Trauma-informed casusconceptualisatie en behandelplan opstellen.
<i>Attitudes</i>	Begrip van de manier waarop patiënten en professionele identiteiten kunnen interageren. Respect hebben voor de macht van het individu bij het nemen van beslissingen en van de machtsdynamiek in alle interacties.
<i>Responsen</i>	Effectieve assessment van trauma en trauma-informed interventies uitvoeren die horen bij hun rol en opleiding.
<i>Supervisie</i>	Regelmatige supervisie.
TRAUMA EXPERT	
<i>Rol</i>	Psychologen die slachtoffers van trauma die gespecialiseerde hulp nodig hebben behandelen.
<i>Kennis</i>	In staat zijn reacties op levensgebeurtenissen te begrijpen en passende zorgplannen te ontwikkelen om aan de behoeften van het slachtoffer te voldoen.
<i>Vaardigheden</i>	Individuele assessments en interventies uitvoeren bij verschillende populaties van traumaslachtoffers.
<i>Attitudes</i>	Blijvende opleiding en multidisciplinair werken. Openstaan voor uitdagingen en kritisch onderzoek van en naar patiënten en collega's.
<i>Responsen</i>	Individuele assessments en interventies uitvoeren.
<i>Supervisie</i>	Supervisie met een gekwalificeerde supervisor. Anderen die met trauma werken superviseren.

Nota. Aangepast van Recommendations for education and training of psychologists when working with psychological trauma, door Karatzias, T, & Buxton, C., 2016.

Vergelijking van het Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen (2015) en het New Haven Trauma Competency Model (2014). Om de competenties van het Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen (2015) en het New Haven Trauma Competency Model (2014) te kunnen vergelijken, worden deze in bijlage A naast elkaar geplaatst. In deze tabel is duidelijk te zien welke competenties in beide profielen voorkomen en welke niet. Daarnaast wordt weergegeven welke competenties ondersteund worden door de literatuur. De competenties worden onderverdeeld in de zes clusters uit het Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen.

In deze vergelijking valt op dat slechts 13 van de 107 competenties ook werkelijk overeenkomen. Zo komen de cross-sectionele competenties uit het NHTC-model bijvoorbeeld niet voor in het Belgisch competentieprofiel. Wanneer er echter dieper ingegaan wordt op deze competenties, komen deze wel in grote mate overeen met de beschrijving van de clusters van het Belgisch competentieprofiel. Bovendien wordt het ook duidelijk dat de inhoud van de competenties uit het NHTC-model wel degelijk overeenkomen met de competenties uit het Belgisch competentieprofiel, maar dat deze nauwer toegespitst werden op traumabehandeling. Het Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen heeft een brede, algemene focus, terwijl het NHTC-model eerder gericht is op specialisatie en expertise.

Net daarom wordt er gepleit om deze competentieprofielen op elkaar te laten verder bouwen. Op die manier zou een traumapsycholoog over de basiscompetenties van een klinisch psycholoog beschikken (gebaseerd op het Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen), met bijkomende competenties specifiek op psychotrauma gericht (gebaseerd op het NHTC-model). De bijkomende competenties die op traumabehandeling gericht zijn, zouden verschillend zijn afhankelijk van de rol die de psycholoog inneemt en in welke setting men zich bevindt. Dit zou met andere woorden de vorm van niveaus aannemen (gebaseerd op het model van The British Psychological Society).

Conclusie

Uit de literatuurstudie blijkt vooreerst dat de meeste mensen ooit in zijn leven met een of meerdere traumatische gebeurtenissen te maken krijgt. Een substantiële groep ondervindt op zowel korte als op lange termijn negatieve gevolgen op diverse domeinen (o.a. psychisch, sociaal, fysiek). Gezien de omvang van de problematiek en de impact van traumatische gebeurtenissen, is het des te opvallender dat onze huidige wetenschappelijke kennis heel wat hiaten blijft vertonen. Zo blijkt dat de focus binnen wetenschappelijk onderzoek vooral op PTSS gelegd wordt; de kennis over de andere trauma- en stressorgerelateerde stoornis blijft beperkt. Bovendien worden de meeste onderzoeken



naar dit thema en vooral naar de relevante klinische praktijk binnen de Amerikaanse context gevoerd. De vraag blijft of deze kennis zonder meer generaliseerd kan worden naar de Europese, en meer specifiek, de Belgische context.

In België stellen we alleszins vast dat er geen kwaliteitsstandaarden bestaan wat betreft de aanbevolen screenings- en diagnostische instrumenten voor gebruik bij trauma- en stressorgerelateerde stoornissen en problemen. Uit de internationale literatuur komt naar voren dat vooral EMDR, cognitieve gedragstherapie en prolonged exposure aanbevolen worden als behandeltechniek bij de voorgenoemde problematieken. Toch blijft de vraag of deze technieken bij alle typen trauma- en stressorgerelateerde stoornissen even effectief zijn en welke in België vooral toegepast worden.

Wat betreft het vormingsaanbod in België voor masters in de Klinische Psychologie stellen we tevens opvallende hiaten vast. Het thema 'psychotrauma' komt ogenschijnlijk maar zeer beperkt aanbod in de desbetreffende masteropleidingen. Ook bij de therapieopleidingen merken we heel wat variëteit wat betreft de inclusie van het thema psychotrauma en de omvang van het opleidingspakket betreffende dit thema. Er bestaan wel enkele post-master opleidingen die zich op psychotrauma focussen, maar deze verschillen onderling sterk van focus en duur. Kortom, klinisch psychologen en therapeuten in opleiding krijgen maar beperkte mogelijkheden om enige basiskennis en -vaardigheden te verwerven relevant voor de begeleiding van patiënten die een psychotrauma ervaren hebben. Daarnaast is het voor hen die zich in het thema specifiek willen specialiseren niet altijd duidelijk welke gespecialiseerde opleiding het best bij hun opleidingsnoden aansluiten.

Aansluitend blijft het onduidelijk over welke competenties een klinisch psycholoog dient te beschikken wil men deze patiënten adequaat behandelen. De nood aan een uitwerking van een competentieprofiel specifiek voor deze klinisch psychologen dringt zich dan ook op. Op basis van de huidige literatuurstudie kan gesteld worden dat het Belgische Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen, het New Haven Trauma Competency Model (Cook & Newman, 2014) en het competentieprofiel van The British Psychological Society een gedegen basis vormen voor de uitwerking van een Belgisch competentieprofiel voor klinisch psychologen.

Surveyonderzoek Professionals omtrent Traumabehandeling

Om na te gaan hoe Belgische professionals die traumapatiënten behandelen over dit thema denken, werd een surveyonderzoek uitgevoerd. Dit surveyonderzoek had voornamelijk tot doel de meningen van professionals te bevragen omtrent de rol van opleidingen en competenties binnen de behandeling van traumapatiënten.

Methode

Steekproef

De studie bestond uit 320 Belgische Nederlandstalige professionals die traumapatiënten behandelen. Binnen de steekproef ($M = 44$ jaar, bereik: 22-74 jaar) gaf 1.3% ($n = 4$) aan een diploma middelbare school te hebben als hoogst behaalde diploma, 11.9% ($n = 7$) een professionele bachelor ($n = 37$), 2.2% een academische bachelor, 79.7% ($n = 248$) een masterdiploma en 5.5% ($n = 17$) een doctoraat. De grote meerderheid van de deelnemers gaf aan professioneel actief te zijn in het Vlaams Gewest (95.3%; $n = 284$). Verder was 3.4% ($n = 20$) professioneel actief in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 11.1% ($n = 30$) was werkzaam buiten België. Geen enkele deelnemer was actief in het Waalse Gewest. Het merendeel van de deelnemers ($n = 297$; 92.8%) was professioneel actief in het Nederlands, al dan niet in combinatie met andere talen. Het overgrote deel ($n = 276$; 88.5%) was aangesloten bij een beroepsvereniging. In tabel 1 worden de verschillende beroepsverenigingen en de overeenkomstige frequentie van leden in onze steekproef weergegeven. De deelnemers kregen de mogelijkheid meerdere mogelijkheden aan te duiden. Hierbij duidden 128 personen (40%) meer dan 1 optie aan.

Het merendeel van de deelnemers geeft aan in een ambulante context werkzaam te zijn ($n = 258$; 95.6%). Ongeveer de helft van de deelnemers werkt als zelfstandige ($n = 129$; 47.6%), zowel in de context van een hoofd- als een bijberoep.

Tabel 1*Beroeps- en therapieverenigingen (N = 276)*

Beroepsvereniging	N	%
Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen	192	60.0
Belgische Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie en Systeemcounseling	39	12.2
Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie	38	11.9
Beroepsvereniging voor Wetenschappelijk onderbouwde Psychotherapie	30	9.4
Belgische Vereniging voor Psychotherapie	16	5.0
Vlaamse Vereniging voor Therapeuten in de Interactionele Vormgeving	15	4.7
Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie	13	4.1
Vlaamse Vereniging van Orthopedagogen	7	2.2
Beroepsvereniging voor Psychologisch Consulents	4	1.3
Vlaamse Vereniging voor Seksuologie	4	1.3
Belgische Vereniging voor Creatieve Therapie/ Association Belge d'Arts Thérapies	2	0.6
Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk	1	0.3
Vlaamse Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie	1	0.3
Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie	1	0.3
L'Union Belges des Psychologues Cliniciens Francophones	0	0
Andere	53	16.6
<i>EMDR Belgium</i>	27	50.94
<i>Vlaamse Vereniging voor Patiëntgericht-Experiëntiële Psychotherapie en Counseling</i>	14	26.42

Algemene onderzoeksopzet

De web-survey werd ontwikkeld aan de hand van de onlinetool Qualtrics Media en werd via sociale media (o.a. Facebook en LinkedIn) verspreid. Verder werd de survey via een nieuwsbrief verspreid naar alle leden van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP). Op deze manier werd beoogd een zo breed mogelijke populatie van hulpverleners te bereiken.

Wanneer de deelnemers de survey opstartten, kregen ze een introductie te lezen waarin het doel van de studie en de opzet van de survey werden uitgelegd. Er werd hierbij expliciet vermeld dat alle gegevens op anonieme wijze verzameld en verwerkt zouden worden en dat de deelnemer op elk moment diens deelname kon stopzetten. Tenslotte werden de contactgegevens van de verantwoordelijken toegevoegd, voor eventuele verdere vragen of opmerkingen.

Na de informatie over het onderzoek volgde de geïnformeerde toestemming, waarin onder andere vermeld stond dat de deelname aan de studie volledig vrijwillig is en dat de deelnemer het recht heeft om deze deelname op elk moment stop te zetten, zonder hier een reden voor aan te

moeten geven. Er werd vermeld hoeveel tijd de enquête ongeveer in beslag zou nemen, de testprocedures waar de deelnemer aan deelnam en dat een aantal persoonlijke vragen (zoals vragen die naar de leeftijd peilden) zouden worden gesteld. Hier werd nogmaals een contactpersoon vermeld waar men bij terecht kon voor eventuele vragen of bemerkingen. Alvorens de survey te kunnen starten, moest de deelnemer aangeven akkoord te gaan met deze geïnformeerde toestemming. Wanneer de deelnemer dit niet deed of niets aanduidde, werd de deelname automatisch stopgezet.

Materiaal

In deze studie werd gebruik gemaakt van een ad hoc opgestelde vragenlijst, bestaande uit 42 vragen. De vragenlijst was online beschikbaar in het Nederlands en in het Frans.

In het eerste gedeelte van de vragenlijst werden algemene gegevens (zoals geboortjaar en behaalde diploma's) bevestigd. Daarop volgde een bevestiging van de professionele activiteiten van de deelnemers: er werd bevestigd of de deelnemer aangesloten was bij (een) beroepsvereniging(en). Indien men hierop "ja" antwoordde, kon men aanduiden bij welke beroepsvereniging(en) men aangesloten is. Daarna werd gevraagd waar men professioneel actief is en in welke taal en of men al dan niet ervaring heeft in het werken met trauma- en traumagerelateerde klachten. Verder werd bevestigd hoe frequent men patiënten met psychotrauma behandelde, hoe lang men inmiddels ervaring heeft in het behandelen van personen met traumagerelateerde klachten, of men als zelfstandige en/of in loondienst tewerkgesteld is, in welke context men werkte en met welke doelgroep, rond welke oorzaken van psychotrauma men werkt, of men met slachtoffers en/of plegers van geweld werkt en of men een bijkomende opleiding volgde inzake psychotrauma. Indien men aanduidde dat men wel een gespecialiseerde opleiding gevolgd had, kon men aanduiden welke opleiding(en) dit waren. Ten slotte werd gevraagd welke specifieke behandeltechnieken men toepast in de behandeling van psychotrauma.

Vervolgens volgde een bevestiging van de mening van de deelnemers over de benodigde competenties en opleidingen voor het behandelen van traumapatiënten. Er werd gevraagd of een specifieke opleiding traumatherapie volgens de deelnemer noodzakelijk is om traumapatiënten adequaat te behandelen. Vervolgens kregen de deelnemers de vraag welke kenmerken ze belangrijk vinden in het kiezen van een specifieke psychotraumaopleiding. De opties dienden gerangschikt te worden van 1 (meest belangrijk) naar 10 (minst belangrijk). Daarop volgde de vraag of men het belangrijk vond dat patiënten met traumaklachten behandeld en begeleid worden door professionals die bijkomend gespecialiseerd en opgeleid zijn in traumabehandeling en waarom. Verder werden de



belangrijkste competenties om psychotrauma te behandelen bevraagd. Hierbij werden de deelnemers opnieuw gevraagd de antwoordmogelijkheden te rangschikken van 1 (meest belangrijk) naar 8 (minst belangrijk). Daarna werd gevraagd welke opleiding(en) nodig is(/zijn) om bovenstaande competenties te behalen en op welke lijn (i.e. laagdrempelige eerstelijns-hulpverlening, meer gespecialiseerde tweedelijns-hulpverlening en/of residentiële derdelijns hulpverlening) psychotrauma volgens hen behandeld dient te worden.

Tenslotte werd gevraagd of traumapatiënten volgens de deelnemers vlot de weg vinden naar de geschikte hulpverlening, op welke manier deze patiënten volgens hen bij de geschikte hulpverlening terecht komen, wat volgens hen helpend is voor traumapatiënten om de geschikte hulpverlening te vinden, wat mogelijke barrières zijn om de geschikte hulpverlening te vinden en wat volgens de deelnemers nog meer nodig is om patiënten de geschikte hulp te laten vinden.

Tot slot werden de deelnemers bedankt voor hun deelname en gevraagd of men bereid zou zijn om eventueel deel te nemen aan een focusgroep. Indien men dit wenste, kon men via een aparte link de eigen contactgegevens doorgeven indien men al dan niet op de hoogte wenste gehouden te worden van de onderzoeksresultaten en/of men al dan niet interesse had in een deelname aan een kwalitatief vervolgonderzoek.

Statistische analyses

De data bekomen via de web-survey werden verwerkt met IBM SPSS Statistics 27. De gegevens werden via Qualtrics naar een SPSS-bestand overgezet. Deelnemers die niet akkoord gingen met de geïnformeerde toestemming (0.3%; $n = 1$) en testdeelnemers (5.03%; $n = 17$) werden uit het databestand gehaald. Het finale bestand bestond uit 320 deelnemers.

Vervolgens werd een beschrijvende statistische analyse uitgevoerd aan de hand van frequentieanalyses. Enkele vragen uit de survey waren echter vrij te beantwoorden en tijdens de analyse dus niet kwantificeerbaar. Op deze variabelen werd een thematische analyse uitgevoerd waarbij gelijkenissen in antwoorden geclusterd werden om een duidelijk beeld te kunnen scheppen van de mening van de deelnemers.

Resultaten

Ervaring, behandeltechnieken en opleiding van deelnemers

Het overgrote deel van de deelnemers ($n = 279$; 92.7%) heeft ervaring in het werken met psychotrauma, waarvan de meerderheid al meer dan vijf jaar ervaring heeft ($n = 172$; 63.7%). Zo'n 33% ($n = 89$) heeft één tot vijf jaar ervaring, 25.9% ($n = 70$) heeft vijf tot tien jaar ervaring, 25.2% ($n = 68$) heeft tien tot twintig jaar ervaring, 3.3% ($n = 9$) heeft minder dan een jaar ervaring en 3.3% ($n = 9$) heeft meer dan dertig jaar ervaring in traumabehandeling. Deelnemers behandelen dagelijks ($n = 82$, 30.3%) of wekelijks ($n = 129$, 47.6%) patiënten met traumagerelateerde problemen. Verder geeft 10.7% ($n = 29$) aan maandelijks patiënten met psychotrauma te behandelen, 10% ($n = 27$) doet dit meerdere keren per jaar en 1.5% ($n = 4$) jaarlijks.

Op de vraag welke specifieke behandeltechnieken toegepast worden in het behandelen van trauma- en traumagerelateerde klachten, komen EMDR en Imaginaire exposure het vaakst voor. In tabel 2 worden de verschillende behandeltechnieken weergegeven. De deelnemers kregen bij deze vraag de mogelijkheid meerdere mogelijkheden aan te duiden. Hierbij duiden 197 respondenten (61.56%) meerdere behandeltechnieken aan en geeft 12.2% ($n = 47$) aan geen gebruik te maken van specifieke traumagerichte behandeltechnieken. Bij 'andere' worden verschillende behandeltechnieken vernoemd, waaronder somatosensorische of -motorische psychotherapie en Emotion Focused Therapy for Trauma (EFT). Hierbij wordt ook meermaals aangehaald dat men het jammer vindt dat de lijst met keuzeopties geen lichaamsgerichte of experimentele behandelingen bevat.

Tabel 2*Toegepaste behandeltechnieken (N = 320)*

Behandeltechniek	N	%
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	125	32.5
Imaginaire exposure	105	27.3
Andere behandeltechniek	86	22.3
<i>Somatosensorische of –motorische psychotherapie</i>	21	24.4
<i>Emotion Focused Therapy for Trauma (EFT)</i>	11	12.8
Imaginaire Rescripting	74	19.2
Traumagerichte Cognitieve gedragstherapie (TG-CGT of TF-CBT)	64	16.6
Mentalisatie Bevorderende Therapie (MBT)	49	12.7
In vivo exposure	47	12.2
Cognitieve verwerkingstherapie (CPT)	45	11.7
Narratieve Exposure Therapie (NET)	44	11.4
Psychoanalytische therapie	32	8.3
Hypnotherapie	29	7.5
Beknopte Eclectische Psychotherapie (BEP)	14	3.6
Prolonged Exposure (PE)	8	2.1
Medicamenteuze behandeling	2	0.5
Ik maak geen gebruik van specifieke, traumagerichte behandeltechnieken	47	12.2

De meerderheid van de deelnemers geeft aan het belangrijk te vinden dat patiënten met traumagerelateerde klachten behandeld worden door professionals die bijkomend gespecialiseerd en opgeleid zijn in traumabehandeling: 72.6% ($n = 174$) van de deelnemers geeft hierbij een score van zeventig of hoger op een schaal van honderd. Volgens de deelnemers is het belangrijk een bepaalde expertise in het thema te hebben en duidelijk te weten op welke manier men de patiënt het best helpt, om zo bijkomende traumatisering veroorzaakt door onkunde van de behandelaar te vermijden. Een respondent vertelt hierover:

“Het gaat hier om gekwetste en kwetsbare mensen die door gebrek aan kennis en/of ervaring de kans lopen [sic] om opnieuw gehetraumatiseerd te worden. Of té oplossingsgericht en te weinig procesgericht benaderd te worden. Sommige therapeuten gaan aan de slag met getraumatiseerde mensen om dan na enkele sessie te merken dat het hun petje te boven gaat en dan afhaken met alle gevolgen voor de patiënt die zich afgewezen, onbehandelbaar, gek, miskend, enz.. voelt.”

Bij de bevraging naar de eigen ervaringen met psychotraumaopleiding geeft 85.2% ($n = 230$) van de deelnemers aan naast zijn/haar diploma een bijkomende opleiding rond traumabehandeling gevolgd te hebben. Hiervan volgde 11.1% ($n = 30$) een theoretische opleiding over het thema, 23.8%

($n = 76$) een behandelingsgerichte opleiding en 45.9% ($n = 124$) volgde zowel een theoretische als een behandelingsgerichte opleiding. De deelnemers die een bijkomende opleiding volgden ($n = 230$, 85.2%), geven aan dat dit vooral onder de vorm van een bijscholing gebeurde. Ze vinden het belangrijk steeds nieuwe kennis te vergaren en nieuwe methodieken toe te kunnen passen. Deelnemers die geen bijkomende opleiding volgden ($n = 40$, 18.4%), geven aan dat een basisopleiding psychologie voldoende zou moeten zijn om aan traumabehandeling te kunnen doen. Niettemin geeft de meerderheid ($n = 236$, 82.5%) van de deelnemers aan dat ze het nodig vinden een specifieke opleiding te volgen om adequaat met psychotrauma om te kunnen gaan. Zo getuigt een respondent:

“De kwetsbaarheid eigen aan trauma vraagt een geduld en een aanpak waarin je heel nauw de patiënt moet volgen. Het installeren van de vertrouwensrelatie is het allereerste werk, en als je daar niet nauwgezet in werkt en daar niet voldoende tijd/aandacht aan besteedt, kan dat schadelijk zijn voor de patiënt. Veiligheid installeren loopt hier parallel mee, en met alleen kennis van technieken denk ik niet dat je er geraakt. Het is belangrijk te weten hoe het 'traumabrein' werkt. Het is belangrijk om op je poten te kunnen vallen als het anders loopt dan je dacht. En last but not least: voor je eigen veiligheid: omdat je zo dicht bij de patiënt gaat staan, bestaat de kans dat je meegezogen wordt in het verhaal en dan is een theoretisch kader een belangrijke kapstok en een adequaat ijkpunt.”

Daarnaast werd bevraagd welke factoren van belang zijn bij het kiezen van een opleiding. De deelnemers kregen de optie verschillende factoren te rangschikken van 1 'meest belangrijk' tot 10 'minst belangrijk'. Wanneer deze resultaten samengevoegd worden, wordt de rangschikking weergegeven in tabel 4 bekomen.



