

HOOFDSTUK 2

HANDELINGSPLAN VOOR DE PSYCHOLOGISCHE ZORG IN DE ZORGCENTRA NA SEKSUEEL GEWELD



Vorbehouden rechten ZSG-model

Het ZSG-Model is eigendom van het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen (het Instituut). Het Instituut behoudt zich alle rechten voor met betrekking tot dit ZSG-Model. Het ZSG-model is een levend model, wat een continue verfijning vergt. Het Instituut behoudt aldus het recht om wijzigingen door te voeren in het ZSG-model na overleg met de technische werkgroepen en stakeholders. De nodige wijzigingen worden steeds voorgelegd aan de Nationale Stuurgroep ZSG ter validatie.

INHOUDSTAFEL

DEEL I - ACUTE EN POST-ACUTE PSYCHOLOGISCHE ZORG AAN EEN MEERDERJARIG SLACHTOFFER	5
1. WOORD VOORAF	6
2. KADER EN DOELSTELLINGEN	7
2.1. Kader voor psychologische opvolging binnen het ZSG	7
2.2. Doelstellingen van psychologische zorg binnen het ZSG.....	7
2.3. Rollen van ZSG-hulpverleners en samenwerking	8
2.4. Steunfiguur.....	8
3. OVERZICHT	9
4. DAG VAN AANMELDING	11
4.1. Eerste psychologische hulp en risicobeoordeling door de ZSG-verpleegkundige.....	11
4.1.1. Eerste psychologische hulp.....	11
4.1.2. Risicotaxatie	11
4.2. Beschikbaarheid van de psycholoog indien nodig.....	13
5. EERSTE MAAND NA HET SEKSUEEL GEWELD.....	14
5.1. Nauw toezicht door de ZSG-verpleegkundige via “versterkt” casemanagement	14
5.2. Eerste oriënterend gesprek door de psycholoog in de 1 ^e of 2 ^e week na het seksueel geweld.	14
Stap 1 - Onthaal.....	15
Stap 2 - Veiligheid en psycho-educatie	15
Stap 3 - Beoordeling van middelen en netwerk	16
Stap 4 - Mogelijke beoordeling van co-morbide psychologische stoornissen	16
Stap 5 - Mogelijkheid tot directe doorverwijzing na het eerste gesprek	16
Stap 6 - Afronding	17
5.3. Eerste psychologische beoordeling door een psycholoog mogelijk vanaf de 3 ^e week na het seksueel geweld.....	17
Stap 1 - Anamnese van de mentale toestand.....	18
Stap 2 - Bepalen van een geschikte psychologische interventie (ZSG of niet-ZSG).....	19
Stap 3 - Afronding	19
6. TWEEDE EN DERDE MAAND NA SEKSUEEL GEWELD.....	21
6.1. Casemanagement door de ZSG-verpleegkundige na de 1 ^e maand na seksueel geweld.....	21
6.2. Psychologische begeleiding door een psycholoog vanaf de 2 ^e tot de 3 ^e maand na het seksueel geweld.....	21
6.2.1. Ondersteuning bij doorverwijzing naar een externe hulpdienst/psycholoog.....	21
6.2.2. Psychologische bijstand in het ZSG.....	21

6.3.	Tweede beoordelingsgesprek door de psycholoog aan het einde van de 3 ^e maand na aanmelding.....	22
	Stap 1 - Algemene anamnese	22
	Stap 2 - De volgende fase van de psychologische interventie bepalen (ZSG of niet-ZSG).....	22
	Stap 3 - Afronding	23
7.	VIERDE TOT ZESDE MAAND NA SEKSUEEL GEWELD.....	24
8.	ZEVENDE MAAND NA SEKSUEEL GEWELD.....	25
9.	BIJLAGEN	26
9.1.	ANAMNESE-DOCUMENT MEERDERJARIGEN.....	26
9.2.	ANAMNESEDOCUMENT MINDERJARIGEN.....	31
9.3.	LIJST PSYCHOLOGISCHE TESTS	32
9.4.	VERZAMELING VAN GEGEVENS DIE MOETEN WORDEN OPGESLAGEN IN DE DCD HEALTHDATA-DATABASE	33
9.5.	SCORES EN INTERPRETATIES VAN PTSS-BEOORDELINGSSCHALEN	36

AFKORTINGEN

ASR	Acute stressreactie
CGT	Cognitieve gedragstherapie
CPTSS	Complexe Posttraumatische-StressStoornis
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
ITQ	International Trauma Questionnaire
PCL-5	PTSD Checklist for DSM-5 (PTSS-checklist voor DSM-5)
PTSS	Posttraumatische StressStoornis
ZSG	Zorgcentrum na Seksueel Geweld

DEEL I - ACUTE EN POST-ACUTE PSYCHOLOGISCHE ZORG AAN EEN MEERDERJARIG SLACHTOFFER

1. WOORD VOORAF

Dit document beschrijft de nationale richtlijnen wat betreft de psychologische zorg aan slachtoffers van seksueel geweld in de acute en post-acute fase. Het beschrijft een modeltraject voor deze doelgroep, maar het spreekt voor zich dat elk traject moet worden afgestemd op de behoeften van de slachtoffers en de realiteit en de realiteit op het terrein van elk Zorgcentrum na Seksueel Geweld (ZSG). In elk geval moet het ZSG garanderen dat de doelstellingen van dit model in punt 2.2. altijd worden bereikt.

Op verzoek van het ZSG-personeel werd dit handelingsplan in 2023 geëvalueerd en vervolgens in 2024 herzien.

Het psychologisch model van de ZSG werd aan een kritische blik onderworpen, met als doel de rol van de ZSG-psychologen te herbekijken en hun opdrachten met betrekking tot psychologische zorg voor slachtoffers van seksueel geweld in de acute fase te heroriënteren. De evaluatie vond plaats in vier stappen:

- Een onderzoeksrapport op basis van de bestaande wetenschappelijke literatuur, opgesteld door de VUB (Mental Health and Wellbeing Research Group (MENT));
- Een internationale vergelijking van de psychologische zorg door zes andere, buitenlandse referentiecentra op het vlak van seksueel geweld (Portugal, Spanje, Noorwegen, Denemarken, Ierland, IJsland);
- Interviews met een steekproef van 18 psychologen en 7 coördinatrices van de 7 operationele ZSG in het voorjaar van 2023;
- Een focusgroep met 6 deskundigen uit de academische wereld op het gebied van psychotrauma en 6 ZSG-psychologen.