Tabel 4*Rangschikking factoren bij keuze van een psychotraumaopleiding (N = 320)*

	Factoren bij keuze van psychotraumaopleiding	Gemiddelde score
1	Dat het een opleiding betreft die gegeven wordt door personen met expertise in trauma	1.65
2	Dat de opleiding georganiseerd wordt door een erkend instituut	4.14
3	Dat tijdens de opleiding verschillende behandeltechnieken en benaderingen aan bod komen	4.40
4	Dat de opleiding toelatingsvoorwaarden heeft (bijvoorbeeld: een bepaald diploma hebben, minimumaantal jaren ervaring, ...)	4.73
5	Dat het een kortdurende opleiding betreft (tot een jaar)	5.28
6	De prijs	5.59
7	Dat het een langdurige opleiding betreft (een jaar of langer)	6.08
8	Dat de opleiding georganiseerd wordt door een universiteit	6.31
9	Dat de opleiding over één specifieke behandeltechniek gaat	7.61
10	Andere	9.22

Noot. '1' is hierbij de factor die gemiddeld het hoogst scoorde, '10' de factor die gemiddeld het laagst scoorde.

Onder 'andere' worden heel wat uiteenlopende zaken vernoemd, maar meermaals komt hierbij naar boven dat enkele respondenten ($n = 6$; 16.22%) het vooral belangrijk vinden dat er binnen de opleiding veel plaats is voor praktijkoefeningen. Ook vermelden drie respondenten (8.11%) dat ze geen van de bovenstaande opties belangrijk zouden vinden of de vraag niet juist geformuleerd vinden. Daarnaast geven twee respondenten (5.41%) aan dat er iets technisch fout liep en ze de antwoordmogelijkheden niet konden ordenen.

Kenmerken van patiënten met psychotrauma

De meerderheid van de deelnemers geeft aan traumapatiënten te behandelen ($n = 195$; 72.2%). Slechts een minderheid geeft aan enkel met plegers ($n = 1$; 0.4%) of zowel met plegers als slachtoffers ($n = 74$; 27.4%) te werken. De deelnemers behandelen doorgaans patiënten uit verschillende leeftijdscategorieën. Het grootste deel van de deelnemers werkt hoofdzakelijk met volwassenen ($n = 249$; 64.7%), 13.5% ($n = 52$) behandelt voornamelijk kinderen (tot 12 jaar), 27.3% ($n = 105$) werkt vooral met adolescenten (12 tot 18 jaar) en 15.1% ($n = 58$) behandelt hoofdzakelijk ouderen (ouder dan 65 jaar).



Uit de vraag met welke oorzaken van psychotrauma gewerkt wordt, blijkt de meerderheid patiënten met verschillende oorzaken van psychotrauma te behandelen. In tabel 5 worden de oorzaken van psychotrauma weergegeven. Psychisch geweld ($n = 259$; 67.3%), fysiek geweld ($n = 242$; 62.9%), verlieservaring ($n = 236$; 61.3%) en seksueel geweld ($n = 232$, 60.3%) worden het vaakst aangegeven. Onder 'andere' worden vooral hechtingstrauma's en vroegkinderlijke trauma's aangegeven.

Tabel 5*Oorzaken psychotrauma (N = 320)*

Oorzaak	N	%
Psychisch geweld	259	67.3
Fysiek geweld	242	62.9
Verlieservaring	236	61.3
Seksueel geweld	232	60.3
Ongevallen	139	36.1
Oorlog en conflict	76	19.7
Discriminatie (racisme, LGBTQ+, ...)	71	18.4
Socio-economisch geweld	64	16.6
Natuurrampen	48	12.5
Andere	31	8.1
<i>Hechtingstrauma's</i>	7	22.6
<i>Vroegkinderlijke trauma's</i>	5	16.1

Hulpzoekend gedrag van personen blootgesteld aan trauma

De meerderheid ($n = 151$; 69.9%) van de deelnemers geeft aan dat personen blootgesteld aan een traumatische ervaring volgens hen niet gemakkelijk de weg naar geschikte hulpverlening vinden. Dit is volgens de deelnemers vooral het gevolg van een gefragmenteerd werkveld, waarin de specialisaties van therapeuten niet genoeg gekend zijn en ook gepaste doorverwijzing bemoeilijkt wordt door een gebrek aan kennis van de verschillende velden en wie daarin werkzaam is. Bovendien wordt ook het gebrek aan kennis over psychotrauma in het hulpverleningslandschap aangehaald. Zo geven deelnemers aan dat huisartsen, pedagogische begeleiders en 'algemene' therapeuten niet voldoende kennis over psychotrauma bezitten om de juiste inschatting te maken over de noden van de patiënt.

Een van de respondenten vertelt hierover:

“De onoverzichtelijkheid van het begeleidingsveld –de huidige niet- functionele opdeling van de psychologie. We blijven teruggrijpen naar basisdiploma’s, zelf als die al lang niet meer relevant zijn. [...] Onbekendheid van wat trauma is in de begeleidingswereld. Bv. Nogal wat van de groep van coaches, zelfs van bepaalde stress en burnoutcoaches, op onze markt- gaan vaak mensen met PTSS of trauma op een coachend niveau benaderen (met een positieve helpende intentie, daar twijfel ik geen seconde aan), zonder ooit de link naar de feitelijke diepere oorzakelijke factoren te beseffen. Je kan trainen en coachen zoveel je wil, maar als je niet op het [sic] juiste echelon van de problematiek werkt, is het enkel een ‘beter omgaan met symptomen’ en geen oplossing ten gronde.”

Wanneer patiënten met traumagerelateerde klachten wel bij de juiste hulp terechtkomen, is dit volgens het merendeel van de deelnemers het gevolg van doorverwijzing door collega’s, huisartsen of instanties binnen de integrale jeugdhulp. Deelnemers geven dan ook aan dat er nog meer ingezet moet worden op een duidelijk hulpverleningslandschap waarin specialisaties duidelijk zijn en iedereen voldoende kennis van psychotrauma heeft om de juiste doorverwijzing te maken. Velen geven hierbij een centraal informatieplatform aan als manier om de drempel tot de juiste hulp te verlagen. Een respondent vat dit samen:

“Een duidelijke ‘wie-is-wie’ lijst van hulpverleners met een veelheid aan ingangspoortjes/labels voor selectie. Daarenboven geholpen door een lokale eerstelijns ‘dispatch’/‘loket’ waar iedereen met een hulpvraag terecht kan voor instant opvang en om een geschikte hulpinstantie of hulpverlener te vinden.”

Het grootste deel van de deelnemers ($n = 189$, 67.7%) verwijst soms zelf traumapatiënten door. Daarvan doet 40.3% ($n = 75$) dit voornamelijk in het geval dat het specifieke trauma niet binnen hun expertise ligt, 24.2% ($n = 45$) verwijst door wegens een gebrek aan tijd, 18.8% ($n = 33$) wegens een gebrek aan specialisatie in traumabehandeling en 11.8% ($n = 22$) omdat ze zich onwennig voelen bij het specifieke trauma in kwestie. Bij ‘andere’ ($n = 52$; 28.1%) worden voornamelijk de nood aan psychiatrische hulp, doorverwijzing naar therapeut met een expertise in een bepaalde behandeltechniek (vooral EMDR werd hier aangehaald) en de eigen wachtlijsten aangehaald. Een substantieel deel van de deelnemers ($n = 19$; 36.54%) zou patiënten namelijk doorverwijzen omwille van een volle agenda en tijdsgebrek.



Nodige competenties voor traumabehandeling

De deelnemers werden gevraagd welke competenties volgens hen nodig zijn om trauma- en traumagerelateerde klachten adequaat te kunnen behandelen. Hierbij kregen ze een lijst te zien, die ze konden ordenen gaande van 1 (meest belangrijk) tot 8 (minst belangrijk). De resultaten worden weergegeven in tabel 6.

Bij 'andere' geven enkele deelnemers ($n = 5$; 16.13%) aan dat ook de basiscompetenties van de andere opleidingen tot hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg, zoals Klinische Orthopedagogie of Sociaal Werk, in de lijst thuishoren. Enkele andere deelnemers ($n = 3$; 9.68%) geven aan dat het vooral belangrijk is 'mens' te zijn en de eigen ervaringen met traumatische ervaringen een plaats te kunnen geven om zo een goede therapeutische relatie¹¹ op te kunnen bouwen.

Opvallend is dat het zelfstandig op de hoogte blijven van recente ontwikkelingen het laagst scoort als competentie. Hieruit kan echter niet besloten worden dat deelnemers dit geen belangrijke competentie vinden. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat deelnemers dit wel belangrijk vinden, maar dat de andere antwoordmogelijkheden (zoals bijvoorbeeld gespecialiseerde theoretische kennis over psychotrauma) voor hen prioritair zijn als basiscompetentie. Het zou dus kunnen dat het zelfstandig lezen van literatuur of het volgen van Webinars wel belangrijk bevonden wordt, maar minder belangrijk dan de andere competenties uit de lijst.

¹¹ De therapeutische relatie bestaat uit de gevoelens en attitudes die therapeut en patiënt hebben naar elkaar toe en hoe deze uitgedrukt worden (Norcross, 2010).



Tabel 6

Welke competenties zijn volgens u zeker nodig om trauma- en traumagerelateerde klachten adequaat te behandelen? (N = 320)

Competentie	Gemiddelde score
1 Gespecialiseerde theoretische kennis over trauma en de mogelijke gevolgen hiervan voor slachtoffers en/of plegers	2.51
2 Gespecialiseerde therapeutische vaardigheden voor behandeling van slachtoffers en/of plegers van trauma	3.22
3 De basiscompetenties van een universitair opgeleid klinisch psycholoog	4.01
4 De nood aan intervisie en supervisie kunnen inschatten	4.16
5 Voldoende relevante ervaring in het werken met slachtoffers van trauma	4.37
6 Het geregeld volgen van permanente vormingen	4.77
7 Zelfstandig op de hoogte blijven van recente ontwikkelingen in het vak (bijvoorbeeld door het lezen van literatuur, het volgen van Webinars, ...)	5.51
8 Andere	7.46

Noot. '1' is hierbij de factor die gemiddeld het hoogst scoorde, '8' de factor die gemiddeld het laagst scoorde.

Tenslotte werd de deelnemers ook gevraagd welke opleiding(en) volgens hen nodig is/zijn om de noodzakelijke competenties te behalen (zie tabel 7). Ongeveer de helft ($n = 192$; 49.9%) geeft aan vooral voldoende supervisie en intervisie belangrijk te vinden om de juiste competenties te verkrijgen. Verder wordt het regelmatig volgen van studiedagen rond trauma- en traumagerelateerde klachten door bijna de helft van de deelnemers ($n = 179$; 46.5%) als een voorwaarde beschouwd om de nodige competenties te vergaren.

Tabel 7*Benodigde opleiding om de competenties van traumapsycholoog te behalen (N = 320)*

Opleiding	N	%
Voldoende supervisie en intervisie volgen/gevolgd hebben	192	49.9
Regelmatig studiedagen volgen rond trauma- en traumagerelateerde klachten	179	46.5
Kortdurende opleiding traumatherapie	141	36.6
Langdurige (universitaire) opleiding traumatherapie	92	23.9
Universitaire opleiding	84	21.8
<i>Master Klinische Psychologie</i>	83	98.8
<i>Master Geneeskunde met afstudeerrichting Psychiatrie</i>	48	57.1
<i>Master Orthopedagogie</i>	27	32.1
<i>Andere</i>	4	4.8
Specifieke universitaire therapie-opleiding	80	20.8
<i>Cognitieve gedragstherapie</i>	57	71.3
<i>Patiëntgerichte psychotherapie</i>	49	61.3
<i>Relatie-, Gezins- en Systeemtherapie</i>	47	58.8
<i>Psychoanalytische/psychodynamische therapie</i>	43	53.8
<i>Andere</i>	15	18.8
Relevante professionele bacheloropleiding	34	8.8
<i>Toegepaste Psychologie</i>	25	73.5
<i>Sociaal Werk</i>	17	50.0
<i>Orthopedagogie</i>	15	44.1
<i>Andere</i>	11	32.4
Andere	28	7.3
Geen	4	1.0

Wanneer deelnemers de opties ‘universitaire opleiding’, ‘specifieke universitaire therapie-opleiding’ of ‘relevante professionele bacheloropleiding’ aanduiden, werd gevraagd aan te geven over welke specifieke opleiding het dan gaat. Hierbij blijkt dat 98.8% ($n = 83$) van de deelnemers die een universitaire opleiding belangrijk vinden ($n = 84$; 21.8%), het vooral over de Master Klinische Psychologie hebben. Bij de deelnemers die een relevante professionele bacheloropleiding belangrijk vinden ($n = 34$; 8.8%), geeft 73.5% ($n = 25$) aan vooral de bacheloropleiding Toegepaste Psychologie geschikt te achten. Wanneer de deelnemers spreken over een specifieke universitaire therapie-opleiding ($n = 80$; 20.8%), geeft 71.3% ($n = 80$) aan vooral een opleiding rond cognitieve gedragstherapie belangrijk te vinden. Een groot deel van de deelnemers die bij ‘specifieke universitaire therapie-opleiding’ voor de optie ‘andere’ kiezen, geven aan dat ze de stroming van de therapie-opleiding niet zo zeer belangrijk vinden, maar vooral belang hechten aan het volgen van een therapie-opleiding in het algemeen.

Conclusie

Van de 320 deelnemers aan deze survey blijkt het overgrote deel ervaring te hebben met het werken met psychotrauma, waarvan de meerderheid meer dan vijf jaar ervaring heeft. De meeste deelnemers behandelen dagelijks of wekelijks patiënten met traumagerelateerde problemen. Hierbij wordt het vaakst gewerkt met slachtoffers van psychisch, fysiek en seksueel geweld en personen die een verlieservaring meemaakten. EMDR en imaginaire exposure blijken daarbij de meest gebruikte behandeltechnieken. Volgens het grootste deel van de deelnemers vinden traumapatiënten niet gemakkelijk de weg naar de geschikte hulpverlening. Dit zou o.a. komen doordat doorverwijzing moeilijk verloopt en door een tekort aan kennis op de eerste lijn (huisartsen, pedagogisch begeleiders, eerstelijnspsychologen). Volgens de deelnemers moet er meer ingezet worden op een hulpverleningslandschap waarin doorverwijzing vlotter kan verlopen dankzij voldoende kennis over de aard van psychotrauma bij hulpverleners op de verschillende lijnen en een duidelijker beeld van de gespecialiseerde hulpverlening. Dit laatste zou volgens de deelnemers in de vorm van een centraal informatieplatform kunnen, om op die manier de drempel te verlagen.

De meerderheid van de deelnemers geeft aan een bijkomende opleiding over traumabehandeling gevolgd te hebben waarvan bijna de helft zowel een theoretische opleiding als opleiding rond behandeltechnieken volgden. Een overgrote meerderheid geeft dan ook aan een specifieke opleiding nodig te vinden om psychotrauma adequaat te kunnen behandelen. Bij het kiezen van de opleiding bleek de expertise van de opleiders de belangrijkste factor te zijn. Verder vinden deelnemers het belangrijk dat een opleiding georganiseerd wordt door een erkend instituut, dat er verschillende behandelings technieken en benaderingen aan bod komen en dat de opleiding toelatingsvoorwaarden heeft.

Volgens de deelnemers zijn volgende competenties het belangrijkste om traumagerelateerde klachten adequaat te behandelen: gespecialiseerde theoretische kennis over psychotrauma en gespecialiseerde therapeutische vaardigheden voor de behandeling van slachtoffers en/of plegers van traumatische gebeurtenissen. Om deze competenties te vergaren, blijken deelnemers voornamelijk voldoende supervisie en intervisie belangrijk te vinden, alsook het regelmatig volgen van studiedagen over traumabehandeling.



Review Board: De Visie van Experts in Traumabehandeling

Om de visie van (inter)nationale experts in traumabehandeling en coördinatoren van therapie- en psychotraumaopleidingen op de nodige competenties van een traumapsycholoog na te gaan, werd een review board samengesteld. De review board werd aan de hand van diepte-interviews bevraagd om zo dieper in te gaan op de resultaten van het surveyonderzoek en zo de aangegeven problematieken en noden gedetailleerder te kunnen bespreken. Omwille van de heterogeniteit van deze groep deelnemers, kon de review board de mening vanuit verschillende invalshoeken uit het werkveld weergeven.

Methode

Steekproef

Concreet werd de review board ($N = 23$) samengesteld uit vijf Vlaamse experts, drie Waalse experts, een expert uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, vier experts uit het buitenland, drie coördinatoren van verschillende Belgische psychotraumaopleidingen, vijf coördinatoren van algemene Belgische therapie opleidingen en twee at random geselecteerde leden van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP) met ervaring met traumabehandeling. Tijdens de bevragingen bleek echter dat één Vlaamse expert tevens medeoprichter is van een therapieopleiding en dat één coördinator van een algemene Belgische therapieopleiding tevens coördinator is van een Belgische psychotraumaopleiding.

Deze review board werd samengesteld op basis van de expertise van de deelnemers. Hiervoor werden deelnemers geselecteerd die binnen het werkveld door *peers* erkend worden omwille van hun expertise op vlak van psychotrauma, deelnemers die vaak als auteur voorkomen bij publicaties rond psychotrauma en deelnemers die expertise opgebouwd hebben als coördinator van een therapie- of psychotraumaopleiding. De deelnemers kregen een code toegewezen aan de hand van hun expertise binnen de review board. De samenstelling van de codes wordt in onderstaande tabel 1 weergegeven.

Tabel 1*Overzichtstabel review board*

Code	Expertise	Aantal
EV	Expert uit Vlaanderen	5
EW	Expert uit Wallonië	3
EB	Expert uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest	1
E11	Expert uit Zwitserland	1
E12	Expert uit Denemarken	1
E13	Expert uit Nederland	1
E14	Expert uit het Verenigd Koninkrijk	1
CTR	Coördinator psychotraumaopleiding	3
CTH	Coördinator therapieopleiding	5
VV	VVKP-lid met ervaring in traumabehandeling	2

Algemene onderzoeksopzet

Er werd bij dit deel van het onderzoek voor een kwalitatieve benadering gekozen, om op die manier de ervaringen en meningen van de deelnemers omtrent de nodige competenties voor de behandeling van psychotrauma in de diepte te kunnen bevragen. Concreet werd er gekozen voor de uitvoering van individuele, semigestructureerde diepte-interviews. De interviews werden synchroon¹² online afgenomen tussen 1 februari en 5 maart 2021.

De mogelijke deelnemers werden via e-mail gecontacteerd. In deze uitnodiging werd het doel van het onderzoek uitgelegd en werd het verloop van het interview verduidelijkt. Wanneer de deelnemer akkoord ging met deelname, werden een digitale informatiebrief en toestemmingsformulier via mail doorgestuurd, werd in samenspraak een datum voor afname van het interview vastgelegd en werd de link voor deelname aan het online interview doorgestuurd.

De synchroon online interviews via Microsoft Teams duurden gemiddeld 42 minuten, met een minimum van 23 minuten en een maximum van 73 minuten. Achttien interviews werden uitgevoerd in het Nederlands, drie in het Frans en drie in het Engels. De deelnemers kregen voor aanvang van het interview de kans om de informatiebrief en het toestemmingsformulier te lezen (in het Nederlands, Frans en Engels te lezen in bijlagen B, C en D). Bij de start van het interview werd het toestemmingsformulier met de deelnemer overlopen, waarna hij/zij/hen op de opname mondeling diens akkoord gaf. Om de vertrouwelijkheid te respecteren, werden de data waar nodig geanonimiseerd. Enkel mensen betrokken bij het huidige onderzoek hadden toegang tot deze data.

¹² Synchroon online interviews zijn gesprekken waarbij zowel de interviewer als de respondent simultaan gebruik maken van het internet via instant messaging of een videogesprek (Jowett et al., 2011)

Materiaal

De interviews werden afgenomen aan de hand van een ad hoc opgestelde topiclijst. De topiclijst bestond uit drie algemene thema's en telkens een apart thema voor de coördinatoren van de therapie- en de coördinatoren van de psychotraumaopleidingen.

De drie eerste thema's, bedoeld voor alle deelnemers, waren de volgende: (1) noden in het huidige werkveld, (2) de eigen professionele ervaring en expertise, en (3) nodige competenties en opleidingen voor traumabehandeling. Binnen het eerste thema werden de deelnemers bevraagd omtrent eventuele tekorten aan expertise in psychotrauma en de ervaringen met het hulpzoekend gedrag van traumapatiënten. Het tweede thema bevatte topics omtrent de professionele carrière. Zo werden met name de professionele ervaring van de deelnemers en de rol als 'expert' besproken. In het derde luik werden tot slot de meningen van de deelnemers bevraagd omtrent de competenties en opleidingen die zij nodig achten voor traumabehandelaars. Ook het belang van expertise binnen traumabehandeling werd hier besproken.

Voor de coördinatoren van de therapieopleidingen werd een vierde thema aan de topiclijst toegevoegd. Binnen het kader van dit vierde thema werden deze deelnemers bevraagd over de rol van psychotrauma als thematiek binnen hun psychotherapieopleiding. Zo werd hen gevraagd in welke mate trauma- en traumagerelateerde problemen aan bod komen in de desbetreffende opleiding en van waaruit er vertrokken werd bij het opstellen van dit curriculum van de opleiding.

Coördinatoren van de psychotraumaopleidingen werden niet omtrent het vierde thema bevraagd, maar kregen extra vragen uit het vijfde thema, namelijk vragen aangaande de inhoud van de psychotraumaopleiding die ze coördineren. Topics binnen dit thema betroffen zaken als de eindtermen van de opleiding en het vertrekpunt voor het opstellen van de eindtermen en het curriculum.