In het licht van de resultaten die tijdens deze stappen werden verkregen, onderzocht het Instituut de verschillende mogelijke pistes voor een aanpassing van het psychologisch model van de ZSG. Het Instituut presenteerde een eerste aangepast voorstel tijdens de zomer van 2023, dat tijdens de psychologische werkgroep van 11 oktober 2023 toegelicht werd aan de ZSG-medewerkers. Op basis van de feedback na afloop van die werkgroep heeft het Instituut het eerste ontwerpmodel, zoals opgesteld door prof. dr. Ines Keygnaert en dr. Saar Baert, verder aangepast en aangevuld. Vervolgens keurden de psychologische werkgroep van 17 september 2024 en de nationale stuurgroep ZSG van 14 januari 2025 het model goed.

Gebruik voor een verwijzing naar het ZSG-model steeds de volgende bronvermelding: Het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen (ed.). Zorgcentra na Seksueel Geweld in België: het ZSG-model (editie 2025). Brussel: IGVM.

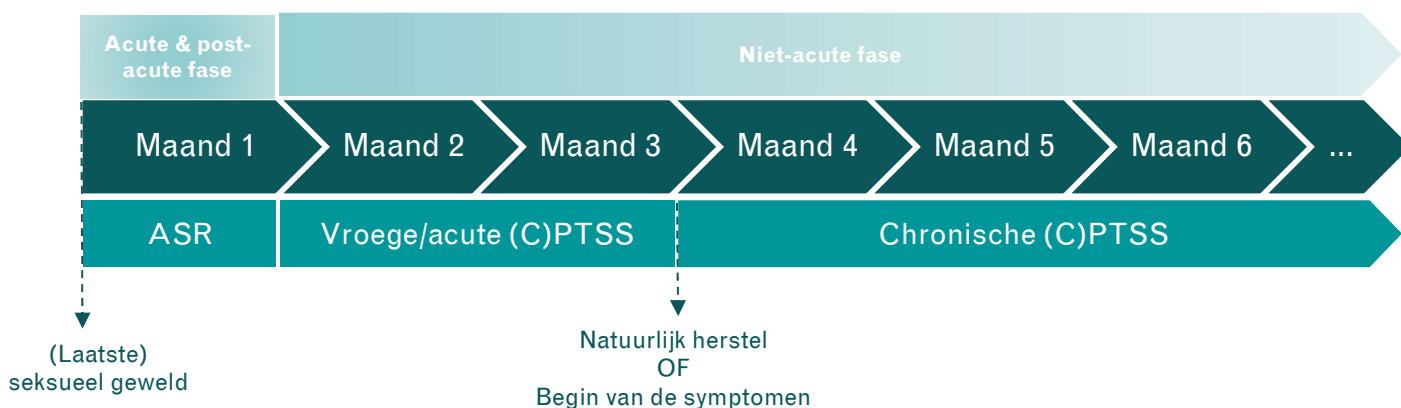
2. KADER EN DOELSTELLINGEN

2.1. Kader voor psychologische opvolging binnen het ZSG

Als eerstelijnsdienst is het ZSG voornamelijk verantwoordelijk voor het begeleiden van personen die slachtoffer zijn geworden van acuut en post-acuut seksueel geweld. Hetzelfde geldt voor het aanbod van psychologische diensten van het ZSG, die vooral gericht zijn op slachtoffers van acuut¹ en post-acuut seksueel geweld².

Als slachtoffers zich aldus meer dan een maand na het seksueel geweld melden, worden ze doorverwezen naar een gekwalificeerde externe psychosociale dienst. Dit kan gebeuren door een psycholoog, die daarvoor over maximaal 2-3 consultaties beschikt, indien dit wenselijk is voor het slachtoffer, of via een persoonlijk telefoongesprek. In dit geval is een eerste afspraak met een ZSG-psycholoog mogelijk, afhankelijk van de beschikbaarheden van de psychologen in het team.

Voor slachtoffers die zich binnen een maand na het seksueel geweld melden, wordt gedurende 6 maanden psychologische zorg bij het ZSG aangeboden, te tellen vanaf de eerste psychologische beoordeling bij een psycholoog van het ZSG. Deze timing komt overeen met de symptomatologische evolutie van psychotrauma na seksueel geweld, die als volgt kan worden geschematiseerd:



Met het oog op deze evolutie moet de eerste psychologische beoordeling ongeveer een maand na het seksueel geweld plaatsvinden. Met andere woorden, psychologische zorg in het ZSG kan tot 7 maanden na het seksueel geweld duren, afhankelijk van de situatie en behoeften van het slachtoffer.

2.2. Doelstellingen van psychologische zorg binnen het ZSG

Psychologische zorg binnen het ZSG voor slachtoffers van acuut en post-acuut seksueel geweld wordt deels door de verpleegkundige van het ZSG en voornamelijk door de psycholoog verleend (zie punt 2.3.). De doelstellingen ervan zijn:

- De impact van de traumatische gebeurtenis op het dagelijks leven van het slachtoffer verminderen;
- Het ontstaan van symptomen die verband houden met psychotrauma voorkomen of beperken;
- De ontwikkeling van een posttraumatische-stressstoornis op de lange termijn helpen voorkomen;
- Waar mogelijk samenwerken en expertise delen met het externe netwerk.

¹ Acuut seksueel geweld verwijst naar slachtoffers die zich binnen 7 dagen na het seksueel geweld aanmelden op een ZSG-afdeling.

² Post-acuut seksueel geweld verwijst naar slachtoffers die naar een ZSG-afdeling komen en bij wie het seksueel geweld meer dan 7 dagen geleden, maar niet meer dan 30 dagen geleden plaatsvond.

2.3. Rollen van ZSG-hulpverleners en samenwerking

Over het algemeen wordt psychologische zorg voor slachtoffers van acuut (en mogelijk ook post-acuut) seksueel geweld in eerste instantie verleend door de verpleegkundige van het ZSG en in tweede instantie door de psycholoog³. Samengevat krijgt het slachtoffer tijdens de eerste maand na het seksueel geweld hoofdzakelijk de eerste psychologische hulp alsook een aandachtige opvolging door de ZSG-verpleegkundige. Na die eerste maand begint de psychologische opvolging van het slachtoffer door de psycholoog ten volle. Er kan in de eerste maand reeds een verkennend gesprek en/of een evaluatie plaatsvinden, naargelang de beschikbaarheden van de psycholoog en de behoeften van het slachtoffer.

Om optimale zorg te garanderen is een goede samenwerking tussen de zorgverleners essentieel, in het bijzonder tijdens de eerste maand. Teamoverleg moet worden aangemoedigd om ervoor te zorgen dat de doelstellingen van psychologische zorg binnen het ZSG worden bereikt:

- Als het gaat om het activeren van het bestaande netwerk of het vinden van een nieuw netwerk voor het slachtoffer, werkt de psycholoog samen met de verpleegkundige van het ZSG om af te stemmen met dit hulpn netwerk, zodat het slachtoffer de best mogelijke zorg krijgt.
- Tijdens de eerste aanmelding van een slachtoffer kan de ZSG-verpleegkundige in bepaalde situaties, zoals beschreven in punt 4.1., een beroep doen op een ZSG-psycholoog om ondersteuning te krijgen bij het bieden van de eerste psychologische hulp.
- Teambesprekingen maken het ook mogelijk om via gezamenlijke besluitvorming de verantwoordelijkheid te delen tussen hulpverleners, en om de veiligheid van slachtoffers en personeel te beschermen, in het bijzonder door het samen bespreken van een duidelijk kader voor bepaalde slachtoffers.

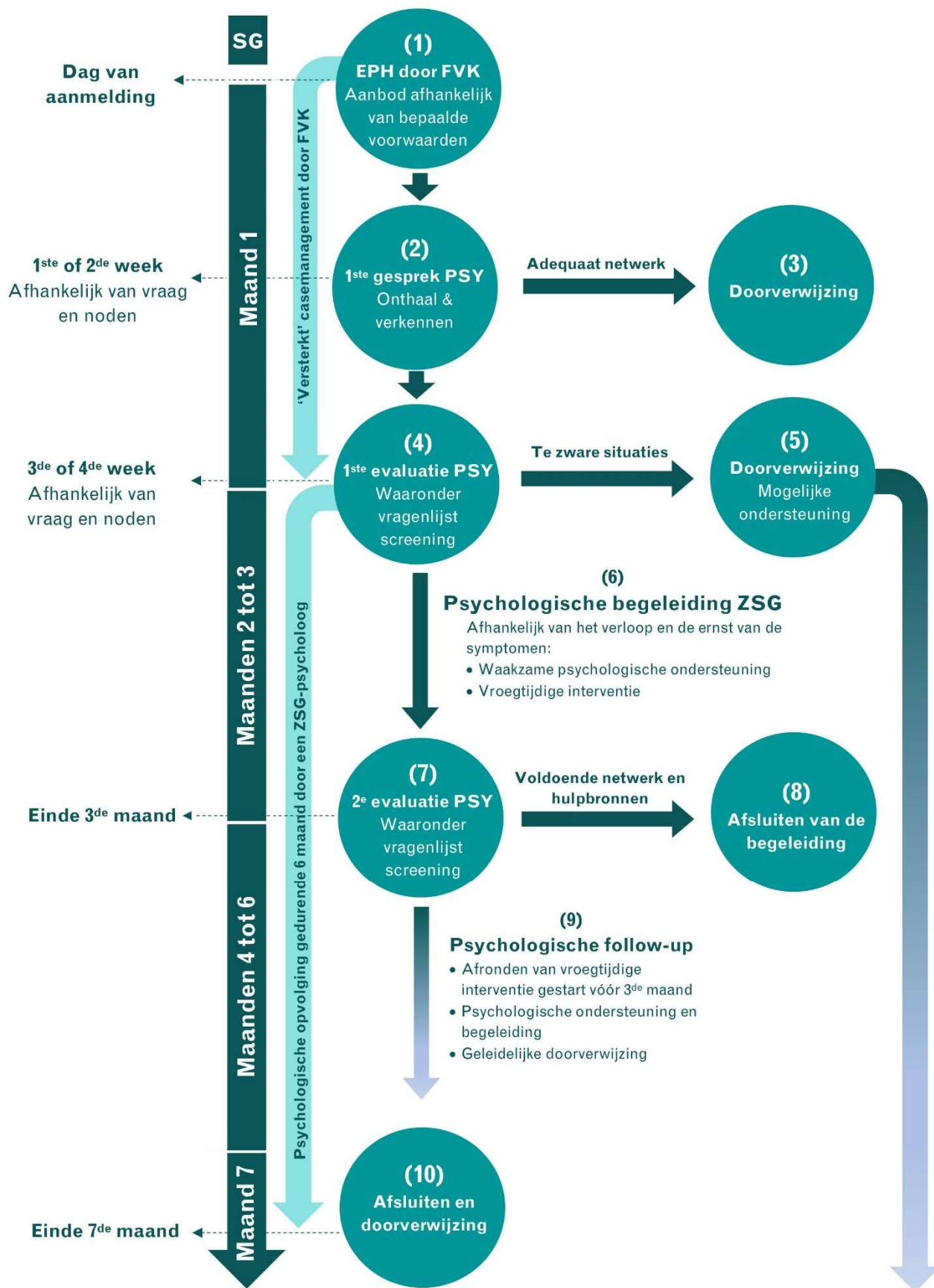
2.4. Steunfiguur

De steunfiguur kan gebruik maken van 2 tot 3 individuele consultaties met een psycholoog, afhankelijk van diens behoeften. Tijdens deze sessies biedt de psycholoog emotionele steun en psycho-educatie, onder andere met behulp van de "Gids voor Steunfiguren".