Procedure

Alle interviews werden afgenomen en opgenomen via Microsoft Teams en nadien samenvattend getranscribeerd en waar nodig geanonimiseerd. De bekomen transcripties werden vervolgens open gecodeerd in functie van een thematische analyse. De transcripties werden met andere woorden volledig doorgenomen, waarna bepaalde fragmenten thematische labels en sublabels toegewezen kregen. De sublabels die gevonden werden bij de open codering, werden nadien geordend in concepten per label.

Vervolgens werden de bekomen labels en hun bijhorende concepten aan elkaar gelinkt. Van hieruit werden later hoofdconcepten gekozen. Het hoofdconcept is hierbij de centrale stelling waarin alle andere concepten geïntegreerd zijn en vormt de rode draad doorheen de analyse. De gevonden labels of concepten werden nadien als basis gebruikt voor de formulering van de resultaten. Doorheen dit gehele proces konden steeds labels toegevoegd, geschrapt of samengevoegd worden.

Resultaten

In wat volgt zullen vijf thema's in lijn met de vooropgestelde topiclijst besproken worden. De volgende thema's zullen achtereenvolgens aan bod komen: (1) de eigen professionele ervaring en expertise, (2) noden in het huidige werkveld, (3) nodige competenties en opleidingen voor traumabehandeling (4) de rol van het thema 'psychotrauma' binnen bestaande psychotherapieopleidingen, en (5) de inhoud van bestaande psychotraumaopleidingen.

De eigen professionele ervaring en expertise

Om de visie van (inter)nationale experts in traumabehandeling en coördinatoren van therapie- en psychotraumaopleidingen op de nodige competenties van een traumapsycholoog weer te geven, is het vooreerst belangrijk de deelnemers te leren kennen op vlak van eigen professionele ervaringen en expertise. Uit de analyse van deze data komen twee thema's aan bod, met name: (1) de professionele ervaring van de deelnemers en hun traject binnen het werkveld en (2) de visie over de concepten 'experten' en 'expertise' in psychotrauma.

Professionele ervaring. Een groot deel van de deelnemers ($n = 13$) heeft tussen 20 en 35 jaar ervaring in het behandelen van psychotrauma. Daarnaast volgden heel wat deelnemers een lang traject van opleidingen voordat ze als therapeut of opleider aan de slag gingen. Voor het grootste deel begon dit traject met een master in de Klinische Psychologie, gevolgd door een psychotherapieopleiding. Twee deelnemers vertrokken vanuit een andere masteropleiding, namelijk Psychiatrie en Klinische Orthopedagogie. Een groot deel van de deelnemers hebben zich nadien verder verdiept in traumabehandeling. Dit gebeurde vooral via de EMDR-opleiding of een psychotraumaopleiding. Tien deelnemers hebben geen verdere opleiding over psychotrauma gevolgd. Dit zou vooral het gevolg zijn van het feit dat deze opleidingen nog niet bestonden toen de deelnemers afstudeerden en hun carrières startten.

De meeste deelnemers ($n = 14$) hebben momenteel een eigen privépraktijk; enkelen werken daarnaast ook in een ziekenhuis of geven opleidingen. Slechts enkelen geven aan kinderen of jongeren te behandelen; bijna de helft van de deelnemers ($n = 11$) behandelt enkel volwassenen. Daarnaast geeft ongeveer de helft van de deelnemers aan vooral met complexe¹³ trauma's te werken. Enkele deelnemers hebben zich hierbij gefocust op bepaalde niches binnenin de traumabehandeling, zoals het behandelen van psychotrauma ten gevolge van seksueel geweld, emotionele verwaarlozing, oorlogen of beroepsgerelateerde trauma's. Daarentegen geven sommige deelnemers ($n = 3$) aan geen onderscheid te willen maken in verschillende soorten psychotrauma. Volgens hen gaat het bij de behandeling van trauma niet om de traumatiserende gebeurtenis zelf, maar om de gevolgen dat het met zich meebrengt.

Visie op de betekenis van 'expert zijn'. De deelnemers werden verder bevroegd omtrent hun visie over de termen 'expert' en 'expertise'. Vooreerst werd de deelnemers gevraagd of zij zichzelf als expert zien. Bij deze vraag is wat verdeeldheid te zien: ongeveer de helft van de deelnemers geeft aan zichzelf als expert te zien, terwijl de andere helft het woord 'expert' liever niet in de mond zou nemen en vindt dat je jezelf nederig moet opstellen en steeds moet blijven bijleren. Dat is dan ook meteen een van de eerste zaken die de deelnemers opnoemen wanneer hen gevraagd wordt wat nodig is om iemand 'expert' te kunnen noemen. Volgens de deelnemers is blijvende bijscholing belangrijk, bijvoorbeeld door literatuur te lezen, congressen bij te wonen, opleidingsdagen te volgen en steeds op de hoogte te blijven van nieuwe ontwikkelingen in het werkveld. Net daarom vindt een groot deel van de deelnemers ($n = 12$) het belangrijk de juiste opleidingen gevolgd te hebben. Daarnaast geven de deelnemers ook aan dat ervaring een belangrijke factor is. Tenslotte vertellen enkele deelnemers dat het voeren van wetenschappelijk onderzoek of het publiceren van wetenschappelijke artikels over psychotrauma vaak deel uitmaakt van hun expertise. Hoewel de deelnemers eerder verdeeld zijn in hun mening over de eigen expertise, geven enkelen ($n = 5$) wel aan dat ze door het werkveld als expert erkend worden. Dit vinden ze dan ook een belangrijk onderdeel van het 'expert zijn'. Daarnaast geven enkelen aan dat ze door het regelmatig geven van supervisie, ook heel wat kennis vergaren. Het is door in dialoog te treden met anderen, dat expertise opgebouwd wordt.

¹³ Een complex trauma is het unieke patroon van symptomen geassocieerd met een complexe traumatische gebeurtenis. Een complexe traumatische gebeurtenis is repetitief, vindt plaats over een langdurige periode en ondermijnt primaire relaties (Kliethermes, Schacht & Drewry, 2014).

Noden in het huidige werkveld

De deelnemers werden bevraagd omtrent eventuele tekorten en noden aan expertise die zij binnen de huidige werking rond traumabehandeling zien. In de volgende paragrafen zal hierbij gekeken worden naar (1) de huidige tekorten binnen het werkveld, (2) de mogelijke barrières voor personen met trauma- en traumagerelateerde klachten, en (3) ideeën om de bestaande noden te verlichten.

Tekorten binnen het werkveld. Uit de bevraging blijkt dat een eerste probleem binnen de hulpverlening bij traumagerelateerde klachten erin bestaat dat niet veel patiënten specifiek omwille van een psychotrauma hulp zoeken. Vaak gaat het hierbij om patiënten met verschillende symptomen en comorbiditeiten. Volgens hen is een goede diagnostiek essentieel om niet enkel deze symptomen maar ook het onderliggend psychotrauma te herkennen. Volgens de deelnemers gebeurt dit vooralsnog onvoldoende.

Volgens de deelnemers bestaat er in België een groot tekort aan expertise op het vlak van traumabehandeling. Zo vertellen ze ons dat er niet alleen een tekort aan specifieke opleidingen bestaat, maar dat het thema ‘psychotrauma’ ook binnen de huidige master- en therapieopleidingen nog te weinig aan bod komt. Daarenboven vertellen twee deelnemers ons dat er nog niet genoeg expertise aan de universiteiten ontwikkeld wordt; er bestaan momenteel nog geen hoogleraren of departementen die gespecialiseerd onderzoek rond psychotrauma uitvoeren. Wel geven enkele deelnemers aan dat de wetenschappelijke expertise en de interesse in wetenschappelijk onderzoek rond traumabehandeling over het algemeen de laatste jaren enigszins gegroeid is.

Bovenop dit tekort aan expertise binnen de opleidingen, geven de deelnemers aan dat er over het algemeen in het bredere werkveld te weinig kennis aanwezig is. Dit maakt dat er niet genoeg doorverwijzingen gebeuren of dat psychotrauma niet herkend wordt. Bovendien botst men binnen gespecialiseerde hulp al snel op lange wachtlijsten en kan de weg naar hulp zeer langdurig worden. Daarenboven is het voor mensen met traumagerelateerde klachten niet duidelijk waar ze met hun hulpvraag heen kunnen. Deelnemers horen vaak van patiënten dat het hulpaanbod zeer gefragmenteerd en verwarrend is, waarbinnen bijvoorbeeld het verschil tussen een psycholoog, therapeut, psychiater of coach onduidelijk blijft.

Als de patiënt bij een therapeut terechtkomt, blijkt volgens de deelnemers dat heel wat therapeuten het psychotrauma niet durven aan te pakken en er zelfs niet naar durven polsen. Volgens onze deelnemers zijn heel wat therapeuten afgeschrikt om met psychotrauma te werken, aangezien het om zware materie gaat dat -indien verkeerd aangepakt- de patiënt ook kan schaden.



Net daarom zullen therapeuten er vaak omheen werken en duurt het te lang vooraleer het trauma aangepakt wordt. Volgens de resultaten van de bevraging kan dit ervoor zorgen dat patiënten al meerdere therapeuten gezien hebben voordat ze de geschikte hulp vinden.

Tenslotte vinden enkele deelnemers ($n = 7$) het belangrijk een duidelijk onderscheid te maken tussen de verschillende soorten gevolgen van traumatische gebeurtenissen, zowel in de praktijk als binnen de opleidingen. Volgens hen is het behandelen van bijvoorbeeld een complex trauma of een acuut trauma niet hetzelfde. Bovendien zou dissociatie volgens deze deelnemers nog een extra specialisatie moeten zijn binnen de traumabehandeling.

Mogelijke barrières voor personen met traumagerelateerde klachten. De deelnemers werden tevens bevroegd omtrent mogelijke barrières die personen met traumagerelateerde klachten zouden kunnen ervaren in hun zoektocht naar geschikte hulp. Hierbij geven ze in eerste instantie aan dat patiënten vaak met heel wat emoties te kampen hebben die hun eerste stap naar hulp kunnen bemoeilijken. Zo spreken ze over een gevoel van schaamte, een schuldgevoel, een wantrouwen ten opzichte van anderen... Een tweede barrière die aangehaald wordt, is het financiële aspect. Therapie kan duur zijn, wat sommige mensen afschrikt om deze hulp te zoeken. Tenslotte wordt door de deelnemers ook aangehaald dat er een gebrek aan juiste informatie is binnen de maatschappij. Volgens hen zou het duidelijker moeten zijn waar je terecht kan met soortgelijke klachten, zodat zoveel mogelijk mensen geholpen kunnen worden.

Manieren om bestaande noden te verlichten. De deelnemers geven naast bestaande tekorten ook suggesties mee om op die tekorten in te spelen. Zo stellen enkele deelnemers ($n = 10$) voor om meer duidelijkheid binnen het hulplandschap te brengen. Dit kan aan de hand van een centrale website met alle nodige informatie over psychotrauma en een nationaal register van het bestaande hulpaanbod. Daarnaast geven enkele deelnemers aan dat een nationale financiering zou kunnen helpen. Zo zouden er fondsen uitbetaald kunnen worden voor opleidingen van personeel en zou ook tweedelijns- en derdelijnszorg terugbetaald kunnen worden.

Daarnaast vinden de deelnemers het belangrijk verder in te blijven zetten op sensibilisering en normalisatie van therapie. Dit zou volgens hen kunnen gebeuren aan de hand van campagnes, informatiebrochures en bijvoorbeeld televisieprogramma's over therapie en psychische zorg.

Bijna de helft van de deelnemers ($n = 9$) pleit daarnaast voor een betere samenwerking binnen de gezondheidszorg. Zo geven enkele deelnemers aan dat de druk op traumabehandeling verlicht zou kunnen worden wanneer men binnen de eerstelijnszorg de eerste opvang zou kunnen doen.

Hiervoor is natuurlijk een basiskennis nodig en wordt er gesuggereerd huisartsen, politie, sociaal werkers en dergelijke op te leiden om bij traumapatiënten het eerste stabilisatiewerk¹⁴ te doen en hen psycho-educatie te geven. Hierbij doet een deelnemer (E11) het voorstel een onderscheid te maken tussen *trauma-informed* hulp en *trauma-specialised* hulp. De trauma-informed hulp bestaat dan uit deze eerste stabilisatie en psycho-educatie, waarna de patiënten indien nodig terecht kunnen bij de trauma-specialised hulp voor de confrontatie met en verwerking van het psychotrauma. Samenwerking kan ook bevorderd worden door het ontwikkelen van multidisciplinaire teams en expertisecentra die zich zowel op medische, juridische als psychische hulp bij een traumatische ervaring richten. Hierbij zou een klinisch psycholoog volgens enkele deelnemers de eindverantwoordelijkheid moeten hebben.

De bescherming van de titel van ‘traumapsycholoog’ aan de hand van criteria en basiscompetenties wordt door enkele deelnemers ook gesuggereerd. Op deze manier zou het duidelijk zijn naar wie men kan doorverwijzen.

Tenslotte vertellen sommige deelnemers dat het belangrijk is de continuïteit van de zorg te garanderen. Volgens hen doorlopen vele patiënten te korte behandeltrajecten terwijl personen met traumagerelateerde klachten juist een langdurige behandeling aangeboden moeten krijgen.

Nodige competenties en opleidingen voor traumabehandeling

De deelnemers werden tevens bevraagd over hun visie omtrent de nodige competenties om aan traumabehandeling te doen. Uit de analyse van deze data komen drie thema’s naar voren, met name: (1) nodige competenties voor traumabehandeling, (2) essentiële eigenschappen en onderdelen voor een opleiding rond traumabehandeling, en (3) de nood aan gespecialiseerde expertise.

Nodige competenties voor traumabehandeling. Bij de bevraging van de deelnemers in verband met welke competenties ze een traumapsycholoog zouden toeschrijven, komen vijf overkoepelende thema’s naar voren: (1) de nodige opleidingen, (2) vereiste theoretisch kennis, (3) praktijkvaardigheden, (4) attitudes van de therapeut, en (5) de therapeut als persoon.

¹⁴ Stabilisatie is een van de drie fasen in het driefasenmodel. Dit is een structurerend behandelmodel voor de behandeling van trauma, bestaande uit drie fasen: (1) stabilisatie van functioneren en symptoomreductie, (2) behandeling van (confrontatie met, blootstelling aan) traumatische herinneringen en (3) integratie van verleden en heden en perspectief op de toekomst (Mooren & Stöfse, 2011).



Nodige opleidingen. De meerderheid van de deelnemers ($n = 15$) geeft aan een basisopleiding Master Klinische Psychologie noodzakelijk te vinden om een degelijke traumabehandeling aan te kunnen bieden. Dit is volgens velen echter onvoldoende; om adequate therapie te kunnen geven, is ook een therapieopleiding nodig. Ongeveer de helft van de deelnemers is van mening dat een bijkomende opleiding traumatherapie hierbij noodzakelijk is. Tevens is een aanzienlijk deel van de deelnemers ($n = 8$) van mening dat niet enkel de Master Klinische Psychologie geschikt is als basisopleiding, maar dat ook andere opleidingen zoals Klinische Orthopedagogie en Psychiatrie een adequate basis vormen. Tenslotte geeft een deel van de bevroagden ($n = 7$) aan dat men ook na deze opleidingen steeds een leerling moet blijven en dat levenslang leren deel uitmaakt van de nodige competenties van een traumapsycholoog.

Vereiste theoretische kennis. Wanneer de deelnemers het over een grondige theoretische kennis hebben, gaat dit vooral over een algemene kennis over wat psychotrauma juist is, hoe dit trauma zich kan uiten en welke gevolgen dit mogelijks heeft. Daarnaast halen enkele deelnemers nog andere vormen aan, zoals een basiskennis van de farmacologie, een basiskennis over het somatische aspect van trauma en een kennis van het werkveld en bijhorende procedures.

Ook wordt een verschil aan vereiste kennis aangehaald afhankelijk van de verschillende oorzaken van psychotrauma. Zo geeft een deelnemer (EW2) aan dat men als traumapsycholoog bij bepaalde problematieken bekend moet zijn met hoe een medisch onderzoek verloopt, welke stappen bij de politie en de rechtbank genomen worden en hoe tegemoetkomingen vanuit de verzekering aangevraagd worden. Op deze manier kan je volgens de deelnemer bijvoorbeeld een slachtoffer van seksueel geweld volledig ondersteunen en bijstaan. Tenslotte wordt ook de kennis van de ethische code en de deontologie aangehaald. Volgens een van de deelnemers (CTH3) zouden de ethiek en deontologie waarmee een therapeut te werk gaat, het onderscheid maken voor een goed werkende professional.

Praktijkvaardigheden. Een derde thema dat in dit onderdeel aan bod komt, is dat van de praktijkvaardigheden. Hierbij wordt vooral de therapeutische relatie vermeld. Volgens de deelnemers is de therapeutische relatie de basis waarop de rest van de therapie voortgebouwd wordt. Het is belangrijk als therapeut veiligheid te bieden en een langdurige vertrouwensband op te bouwen. Enkele deelnemers vertellen hierbij dat dit in elke therapeutische relatie belangrijk is, maar nog essentiëler blijkt bij de behandeling van personen met trauma- en traumagerelateerde klachten. Deze patiënten zijn namelijk vaak hun vertrouwen in de medemens en zichzelf kwijtgeraakt en wordt er pas over het psychotrauma gepraat wanneer dit binnen een veilige omgeving kan. Het bieden van

consistentie, een zekere mate van transparantie naar de patiënt toe en het kunnen aangeven van grenzen binnen deze relatie, zijn hierbij essentieel. Bovendien wordt meermaals aangehaald dat het garanderen van een continuïteit van de zorg van essentieel belang is. Dit vooral omwille van de lange weg die de persoon vaak al afgelegd heeft voordat deze bij de therapeut terecht is gekomen.

Naast de therapeutische relatie wordt door enkele deelnemers een grote nadruk gelegd op het belang van empowerment en het bijstaan van de patiënt bij diens verdere ontwikkeling. Hierbij halen de deelnemers verschillende zaken aan, zoals het benadrukken van de sterktes en kwaliteiten van de patiënt en het helpen de patiënt uit zijn/haar slachtofferrol te halen. Ook het vergroten van de veerkracht van de patiënt door in te spelen op bestaande hulpbronnen en diens sociaal netwerk zijn hierbij belangrijk. Zo vertelt een deelnemer (EV4) dat het als therapeut ook belangrijk is de patiënt bepaalde vaardigheden aan te reiken om zich in het hier en nu te kunnen handhaven, zoals bijvoorbeeld bepaalde copingmechanismen¹⁵. Volgens deze deelnemer hebben traumapatiënten namelijk wel bepaalde copingmechanismen die hen helpen overleven, maar die niet adequaat zijn bij het leren leven in het hier en nu.

Deelnemers vinden het verder belangrijk om bekend te zijn met verschillende behandelmethoden voor trauma- en traumagerelateerde klachten. Daarnaast hechten ze veel belang aan het kunnen stellen van een juiste diagnostiek en het kunnen opstellen en evalueren van een behandelplan. Enkele deelnemers geven hierbij aan dat het ook belangrijk is te kunnen prioriteren. Volgens hen gaat psychotrauma namelijk samen met een verscheidenheid aan bijkomende psychosociale problemen, waarbij de veroorzakende en in standhoudende factoren geïdentificeerd moeten worden en bepaald moet worden welke problematiek eerst aangepakt dient te worden. Verder is het belangrijk om vaardigheden als het helpen bij emotieregulatie, stabilisatie en confrontatie te bezitten.

Tot slot wordt het belang van luisteren en observeren aangehaald. Volgens deelnemers is het belangrijk het ritme van de patiënt aan te kunnen voelen en steeds bewust te zijn van wat er gaande is met de persoon.

Attitudes van de therapeut. Wanneer het gaat over de attitudes van de therapeut, komen allerlei zaken aan bod. Zo vinden enkele deelnemers het belangrijk dat een therapeut niet-beoordelend te werk gaat en zich steeds bewust is van de culturele fenomenen en aspecten met betrekking tot

¹⁵ Een copingmechanisme is elke bewuste of onbewuste aanpassing dat spanning en angst reduceert tijdens een stressvolle gebeurtenis of situatie. (APA Dictionary of Psychology, 2021)

psychotrauma. Daarnaast vermelden drie deelnemers dat het belangrijk is de ‘traumabril’ op te zetten, waarmee je psychotrauma niet enkel herkent maar ook erkent. Zo vertelt een van deze deelnemers (EV2) dat het belangrijk is steeds te erkennen dat niet de persoon met het trauma of de traumagerelateerde klacht abnormaal is, maar de traumatiserende gebeurtenis.

Daarnaast wordt ook een multidisciplinaire ingesteldheid enkele keren ($n = 5$) vernoemd, onder de vorm van samenwerking binnen een team van psychologen of multidisciplinair met bijvoorbeeld psychiaters en kinesisten. Aansluitend benadrukt men het belang van overleg met collega’s en inter- en supervisie.

Tenslotte geeft een deelnemer (CTH1) aan dat een therapeut zich tijdens traumabehandeling steeds bewust moet zijn van het risico op hertraumatisering van de patiënt.

Therapeut als persoon. Verder komen enkele zaken aan bod die volgens de deelnemers deel moeten uitmaken van de therapeut als persoon. Zo wordt er veel belang gehecht aan de therapeutische ontwikkeling¹⁶ en vaardigheden. Enkele deelnemers geven aan dat een traumapsycholoog empathisch en geduldig moet zijn. Daarnaast is het zeer belangrijk om als therapeut overeind te kunnen blijven, niet overrompeld te geraken door het psychotrauma en om te kunnen gaan met angsten. De therapeut moet kunnen inschatten wanneer de gebeurtenissen hem/haar/hen raken en moet daarom dan ook een breed draagvlak hebben. Omwille van deze redenen geven heel wat deelnemers ($n = 9$) aan dat zelfreflectie en zelfzorg zeker niet te onderschatten zijn als competentie. Enkele deelnemers vertellen dan ook dat je als therapeut best ook zelf therapie volgt, om zo projecteren¹⁷ tegen te gaan en zelfinzicht te verwerven. De therapeut zou op deze manier zelf leren inschatten wat te delen met de patiënt en wat niet.