Om elk risico op belangenvermenging of beschadiging van de therapeutische relatie te vermijden, wordt aanbevolen dat de psycholoog die de steunfiguur ziet een andere is dan de psycholoog die een traject aangaat met het betrokken slachtoffer.

³ Deze verdeling kan verschillen voor post-acute slachtoffers, omdat deze gebaseerd is op de symptomatologische evolutie van het psychotrauma (dat direct na het seksueel geweld begint). Afhankelijk van de tijd die is verstreken tussen het seksueel geweld en de aanmelding in het ZSG, kan het zijn dat post-acute slachtoffers alleen zorg krijgen van een psycholoog.

3. OVERZICHT



De vorige figuur toont het kader voor psychologische opvolging in het ZSG, die ook als volgt kan worden samengevat:

- **Op de dag van aanmelding:** eerste psychologische hulp door de ZSG-verpleegkundige (1);
- **De maand na het seksueel geweld:** nauwgezette opvolging en psychosociale ondersteuning door de ZSG-verpleegkundige, met de mogelijkheid van een oriënterend gesprek (2) met een ZSG-psycholoog in de 1^e of 2^e week na de laatste daad van seksueel geweld voor een acuut slachtoffer. Voor een post-acuut slachtoffer wordt, afhankelijk van de tijd die verstreken is tussen de gebeurtenis en hun aanmelding, zo nodig zo snel mogelijk een oriënterend gesprek gepland. Aan het einde van de maand na het seksueel geweld voert de psycholoog een evaluatiegesprek (4) met het acuut of post-acuut slachtoffer om een aan hun behoeften aangepaste interventie voor te stellen (binnen het ZSG of bij een andere meer gekwalificeerde dienst (3;5));
- **De 2^e en 3^e maand na het seksueel geweld:** gepersonaliseerde psychologische ondersteuning (6) voor het slachtoffer volgens hun behoeften, d.w.z. standaard "waakzame psychologische ondersteuning" en/of vroegtijdige interventie, als de symptomen opduiken of verergeren. Deze hulp kan maximaal 6 maanden duren, vanaf de eerste psychologische beoordeling bij een ZSG-psycholoog. Een tweede evaluatie (7) is voorzien aan het einde van deze periode, om zo de evolutie van het slachtoffer te kunnen opvolgen en het vervolgtraject op het ZSG te bepalen. Doorverwijzing naar externe professionals is ook mogelijk (8);
- **Van de 4^e tot de 6^e maand na het seksueel geweld:** opvolgingsfase en geleidelijke doorverwijzing (9) van het slachtoffer naar gekwalificeerde externe diensten voor hulp op langere termijn vanaf de 4^e maand, om een zo goed mogelijke overgang te garanderen;
- **Einde van de 7^e maand na het seksueel geweld:** Aan het einde van de 6 maanden psychologische ondersteuning moet het slachtoffer worden doorverwezen naar een gekwalificeerde hulpverlener/dienst en moet de psychologische zorg in het ZSG worden beëindigd (10).

Alle bovengenoemde stappen worden in dit handelingsplan beschreven.

4. DAG VAN AANMELDING

4.1. Eerste psychologische hulp en risicobeoordeling door de ZSG-verpleegkundige

4.1.1. Eerste psychologische hulp

Met betrekking tot punt 2.1. onder de noemer "Onthaal en eerste psychologische hulp" in het handelingsplan voor de ZSG-verpleegkundige is de ZSG-verpleegkundige verantwoordelijk voor het ontvangen en aanbieden van eerste psychologische hulp aan het slachtoffer en eventueel aanwezige steunfiguur.

Afhankelijk van de situatie zal de ZSG-verpleegkundige beoordelen of het nodig is om een beroep te doen op de diensten van een ZSG-psycholoog.

- Het wordt aangeraden om een psycholoog in te schakelen om het aanbod van psychologische diensten van het ZSG voor te stellen wanneer psychologische opvolging nuttig lijkt, maar het slachtoffer bepaalde moeilijkheden ondervindt met het psychosociale netwerk. De volgende belemmeringen werden geïdentificeerd als mogelijke obstakels voor het aanvragen van hulp:
 - > Gebrek aan een psychosociaal netwerk;
 - > Een geschiedenis van en/of negatieve houdingen tegenover psychosociale hulpverleners;
 - > Geen voorgeschiedenis van psychologische problemen en dus geen eerdere ervaring met een psycholoog.
- De ZSG-verpleegkundige kan ook de hulp van een ZSG-psycholoog inroepen als situaties te gecompliceerd zijn om alleen aan te pakken. De situaties waarin de extra aanwezigheid van een psycholoog als een toegevoegde waarde wordt erkend, zijn de volgende:
 - > Aanwezigheid van de familie (vooral als ze geagiteerd en/of opdringerig is);
 - > (Vermoeden van) dissociatie bij het slachtoffer;
 - > Ernstige psychiatrische aandoeningen.

In dergelijke gevallen beslist de ZSG-verpleegkundige in samenwerking met de psycholoog hoe die laatste moet ingrijpen. De verpleegkundige beslist namelijk wanneer hij/zij/die een psycholoog wil inschakelen en stelt vooraf een duidelijk kader op met de psycholoog om wederzijdse instemming te verkrijgen over de manier van samenwerken met het slachtoffer. De verpleegkundige zorgt voor het slachtoffer en de psycholoog staat klaar om de ZSG-verpleegkundige indien nodig te ondersteunen.

4.1.2. Risicotaxatie

De ZSG-verpleegkundige maakt dan een algemene beoordeling van de situatie en de mentale toestand van het slachtoffer, met name om het tijdschema voor een eerste afspraak met een ZSG-psycholoog te bepalen. Afhankelijk van de behoeften van het slachtoffer en de ZSG-verpleegkundige, kan de psycholoog gevraagd worden om aanwezig te blijven om de verpleegkundige bij deze taak te ondersteunen, altijd in overeenstemming met de procedures die vooraf door de verpleegkundige werden vastgelegd.

Deze beoordeling omvat:

- > Beoordeling van het sociale netwerk van het slachtoffer, om na te gaan of het slachtoffer op de steun van dit netwerk kan rekenen. Afhankelijk van de situatie kan dit gebeuren via een aantal open vragen⁴ die

⁴ Voorbeeld van open vraag: Bij wie ben je veilig? Wie vertrouw je? Waar kan je terecht als je het moeilijk hebt? Met wie kan je leuke dingen doen? Wie is belangrijk voor jou? Wie waardeert jou?

rechtstreeks aan het slachtoffer kunnen worden gesteld en/of via de vragenlijst SRQ-S (zie bijlage 9.3) voor het evalueren van de reactie van de omgeving.

- > Psychologische beoordeling van het huidige risico op geweld door het slachtoffer tegen zichzelf en het risico op geweld door derden tegen het slachtoffer (zie punt 2.4.2. "Risico op geweld" en bijlage 4.2.3. "psychologische risicotaxatie" van het handelingsplan voor ZSG-verpleegkundigen).

Op basis van de vraag van het slachtoffer EN de informatie die tijdens deze algemene beoordeling is verzameld, bepaalt de verpleegkundige het beste moment voor een eerste gesprek met een psycholoog. Afhankelijk van de beschikbaarheid van het slachtoffer en de ZSG-psychologen zal de verpleegkundige voorstellen dat het slachtoffer uiterlijk de eerste of de tweede week na aanmelding een afspraak maakt met een psycholoog, zoals aangegeven in de onderstaande tabel. Aan alle slachtoffers moet altijd een eerste gesprek met een psycholoog worden aangeboden en gegarandeerd. Afhankelijk van de situatie kan ook een gesprek worden aangeboden aan de steunfiguur.

Risico op geweld		Acute fase	Post-acute fase
Geweld tegen zichzelf	LAAG EN GEMIDDELD	Een afspraak met een ZSG-psycholoog wordt aanbevolen vanaf de 1 ^e week na aanmelding.	Een afspraak met een ZSG-psycholoog is mogelijk tot de 2 ^e week na aanmelding.
	HOOG	<ul style="list-style-type: none"> > De psychiater van wacht wordt ingeschakeld voor een beoordeling en een mogelijke ambulante of residentiële behandeling. > Er wordt zo snel mogelijk in de 1^e week na aanmelding een afspraak gemaakt met een ZSG-psycholoog. 	
Geweld door anderen	LAAG EN GEMIDDELD	Een afspraak met een ZSG-psycholoog wordt aanbevolen in de 1 ^e week na aanmelding.	Een afspraak met een ZSG-psycholoog is mogelijk tot de 2 ^e week na aanmelding.
	HOOG	<ul style="list-style-type: none"> > Er zal contact worden opgenomen met de arts om een ziekenhuisopname of een melding bij de Procureur des Konings te overwegen. > Er wordt zo snel mogelijk in de 1^e week na de gebeurtenis een afspraak gemaakt met een ZSG-psycholoog. 	

Bij het plannen en toelichten van de afspraak met een ZSG-psycholoog verdient het de voorkeur dat de ZSG-verpleegkundige, in de mate van het mogelijke, alleen de mogelijkheid vermeldt van een eerste gesprek met een ZSG-psycholoog, dat gebruikt zal worden om de mogelijke voortzetting van de psychologische opvolging in het ZSG te bepalen. In het belang van zowel het slachtoffer als de psycholoog is het belangrijk om geen valse verwachtingen te scheppen over een mogelijke opvolging. Op deze manier ligt de verantwoordelijkheid voor het beoordelen van de geschiktheid en haalbaarheid van een psychologisch aanbod in het ZSG, en voor het informeren van het slachtoffer, volledig bij de psycholoog zelf.

De ZSG-verpleegkundige geeft ook de nodige informatie over de mogelijkheid van een consultatie/behandeling in geval van een crisis als de mentale toestand van het slachtoffer verslechtert (met name voor slachtoffers die niet van plan zijn een psycholoog te bezoeken in de 1^e of 2^e week na het seksueel geweld en voor slachtoffers van post-acuut seksueel geweld).

4.2. Beschikbaarheid van de psycholoog indien nodig

Zoals hierboven vermeld (zie punt 4.1.) kan de ZSG-psycholoog, indien nodig en afhankelijk van de beschikbaarheid, de ZSG-verpleegkundige bijstaan in zijn/haar/hun taken van eerste psychologische hulp en risicotaxatie. Op verzoek van de ZSG-verpleegkundige kan er in de volgende gevallen een beroep worden gedaan op een ZSG-psycholoog om ondersteuning te bieden:

- Het wordt aanbevolen dat een psycholoog het psychologische aanbod van het ZSG komt voorstellen aan slachtoffers die bepaalde moeilijkheden ondervinden met het psychosociale netwerk. Het doel is om slachtoffers aan te moedigen die terughoudender zijn om psychologische hulp te zoeken wanneer dit nuttig en/of noodzakelijk zou kunnen zijn. Door de psychologische diensten van het ZSG voor te stellen, kan de psycholoog bepaalde vragen en/of angsten bij deze slachtoffers ophelderen en een eerste contact van goede kwaliteit bieden dat bepalend zal zijn voor de rest van hun traject.
- Een psycholoog kan de ZSG-verpleegkundige ondersteunen in situaties die gecompliceerder zijn om alleen aan te pakken. Het is belangrijk dat de psycholoog die de verpleegkundige in deze gevallen ondersteunt, het kader volgt dat door de verpleegkundige is opgesteld, om te garanderen dat ieders rol wordt gerespecteerd en dat de psychologische zorg de medische en forensische zorg niet verstoort.