Tenslotte zijn enkele deelnemers ($n = 5$) van mening dat ervaring een vereiste competentie is. Volgens hen is een zekere algemene ervaring in de behandeling noodzakelijk voordat men aan traumabehandeling kan doen.

Essentiële eigenschappen en onderdelen voor een opleiding rond traumabehandeling. Over de nood aan een specifieke opleiding traumatherapie, zijn de meningen verdeeld. Volgens sommigen is het namelijk zo dat niet veel psychologen deze tijds- en financiële investering willen doen als ze zich

¹⁶ De ontwikkeling van de persoon als therapeut; ontwikkeling van de therapeutische vaardigheden.

¹⁷ Projecteren is het proces waarbij de therapeut zijn eigen individuele positieve of negatieve kenmerken, affecten en impulsen toeschrijft aan een andere persoon of groep (APA Dictionary of Psychology)

niet specifiek in de behandeling van psychotrauma willen specialiseren. Maar volgens de meeste deelnemers ($n = 13$) is het echter wel nodig dat er meer kennis omtrent de gevolgen van trauma- en traumagerelateerde klachten in het werkveld verspreid wordt. Daarom wordt er vooral gepleit voor een diepere focus op het thema 'psychotrauma' binnen de masteropleiding Klinische Psychologie en de psychotherapieopleidingen. Hierbij wordt door enkelen echter de kanttekening gemaakt dat er niet enkel meer focus nodig is op psychotrauma, maar ook op andere, niet-traumagerelateerde problematieken en psychopathologieën. Dit lijkt voor hen niet helemaal haalbaar, aangezien een uitbreiding van de focus naar verschillende problematieken tot een hele lange opleiding zou leiden. Een deelnemer (CTR2) stelt voor traumabehandeling als een afzonderlijk afstudeerprofiel in te voeren binnen de masteropleiding Klinische Psychologie. Een andere deelnemer (EW1) geeft aan dat de gehele masteropleiding momenteel te academisch is en een meer toegepaste insteek moet krijgen door middel van meer klinisch -eerder dan fundamenteel- onderzoek. Tenslotte geven enkele deelnemers aan dat er niet enkel een diepgaandere focus nodig is binnen de masteropleiding Klinische Psychologie en de psychotherapieopleiding, maar dat deze focus ook een meerwaarde zou vormen binnen andere mensgerichte opleidingen zoals Sociaal Werk of Geneeskunde.

Wanneer het gaat over de bestaande specifieke psychotraumaopleidingen, zijn deelnemers van mening dat er momenteel te veel privé-initiatieven bestaan waar het eigenlijk de universiteiten zouden moeten zijn die deze opleidingen inrichten. Enkele deelnemers geven bovendien aan dat privé-initiatieven wel al eens dure opleidingen kunnen zijn, wat van een specialisatie in traumabehandeling een luxe maakt. Een deelnemer vertelt zo dat hij merkt dat therapieën gericht op traumabehandeling vaak duurder zijn, net omwille van die prijzige specialisatieopleidingen. Sommige deelnemers geven ook aan dat toelatingsvoorwaarden en accreditatie belangrijk zijn bij psychotraumaopleidingen. Zo zou volgens een deelnemer (EV3) de kwaliteit van het aanbod binnen traumabehandeling verbeteren indien men na het volgen van de opleiding enkel geaccrediteerd blijft indien je per jaar een bepaald aantal *credits* behaalt aan de hand van bijscholingen en opleidingsdagen. Enkele deelnemers geven aan dat een opleiding traumatherapie drie of vier jaren zou moeten duren, waarvan het laatste een specialisatiejaar zou kunnen zijn in werken met kinderen, volwassenen of dissociatie.

Tenslotte deelden de deelnemers ook hun visie rond de nodige opleidingsonderdelen voor een opleiding specifiek gericht op traumabehandeling. Zo geven ze aan vooral psychodiagnostiek van de verschillende dimensies van psychotrauma en supervisie belangrijk te vinden. Daarnaast wordt het belang van een evenwichtige combinatie van theoretische kennis over psychotrauma en de mogelijkheden deze kennis toe te passen in de praktijk aangehaald. Bij deze praktijktoepassingen



worden zaken benoemd zoals intensieve stages, observatie, rollenspelen en video's. Heel wat deelnemers ($n = 11$) geven daarnaast aan dat een goede psychotraumaopleiding zijn cursisten minstens twee verschillende behandeltechnieken bijbrengt en deze dan ook grondig in de praktijk laat oefenen. Tenslotte vertellen enkele deelnemers nog dat er een focus zou moeten liggen op de therapeutische ontwikkeling, het leren van stabilisatietechnieken en bekwaamheden in casusbeschrijving.

De nood aan gespecialiseerde expertise. Wanneer de deelnemers gevraagd wordt of het belangrijk is dat personen met traumagerelateerde klachten behandeld worden door professionals die bijkomend gespecialiseerd zijn in traumabehandeling, zijn de antwoorden verdeeld. Ongeveer de helft van de deelnemers antwoordt hierbij resoluut 'ja', terwijl enkelen resoluut 'neen' antwoorden. De overige deelnemers geven aan dat een specialisatie nuttig kan zijn, maar niet noodzakelijk. De deelnemers die gespecialiseerde expertise nodig achten, geven aan dat dit vooral is omdat traumaklachten iets zeer specifiek zijn waar dus ook specifieke kennis voor nodig is. Volgens hen brengt de behandeling van psychotrauma een grote verantwoordelijkheid met zich mee, omdat een verkeerde behandeling de patiënt veel schade kan berokken. Bovendien bestaan voor traumabehandeling specifieke technieken die aangeleerd dienen te worden. De deelnemers die 'neen' antwoorden, vinden dat psychotrauma geen op zichzelf staand probleem is en dat psychotrauma dan ook niet los van zijn bijkomende psychosociale problemen behandeld kan worden. Deze deelnemers vinden dat je als therapeut ten allen tijden een generalist moet blijven, met een kennis over alle psychopathologieën.

De deelnemers die aangeven een specialisatie niet noodzakelijk te vinden, geven hier uiteenlopende redenen voor aan. Wanneer deze redenen samengevat worden, komt het er vooral op neer dat de deelnemers vinden dat men in de psychotherapieopleiding al voldoende kennis opdoet om aan traumabehandeling te doen. Wel vinden ze dat het volgen van een gespecialiseerde opleiding het vertrouwen in de eigen capaciteiten als therapeut kan versterken. Daarnaast geven enkele deelnemers aan een gespecialiseerde opleiding enkel nodig te vinden voor de behandeling van complexe trauma's en dissociatie. Voor andere vormen van traumabehandeling vinden ook zij dat de psychotherapieopleiding volstaat.

Het thema 'psychotrauma' binnen bestaande psychotherapieopleidingen

Naast de voorgaande thema's werden de vijf coördinatoren en de medeoprichter van een psychotherapieopleiding uit de review board bijkomend bevraagd rond de rol van het thema 'psychotrauma' binnen desbetreffende opleidingen. Uit de analyse van deze data komen vier



thema's aan bod, met name: (1) in welke mate psychotrauma als thema aan bod komt in de opleiding, (2) het vertrekpunt bij het opstellen van de eindtermen, (3) welke onderdelen uit het curriculum essentieel zijn voor traumabehandeling en (4) hoe diep er idealiter ingegaan moet worden op het onderwerp van psychotrauma.

Traumabehandeling binnen de psychotherapieopleiding. De meeste deelnemers ($n = 5$) geven aan tenminste twee opleidingsdagen aan het thema 'psychotrauma' te besteden binnen de meerjarige therapieopleidingen. Daarnaast worden ook andere relevante thema's binnen de opleiding besproken, zoals werken met vluchtelingen en problematieken in verband met hechting. Binnen een andere opleiding wordt er ook een dag specifiek rond secundaire traumatisering¹⁸ en zelfzorg lesgegeven. In enkele opleidingen komt traumabehandeling niet expliciet in het opleidingsaanbod voor, maar vormt het thema wel een onderdeel van andere lesinhouden. Voorbeelden die hierbij worden gegeven zijn lessen omtrent belevingsonderzoek, kindertekeningen en psychopathologieën.

Het opstellen van eindtermen. De deelnemers werden vervolgens gevraagd van waaruit men vertrokken is bij het opstellen van de eindtermen van de opleidingsonderdelen of -dagen rond psychotrauma. Hierbij wordt vooral aangegeven dat de eindtermen opgesteld worden op basis van een ervaren nood binnen het werkveld, bestaand onderzoek en literatuur en/of de visie van de specifieke therapiestroming. Zo vertelt een deelnemer (CTH1) dat ze hun eindtermen vooral baseren op wat vanuit het werkveld klinisch noodzakelijk en relevant blijkt. Een andere deelnemer (CTH3) geeft aan dat men vooral vanuit een literatuurlijst vertrekt, die ook aan de cursisten als achtergrondinformatie meegegeven wordt. Tenslotte geven twee deelnemers aan dat er vooral vertrokken wordt vanuit de essentie van de stroming waaruit de psychotherapieopleiding en de bestaande theorieën rond psychotrauma opgebouwd zijn.

Het curriculum en traumabehandeling. In de mate waarin traumabehandeling aan bod komt binnen het curriculum, gaat het vooral om de theoretische kennis omtrent basisconcepten en -auteurs. Daarnaast wordt een focus gelegd op casusbeschrijving en diagnostiek. Een deelnemer (CTH4) vertelt dat binnen hun opleiding ook aandacht besteed wordt aan het leren omgaan met secundair trauma en zelfzorg; en dit aan de hand van supervisie. Tenslotte leert men volgens een

¹⁸ Secundaire traumatisering wordt veroorzaakt door herhaalde of extreme confrontatie met details van traumatische situaties deze zelf directe door te maken en wordt beschreven als het overdragen van de symptomen van het slachtoffer op een ander individu (Greinacher et al., 2019)

deelnemer (CTH1) in de therapieopleiding binnen specifieke contexten en met verschillende doelgroepen rond traumabehandeling werken.

Over het algemeen zijn de coördinatoren van de psychotherapieopleidingen wat verdeeld over hoe diep er op psychotrauma als onderwerp ingegaan zou moeten worden binnen de opleidingen. Sommigen geven aan dat een diepe focus met veel aandacht voor supervisie en intervisie nodig is en er binnen de opleidingen eigenlijk nog niet genoeg op het onderwerp als dusdanig gefocust wordt. Anderen zijn van mening dat er eerder algemeen op het thema ingegaan moet worden, om zo de eerste tools aan te reiken om met psychotrauma om te kunnen gaan en de cursisten zo een brede basis aan te bieden.

De inhoud van bestaande psychotraumaopleidingen

Bij de vier coördinatoren van psychotraumaopleidingen uit de review board werden drie bijkomende zaken bevraagd: (1) de onderdelen van het huidige curriculum, (2) het vertrekpunt voor het opstellen van de eindtermen, en (3) eventuele optimalisatie van de bestaande psychotraumaopleidingen.

Het curriculum van psychotraumaopleidingen. De grootste focus binnen de curricula van de psychotraumaopleidingen ligt voornamelijk op theoretische kennis en het aanleren van verschillende technieken. Deze verschillende technieken bestaan uit werkmodellen uit verschillende stromingen. Zo spreekt men bijvoorbeeld over EMDR en narratieve therapie. De theoretische kennis draait hierbij rond het onderscheid tussen acuut trauma, complex trauma en dissociatie; de visie van de verschillende stromingen op traumabehandeling en in zekere mate op de kennis van de biologische component van psychotrauma. Daarnaast spelen supervisie, therapeutische ontwikkeling en casusbeschrijving een belangrijke rol binnen de opleiding. Bij de casusbeschrijving hoort dan een diagnosestelling, het behandelplan, de behandeling en de evaluatie. Wanneer de deelnemers het over therapeutische ontwikkeling hebben, gaat dit vooral over de therapeut als persoon en methodieken zoals de innerlijke dialoog en zelfreflectie. Enkele deelnemers halen naast deze componenten uit het curriculum ook bijkomende zaken aan, zoals een focus op de culturele component, het leren patiënten opvangen na acute gebeurtenissen en de rol van wetenschappelijke literatuur en onderzoek binnen de opleiding. Tenslotte wordt door een coördinator (CTR1) ook het fasemodel aangehaald; de focus binnen deze opleiding ligt vooral op stabilisatie, confrontatie en integratie.



Het opstellen van eindtermen. Enkele coördinatoren geven aan dat men voor het opstellen van de eindtermen van de opleiding vooral vertrokken is vanuit de visie van de eigen stroming. Zo werden bijvoorbeeld EMDR en hypnose aangehaald als basis. Daarnaast geven de deelnemers aan dat de eindtermen ook enigszins bepaald worden door voorwaarden waaraan men moet of wil voldoen. Zo zijn er bepaalde voorwaarden die vanuit de inrichtende universiteit opgelegd worden en waaraan de postgraduaatsopleidingen moeten voldoen. Daarnaast proberen de opleidingen zich op de voorwaarden van trauma-associaties te baseren, zoals EMDR Belgium en de European Society for Trauma and Dissociation (ESTD). Zoals eerder vermeld, vertrok een bepaalde opleiding vooral vanuit het fasemodel; een andere opleiding baseerde zich op de visie van een stuurgroep en adviesraad bestaande uit experts. Een van de deelnemers (EV1) merkt op dat het curriculum en diens eindtermen steeds in verandering zijn en zich door de jaren heen verder vormen naarmate de kennis over het onderwerp toeneemt.

Eventuele optimalisatie van de bestaande psychotraumaopleidingen. Bij de vraag naar mogelijke punten van verbetering binnen de opleiding, geven enkelen aan dat deze opleiding langer zou mogen zijn. Er kan dan meer tijd besteed worden aan praktijkervaring en er kunnen nog bijkomende zaken in de opleiding geïntegreerd worden. Bovendien lijken ze het over het algemeen eens te zijn dat er meer mogelijkheden nodig zijn om de kennis in de praktijk toe te passen, zowel op vlak van stages als op vlak van rollenspelen, video's en groepssupervisies. De deelnemers vinden het belangrijk dat je na de opleiding de gelegenheid krijgt om de theorie voldoende in praktijk te kunnen omzetten. Tenslotte geeft een deelnemer (CTH4) nog aan graag meer focus binnen de opleiding te leggen op de therapeut als persoon, terwijl een andere deelnemer (CTR2) met het idee komt de opleiding eventueel te eindigen met specialisatierichtingen in acuut trauma, complexe PTSS, dissociatie, rampen...

Conclusie

Het tekort aan expertise in psychotrauma dat bleek uit de evaluatie van de Zorgcentra na seksueel geweld (ZSG) wordt door een meerderheid van de leden van de review board nogmaals bevestigd. Dit tekort aan expertise komt volgens hen zowel voor bij psychologen als in het ruimere werkveld. Zo zorgt het gebrek aan kennis over psychotrauma op de eerste lijn ervoor dat trauma onherkenbaar blijft, wat maakt dat traumapatiënten niet doorverwezen worden naar de geschikte hulpverlening. Bovendien is het hulpaanbod voor zowel patiënten als professionals onduidelijk en te sterk versnipperd. Instanties of praktijken die wel bekend staan om hun specialisatie in traumabehandeling, hebben dan weer lange wachtlijsten. Bij psychologen zou het tekort aan



expertise volgens de experts in de eerste plaats veroorzaakt worden doordat het thema 'psychotrauma' te weinig aan bod komt in de masteropleiding en in therapieopleidingen. Als gevolg daarvan zouden veel psychologen niet met psychotrauma durven werken en ook het thema binnen de therapie ontwijken. Verder zijn er voor traumapatiënten een aantal belangrijke barrières om bij de juiste hulpverlening terecht te komen. Zo zouden gevoelens van schaamte en wantrouwen de stap naar hulp bemoeilijken, maar ook het financiële aspect is hierbij van belang. Verder zou er volgens de deelnemers een gebrek zijn aan duidelijke informatie over psychotrauma en waar men terecht kan voor hulp. De combinatie van alle bovenstaande factoren maken het moeilijk voor traumapatiënten om tot de juiste hulpverlening te komen. Uit de interviews komt met andere woorden duidelijk naar voor dat er nood is aan een protocol dat personen blootgesteld aan een traumatische ervaring sneller tot bij de juiste professionals met de geschikte expertise loodst.

Mogelijke oplossingen zijn een nationaal register van traumapsychologen en een centrale website met informatie over psychotrauma. Terugbetaling van traumatherapie, financiering van opleidingen rond traumabehandeling voor hulpverleners vanuit de overheid en verdere sensibilisering zijn eveneens mogelijke manieren om op die tekorten in te spelen. Verder zou een betere samenwerking binnen de gezondheidszorg en bredere basiskennis over psychotrauma bij hulpverleners op de eerste lijn belangrijk zijn, zodat zij traumapatiënten adequaat kunnen opvangen, stabiliseren en informeren, om dan -indien nodig- door te verwijzen naar meer gespecialiseerde hulp. Dit zou de druk op de gespecialiseerde hulpverlening kunnen verlagen. Tot slot wordt de bescherming van de titel van 'traumapsycholoog' aangehaald om de kwaliteit van zorg te garanderen.

De competenties die volgens experts nodig zijn om trauma- en traumagerelateerde problemen adequaat te behandelen, kunnen opgedeeld worden in vijf categorieën: opleiding(en), theoretische kennis, praktijkvaardigheden, attitudes en de therapeut als persoon. Op vlak van opleiding geeft de meerderheid aan dat een Master Klinische psychologie en een therapieopleiding een belangrijke basis vormen. Toch worden ook andere opleidingen vernoemd, zoals deze tot psychiater of klinisch orthopedagoog. Daarbij geeft ongeveer de helft van de experts aan dat een bijkomende opleiding traumatherapie nodig is en blijvend leren door o.a. het volgen van vormingen en opleidingen eveneens een noodzaak vormt. Een grondige theoretische basis over psychotrauma, de mogelijke uitingen en gevolgen hiervan zijn volgens de deelnemers belangrijk. Op vlak van praktijkvaardigheden werd in eerste instantie het belang van het kunnen opbouwen van een goede therapeutische relatie, het kunnen toepassen van (minstens twee) verschillende behandeltechnieken en psychodiagnostische vaardigheden aangehaald. Wanneer het gaat over de attitudes, moet een traumapsycholoog een niet oordelende positie innemen, openstaan voor intervisie, supervisie en



(multidisciplinair) samenwerken met andere professionals. Tot slot moet de traumapsycholoog als persoon empathie en geduld hebben, sterk in de schoenen staan, belang hechten aan zelfreflectie en zelfzorg en eventueel ook zelf in therapie gaan of geweest zijn.

Over opleidingen traumatherapie en de onderdelen die hierin van belang zijn, kwamen verschillende visies naar voren. Een diepere focus op het thema 'psychotrauma' in de masteropleiding en therapieopleidingen is volgens experts noodzakelijk. Bovendien bestaan er momenteel veel privé-initiatieven voor opleidingen, waar het beter zou zijn indien de universiteiten dergelijke opleidingsinitiatieven zouden uitwerken. Verder zijn psychodiagnostiek en supervisie essentiële onderdelen van een opleiding traumatherapie. De ideale opleiding zou een evenwichtige combinatie van theorie en praktijkvaardigheden omvatten. Die praktijkvaardigheden kunnen o.a. door stages, observatie van therapie (eventueel via videomateriaal) of rollenspellen aangereikt worden. Verder zou een psychotraumaopleiding volgens verschillende experts ten minste twee behandeltechnieken moeten aanleren.

Over het belang van bijkomende specialisatie en opleiding in traumatherapie, waren de meningen enigszins verdeeld. Ongeveer de helft van de experts was er sterk van overtuigd dat bijkomende specialisatie noodzakelijk is om met traumapatiënten aan de slag te gaan, dit o.a. omwille van de specificiteit van de problematiek. Experts die aangaven bijkomende specialisatie niet nodig te vinden, zijn van mening dat psychotrauma nooit een op zich staand probleem is en dat psychologen een algemene kennis zouden moeten hebben over alle psychopathologieën. Een therapieopleiding moet dan voldoende zijn om aan traumabehandeling te doen. Een bijkomende opleiding traumatherapie zou in dit geval enkel nodig zijn voor de behandeling van complex trauma en/of dissociatieve stoornissen.

Uit de verdere bevraging van de coördinatoren van therapieopleidingen, blijken de diverse therapieopleidingen op verschillende manieren vorm te geven aan de manier waarop traumabehandeling aan bod komt in de opleiding. In sommige opleidingen was dit in de vorm van specifieke opleidingsdagen, in andere komt trauma niet als afzonderlijk thema aan bod, maar wordt hier wel enigszins op ingegaan binnen andere modules. Eindtermen rond de aard en behandeling van psychotrauma worden opgesteld vanuit de nood binnen het werkveld, bestaand onderzoek en/of de visie van de specifieke stroming hierop. Inhoudelijk wordt er in verschillende opleidingen ingegaan op theoretische kennis, diagnostiek en casusbeschrijving, maar ook hier zijn verschillen te zien tussen de opleidingen. Over hoe diep binnen een therapieopleiding op traumabehandeling zou moeten ingegaan worden, zijn de meningen verdeeld: sommigen geven aan dat een diepe focus op het



thema 'psychotrauma' belangrijk is, anderen geven aan dat er eerder algemeen op ingegaan moet worden om op die manier een brede basis te kunnen bieden aan de deelnemers van de opleiding.

De deelnemers die betrokken waren bij de coördinatie van een opleiding traumatherapie, gaven aan dat de focus binnen de verschillende opleidingen voornamelijk ligt op de combinatie theoretische kennis en het aanleren van verschillende behandeltechnieken. Therapeutische ontwikkeling en casusbeschrijving zijn eveneens belangrijke onderdelen binnen alle bevraagde opleidingen. Voor het opstellen van de eindtermen wordt echter vertrokken vanuit een verschillende basis (bijvoorbeeld voorwaarden waaraan voldaan moet worden vanuit associaties of universiteiten, stuurgroepen, ...). De coördinatoren zien nog mogelijke punten van verbetering in de opleidingen, zoals het verlengen van de opleiding en meer focus leggen op praktijk of bepaalde specialisaties.