5. EERSTE MAAND NA HET SEKSUEEL GEWELD

5.1. Nauw toezicht door de ZSG-verpleegkundige via “versterkt” casemanagement⁵

Tijdens de eerste maand na het seksueel geweld besteedt de verpleegkundige, naast de taken beschreven in punt 3 "Casemanagement" van het handelingsplan voor ZSG-verpleegkundigen⁶, bijzondere aandacht aan de psychologische toestand van het slachtoffer om eventuele extra psychologische ondersteuning te bieden. Het doel van deze regelmatige telefonische contacten⁷ is het monitoren van de vooruitgang van de geestelijke toestand van het slachtoffer totdat hij/zij/die daadwerkelijk onder behandeling is van een psycholoog. Het is daarom bijzonder belangrijk om slachtoffers te ondersteunen die psychologische hulp hebben geweigerd of die een eerste gesprek met een psycholoog hebben na de 1^e week na het seksueel geweld (inclusief post-acute slachtoffers).

Tijdens regelmatig telefonisch contact zorgt de ZSG-verpleegkundige voor passende psycho-educatie en een actief luisterend oor, en stelt hij/zij/die het slachtoffer indien nodig gerust. Hij/zij/die is ook verantwoordelijk voor het herinneren van slachtoffers aan het bestaan van psychologische begeleiding bij het ZSG, om de psychologische diensten te verduidelijken voor slachtoffers die deze mogelijkheid vergeten zijn of die begeleiding door een psycholoog van het ZSG geweigerd hebben. Voor slachtoffers die al een afspraak hebben met een psycholoog zal de verpleegkundige hen herinneren aan de datum en details van de afspraak, om de kans te vergroten dat ze zullen komen.

Afhankelijk van de behoeften van het slachtoffer en de steunfiguur, neemt de ZSG-verpleegkundige verder telefonisch contact op met het slachtoffer en/of de steunfiguur tijdens de eerste maand na het seksueel geweld (zie punt 3.3. van het handelingsplan voor de ZSG-verpleegkundige). Als er tekenen van verslechtering van de mentale toestand zijn, kan de ZSG-verpleegkundige een vroegtijdige herbeoordeling van de psychologische symptomen en/of een vroegtijdig gesprek met de ZSG-psycholoog voorstellen, afhankelijk van de beschikbaarheid.

Om ervoor te zorgen dat het slachtoffer veilig en stabiel is tijdens deze telefonische contacten, kan de ZSG-verpleegkundige de psychologen van het team om hulp of advies vragen bij deze taak. Deze ondersteuning wordt vergemakkelijkt door regelmatig casusoverleg. Coördinatie en teamoverleg moeten aangemoedigd worden om verpleegkundigen te helpen deze doelstellingen te bereiken met slachtoffers en/of de steunfiguur.

5.2. Eerste oriënterend gesprek door de psycholoog in de 1^e of 2^e week na het seksueel geweld.

Zoals hierboven vermeld (zie punt 4.1.2.), op basis van het verzoek van het slachtoffer EN de informatie verzameld tijdens de algemene beoordeling, wordt een eerste gesprek met een psycholoog altijd voorgesteld door de ZSG-verpleegkundige, niet later dan de 1^e of 2^e week **na aanmelding**:

- Als er een afspraak wordt gemaakt in de 1^e of 2^e week na het seksueel geweld, is dit eerste gesprek vooral een kans voor het slachtoffer en de ZSG-psycholoog om elkaar te leren kennen. Het belangrijkste doel is om het slachtoffer gerust te stellen en zijn/haar/hun behoeften, eisen en middelen te onderzoeken, om de bredere context van het slachtoffer te begrijpen en de verschillende mogelijkheden voor psychologische opvolging (in het ZSG of elders) te overwegen.

⁵ De term « casemanagement » verwijst naar het begrip « slachtofferbegeleiding », zoals gedefinieerd in artikel 2 van de Wet betreffende de Zorgcentra na Seksueel Geweld.

⁶ Waar mogelijk is het sterk aan te raden dat casemanagement wordt uitgevoerd door de forensisch verpleegkundige die ook de holistische zorg heeft verleend tijdens het eerste contact, of door twee vaste verpleegkundigen. In uitzonderlijke gevallen worden de redenen voor de verandering van contactpersoon duidelijk uitgelegd aan het slachtoffer tijdens het telefoongesprek.

⁷ Afhankelijk van de situatie kan casemanagement ook worden uitgevoerd met de steunfiguur (bijvoorbeeld in het geval van slachtoffers in kwetsbare situaties).

- **Na de 1^e of 2^e week na het seksueel geweld**, richt dit eerste gesprek zich voornamelijk op het uitvoeren van de eerste psychologische beoordeling, zoals beschreven in punt 5.3.

Als het slachtoffer geen eerste verkennend gesprek wil in de acute fase in de 1^e of 2^e week na het seksueel geweld, of als het slachtoffer zich in de postacute fase bevindt, neemt de psycholoog deze doelen ook mee in de eerste psychologische beoordeling (zie punt 5.3.).

Afhankelijk van de behoeften van het slachtoffer kan deze verkennende fase bestaan uit één of meerdere gesprekken.

Tijdens dit verkennend gesprek voert de psycholoog de volgende doelstellingen uit:

- Onthaal;
- Veiligheid;
- Psycho-educatie;
- Beoordeling van middelen en netwerk;
- Mogelijke beoordeling van co-morbide psychologische stoornissen.

Stap 1 - Onthaal

- > Overleg vooraf met de ZSG-verpleegkundige en/of bekijk het (elektronische) dossier van het slachtoffer en zoek uit welke stappen de ZSG-verpleegkundige al met het slachtoffer ondernomen heeft.
- > Stel uzelf kort voor en licht de principes van psychologische begeleiding toe, zoals beschreven in de doelstellingen in de punten 5.3. en 6.2.2.
- > Geef informatie over beroepsgeheim en het delen van informatie. Als het slachtoffer haar verhaal niet opnieuw wil vertellen, vertel haar dan dat ze je toestemming kan geven om de inhoud van haar patiëntendossier te raadplegen. Als je de situatie van het slachtoffer al met de verpleegkundige hebt besproken, laat dat dan ook weten, in het belang van de transparantie.
- > Benadruk dat de sessies vrijwillig en vrijblijvend zijn.
- > Peil naar de verwachtingen van het slachtoffer over ondersteuning door de ZSG-psycholoog en geef ook aan wat een ZSG al dan niet kan bieden, om het ZSG-kader en zijn beperkingen zo snel mogelijk duidelijk te maken.