Competentieprofiel

Vanuit de nood aan duidelijkheid omtrent de competenties die nodig zijn om trauma- en traumagerelateerde problemen op een kwaliteitsvolle en wetenschappelijk onderbouwde wijze te behandelen, werd in deze studie de doelstelling geformuleerd een competentieprofiel voor traumapsychologen op te stellen. Dit competentieprofiel vormt een integratief geheel van bestaande buitenlandse competentieprofielen zoals geïdentificeerd aan de hand van de literatuurstudie (zie Deel 1, sectie 1.3.2.), de resultaten van het surveyonderzoek omtrent de mening van Vlaamse professionals (Deel 2) en de diepte-interviews met de leden van de reviewboard (Deel 3).

In wat volgt zullen de bestaande competentieprofielen die de basis vormen nog eens kort besproken worden. Vervolgens worden deze competentieprofielen vergeleken en geïntegreerd met de competenties die in de survey en de interviews met de review board naar boven kwamen. Tot slot volgt het voorstel tot competentieprofiel en de verdere bespreking en conclusie.

Vergelijking bestaande competentiemodellen

Zoals vermeld in de literatuurstudie (zie sectie 1.3.2.), zal het nieuwe competentieprofiel gebaseerd worden op drie al bestaande modellen:

- het Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen (2015)
- het New Haven Trauma Competency Model (2014) (vanaf hier het NHTC-model genoemd)
- het model van The British Psychological Society (2016)

Om deze modellen toe te passen op de Belgische noden, zullen de resultaten van de survey en de diepte-interviews met de review board geïntegreerd worden.

Binnen deze studie wordt vertrokken vanuit de visie dat een traumapsycholoog idealiter over de basiscompetenties van een klinisch psycholoog zou beschikken. Daarom vormt het Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen hier de basis. Hier bovenop komen dan competenties specifiek op traumabehandeling gericht, gebaseerd op het NHTC-model en het model van The British Psychological Society. Verder zouden de bijkomende competenties die op traumabehandeling gericht zijn, verschillend zijn afhankelijk van de rol die de psycholoog inneemt en in welke setting men werkzaam is. In lijn met het model van The British Psychological Society zullen daarom drie niveaus in het competentieprofiel aangebracht worden.

Het Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen en het NHTC-model werden naast elkaar geplaatst en vergeleken, om na te gaan op welke vlakken deze overeenkomen en welke competenties verschillen. Uit deze vergelijking bleek dat slechts 13 van de 107 competenties overeenkomen. Het Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen heeft namelijk een brede, algemene focus, terwijl het NHTC-model zich eerder toespitst op specialisatie en expertise. Net daarom werd besloten de twee competentie modellen niet te integreren en eerder als twee aparte entiteiten te beschouwen die elkaar aanvullen.

Na de vergelijking van de twee voorgaande modellen, werd ook een blik geworpen op het competentieprofiel voorgesteld door The British Psychological Society. Dit Brits competentieprofiel werd gebaseerd op het NHTC-model en deelt de competenties op in drie lagen: *Trauma Informed*, *Trauma Skilled* en *Trauma Expert*. Elke laag omvat specifieke richtlijnen rond de kwalificaties die voor het desbetreffende niveau nodig zijn, de rol die de psycholoog inneemt en de bijbehorende kennis, vaardigheden, attitudes, responsen en supervisie. Dit competentieprofiel behoudt de inhoud van de competenties van het NHTC-model, maar gaat uit van een verschil in de nodige competenties naargelang de rol die de psycholoog inneemt in de traumabehandeling.

Integratie resultaten survey en interviews

Zowel in de resultaten van de survey als in de diepte-interviews met de review board komt duidelijk naar voren dat de competenties van een klinisch psycholoog de basis vormen en dat een traumapsycholoog daarbovenop nog verdere specifieke competenties nodig heeft. Dit bevestigt alvast het idee om het Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen als basis te gebruiken en dit aan te vullen met trauma-specifieke competenties. Hierbij moet de kanttekening gemaakt worden dat zowel in de survey als in de interviews aangegeven werd dat ook andere diploma's zoals psychiatrie of orthopedagogie als basis gelijkwaardig kunnen zijn aan deze van klinisch psycholoog. Maar een dergelijke uitbreiding valt buiten de scope van het huidig project.

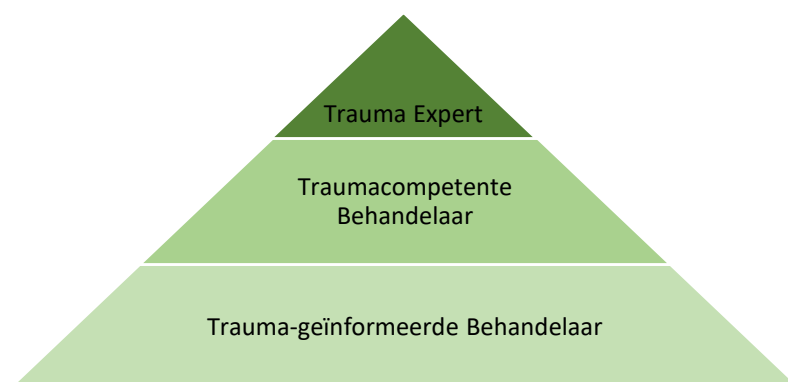
Bij de vergelijking van de competenties die in de survey en de diepte-interviews naar voren kwamen met deze in de bestaande modellen, valt op dat deze sterk aansluiten bij de competenties in het competentieprofiel opgesteld door The British Psychological Society. Verder komt vanuit de interviews de vraag naar voren om ook andere beroepsgroepen in het proces te betrekken. Hoewel deze studie zich focust op klinisch psychologen, is dit zeker een interessante suggestie voor toekomstig onderzoek. Verder zou een basiskennis over psychotrauma bij alle psychologen, ook deze die niet specifiek met traumapatiënten werken, ervoor kunnen zorgen dat trauma- en

traumagerelateerde klachten sneller herkend worden en dat patiënten sneller, adequater en efficiënter doorverwezen kunnen worden naar geschikte hulp. Verder zou psycho-educatie en een eerste deel van het stabilisatiewerk al door de psycholoog in kwestie uitgevoerd kunnen worden en kan nadien doorverwezen worden indien meer gespecialiseerde hulp nodig is. Deze visie sluit sterk aan bij het competentieprofiel van The British Psychological Society, die een indeling maakt in verschillende niveaus van expertise in psychotrauma, namelijk *Trauma Informed*, *Trauma Skilled* en *Trauma Expert*. Deze drie niveaus zullen in het Belgisch Competentieprofiel voor klinisch psychologen met Expertise in Psychotrauma respectievelijk vertaald worden naar de volgende drie niveaus: Trauma-geïnformeerde Behandelaar, Traumacompetente Behandelaar en Trauma Expert.

Het niveau van de Trauma-geïnformeerde Behandelaar wordt – net zoals het Trauma Informed niveau in het model van The British Psychological Society – toegeschreven aan psychologen die in een setting werken waar men in beperkte mate in contact komt met traumapatiënten. Het niveau van de Traumacompetente Behandelaar (cfr. Trauma Skilled niveau volgens The British Psychological Society) is van toepassing voor psychologen die traumapatiënten behandelen. Het niveau van de Trauma Expert betreft tenslotte psychologen die traumapatiënten behandelen die meer gespecialiseerde hulp nodig hebben. In Figuur 1 worden de verschillende niveaus visueel weergegeven.

Figuur 1

Voorstelling van de niveaus die het competentieprofiel van The British Psychological Society (2016) vooropstelt



Nota. Aangepast van *Recommendations for education and training of psychologists when working with psychological trauma*, door Karatzias, T., & Buxton, C., 2016.

In de interviews met de review board werden een aantal competenties aangehaald die niet in het competentieprofiel van The British Psychological Society waren opgenomen. Om het competentieprofiel beter af te stemmen op de Belgische context en behoeften, werden deze competenties toegevoegd. Bijvoorbeeld, op het niveau van de Trauma-geïnformeerde Behandelaar

werden de vaardigheden van het geven van psycho-educatie aan traumapatiënten en het toepassen van stabilisatietechnieken alsook het zich bewustzijn van het risico op hertraumatisering genoemd door de leden van de review board, maar nog niet opgenomen in het Britse competentieprofiel. Op het niveau van de Traumacompetente Behandelelaar werden de volgende competenties toegevoegd: een basiskennis van farmacologie en somatische gevolgen, het kunnen opbouwen van een therapeutische relatie en veiligheid en vertrouwen kunnen bieden aan de patiënt. Verder bleken de vaardigheden in het Brits model te ontbreken omtrent het prioriteren van de behandeling van problematieken en ontbrak ook de basisattitude van levenslang leren. Op het niveau van Trauma Expert werden geen extra competenties toegevoegd.

In onderstaande tabellen 1, 2 en 3 wordt een overzicht gegeven van mogelijke competenties voor traumapsychologen op basis van de literatuur en bestaande competentieprofielen, de survey en de interviews met de review board. Per competentie wordt aangegeven waar deze aan bod kwam.

Tabel 1

Voorstel tot competentieprofiel voor Trauma-geïnformeerde Behandelaars (niveau 1)

NIVEAU 1: TRAUMA-GEINFORMEERDE BEHANDELAAR				
Psychologen werkzaam in een setting waar men in beperkte mate in contact komt met traumapatiënten				
Soort	Competentie	Literatuur	Survey	Review Board
Kennis	- Kennis van verschillende soorten psychotrauma en hun impact op individu en omgeving.	X	X	X
	- Zich bewust zijn van de culturele invloeden op de ervaring van traumatische stress.	X		X
	- Systematisch inzicht in de belangrijkste aspecten van verschillende psychologische trauma's, zoals: theoretische modellen, definities van potentieel traumatische gebeurtenissen, psychologische, neurologische en lichamelijke gezondheidseffecten van potentieel traumatische gebeurtenissen, risico- en beschermende factoren voor traumatische blootstelling gedurende de gehele levensloop.	X	X	X
	- Theoretische kennis en begrip van verschillende evidence-based behandelingen van traumatische stress.	X	X	X
	- Kennis van de verschillende assessmentmethoden voor traumatische stress.	X		X
	- Bewustzijn van het risico op hertraumatisering.			X
Vaardigheden	- Onderzoek naar psychotrauma begrijpen en kritisch kunnen bekijken.	X		
	- Geschikt reageren op onthullen van psychotrauma.	X		X
	- Toepassing van stabilisatietechnieken.			X
	- Psycho-educatie geven over psychologisch trauma.			X
Attitudes	- Respect hebben voor culturele diversiteit.	X		X
	- Respect hebben voor de noden van traumapatiënten.	X		X
	- Inzicht in de grenzen van de eigen rol en competenties hierin.	X		X
	- Respectvolle en medelevende houding ten opzichte van traumapatiënten.	X		X
	- Multidisciplinaire ingesteldheid. Openstaan voor samenwerking met collega's en andere disciplines.			X



COMPETENTIEPROFIEL VOOR KLINISCH PSYCHOLOGEN MET EXPERTISE IN TRAUMA

Soort	Competentie	Literatuur	Survey	Review Board
Responsen	- Gepast reageren op de psychische noden van de patiënt.	X		X
	- Doorverwijzing naar gepaste hulpverlening.	X		X
Supervisie	- Contact met traumapatiënten onder supervisie.	X		
	- Toegang tot regelmatige supervisie.	X	X	X
	- Regelmatige zelfreflectie	X	X	X

Tabel 2*Voorstel tot competentieprofiel voor Traumacompetente Behandelaars (niveau 2)*

NIVEAU 2: TRAUMACOMPETENTE BEHANDELAAR				
Psychologen die traumapatiënten behandelen				
Soort	Competentie	Literatuur	Survey	Review Board
Kennis	- Inzicht in de beginselen van psychologische assessment en de opzet en uitvoering ervan.	X		X
	- Inzicht in het doel en de functie van assessments, om de juiste tests te kunnen kiezen voor gebruik in uiteenlopende contexten en populaties (verschillende leeftijdsgroepen of culturele groepen).	X		X
	- Inzicht in passende assessments voor traumatische stress die rekening kunnen houden met factoren in de ontwikkelingslevensloop op het moment van de traumatische levensgebeurtenis(sen).	X		X
	- Basiskennis farmacologie			X
	- Basiskennis somatische gevolgen			X
Vaardigheden	- De impact van psychotrauma en de nood aan behandeling en steun in kaart brengen.	X		X
	- Een biopsychosociale benadering kunnen hanteren bij de conceptualisering van een casus en passende interventies kunnen aanbevelen om psychisch leed aan te pakken.	X		
	- Het vermogen om de instrumenten en processen die worden gebruikt in de beoordeling en diagnose van traumatische stress toe te passen.	X		
	- Veiligheid en vertrouwen kunnen bieden binnen therapeutische relatie.			X
	- De sterktes en kwaliteiten van de patiënt benadrukken en het vergroten van de veerkracht.			X
	- Kunnen prioriteren in het behandelingsplan en in samenspraak met de patiënt beslissen welke problematiek als eerste aangepakt dient te worden.			X

COMPETENTIEPROFIEL VOOR KLINISCH PSYCHOLOGEN MET EXPERTISE IN TRAUMA

Soort	Competentie	Literatuur	Survey	Review Board
Attitudes	- Begrip van de manieren waarop de identiteit van patiënten en professionals (geslacht, etniciteit, handicap, leeftijd, seksuele geaardheid, achtergrond, religie en nationale herkomst) elkaar kunnen kruisen in relatie tot traumawerk en elke interactie op een sensitieve manier benaderen.	X		
	- Het vermogen om na te denken en rekenschap te geven van persoonlijke vooroordelen in elke interactie met mensen die lijden aan psychische nood.	X		
	- Respect voor de zeggenschap van het individu bij elke beslissing over zijn zorg en begrip voor het gebrek aan machtsverhouding tussen overlevenden en psychologen.			X
	- Levenslang leren			X
	- Regelmatige zelfreflectie			X
Responsen	- Effectieve assessment van traumatische levensgebeurtenissen en de gevolgen daarvan.	X		X
	- Trauma-geïnformeerde interventies toepassen.	X		X
	- Behandeling afstemmen op het ritme van de patiënt en de fase waarin men zich bevindt.			X
Supervisie	- Zich voortdurend bewust zijn van de eigen traumageschiedenis en hoe die van invloed kan zijn op het traumawerk.	X	X	X
	- Reflexief te werk gaan bij de beoordeling van het niveau van hun psychische gezondheid en zelfzorgactiviteiten ontplooiën om eventuele problemen die uit dat proces voortkomen, aan te pakken.	X		X

Tabel 3*Voorstel tot competentieprofiel voor Trauma Experts (niveau 3)*

TRAUMA EXPERT					
Psychologen die traumapatiënten behandelen die gespecialiseerde hulp nodig hebben					
Soort	Competentie	Literatuur	Survey	Review Board	
Kennis	- Een gevorderde en actuele kennis en begrip van de impact van traumatische stress op gezondheid en welzijn.	X	X	X	
	- Een diepgaande kennis van bestaande wetenschappelijk onderbouwde praktijken voor de beoordeling en behandeling van traumatische stress.	X	X	X	
Vaardigheden	- Vertrouwdheid met de mechanismen van verandering van evidence-based behandelingen van traumatische stress.	X		X	
	- Gevorderde vaardigheden in interventieplanning, -implementatie, -evaluatie en -management met traumapatiënten.	X	X	X	
	- Het vermogen om geavanceerde biopsychosociale casusformulering en daaropvolgende behandelingsplanning en interventies uit te voeren.	X		X	
	- Het vermogen om evidence-based en op maat gemaakte interventies te leveren aan traumapatiënten.	X	X	X	
	- Het vermogen om elke assessment en interventie af te stemmen op de aard en de duur van het psychotrauma, rekening houdend met mogelijke of bestaande comorbiditeiten en de effecten die de omgeving van de patiënt waarschijnlijk zal hebben op de behandeling en het mogelijke herstel.	X		X	
	- Het vermogen om de sterke kanten en de veerkracht van de patiënt te integreren in elke assessment en interventie.	X		X	
	- In staat zijn om op de juiste manier te werken met de behoeften van gezinnen, verzorgers en het bredere zorgsysteem.	X		X	
	- Het vermogen om intense affectie en inhoud te verdragen.	X		X	



COMPETENTIEPROFIEL VOOR KLINISCH PSYCHOLOGEN MET EXPERTISE IN TRAUMA

Soort	Competentie	Literatuur	Survey	Review Board
Attitudes	- Een verbintenis tot voortdurende opleiding en ontwikkeling.	X	X	X
	- Het vermogen om barrières voor effectieve zorg voor traumapatiënten uit te dagen en te overwinnen.	X		
	- Bereidheid tot het in vraag stellen van klinische interventiekeuzes.	X		
	- Een openheid voor kritisch onderzoek en feedback van patiënten en collega's.	X		X
	- Een ethische voortdurende inzet voor zelfzorg en het waarborgen van een goede psychologische gezondheid.	X		X
	- Een verbintenis tot multidisciplinair werk en een appreciatie van de vaardigheden van andere gezondheidswerkers.	X		X
Responsen	- Het vermogen om op maat gemaakte evaluaties en interventies te leveren aan verschillende traumapopulaties.	X		
	- Het vermogen om samen te werken met bredere organisaties en gebruikersgroepen om bredere toekomstplannen op te stellen voor traumazorg in de gemeenschap.	X		X
	- Een bijdrage aan, en bevordering van, beleid en praktijk die het welzijn van traumapatiënten waarborgt.	X		
	- Het vermogen om met traumapatiënten te werken op een wijze die blijk geeft van gevoeligheid voor individuele, culturele, organisatorische en gemeenschapsdiversiteit.	X		X
	- Het vermogen om ervoor te zorgen dat de patiënt volledig wordt geïnformeerd over alle stadia van zijn assessment en behandeling en dat hij rechtstreeks wordt betrokken bij alle beslissingen die doorlopend worden genomen.	X		X
	- Het vermogen om het welzijn van de patiënt te waarborgen door effectieve contacten te onderhouden en samen te werken met de juridische en politieke systemen en ervoor te zorgen dat alle acties in het belang van de patiënt zijn.	X		X



Soort	Competentie	Literatuur	Survey	Review Board
	- Een voortdurende bijdrage aan een passende opleiding van psychologen en andere beroepsbeoefenaren in de gezondheids- en sociale zorg en het waarborgen van een doeltreffende uitvoering van hun trauma-geïnformeerde zorg.	X		
Supervisie	- Voortdurend en regelmatig klinisch toezicht door een naar behoren gekwalificeerde, trauma-geïnformeerde supervisor.	X	X	X
	- Ervoor zorgen dat er een duidelijke scheiding is tussen klinische supervisie en supervisie door leidinggevenden.	X		
	- Om regelmatige zelfzorgactiviteiten in uw routine in te bouwen en een reflexieve monitoring van uw eigen psychologische gezondheid te onderhouden.	X		X
	- Traumabehandeling uitvoeren met een voortdurend bewustzijn van huidige of historische persoonlijke kwetsbaarheid en passende maatregelen nemen waar deze verband kunnen houden met het uitgevoerde werk.	X	X	X
	- Geef supervisie aan degenen die werken met traumapopulaties als een expert in het veld.	X		

Conclusie

Het huidige competentieprofiel voor traumapsychologen vormt een integratie van competenties die geïdentificeerd werden in bestaande competentieprofielen en literatuur, competenties die naar voor kwamen uit de bevraging van Vlaamse klinisch psychologen en competenties die door de experts in de review board aangegeven werden. De competenties werden ingedeeld in verschillende niveaus van expertise in psychotrauma, afhankelijk van de context waarin men werkt, de mate waarin men met traumapatiënten in contact komt en de rol die de psycholoog inneemt in de traumabehandeling. Per niveau worden de competenties ingedeeld in kennis, vaardigheden, attitudes, responsen en supervisie. Deze niveaus zouden eventueel ook gelinkt kunnen worden aan verschillende opleidingsniveaus.

Opvallend hierbij zijn de discrepanties tussen de competenties die voortkomen uit wetenschappelijk onderzoek, deze die door professionals in het werkveld als belangrijk bevonden worden en deze die experts en coördinatoren van bestaande trauma- en therapieopleidingen naar voren geschoven worden. Er zijn met andere woorden duidelijke verschillen te zien in de focus tussen het werkveld en de wetenschappelijke literatuur (zie tabellen 1, 2 en 3).

Het competentieprofiel kan dienen als leidraad voor het creëren van een kwaliteitslabel, waarbij klinisch psychologen die aan de hierboven beschreven competenties voldoen in een register van traumapsychologen opgenomen kunnen worden. Een dergelijk kwaliteitslabel zou de zoektocht door traumapatiënten naar adequate en kwaliteitsvolle hulpverlening en een adequate en efficiënte doorverwijzing door relevante actoren als -maar niet beperkt tot- hulpverleners faciliteren.

Tenslotte is het belangrijk te vermelden dat dit onderzoek zich op de competenties van klinisch psychologen richt, maar niet wenst andere beroepen uit de geestelijke gezondheidszorg te excluderen. Zoals vermeld tijdens de interviews, zijn er ook andere beroepsgroepen die met trauma in aanraking komen en met trauma dienen om te gaan. Ook zij kunnen baat hebben bij dit of een enigszins aangepast competentieprofiel en in het bijzonder bij het niveau van de Trauma-geïnformeerde Behandelaar. Daarnaast dient aangegeven te worden dat het huidig project vanuit het werkveld van de klinisch psycholoog vertrekt. Doch kunnen ook andere werkvelden als deze van de schoolpsycholoog en de arbeids- en organisatiepsycholoog baat hebben van een dergelijk competentieprofiel, gezien ook deze specialisaties binnen de psychologie met psychotrauma te maken krijgen. Verder onderzoek kan zich op dergelijke uitbreidingen richten.

Discussie & Algemene Conclusie

Beperkingen huidig onderzoek en aanbevelingen voor verder onderzoek

Net als alle studies, kent ook het huidig project enkele beperkingen. De huidige resultaten dienen dan ook geïnterpreteerd te worden in het licht van deze beperkingen.

Ten eerste werden met de online survey enkel Nederlandstalige respondenten bereikt. De survey werd naar het Frans vertaald en verspreid, doch werden enkel responsen van Nederlandstalige hulpverleners ontvangen. Verder onderzoek naar de meningen en visies van Franstalige en Duitstalige professionals met ervaring in traumabehandeling zou dus zeker interessant kunnen zijn.

Ten tweede werd tijdens de bevraging van de coördinatoren van de therapie- en psychotraumaopleidingen duidelijk dat enkele vragen eventueel op voorhand doorgestuurd hadden moeten worden. Zo was het voor de deelnemers namelijk moeilijk om onvoorbereid op volgende vragen te antwoorden: “Van waaruit is er vertrokken bij het opstellen van het curriculum van de opleiding?” en “Welke eindtermen stelt de opleiding voorop?”. Bij verder onderzoek zou het dan ook interessant kunnen zijn deze vragen op voorhand aan de deelnemers door te geven, zodat zij het nodige opzoekingswerk kunnen verrichten en dergelijke vragen uitgebreider en gedetailleerder kunnen beantwoorden.

Ten derde moet in acht genomen worden dat, hoewel een online enquête verspreid via onder meer sociale media als een adequate methode wordt beschouwd om moeilijk te bereiken groepen te rekruteren, kent een dergelijke methodiek ook beperkingen. Enkel personen die de desbetreffende online kanalen gebruiken, kunnen gerekruteerd worden. De huidige steekproef kan bijgevolg niet als representatief voor de gehele populatie klinisch psychologen beschouwd worden.

Uit de interviews met de deelnemers van de review board kwamen enkele suggesties voor verder onderzoek naar voren. Zo maakten enkele deelnemers de terechte opmerking dat dit onderzoek tevens gevoerd zou kunnen worden rond andere problematieken dan psychotrauma, zoals eetstoornissen of obsessief-compulsieve stoornis. Volgens deze deelnemers bestaat er namelijk een tekort aan expertise binnen het werkveld voor meerdere problematieken en zou hier ook in opleidingen meer focus op mogen komen te liggen. Toekomstig onderzoek zou dan ook kunnen nagaan voor welke problematieken bijkomende expertise vereist is bovenop de bestaande competenties voor klinisch psychologen.

Daarnaast werd tijdens de interviews de vraag geopperd om ook andere beroepsgroepen in het proces van traumabehandeling te betrekken. Zo zou een basiskennis over psychotrauma bij andere hulpverleners ervoor kunnen zorgen dat trauma- en traumagerelateerde klachten sneller herkend worden en dat personen blootgesteld aan een traumatische gebeurtenis sneller en efficiënter doorverwezen kunnen worden naar geschikte hulp. Verder zou psycho-educatie en een eerste deel van het stabilisatiewerk ook door andere velden binnen de psychologie en andere zorgberoepen uitgevoerd kunnen worden. Dit werd niet in deze studie opgenomen, maar zou een zinvolle suggestie kunnen zijn naar toekomstig onderzoek toe. Op die manier zouden de verschillende niveaus van het competentieprofiel eventueel ook toegepast kunnen worden op andere zorgberoepen werkvelden binnen de psychologie en zou men er voor kunnen pleiten dat bijvoorbeeld artsen, maatschappelijk werkers, herstelbemiddelaars en schoolpsychologen ook aan de competenties van het niveau van de Trauma-geïnformeerde Behandelaar zouden moeten voldoen.

Praktijk- en beleidsaanbevelingen

Deze studie beoogt het bewustzijn over het tekort aan expertise in psychotrauma zowel op beleidsniveau als in de praktijk te verhogen. De versnippering van het huidige hulpverleningsaanbod en het tekort aan expertise in psychotrauma zorgen ervoor dat traumapatiënten moeilijk tot bij de geschikte hulpverlening geraken. De huidige studie en het competentieprofiel dat opgesteld werd, proberen daar een antwoord op te bieden.

Vooreerst vormt deze studie een aanzet voor de ontwikkeling van een kwaliteitslabel voor traumapsychologen. Zo kunnen klinisch psychologen die over de nodige competenties beschikken, in het nationaal register van Vlaamse klinisch psychologen zichtbaarder gemaakt worden. Op die manier wordt er een duidelijk overzicht gecreëerd van welke psychologen expertise hebben in traumabehandeling, wat doorverwijzing van patiënten zou moeten faciliteren en de hulpverlening toegankelijker zou moeten maken voor traumapatiënten.

Verder pleit dit onderzoek voor een bredere basis aan competenties bij alle klinisch psychologen op vlak van de herkenning en behandeling van trauma- en traumagerelateerde klachten. Hierbij kan de vraag gesteld worden of hiervoor voldoende draagvlak is in België wat opleidingen betreft. Zoals eerder vermeld, komen trauma- en stressorgerelateerde stoornissen slechts beperkt aan bod in de masteropleidingen Klinische Psychologie en verschillen de therapieopleidingen sterk van elkaar inzake hun focus op traumabehandeling. Klinisch psychologen zonder specifieke kennis over psychotrauma en/of zonder een opleiding traumatherapie zouden daardoor bij hun patiënten niet



(durven) vragen naar traumatische gebeurtenissen, psychotrauma niet altijd herkennen en deze problematiek niet durven behandelen. Het competentieprofiel zou ook hier een leidraad kunnen vormen, waarmee opleiders geïnformeerd kunnen beslissen in welke mate psychotrauma binnen hun opleiding aan bod dient te komen. Deze studie wil daarom academici, opleiders en programmadirecteurs bewust maken van de nood aan opleiding over psychotrauma en traumabehandeling om op die manier klinisch psychologen alvast de nodige basiscompetenties bij te brengen in het omgaan met trauma- en stressorgerelateerde problemen en stoornissen.

Daarnaast wordt ook opgeroepen gericht klinisch onderzoek naar psychotrauma uit te voeren binnen de universiteiten. Er kunnen departementen rond psychotrauma opgericht worden en aan de hand van uitgebreid onderzoek kan men meer expertise opbouwen, die vervolgens aan de studenten Klinische Psychologie doorgegeven kan worden. Bovendien kan deze focus op het thema 'psychotrauma' ook doorgetrokken worden naar andere mensgerichte opleidingen zoals Orthopedagogie, Sociaal Werk en Psychiatrie opdat ook deze studenten een helder zicht krijgen op psychotrauma en de noden van personen met traumagerelateerde klachten.

Algemene conclusie

Dit project werd opgestart vanuit de ervaren noden die geïdentificeerd werden aan de hand van de evaluatie van de Zorgcentra na Seksueel Geweld. Het huidige project beoogde een aanzet te vormen voor de uitwerking van een kwaliteitsvolle psychologische begeleiding van traumapatiënten aan de hand van kwaliteitscriteria voor professionals.

Uit de resultaten van het surveyonderzoek en de diepte-interviews blijkt vooral een nood aan een duidelijker hulpverleningslandschap waarin doorverwijzingen vlotter en gericht kunnen verlopen. Verder zou een betere samenwerking binnen de gezondheidszorg en bredere basiskennis over psychotrauma bij hulpverleners op de eerste lijn belangrijk zijn. Daarnaast wordt het sterk aangeraden dat personen die traumapatiënten willen behandelen, een specifieke opleiding in het thema volgen. Een diepgaandere focus op psychotrauma en traumabehandeling in de masteropleiding Klinische Psychologie en relevante therapieopleidingen wordt noodzakelijk geacht.

De competenties geïdentificeerd door de deelnemers, werden samen met resultaten uit de literatuurstudie geïntegreerd in een voorstel tot competentieprofiel voor klinisch psychologen met expertise in psychotrauma. Dit competentieprofiel onderscheidt drie niveaus van specialisatie, zijnde: de Trauma-geïnformeerd Behandelaar, de Traumacompetente Behandelaar en de Trauma Expert. Ieder niveau omvat specifieke richtlijnen rond de kwalificaties die nodig zijn om dit



specialisatieniveau te bereiken, de rol die de psycholoog op dat niveau inneemt en de bijbehorende kennis, vaardigheden, attitudes, responsen en supervisie.

Deze studie beoogt een aanzet te geven tot verdere reflectie omtrent het belang van vorming inzake psychotrauma en traumabehandeling alsook omtrent de rol van traumabehandeling binnen het huidige hulpverlenings- en opleidingslandschap en dit bij klinici, opleiders, en beleidsmakers. Bovendien zal dit competentieprofiel gebruikt worden als basis voor de creatie van een kwaliteitslabel wat betreft het specialisatieniveau inzake psychotrauma en traumabehandeling, dat geïmplementeerd zal worden in het Vlaams Register van Klinisch Psychologen. Op basis van dit kwaliteitslabel zal een digitale tool uitgewerkt worden, om zo een toegankelijk netwerk van Vlaamse klinisch psychologen gespecialiseerd in psychotrauma te creëren. Aan de hand van deze tool beogen we de doorverwijzing naar gespecialiseerde hulp vlotter te laten verlopen en de geschikte hulpverlening toegankelijker te maken voor traumapatiënten.

Referenties

- Alisic, E., & Letschert, R. M. (2016). Fresh eyes on the European refugee crisis. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 318–347.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/31810.33402/ejpt.v31847.31847>
- American Psychiatric Association. (2014). *Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5). Nederlandse vertaling van de Desk Reference tot he Diagnostic Criteria from DSM-5®*. Amsterdam: Boom.
- American Psychological Association. (2008). *Evidence-Based Practice in Psychology*.
<https://www.apa.org/practice/resources/evidence#:~:text=Evidence%2Dbased%20practice%20is%20the,patient%20characteristics%2C%20culture%20and%20preferences>
- American Psychological Association. (2011). *Revised Competency Benchmarks for Professional Psychology*. APA.
- American Psychological Association. (2014). *Distinguishing Between Screening and Assessment for Mental and Behavioral Health Problems*.
<https://www.apaservices.org/practice/reimbursement/billing/assessment-screening>
- American Psychological Association. (2015). *Guidelines on Trauma Competencies for Education and Training*. <http://www.apa.org/ed/resources/trauma-competencies-training.pdf>
- American Psychological Association. (2017). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline>
- American Psychological Association. (2018). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: PTSD Assessment Instruments*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/assessment#>
- American Psychological Association. (z.d). *Trauma*. Geraadpleegd op 7 januari 2021, van <https://www.apa.org/topics/trauma/index.html>
- APA Dictionary of Psychology. (2021). Projection. In *APA Dictionary of Psychology*. Geraadpleegd op 7 januari 2021, van <https://dictionary.apa.org/projection>
- APA Dictionary of Psychology. (2021). *Psychological Assessment*. (2021). In *APA Dictionary of Psychology*. Geraadpleegd op 17 februari 2021, van <https://dictionary.apa.org/psychological-assessment>



- Atwoli, L., Stein, D. J., Koenen, K. C., & McLaughlin, K. A. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(4), 307-311. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000167>
- Arntz, A., Kamphuis, J. H. & Derks, J. (2017). *SCID-5: gestructureerd klinisch interview voor DSM-5*. Amsterdam: Boom.
- Baert, S., & Keygnaert, I. (2019). *Wetenschappelijk evaluatierapport pilootproject Zorgcentra na Seksueel Geweld*. Gent: Universiteit Gent. Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg. International Centre for Reproductive Health
- Bastien, R. J., Jongasma, H. E., Kabadayi, M., & Billings, J. (2020). The effectiveness of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: A Systematic Review and Meta- Analysis. *Psychological Medicine*, 50(10), 1598-1612. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002007>
- Belvins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489-498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Benjet, C., Bromet, E., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, H., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., Lepine, J. P., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine* 46(2), 327-342. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>
- Boeschoten, M.A., Bakker, A., Jongedijk, R.A., van Minnen, A., Elzinga, B.M., Rademaker, A.R. & Olff, M. (2014). Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5 – Nederlandstalige versie. Diemen, Stichting Centrum '45, Arq Psychotrauma Expert Groep.

- Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment, 28*(11), 1379-1391. <https://doi.org/10.1037/pas0000254>
- Brown, L. S. (2008). *Cultural competence in trauma therapy: Beyond the flashback*. Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11752-000>
- Casey, P., Maracy, M., Kelly, B. D., Lehtinen, V., Ayuso-Mateos, J., Dalgard, O. S., & Dowrick, C. (2006). Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN. *Journal of Affective Disorders, 92*(2-3), 291–297. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.01.021>
- Cerney, M. S. (1995). Treating the “heroic treaters.” In C. R. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue* (pp. 131–148). Brunner/Mazel.
- Cook, J. M., & Newman, E. (2014). A consensus statement on trauma mental health: The New Haven Competency Conference process and major findings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6*(4), 300–307. <https://doi.org/10.1037/a0036747>
- Cook, J. M., Rehman, O., Bufka, L., Dinnen, S., & Courtois, C. (2011). Responses of a Sample of Practicing Psychologists to Questions About Clinical Work With Trauma and Interest in Specialized Training. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy, 3*(3), 253-257. <https://doi.org/10.1037/a0025048>
- Courtois, C. A., & Gold, S. N. (2009). The Need for Inclusion of Psychological Trauma in the Professional Curriculum: A Call to Action. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy, 1*(1), 2-23. <https://doi.org/10.1037/a0015224>
- Coster, J. S., & Schwebel, M. (1997). Well-functioning in professional psychologists. *Professional Psychology: Research & Practice, 28*(1), 5–13.
- Coughlin, S. S. (2012). *Post-traumatic stress disorder and chronic health conditions* (S. S. Coughlin (ed.)). American Public Health Association.
- Cuijpers, P., van Veen, S. C., Sijbrandij, M., Yoder, W., & Cristea, I. A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 49*(3), 165-180. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801>



- Cusack, K. Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J. Middleton, J. C., Feltner, C., Brownley, K. A., Olmsted, K. R., Greenblatt, A., Weil, A., & Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43(2016), 128-141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>
- Diehle, J., de Roos, C., Boer, F., Lindauer, R. (2013). A cross-cultural validation of the Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents in a Dutch population. *European Journal of Psychotraumatology*, May 2013. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.19896>
- Djelantik, M., Smid, G. E., Mroz, A., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 265, 146-156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>
- Federale Politie. (2020). *Rapporten criminaliteitsstatistieken*. <http://www.stat.policefederaale.be/criminaliteitsstatistieken/rapporten/>
- Figley, C. R. (1982). Traumatization and comfort: Close relationships may be hazardous to your health. *Keynote Presentation, Families and Close Relationships: Individuals in Social Interaction*.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S., & Spitzer, R. L. (2016) *Structured Clinical Interview for DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Zong, J., Rauch, S., Porter, K., Knowles, L., & Kauffman, B. (2016). Psychometric properties of the Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Scale Interview for DSM-5 (PSSI-5). *Psychological Assessment*, 28(10), 1159-1165. <https://doi.org/10.1037/pas0000259>
- Forman-Hoffman, V., Middleton, J. C., Feltner, C., Gaynes, B. N., Weber, R. P., Bann, C., Viswanathan, M., Lohr, K. N., Baker, C., & Green, J. (2018). *Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review Update*. <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/ptsd-adult-treatment-update/research-2018>
- Glaesmer, H., Romppel, M., Brähler, E., Hinz, A., & Maercker, A. (2015). Adjustment disorder as proposed for ICD-11: dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Res*, 229(3), 940–948. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.010>



- Geoffrion, S., Goncalves, J., Robichaud, I., Sader, J., Giguère, C., Fortin, M., Lamothe, J. Bernard, P., & Guay, S. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis on Acute Stress Disorder: Rates Following Different Types of Traumatic Events. *Trauma, Violence & Abuse, 1*(11), 1-11.
<https://doi.org/10.1177/1524838020933844>
- George, D., & Malleroy, P. (2003). *Using SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference. 11.0 update* (4e editie). London: Pearson Education.
- Gold, S. N. (2004). The relevance of trauma to general clinical practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training, 41*, 363–373.
- Gray, M. J., Elhai, J. D., & Schmidt, L. O. (2007). Trauma Professionals' Attitudes Toward and Utilization of Evidence-Based Practices. *Behavior Modification, 31*(6), 732-748.
<https://doi.org/10.1177/0145445507302877>
- Greinacher, A., Nikendrei, A., Kottke, R., Wiesbeck, J., Herzog, W., & Nikendrei, C. (2019). *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(17).
<https://doi.org/10.3390/ijerph16173213>
- Gutermann, J., Schreiber, F., Matulis, S., Schwartzkopff, L., Deppe, J., & Steil, R. (2016). Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review, 19*(2), 77–93.
<https://doi.org/10.1007/s10567-016-0202-5>
- Hoge Gezondheidsraad. (2015). *Adviesrapport van de Hoge Gezondheidsraad nr. 9194: Definitie en competentieprofiel voor klinische psychologie in België.*
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_klinische_psycholoog_230217a5.pdf
- Holtzhausen, L., Ross, A., & Perry, R. (2015). Working on trauma – A systematic review of TF-CBT work with child survivors of sexual abuse. *Social Work/Maatskaplike Werk, 52*(4), 511-524.
<https://doi.org/10.15270/52-2-528>
- Jowett, A., Peel, E., & Shaw, R. L. (2011). Online interviewing in psychology: Reflections on the process. *Qualitative Research in Psychology, 8*(4), 345–369.
- Karatzias, T., & Buxton, C. (2016). *Recommendations for education and training of psychologists when working with psychological trauma.*



Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society.

Journal of Clinical Psychiatry, 61.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(5).

<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1253383>

Khan, A. M., Dar, S., Ahmed, R., Bachy, R., Adnan, M., & Kotapati, V. P. (2018). Cognitive Behavioral Therapy versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Patients with Post-traumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials.

Cureus, 10(9), 1-17. <https://doi.org/10.7759/cureus.3250>

Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013).

National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537-547. <https://doi.org/10.1002/jts.21848>

Kim, D., Kim, D., Lee, H., Cho, Y., Min, J.Y., & Kim, S.H. (2019). Prevalence and clinical correlates of dissociative subtype of posttraumatic stress disorder at an outpatient trauma clinic in South Korea. *European Journal of Psychotraumatology*. 10(1).

<https://dx.doi.org/10.1080%2F20008198.2019.1657372>

Kleber, R. J. (2019). Trauma and Public Mental Health: A Focused Review. *Frontiers in Psychology*,

10(451), 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00451>

Kleber, R. J., Brom, D., & Defares, P. B. (2017). *Coping with Trauma*. Abingdon, Verenigd Koninkrijk:

CRC Press

Kliethermes, M., Schacht, M., & Drewry, K. (2014). Complex trauma. *Child Adolesc Psychiatric Clin N*

Am, 23. 339-361.

Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation

Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163.

<https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>



- Lancaster, C. L., Teeters, J. B., Gros, D. F., & Back, S. E. (2016). Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment. *Journal of Clinical Medicine*, 5(105), 1-13. <https://doi.org/10.3390/jcm5110105>
- Layne, C. M., Strand, V., Abramovitz, R., Jackson, L. A., Curtis, A., Ippen, C. G., Struber, M., Reyes, G., Ross, L., Lipscomb, L., & Pynoos, R. (2011). The Core Curriculum on Childhood Trauma: A Tool for Training a Trauma-Informed Workforce. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(3), 243-252. <https://doi.org/10.1037/a0025039>
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>
- Litz, B. T., & Salters-Pedneault, K. (2008). Training Psychologists to Assess, Manage, and Treat Posttraumatic Stress Disorder: An Examination of the National Center for PTSD Behavioral Science Division Training Program. *Training and Education in Professional Psychology*, 2(2), 67-74. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.2.2.67>
- Liu, H., Petukhova, M. V., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., Bromet, E. J., de Girolamo, G., Haro, J. M., Hinkov, H., Kawakami, N., Koenen, K. C., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Medina-Mora, M. E., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Piazza, M., Posada-Villa, J., ... Kessler, R. C. (2017). Association of DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder with Traumatic Experience Type and History in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA Psychiatry*, 74(3), 270-281. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3783>
- Lu, W., Yanos, P. T., Stone, B., Giacobbe, G. R., Waynor, W., Reilly, A., & Bazan, C. (2017). The hidden barrier to employment: Untreated and undiagnosed post-traumatic stress disorder. *Journal of Rehabilitation*, 83(2), 11.
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Maercker, A., Hecker, T., Augsburger, M., & Kliem, S. (2018). ICD-11 Prevalence Rates of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in a German Nationwide Sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 206(4), 270-276. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000790>



- Maercker, A., Forstmeier, S., Pielmaier, L., Spangenberg, L., Brahler, E., & Glaesmer, H. (2012). Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(11), 1745–1752. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0493-x>
- Marrelli, A. F. (1998). An introduction to competency analysis and modeling. *Performance Improvement*, 37(5), 8–17. <https://doi.org/doi:10.1002/pfi.4140370505>
- Mattar, S. (2011). Educating and Training the Next Generations of Traumatologists: Development of Cultural Competencies. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(3), 258-265. <https://doi.org/10.1037/a0024477>
- Matthijssen, S. J., 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), 241-265. <https://doi.org/10.1891/EMDR-D-20-00039>
- Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Welton, N. J., Stockton, S., Bhutani, G., Grey, N., Leach, J., Greenberg, N., Katona, C., El-Leithy, S., & Pilling S. (2020). Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50(4), 542-555. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000070>
- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemica Medica*, 22(3), 276-282.
- Medina-Mora, M. E., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Piazza, M Posada-Villa, J., Scott, K. M., Shahly, V., Stein, D. J., ten Have, M., Torres, Y., Gureje, O., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2017). Association of DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder With Traumatic Experience Type and History in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA Psychiatry*, 74(3), 270-281. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3783>
- Mentkowski, M., Rogers, G., Doherty, A., Loacker, G., Hart, J. R., Rickards, W., O'Brien, K., Riordan, T., Sharkey, S., Cromwell, L., Diez, M., Bartels, J., & Roth, J. (2000). *Learning that lasts: Integrating learning, development, and performance in college and beyond*. Jossey-Bass.
- Mersky, J. P., Topitzes, J., & Britz, L. (2019). Promoting Evidence-Based, Trauma-Informed Social Work Practice. *Journal of Social Work Education*, 55(4), 645–657. <https://doi.org/10.1080/10437797.2019.1627261>



- Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N. A., Jin, R., Druss, B., Wang, P. S., & Kessler, R. C. (2011). Barriers to mental health treatment: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 41(8), 1751–1761.
- Mooren, T. & Stöfse, M. (2011). Complex trauma: hoe te behandelen? *GZ – Psychologie*, 3, 18-25.
<https://doi.org/10.1007/s41480-011-0005-8>
- Nader, K. O., Kriegler, J. A., Blake, D. D., Pynoos, R. S., Newman, E., & Weather, F. W. (1996). *Clinician Administered PTSD Scale, Child and Adolescent Version*. White River Junction, VT: National Center for PTSD.
- Narang, J., Schwannauera, M., Quaylea, E., & Chouliara, Z. (2019). Therapeutic interventions with child and adolescent survivors of sexual abuse: A critical narrative review. *Children and Youth Services Review*, 107, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104559>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). *Post-traumatic stress disorder: NICE Guideline*.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations#management-of-ptsd-in-children-young-people-and-adults>
- National Institute for Care and Excellence. (2018). *Psychological interventions for prevention and treatment of children and young people*.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations#management-of-ptsd-in-children-young-people-and-adults>
- Nightingale, V. R., Sher, T. G., Mattson, M., Thilges, S., & Hansen, N. B. (2011). The effects of traumatic stressors and HIV-related trauma symptoms on health and health related quality of life. *AIDS and Behavior*, 15, 1870–1878.
- Norcross, J. C. (2010). *The therapeutic relationship*. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (p. 113–141). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12075-004>
- Oz, S. (2010). Treatment of individuals and families affected by child sexual abuse: Defining professional expertise. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19(1), 1–19.
<https://doi.org/10.1080/10538710903485609>

- Paintain, E., & Cassidy, S. (2018). First-line therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review of cognitive behavioural therapy and psychodynamic approaches. *Counseling and Psychotherapy Research, 18*(3), 237-250. <https://doi.org/10.1002/capr.12174>
- Parsonson, K., & Alquicira, L. (2019). The Power of Being There for Each Other: The Importance of Self-Awareness, Identifying Stress and Burnout, and Proactive Self-Care Strategies for Sex-Offender Treatment Providers. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 63*(11), 2018–2037. <https://doi.org/10.1177/0306624X19841773>
- Passerela, C. M., Mendes, D. D., & Mari, J. J. (2010). A systematic review to study the efficacy of cognitive behavioral therapy for sexually abused children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Revista de Psiquiatria Clínica, 37*(2), 60-65. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2019.104559>
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who threat the traumatized* (pp. 150–208). Brunner/Mazel.
- Pope, K. S., & Brown, S. (1996). *Recovered Memories of Abuse: Assessment, Therapy, Forensics*. American Psychological Association.
- Pynoos, R. S., Weathers, F. W., Steinberg, A. M., Marx, B. P., Layne, C. M., Kaloupek, D. G., Schnurr, P. P., Keane, T. M., Blake, D. D., Newman, E., Nader, K. O., & Kriegler, J. A. (2015). *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 - Child/Adolescent Version*. www.ptsd.va.gov
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Lewis, C. E., & Bisson, J. I. (2019). Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1695486>
- Rodolfa, E., Baker, J., DeMers, S., Hilson, A., Meck, D., & Schaffer, J. (2014). Professional psychology competency initiatives: implications for training, regulation, and practice: state of the science. *South African Journal of Psychology, 44*(2), 121–135.
- Salston, M. D., & Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress, 16*(2), 167–174. <https://doi.org/10.1023/A:1022899207206>



- Schapansky, E., Depraetere, J., Keygnaert, I., & Vandeviver, C. (2020). Prevalence and risk factors of sexual victimization: findings from a national representative sample of Belgian adults aged 16-69. <https://doi.org/10.31235/osf.io/t7ue9>
- Schellong, J., Lorenz, P., & Weidner, K. (2019). Proposing a standardized, step-by-step model for creating post-traumatic stress disorder (PTSD) related mobile mental health apps in a framework based on technical and medical norms. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1611090>
- Schnyder, U. (2013). Trauma is a global issue. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 204–219. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20419>
- Schnyder, U., Bryant, R. A., Ehlers, A., Foa, E. B., Hasan, A., Mwititi, G., Kristensen, C. H., Neuner, F., Oe, M., & Yule, W. (2016). Culture-sensitive psychotraumatology. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 0–10. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.31179>
- Shankman, S. A., Funkhouser, C. J., Klein, D. N., Davila, J., Lerner, D., & Hee, D. (2017). Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 27(1). <https://doi.org/10.1002/mpr.1590>
- Siegers, T. (2019). Vlaams Register van Klinische Psychologen. <https://www.vvkp.be/dossiers/vlaams-register-van-klinisch-psychologen>
- Smith, S. G., Zhang, X., Basile, K. C., Merrick, M. T., Wang, J., Kresnow, M., & Chen, J. (2018). *National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2015 Data Brief – Updated Release*. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/datasources/nisvs/2015NISVSdatabrief.html>
- Sprang, G., Craig, C., & Clark, J. (2008). Factors impacting trauma treatment practice patterns: The convergence/divergence of science and practice. *Anxiety Disorders*, 22(2008), 162-174. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.02.003>
- Stamm, B. H. (1997). Work-related Secondary Traumatic Stress. *The Center for Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD Research Quarterly*, 8, 2–8.
- Rigoli, M. M., de Oliveira, F. R., Bujak, M. K., Volkmann, N. M., & Kristensen C. H. (2019). Psychological Trauma in Clinical Practice and Research: An Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 24(7), 595-608. <https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1511286>



U.S. Department of Veterans Affairs. (2020). Assessment.

<https://www.ptsd.va.gov/PTSD/professional/assessment/index.asp>

U.S. Department of Veterans Affairs, & Department of Defense. (2017). VA/DoD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder.

<https://www.healthquality.va.gov/guidelines/mh/ptsd/>

van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38. 906-914.

Van Meijel, E., Ensink, J., Verlinden, E., & Lindauer, R. (2019). *CAPS-CA DSM-5: klinisch interview voor PTSS bij kinderen en adolescenten*. Houten, Bohn Stafleu va Loghum.

Watkins, L. E., Sprang, K. R., & Rothbaum, B. O. (2018). Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12(258), 1-9.

<https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00258>

Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). www.ptsd.va.gov.

Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Keane, T. M., & Marx, B. P. (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*, 30(3), 383-395. <https://doi.org/10.1037/pas0000486>

Weine, S., Danieli, Y., Silove, D., Van Ommeren, M., Fairbank, J. A., & Saul, J. (2002). Guidelines for International Training in Mental Health and Psychosocial Interventions for Trauma Exposed Populations in Clinical and Community Settings. *Psychiatry*, 65(2), 156-164.

<https://doi.org/10.1521/psyc.65.2.156.19936>

White, J., Pearce, J., Morrison, S., Dustan, F., Bisson, J. I., & Fone, D. L. (2015). Risk of post-traumatic stress disorder following traumatic events in a community sample. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24, 249-257. <https://doi.org/10.1017/S2045796014000110>

World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>



World Health Organization. (2020a). *Fact sheet: Violence against children*.

https://www.who.int/health-topics/violence-against-children#tab=tab_1

World Health Organization. (2020b). *Fact Sheet: Violence against women*.

https://www.who.int/health-topics/violence-against-women#tab=tab_1

Zorginstituut Nederland. (2020). *Verbetersignalement Posttraumatische Stress-stoornis*.

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/06/15/zinnige-zorg-bij-ptss-verbetersignalement>

Bijlagen

Bijlage A: Vergelijking van competenties uit het New Haven Trauma Competency Model, het Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen en de gevonden literatuur

Competentie	New Haven Trauma Competency	Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen	Vermeldingen in literatuur
Cross-sectionele competenties			
Demonstreer het vermogen om de impact van trauma op gezondheidsresultaten, de bijdrage van trauma aan toenemende gezondheidsverschillen en de impact van geïntegreerde en traumagerichte zorg te waarderen en te begrijpen als een essentieel onderdeel van de zorg voor mensen die een trauma hebben overleefd.	X		
Demonstreer begrip voor traumareacties en pas trauma-interventies en beoordelingen aan op een manier die individuele, culturele, gemeenschaps- en organisatorische diversiteit eren en verklaren. Deze competentie omvat het aantonen van het vermogen om de kruisende identiteiten van professionals en patiënten te identificeren en te begrijpen (bijv. Geslacht, leeftijd, seksuele geaardheid, handicapstatus, ras/ etniciteit, SES, militaire status, platteland/ stad, immigratiestatus, religie, afkomst, inheems erfgoed, genderidentificatie) in verband met trauma en verwoorden de eigen vooroordelen, aannames en problematische reacties die voortkomen uit traumawerk en culturele verschillen	X		Hughes et al., 2015 Kenny & Abreu, 2015 Mersky et al., 2019

Competentie	New Haven Trauma Competency	Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen	Vermeldingen in literatuur
Demonstreer begrip van de gevolgen van een trauma voor een overlevende, het familiesysteem (inclusief ouders en verzorgers), de gemeenschap en het gevoel van veiligheid en vertrouwen van organisaties, en pas de professionele houding, houding en gedrag toe om het gevoel van overlevenden en organisaties te versterken. Fysieke en psychologische veiligheid. Deze competentie omvat het respecteren van de autonomie van degenen die zijn blootgesteld aan trauma en ook het beschermen van overlevenden, indien van toepassing.	X		
Demonstreer begrip en vermogen om beoordelingen en interventies op maat te maken om rekening te houden met factoren in de ontwikkelingslevensduur op het moment (en) en de duur van het trauma en op het punt van huidig psychotherapeutisch contact.	X		
Demonstreer het vermogen om interventies en beoordelingen die de complexiteit van traumagerelateerde blootstelling aanpakken, te begrijpen, te beoordelen en op maat te maken, met inbegrip van eventuele daaruit voortvloeiende effecten op lange en korte termijn (bijv. Comorbiditeiten, huisvestingsgerelateerde problemen) en interacties tussen persoon en omgeving (bijv. weglopen van huis en aangevallen worden).	X		
Demonstreer het vermogen om de sterke punten, veerkracht en groeipotentieel van overlevenden van trauma's op de juiste manier te waarderen, in te schatten en erin op te nemen. Faciliteer waar nodig gedeelde besluitvorming tussen de overlevende van het trauma en de psycholoog.	X		



Competentie	New Haven Trauma Competency	Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen	Vermeldingen in literatuur
Demonstreert (1) het vermogen tot zelfreflectie en tolerantie voor intens affect en inhoud; (2) ethische verantwoordelijkheid voor zelfzorg; en (3) zelfbewustzijn van hoe iemands eigen geschiedenis, waarden en kwetsbaarheden de levering van traumabehandelingen beïnvloeden.	X		European Federation of Psychologists' Associations, 2009 Kenny & Abreu, 2015 Parsonson & Alquicira, 2019 Salston & Figley, 2003 Saxton et al., 2019
Het vermogen aantonen om de actuele beschikbare wetenschap over door onderzoek ondersteunde therapieën en beoordelingsstrategieën voor traumagerelateerde stoornissen/moeilijkheden kritisch te evalueren en toe te passen.	X		
Demonstreert het vermogen om de waarde en het doel van de verschillende professionele, paraprofessionele en lekenhulpverleners bij traumawerk te begrijpen en werk samen en over systemen heen om positieve resultaten te verbeteren.	X		
Cluster Professionaliteit			
Bewaakt en lost autonoom situaties op die de professionele waarden en integriteit bedreigen		X	
Faciliteert het resultaat van het psychologisch handelen in diverse contexten en situaties (taalgebruik en communicatie, passende attitude...)		X	Helms et al., 2010 Oz, 2010 Turkus, 2013
Neemt autonoom persoonlijke verantwoordelijkheid op in diverse settingen en contexten.		X	
Handelt autonoom om het welvaren van anderen te garanderen.		X	
Is lid van psychologische beroepsverenigingen, neemt deel aan workshops en studiedagen met een klinische finaliteit		X	
Geeft blijk van kennis over kwesties die centraal staan in het domein		X	
Integreert wetenschappelijke kennis en klinische praktijk		X	
Is zichzelf bewust van zijn culturele en individuele diversiteit		X	Saxton et al., 2019

Competentie	New Haven Trauma Competency	Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen	Vermeldingen in literatuur
Is sensitief voor de specifieke kenmerken van de culturele en individuele diversiteit van de patiënt/patiënt (leeftijd, geslacht, etniciteit, cultuur, religie, seksuele oriëntatie, handicap, socio-economische status...)		X	Mersky et al., 2019 Saxton et al., 2019
Demonstreert het vermogen om consequent te erkennen hoe culturele, historische en intergenerationele overdracht van trauma de perceptie van helpers beïnvloedt.	X		
Culturele en individuele karakteristieken van het patiënt/patiëntensysteem worden betrokken in de psychologische evaluatie en interventies	X	X	Saxton et al., 2019
Bezit kennis van en past op strikte wijze de ethische principes en gedragscodes uit de Belgische Deontologische Code (voor Psychologen) toe		X	
Kent en past relevante ethische, wettelijke en professionele normen en richtlijnen toe		X	Mersky et al., 2019 Saxton et al., 2019
Demonstreer meer aandacht voor ethische kwesties die relevant zijn voor overlevenden van trauma's en passende grenzen bij traumawerk (bijv. Grensbewaring, roloverlap, geïnformeerde toestemming, vertrouwelijkheid).	X		Mersky et al., 2019
Gebruikt autonoom een ethisch beslissingsmodel in het professioneel werk		X	Mersky et al., 2019
Integreert autonoom ethische, wettelijke en deontologische normen in alle competentiedomeinen		X	Mersky et al., 2019
Maakt gebruik van reflectie zowel tijdens en na professionele activiteit en handelt weloverwogen		X	
Zet zichzelf/de eigen persoon in als een therapeutisch middel		X	
Evalueert zelf de eigen competenties in alle competentiedomeinen		X	European Federation of Psychologists' Associations, 2009 Parsonson & Alquicira, 2019



Competentie	New Haven Trauma Competency	Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen	Vermeldingen in literatuur
Integreert de zelfbeoordeling van de competenties in de praktijk		X	
Erkent beperkingen in kennis/vaardigheden en neemt acties ter remediëring		X	European Federation of Psychologists' Associations, 2009 Parsonson & Alquicira, 2019
Heeft een persoonlijke planning van permanente vorming om de kennis en vaardigheden te versterken		X	European Federation of Psychologists' Associations, 2009
Volgt zelf problemen op die betrekking hebben op zijn gezondheid en persoonlijk welzijn		X	Salston & Figley, 2003
Intervenieert onmiddellijk wanneer zich problemen voordoen die het professioneel functioneren verstoren		X	
Zoekt autonoom supervisie		X	Salston & Figley, 2003 Saxton et al., 2019
Pleegt overleg met collega's indien nodig		X	Salston & Figley, 2003 Saxton et al., 2019
Doet aan permanente vorming		X	
Cluster Relationele competenties			
Ontwikkelt en onderhoudt werkzame relaties met een grote verscheidenheid van patiënten/patiënten, collega's, organisaties en groepen		X	European Federation of Psychologists' Associations, 2009 Mersky et al., 2019
Demonstreer het vermogen om samen te werken met de families, sociale netwerken en zorgsystemen van slachtoffers van trauma om niet-vermijden en positieve traumagerelateerde reacties te bevorderen.	X		Hughes et al., 2015
Kan moeilijke communicatie en interacties hanteren		X	

Competentie	New Haven Trauma Competency	Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen	Vermeldingen in literatuur
Kan een vertrouwensrelatie en een therapeutische relatie ontwikkelen, wat een gevoel van veiligheid, vertrouwen en openheid voor het behandelen van traumagericht materiaal bevordert.	X	X	Oz, 2010 Saxton et al., 2019
Doet verslag van het psychologisch handelen		X	European Federation of Psychologists' Associations, 2009
Verbale, non-verbale en geschreven communicaties zijn eenduidig, helder en goed geïntegreerd		X	
Heeft een nauwgezette kennis van professionele taal en van de geassocieerde klinische concepten		X	
Vormt en voer zelfstandig patiënt/patiëntdossiers		X	
Cluster Wetenschap			
Past autonoom wetenschappelijke methoden toe in de klinische praktijk		X	
Demonstreert het vermogen om gepubliceerde literatuur over trauma en PTSD kritisch te beoordelen door zowel algemene kennis als traumaspecifieke kennis toe te passen.	X		
Gebruikt kennis van de fundamenteën van de bio-psycho-sociale interacties tussen sociale, lichamelijke en psychische aspecten van gezondheid en ziekte – mede beschouwd vanuit een ontwikkelingsperspectief	X	X	



Competentie	New Haven Trauma Competency	Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen	Vermeldingen in literatuur
Past in het psychologisch handelen kennis toe van psychometrie en technieken van dataverzameling en -analyse, (ontwikkelings-) psychopathologie, neuropsychologie, leer- en cognitieve theorieën, psychodynamische theorieën, patiënt-centered en experiëntiële theorieën, groepsdynamica en systeemtheorieën, en basale kennis over psychofarmacologie (+grote traumarelevante en algemene vragenlijsten / interviews; dit kan de psychometrie, de sterke punten, beperkingen en geschiktheid van de vragenlijsten voor specifieke groepen overlevenden van een trauma)	X	X	European Federation of Psychologists' Associations, 2009 Saxton et al., 2019
Bevordert de verbreding van en ontwikkelt de wetenschappelijke vakkennis		X	European Federation of Psychologists' Associations, 2009 Mersky et al., 2019
Past wetenschappelijke methoden toe om praktijken, interventies en klinische programma's te evalueren		X	
Evalueert op systematische wijze de effecten van het psychologisch handelen bij elke patiënt/patiënt		X	
Cluster Professionele activiteiten			
Toont bereidheid om bij alle patiënten te vragen naar blootstelling aan en reacties op trauma, zowel in traumagerichte als niet-traumagerichte patiëntpresentaties.	X		
Past autonoom kennis toe van op evidentie gebaseerde praktijk door de empirische basis voor psychologische evaluatie, screening, preventie, interventie en andere psychologische toepassingen te integreren met klinische expertise, rekening houdend met de voorkeuren van de patiënt/patiënt	X	X	

Competentie	New Haven Trauma Competency	Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen	Vermeldingen in literatuur
Demonstreert het vermogen om op niet-oordelende en niet-bestrafende wijze aandacht te besteden aan trauma gerelateerd materiaal met empathie, respect en waardigheid en een geloof in herstel en veerkracht (in tegenstelling tot medelijden, neerbuigendheid en berusting).	X		
Demonstreert het vermogen om de trauma-evaluatie, batterij- en interviewvragen af te stemmen op de kenmerken van de patiënt (bijv. Cultuur, subcultuur, leeftijd, SES, familie of systemen), trauma-ervaring (bijv. Timing, duur, type) en de praktijksetting.	X		Helms et al., 2010 Saxton et al., 2019
Heeft kennis van psychometrie: theorie en toepassing van testconstructie, van de betrouwbaarheid en validiteit van het psychologisch testen		X	
Demonstreer een begrip van het belang van het gebruik van relationele genezing voor relationeel letsel en het vermogen om de relatie effectief te gebruiken.	X		
Begrijpt autonoom de sterke punten en beperkingen van diagnostische benaderingen. Demonstreert bewustzijn van problemen met de interpretatie van tests die vaak voorkomen in aan trauma blootgestelde populaties.	X	X	
Selecteert en gebruikt autonoom multi-pele methoden en middelen van psychologische evaluatie op een wijze die responsief en respectvol is voor diverse individuen, koppels, families, groepen en contexten.	X	X	
Selecteert en neemt autonoom diverse meetinstrumenten af		X	European Federation of Psychologists' Associations, 2009
Interpreteert de resultaten van multi-pele metingen voor de planning en evaluatie van psychologische interventies		X	
Integreert de resultaten om op een accurate wijze de gestelde vraag te evalueren		X	



Competentie	New Haven Trauma Competency	Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen	Vermeldingen in literatuur
Is in staat om diagnostiek van psychische stoornissen toe te passen zoals de <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of de International Classification of Diseases</i>		X	
Demonstreert het vermogen om de epidemiologie van traumatische blootstelling en resultaten te herkennen, met name: prevalentie, incidentie, risico- en veerkrachtfactoren, trajecten en subpopulaties	X		Litz & Salters-Pedneault, 2008
Geeft autonoom de multi-pele dimensies van de casus vorm op basis van de resultaten van de psychologische evaluatie		X	
Maakt gebruik van casusformulering om interventies te plannen binnen de context van de menselijke ontwikkeling en diversiteit		X	
Communiqueert geschreven en mondelinge bevindingen op heldere, constructieve, nauwkeurige en conceptueel gepaste wijze		X	
Plant autonoom klinische psychologische interventies (screening, preventie, interventie, ondersteuning, etc.)		X	European Federation of Psychologists' Associations, 2009
Casusformulering en interventieplanning zijn specifiek voor casus en context		X	
Vertoont klinische vaardigheden bij een grote verscheidenheid van patiënten/patiënten en hun omgeving		X	
Gebruikt een goed beoordelingsvermogen, zelfs in onverwachte of moeilijke situaties. Is in staat om een uitgebreide beoordeling van de blootstelling aan trauma en de impact op trauma uit te voeren, zoals uitgebreide maatregelen voor het screenen van trauma's voor huiselijk geweld en partnergeweld, op basis van de meest actuele beschikbare wetenschappelijke gegevens. Demonstreert het vermogen om het verloop en het traject van traumareacties te begrijpen en de beoordeling daarop af te stemmen.	X	X	