Stap 2 - Veiligheid en psycho-educatie

- > Neem in de eerste plaats de tijd om het slachtoffer gerust te stellen, zodat hij/zij/die zich gehoord en op een veilige plaats voelt.
- > Geef psycho-educatie over mogelijke reacties op seksueel geweld. Leg uit welke gevoelens en gedragingen normaal zijn na zo'n traumatische gebeurtenis, om het slachtoffer gerust te stellen en stereotypen en vooroordelen over seksueel geweld te ontcrachten. Geef hem/haar/hen ook een informatiemap als hij/zij/die die nog niet van de ZSG-verpleegkundige heeft gekregen.
- > Geef het slachtoffer passend advies over hoe hij/zij/die met zijn/haar/hun eigen reacties kan omgaan (eventueel met hulp van de steunfiguur) en hoe hij/zij/die zijn/haar/hun eigen copingstrategieën kan verbeteren en vinden.

Stap 3 - Beoordeling van middelen en netwerk

Beoordeel de huidige toestand van het slachtoffer en let vooral op zijn/haar/hun sociale omgeving. Gezien het belang van de sociale ondersteuning, de ondersteuning door de omgeving en de relaties is het inderdaad belangrijk om een idee te hebben van de manier waarop de slachtoffers hun sociale netwerk ervaren⁸.

Beoordeel de volgende aspecten en leg ze systematisch vast in het anamnesedocument (bijlage 9.1.):

- > Eetlust/hydratie en slaap;
- > Plaats waar het slachtoffer kan rusten;
- > Eventuele problemen waarmee het slachtoffer momenteel wordt geconfronteerd;
- > Gezinsituatie (relatie, kinderen, familie, burgerlijke staat, wettelijke verblijfsstatus, enz.);
- > Beroeps- en/of schoolleven;
- > Sociaal en relationeel functioneren (hobby's, sociaal netwerk, enz.);
- > Eerdere psychosociale bijstand en gevoelens daarover of huidig ondersteuningsnetwerk;
- > Belangrijke thematieken en/of problemen in het leven (eventuele huidige zorgen en/of sterke punten);
- > Hulp- en krachtbronnen;
- > Gevoelens van schaamte en/of schuld.

Gebruik indien nodig de schalen in de bijlage (zie bijlage 9.3.) om de sociale ondersteuning van het slachtoffer en de sociale reacties op het seksueel geweld te beoordelen.

Stap 4 - Mogelijke beoordeling van co-morbide psychologische stoornissen

Afhankelijk van de behoeften en de mentale toestand van het slachtoffer, kunt u in dit stadium misschien al co-morbide stoornissen vaststellen. In het geval van suïcidale gedachten, dissociatie⁹ of alcoholisme is het bijvoorbeeld raadzaam om de betrokken slachtoffers zo snel mogelijk op deze stoornissen te screenen.

Gebruik indien nodig de schalen in de bijlage (zie bijlage 9.3.) ter ondersteuning van het diagnostische en therapeutische proces voor verschillende mogelijke psychologische stoornissen, afhankelijk van de situatie.

Als verdere medicatie nodig is, verwijst het slachtoffer dan door naar zijn/haar/hun huisarts of psychiater.

Als het slachtoffer een hoog risico loopt op ernstige zelfbeschadiging en zelfmoord, neem dan contact op met de dienstdoende psychiater voor een directe beoordeling en een mogelijke ambulante of residentiële behandeling. Schakel indien mogelijk ook het bestaande ondersteuningsnetwerk van het slachtoffer in. De eerstvolgende consultatiedatum waarop u het slachtoffer kunt zien, moet met de psychiater worden afgestemd.

Stap 5 - Mogelijkheid tot directe doorverwijzing na het eerste gesprek

Evalueer op basis van de beoordeling van de hulpbronnen of het slachtoffer een psychosociaal netwerk heeft en of het slachtoffer op de steun van dit netwerk kan rekenen. Als het netwerk ondersteunend is en het slachtoffer voldoende autonoom is om de middelen te vinden om externe psychologische begeleiding te volgen/voort te zetten, verwijst u het slachtoffer rechtstreeks door naar een externe hulpdienst (nieuw of bestaand).

⁸ Talrijke studies hebben aangetoond dat sociale steun in verband wordt gebracht met lagere percentages PTSS, terwijl negatieve sociale reacties tegenover het slachtoffer leiden tot hogere percentages PTSS.

⁹ Het is belangrijk om de dissociatie zelf te bestuderen, omdat die in verband kan worden gebracht met een hoog risico op zelfmoord en zelfdestructief gedrag. De traumatische dissociatie (TD) zelf kan ook een voorspellende factor zijn voor een eventuele toekomstige PTSS.

Doorverwijzing wordt altijd uitgevoerd in overleg met het slachtoffer, op een actieve en duurzame manier, om een overgang tussen het ZSG en de externe hulp/psycholoog te garanderen. Samenwerking met het externe netwerk is belangrijk om het bewustzijn te vergroten en expertise in psychotrauma te delen met externe hulpverleners.

Voer hiervoor de volgende stappen uit:

- > Vraag het slachtoffer vooraf of hij/zij/die zich comfortabel genoeg voelt om seksueel geweld te bespreken met een externe psycholoog.
 - > Probeer dan, met toestemming van het slachtoffer en voor zover mogelijk, contact te leggen met een externe psycholoog om een link te leggen met het netwerk. Beoordeel wat mogelijk is voor de psycholoog op het gebied van traumaverwerking na seksueel geweld en of hij/zij/die zich comfortabel voelt met deze onderwerpen. Neem indien nodig de tijd om dieper in te gaan op stabilisatietechnieken en het noodzakelijke vervolg van de traumabehandeling, om hem/haar/hen gerust te stellen en zijn/haar/hun vertrouwen op te bouwen;
 - > Zo niet, stel dan een tweede gesprek met het slachtoffer voor om een psychologische beoordeling uit te voeren om de psychologische diensten die het ZSG aanbiedt aan te passen aan de behoeften van het slachtoffer (zie punt 5.3. hieronder).