Competentie	New Haven Trauma Competency	Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen	Vermeldingen in literatuur
Demonstreert het bewustzijn van en het vermogen om procedures, processen en interpretaties op de juiste manier aan te passen met betrekking tot de unieke gevolgen van trauma (bijv. Dissociatie, vermijding, triggers) aangezien ze de beoordeling beïnvloeden.	X		Mersky et al., 2019
Implementeert empirisch ondersteunde interventies (Evidence-based practice)		X	
Bezit de flexibiliteit om aanpassingen in interventies aan te brengen wanneer nodig		X	
Evalueert op systematische wijze en autonoom de effecten van het therapeutisch proces en van interventies bij patiënten/patiënten	X	X	European Federation of Psychologists' Associations, 2009
Demonstreert het vermogen om te beoordelen in hoeverre culturele overtuigingen en praktijken de uiting van en het omgaan met blootstelling aan trauma's beïnvloeden, met inbegrip van belemmeringen voor het beoordelen van de behandeling.	X		Saxton et al., 2019
Modificeert bij indicatie het behandelingsplan, zelfs in de afwezigheid van erkende uitkomstmetingen		X	
Vraagt en hanteert op constructieve wijze feedback over interventies		X	
Adviserende of consultatieve activiteiten: geeft deskundig advies of professionele hulp in respons op de behoeften, noden of doelen van een patiënt/patiënt		X	
Behandelt verwijsvragen, geeft psycho-educatie, feedback en communiceert advies		X	European Federation of Psychologists' Associations, 2009 Litz & Salters-Pedneault, 2008
Cluster Vorming			
Vertoont kennis van didactische leerstrategieën		X	

Competentie	New Haven Trauma Competency	Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen	Vermeldingen in literatuur
Demonstreer het vermogen om wetenschappelijke kennis over trauma effectief en accuraat te communiceren aan een breed publiek.	X		
Demonstreert het vermogen om traumaspecifieke kennis effectief te onderwijzen en te communiceren aan meerdere doelgroepen, inclusief die gemeenschappen en organisaties die acuut door trauma worden getroffen.	X		
Weet hoe tegemoet te komen aan ontwikkelings- en individuele verschillen		X	
Past onderwijsmethoden toe in multi-pele contexten		X	
Cluster Systemen			
Is zich bewust van de multi-pele en verschillende wereldbeelden, rollen, professionele normen en bijdragen over contexten en systemen (waarin trauma wordt onderzocht)	X	X	Helms et al., 2010
Demonstreert begrip van de componenten en mechanismen van verandering, zowel gemeenschappelijke als unieke, die ten grondslag liggen aan verschillende therapieën voor traumagerelateerde aandoeningen.	X		
Heeft kennis van de gemeenschappelijke en onderscheiden rollen van andere gezondheidszorgberoepen. Kennis aantonen over de rol van organisaties bij het opbouwen van veerkracht, preventie en paraatheid (universele voorzorgsmaatregelen).	X	X	
Demonstreert begrip dat instellingen en systemen kunnen bijdragen aan primair en secundair (of plaatsvervangend) trauma en biedt strategieën om deze barrières waar nodig te verminderen.	X		
Demonstreert het vermogen om gevoelig te communiceren met juridische en andere externe systemen op een manier die overlevenden van trauma's beschermt en de resultaten verbetert.	X		
Geeft blijk van begrip van de invloed van openbare beleidskwesties op traumawerk binnen organisaties en met individuen.	X		



Competentie	New Haven Trauma Competency	Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen	Vermeldingen in literatuur
Demonstreert het vermogen om met relevante leiders om te gaan met traumakwesties en om systemische, sociale en beleidsveranderingen te bevorderen.	X		
Vertoont basiskennis en bezit de vaardigheden om bij te dragen aan een efficiënt functioneren van het interdisciplinair team		X	Saxton et al., 2019
Neemt deel aan en initieert interdisciplinaire samenwerking/overleg die leiden naar gedeelde doelstellingen	X	X	
Ontwikkelt en onderhoudt samenwerkingsverbanden ondanks verschillen		X	
Kennis van de organisatie en de vanuit het management geformuleerde taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden		X	
Ontwikkelt en biedt constructieve kritiek en suggesties betreffende het management en de leiding van de organisatie		X	
Neemt deel aan het beleid voor de psychologische dienstverlening		X	Mersky et al., 2019
Reageert op gepaste wijze binnen de hiërarchische structuur		X	
Neemt deel aan het beleid betreffende klinische programma's		X	Mersky et al., 2019
Is betrokken bij het kwaliteitsbeleid op het niveau van de organisatie		X	European Federation of Psychologists' Associations, 2009 Mersky et al., 2019
Participeert in systeemveranderingen en in het bestuur van de organisatie		X	
Neemt verantwoordelijkheid betreffende de psychologische aspecten van het functioneren van teams		X	
Verstrekt een superviserend kader betreffende psychologische aspecten aan studenten, collega's en aan collega's uit andere disciplines wanneer dit zinvol en gepast is		X	



Competentie	New Haven Trauma Competency	Belgisch Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen	Vermeldingen in literatuur
Bevordert met patiënt/patiënt acties met gunstige impact op ontwikkeling, het functioneren en welzijn. Demonstreert het vermogen om sterke punten, veerkracht en groei te beoordelen, zowel reeds bestaand als posttrauma.	X	X	Mersky et al., 2019 Oz, 2010
Demonstreert het vermogen om kansen te identificeren om de schadelijke effecten van trauma te verminderen en herstel en groei te bevorderen vóór, tijdens en na blootstelling aan een trauma (d.w.z. preventie en beperking).	X		Mersky et al., 2019 Oz, 2010
Streeft ernaar om veranderingen te bewerkstelligen die het maatschappelijk welzijn verbeteren		X	

Bijlage B: Nederlandstalige versie van de toestemmingsbrief en de geïnformeerde toestemming

Informatiebrief en toestemmingsformulier voor deelnemers aan interviews

Deze toestemmingsverklaring bestaat uit twee delen:

- Een informatiebrief: om informatie over de studie met u te delen.
- De toestemmingsverklaring: voor mondeling akkoord indien u ervoor kiest om aan de huidige studie deel te nemen. Het mondeling akkoord zal worden opgenomen.

Deel 1: Informatie voor de deelnemer

Project: Onderzoek naar de competenties van behandelaars van trauma en/of aan trauma gerelateerde problemen.

Wat houdt het project in?

De Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP) voert in opdracht van het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen een onderzoek naar de competenties die nodig zijn om trauma en/of aan trauma gerelateerde problemen te behandelen. Het doel van dit onderzoek is het opstellen van een competentieprofiel voor psychologen en na te gaan welke onderwijs- en/of trainingsactiviteiten nodig zijn om deze competenties te vergaren.

In kader van het huidig project is inmiddels een literatuurstudie uitgevoerd en is een survey uitgestuurd naar professionals die patiënten/patiënten met een dergelijke problematiek behandelen. Het tweede luik van dit project betreft diepte-interviews met leden van de review board. In dit tweede luik willen we de bevindingen uit de literatuurstudie en de survey aan (inter)nationale experts voorleggen en willen wij hun visie op de noden betreffende de vereiste competenties en opleidingen vernemen.

Wat vragen we concreet van u?

U bent enige tijd geleden op onze uitnodiging voor deelname aan de review board ingegaan, waarvoor veel dank. Aan de hand van een online interview willen wij uw visie vernemen over de competenties die nodig zijn om trauma en aan trauma gerelateerde problemen te behandelen en welke opleidingen of opleidingsonderdelen u eventueel nodig acht om deze competenties te verwerven.

De online interviews worden in overleg met iedere expert ingepland. Deze zullen plaatsvinden tussen 1 februari 2021 en 20 februari 2021. Het interview zal ongeveer 45 minuten in beslag nemen.

Toestemming en weigering

Uw deelname aan deze studie is volledig vrijblijvend. U kan op elk moment uw deelname stopzetten zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen.

Om de huidige coronamaatregelen maximaal te respecteren zal het interview online plaatsvinden. Indien u nog vragen zou hebben, kunnen deze nog beantwoord worden voor de start van het interview, via telefonisch overleg en/of overleg per mail.

Om de kans op een mogelijke overdracht van het Covid-19 virus tot een minimum te beperken, vragen wij u niet een toestemmingsverklaring op papier te ondertekenen en sturen wij u deze brief en de toestemmingsverklaring digitaal door. Na het beantwoorden van eventuele algemene vragen zal de interviewer de geluidsopname starten en u vragen om mondeling uw toestemming te geven alvorens het interview te starten. Indien u tijdens het interview op een bepaalde vraag niet wenst te antwoorden, dan kan u dit aangeven en zal de interviewer naar de volgende vraag overgaan.

Confidentialiteit

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 die vanaf 25 mei 2018 in voege is en de Belgische Wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de huidige studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) of (f) en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening.

Gegevensbescherming: Niemand anders dan de interviewer zal aanwezig zijn tijdens het interview, tenzij u dit anders wenst. Het interview zal opgenomen worden, maar niemand zal geïdentificeerd kunnen worden bij naam. De informatie die opgenomen wordt is vertrouwelijk en niemand anders dan het onderzoeksteam van de VVKP zal toegang hebben tot de informatie die gedocumenteerd werd tijdens het interview. De opnames zullen ten laatste 2 jaar na het interview vernietigd worden. Gegevens over uw bevraagde mening worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Tijdens dit tijdsbestek kan elk gegeven op uw verzoek verbeterd of verwijderd worden.

Kosten

Uw deelname aan de studie zal geen kosten voor u met zich meebrengen.



Risico's en ongemakken

Indien u zich oncomfortabel voelt bij het beantwoorden van een vraag, dan mag u deze overslaan.
Indien u het interview wenst stop te zetten, dan kan u dit te allen tijde doen.

Voordelen

Vanzelfsprekend zijn wij u zeer dankbaar voor de tijd die u voor ons onderzoek vrijmaakt. Er wordt echter geen financiële beloning voor de deelname voorzien.

Vragen

Bij vragen over het onderzoek, indien u veranderingen wilt laten doorvoeren aan uw gegevens of indien u gegevens wil laten verwijderen kan u contact opnemen met de verantwoordelijke van de gegevensverwerking via info@vvpk.be.

Vriendelijke groeten,

Het onderzoeksteam

Stien Platinck (onderzoeker)

Emma De Schrijver (onderzoeker)

Prof. Dr. Kasia Uzieblo (coördinator)

Drs. Lotte De Schrijver (coördinator)

Ulrike Kool (beleidsmedewerker VVKP)



Toestemmingsformulier voor deelnemers

- Ik heb het digitale document “Informatiebrief voor de deelnemers” gelezen en begrepen en ik heb er een digitale kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
- Ik stem ermee in om deel te nemen aan deze studie.
- Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op mijn contact met de onderzoekers.
- Ik ben er me van bewust en stem er mee in dat het interview opgenomen wordt.
- Ik ben me ervan bewust dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten.
- Ik ben ervan op de hoogte dat het interview opgenomen wordt. Ik begrijp dat enkel het onderzoeksteam van de VVKP toegang heeft tot de informatie die gedocumenteerd werd tijdens het interview en dat de opnames ten laatste 2 jaar na het interview vernietigd zullen worden.
- Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens (bv. geslacht, leeftijd) als gegevens over mijn bevraagde mening worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang, verbetering en verwijdering van deze gegevens binnen dit tijdsbestek.
- Ik geef toestemming om de antwoorden die ik geef op een beveiligde manier te bewaren in overeenstemming met het “Informatieveiligheidsbeleid”.

Bijlage C: Franstalige versie van de toestemmingsbrief en de geïnformeerde toestemming

Lettre d'information et formulaire de consentement pour les participants

Ce formulaire de consentement comporte deux parties :

- Une fiche d'information : pour plus d'informations sur l'étude.
- Le formulaire de consentement éclairé : pour un accord oral si vous choisissez de participer. Le consentement verbal sera enregistré.

1ère partie : Informations pour la/le participant(e)

Projet : Recherche sur les compétences des thérapeutes en matière de traumatismes et/ou des problèmes liés aux traumatismes.

En quoi consiste le projet ?

L'Association flamande des psychologues cliniques (VVKP) mène une recherche, commandée par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, sur les compétences nécessaires pour traiter les traumatismes et/ou les problèmes liés aux traumatismes. L'objectif de cette recherche est d'établir un profil de compétences pour les psychologues et d'examiner quelles activités d'éducation et/ou de formation sont nécessaires pour acquérir ces compétences.

Dans le cadre du projet actuel, une étude documentaire a été réalisée et une enquête a été envoyée aux professionnels qui traitent les clients/patients ayant de tels problèmes. La deuxième partie du projet consiste en des entretiens approfondis avec les membres du comité de révision. Nous souhaitons présenter les résultats de l'étude documentaire et de l'enquête aux experts (inter)nationaux et connaître leurs visions des besoins en matière de compétences et d'éducation.

Que demandons-nous de vous ?

Il y a quelque temps, vous avez accepté notre invitation à participer à la commission d'examen. Nous aimerions savoir vos opinions sur les compétences nécessaires pour traiter les traumatismes et les problèmes liés aux traumatismes, et sur les formations ou les cours qui, selon vous, pourraient être nécessaires pour acquérir ces compétences.

Les entretiens en ligne seront planifiés en consultation avec chaque expert. Ils auront lieu entre le 1er février 2021 et le 20 février 2021. L'entretien durera environ 45 minutes.

Consentement et refus

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment sans déclaration.

L'entretien sera en ligne, afin de respecter les mesures actuelles de la corona. N'hésitez pas de revenir vers nous, si vous avez encore des questions et on fera de notre meilleur pour vous répondre avant le début de l'entretien, par consultation téléphonique ou électronique.

Afin de minimiser les risques de transmission du virus Covid-19, nous ne vous demandons pas de signer un formulaire de consentement sur papier mais, nous vous enverrons la lettre et le formulaire de consentement sous forme numérique. Après avoir répondu à vos questions, l'enquêteur commencera l'enregistrement audio et vous demandera votre consentement verbal afin de commencer l'entretien. Si, au cours de l'entretien, vous ne souhaitez pas répondre à une question particulière, vous pouvez l'indiquer et l'enquêteur passera à la question suivante.

Confidentialité

Conformément au Règlement général sur la protection des données (ou RGPD) (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 en vigueur à partir du 25 mai 2018 et à la loi belge du 30 juillet 2018, relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, votre vie privée sera respectée. Votre consentement à participer à l'étude signifie que nous traiterons les données vous concernant aux fins de l'étude clinique en cours. Ce traitement de données est légalement prévu sur la base de l'article 6, paragraphe 1, points b), e) ou f), et de l'article 9, paragraphe 2, point j), du règlement général.

Protection des données : Personne autre que l'enquêteur ne sera présent pendant l'entretien, sauf si vous souhaitez qu'il en soit autrement. L'entretien sera enregistré, mais personne ne sera identifiable par son nom. Les informations qui sont enregistrées sont confidentielles et personne autre que l'équipe de recherche de l'ALE aura accès aux informations documentées pendant l'entretien. Les enregistrements seront détruits au plus tard 2 ans, après l'interview.

Toute information peut être corrigée ou supprimée à votre demande.

Coûts

Votre participation à l'étude n'entraînera aucun coût.

Risques et inconvénients

Si vous ne vous sentez pas à l'aise pour répondre à une question, vous pouvez la sauter. Si vous souhaitez interrompre l'entretien, vous pouvez le faire à tout moment.

Avantages

Nous vous sommes très reconnaissants du temps que vous avez accordé pour nos recherches. Cependant, il n'y aura pas de récompense financière pour votre participation.

Questions

Si vous avez des questions concernant l'enquête, et/ou vous souhaitez de modifier ou supprimer vos données, veuillez contacter le responsable du traitement des données à l'adresse info@vvpk.be

Cordialement,

L'équipe de recherche

Emma De Schrijver (chercheuse)

Stien Platinck (chercheuse)

Kasia Uzieblo (coordinatrice)

Lotte De Schrijver (coordinatrice)

Ulrike Kool

Consentement éclairé pour les participants

- J'ai lu, compris et reçu une copie numérique du document "Lettre d'information pour les participants". On m'a expliqué la nature, le but et la durée de l'étude et ce que l'on attend de moi.
- J'accepte de participer à cette étude.
- Je comprends que la participation à l'étude est volontaire et que je peux me retirer de l'étude à tout moment sans donner de raison à cette décision et sans que cela n'affecte d'aucune manière mes contacts avec les chercheurs.
- Je suis conscient et je consens à ce que l'entretien soit enregistré.
- Je suis conscient que cette étude sera menée conformément aux lignes directrices pour les bonnes pratiques cliniques (ICH/GCP) et à la déclaration d'Helsinki, établie pour la protection des sujets humains participants à des expériences.
- Je suis conscient que l'interview sera enregistré. Je comprends que seule l'équipe de recherche du VVKP a accès aux informations documentées durant l'interview et que les enregistrements seront détruits au plus tard deux ans, après l'interview.
- J'ai été informé que les données à caractère personnel et les données concernant l'opinion que j'ai recueillie seront traitées et conservées pendant au moins 20 ans. J'y consens et suis conscient que j'ai le droit d'accéder à ces données, de les corriger et les supprimer.
- J'autorise que les réponses que je donne soient stockées de manière sécurisée conformément à la "Politique de sécurité de l'information".

Bijlage D: Engelstalige versie van de informatiebrief en de geïnformeerde toestemming

Information and Informed Consent for participants

This document contains two parts:

- An Information Sheet: to share information about the study with you.
- The Informed Consent if you choose to participate in the current study. A verbal consent will be recorded.

Part I: Information for the participant

Project: Research on the competencies of practitioners needed to treat trauma and/or trauma-related problems.

Description and purpose of the project

The Flemish Association of Clinical Psychologists (VVKP), commissioned by the Belgian Institute for the Equality of Women and Men, is currently conducting a study on the competencies needed to treat trauma and/or trauma-related problems. The purpose of this research is (1) to create a competency profile for psychologists who want to specialize in this topic, and (2) to identify the educational and/or training programs needed to acquire these competencies.

In the first part of the project, a literature study has been carried out and a survey has been sent out to professionals who treat clients/patients with trauma and/or trauma-related problems. In the second part of this project involves in-depth interviews with members of the review board will be conducted. The aims of the interviews re to explore the views of (inter)national experts regarding the skills and knowledge required to treat such patients and regarding the training needs for these clinicians. In a final phase the findings from the literature study, the survey and the interviews will be integrated. These results will then be presented to the (inter)national reviewers.

What do we ask from you?

Thank you for accepting our invitation to participate in the review board. During these online we would like to hear your views on the competencies needed to treat trauma and trauma-related problems and on the training or educational programs that are needed to acquire these competencies.

The online interviews will be scheduled in consultation with each expert. They will take place between February 1, 2021 and February 20, 2021. The interview will take approximately 45 minutes.

Consent and refusal

Your participation in this study is completely voluntary. You may cease your participation at any time without having to make a declaration to do so.

In order to respect the current Coronavirus measures as much as possible, the interview will take place online. If you have any further questions regarding the study, you can pose these by telephone, mail or before the start of the interview.

In order to minimize the chance of a possible transmission of the Covid-19 virus, we do not ask you to sign a consent form on paper; we will therefore send you this letter and the consent form digitally. After answering your general questions about the study, the interviewer will start the audio recording and ask you to verbally give your consent before starting the interview. If during the interview you do not wish to answer a particular question, you can indicate this and the interviewer will move on to the next question.

Confidentiality

In accordance with the General Data Protection Regulation (or GDPR) (EU) 2016/679 of April 27, 2016, in force as of May 25, 2018, and the Belgian Law of July 30, 2018, on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, your privacy will be respected. Your consent to participate in the study means that we are processing data from you for the purpose of the current study. This processing of data is legally provided for based on Article 6, § 1, (b), (e) or (f) and Article 9, § 2(j) of the General Regulation.

Data Protection: No one other than the interviewer will be present during the interview, unless you wish otherwise. The interview will be recorded, but no one will be identifiable by name. The information that is recorded is confidential and only the research team will have access to the information documented during the interview. The recordings will be destroyed at the latest 2 years after the interview. Data concerning your questioned opinion will be processed and kept for a minimum of 20 years. During this period any data can be corrected or deleted at your request.

Costs

Your participation in the study will not come with any financial cost for you.

Risks and inconveniences

If you feel uncomfortable answering a certain question, you may skip this question. If you wish to cease the entire interview, you may do so at any time.

Benefits

Needless to say, we are very grateful for your time and effort. However, because of limited funding we cannot offer you a financial reward for your participation.

Questions

If you have any questions regarding the study, or you would like to change your data or would like your data to be removed, please contact the research team by the following address: info@vvpk.be.

Best regards,

On behalf of the research team

Stien Platinck (researcher)

Emma De Schrijver (researcher)

Kasia Uzieblo (coordinator)

Lotte De Schrijver (coordinator)

Ulrike Kool (staff member VVKP)

Informed consent for participants

- I have read, understood, and received a digital copy of the digital document "Participant Information Letter" I have been explained the nature, purpose and duration of the study and what is expected of me.
- I agree to participate in this study.
- I understand that participation in the study is voluntary and that I may withdraw from the study at any time without giving a reason for this decision and without this affecting in any way my contact with the researchers.
- I am aware of and consent to the interview being recorded.
- I am aware that this study will be conducted according to the guidelines for good clinical practice (ICH/GCP) and the Declaration of Helsinki, drawn up to protect people participating in experiments.
- I am aware that the interview will be recorded. I understand that only the research team has access to the information documented during the interview and that the recordings will be destroyed no later than 2 years after the interview.
- I have been informed that any personal data (e.g., gender, age) and data collected will be processed and retained for at least 20 years. I agree to this and am informed that I have the right to access, correct and delete these data within this time frame.
- I authorize the answers I provide to be stored in a secure manner in accordance with the "Information Security Policy".



VLAAMSE VERENIGING VAN
Klinisch Psychologen



Voor meer informatie, contacteer:

Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen

Oude Graanmarkt 48, 1000 Brussel

Email: info@vvpk.be

Website: <https://www.vvpk.be/>

Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen

Ernest Blerotstraat 1, B-1070 Brussel

Email: gelijkheid.manvrouw@igvm.belgie.be

Website: <https://igvm-iefh.belgium.be/>



VLAAMSE VERENIGING VAN
Klinisch Psychologen



INSTITUUT VOOR
DE GELIJKHEID
VAN VROUWEN
EN MANNEN