Om gezamenlijke besluitvorming over het al dan niet direct doorverwijzen van een slachtoffer aan te moedigen en een duidelijk kader voor bepaalde slachtoffers te behouden, wordt er binnen het team regelmatig casusoverleg georganiseerd. Coördinatie en teamoverleg moeten worden aangemoedigd om de verantwoordelijkheid voor sommige van de moeilijkere beslissingen te delen en om de veiligheid van slachtoffers en medewerkers te waarborgen.

Stap 6 - Afronding

Neem de tijd om de consultatie met het slachtoffer af te ronden en zorg ervoor dat hij/zij/die de nodige telefoonnummers heeft in geval van nood (noodnummers/hulpnummers die specifiek zijn voor zijn/haar/hun regio en behoeften). Geef altijd informatie over consultatie/zorg in geval van een crisis. Vertel het slachtoffer welke nummers hij/zij/die kan bellen als zijn/haar/hun geestelijke toestand verslechtert.

Spreek af om elkaar opnieuw te ontmoeten voor een evaluatiegesprek, idealiter uiterlijk gepland in de 3^e of 4^e week na het seksueel geweld.

Vul vervolgens het dossier van het slachtoffer aan met de verzamelde informatie (zie bijlage 9.4.).

5.3. Eerste psychologische beoordeling door een psycholoog mogelijk vanaf de 3^e week na het seksueel geweld

Gezien de symptomatologische evolutie van psychotrauma na seksueel geweld, wordt de eerste psychologische beoordeling idealiter uitgevoerd rond de 4^e week na de laatste daad van seksueel geweld en wordt deze niet aanbevolen voor de 3^e week na deze laatste daad.

Als het slachtoffer geen eerste verkennend gesprek wil in de acute fase in de 1^e of 2^e week na het seksueel geweld, of als het slachtoffer zich in de postacute fase bevindt, neemt de psycholoog de doelen voorzien in punt 5.2. ook mee in de eerste psychologische beoordeling.

Het doel van deze beoordeling is om de psycholoog in staat te stellen de psychologische toestand van het slachtoffer te evalueren en de meest geschikte interventie te bepalen op basis van de behoeften van het slachtoffer, hetzij binnen het ZSG of met een meer gekwalificeerde externe hulpdienst/psycholoog. Om dit te kunnen doen, zal de beoordeling zich met name richten op het opsporen van een risico op (C)PTSS en/of andere psychopathologie(ën) die verband

houden met de traumatische gebeurtenis, met behulp van wetenschappelijk aanbevolen schalen. Afhankelijk van de behoeften van het slachtoffer kan deze evaluatie bestaan uit één of meerdere gesprekken.

Stap 1 - Anamnese van de mentale toestand

1. Verwelkom het slachtoffer en begin met het doel van de beoordeling uit te leggen.
2. Beoordeel de mentale toestand van het slachtoffer op de volgende aspecten (voornamelijk door observatie) en leg deze systematisch vast in het anamnesedocument (bijlage 9.1. en 9.4.):
 - > Algemene indruk (uiterlijk);
 - > Cognitieve functies (bewustzijn, oriëntatie, intellectuele functies, perceptie en reflectie);
 - > Affectieve functies (stemming en affect, sociale en emotionele functies);
 - > Conatieve functies (psychomotoriek, motivatie en gedrag).
3. Maak een inschatting van zijn/haar/hun reacties op acute stress (ASR) na het seksueel geweld, waarbij standaard de PCL-5 of ITQ-schaal wordt gebruikt als ondersteuning voor de klinische analyse van de psycholoog, waarbij de klinische analyse van de psycholoog altijd voorrang heeft op de schaalresultaten. Het gebruik van deze vragenlijsten biedt de psycholoog extra ondersteuning bij zijn/haar/hun analyse. Deze bieden tastbare gegevens waarop toekomstige beslissingen kunnen worden gebaseerd en helpen om het slachtoffer te situeren en zijn/haar/hun vooruitgang te volgen. Daarnaast kunnen deze schalen indien nodig worden gebruikt als psycho-educatief hulpmiddel voor het slachtoffer.
 - > **PCL-5 PTSD Checklist for DSM-5** is een vragenlijst die zich richt op de kenmerken van PTSS volgens de DSM-5-criteria. Het wordt vaak gebruikt en aangemoedigd als een beoordelingsinstrument bij slachtoffers van seksueel geweld via de continue aanpak, maar laat niet toe om een onderscheid te maken tussen PTSS en CPTSS. De PCL-5 bevat ook een extra schaal om eerdere blootstelling aan trauma te meten (criterium A1)¹⁰.
 - > De **International Trauma Questionnaire (ITQ)** is een vragenlijst die zich richt op de kenmerken van PTSS volgens de ICD-11-criteria. Het is nuttiger om onderscheid te maken tussen PTSS en CPTSS omdat het de symptomen van beide stoornissen identificeert. De dimensionele benadering wordt aanbevolen om de verandering van de symptomen als reactie op de psychologische bijstand die in het ZSG wordt geboden, op te volgen.

De score en de interpretatie van deze twee schalen via de hierboven aanbevolen benaderingen worden verder uitgewerkt in bijlage 9.5.

Deze twee screeningsvragenlijsten kunnen worden ingevuld door de psycholoog of via een zelfrapportage¹¹. Aangezien deze schalen een solide wetenschappelijke basis hebben wat betreft zelfrapportage, is het ook mogelijk voor slachtoffers om de vragenlijsten zelf in te vullen met behoud van een hoog betrouwbaarheidsniveau. De diagnose¹² moet daarentegen in een later stadium van het zorgproces worden gesteld door een psycholoog of psychiater.

4. Beoordeel zorgvuldig de aanwezigheid van dissociatieve, depressieve en suïcidale symptomen en de gebruikte copingvaardigheden (alcohol/drugs/zelfbeschadiging, sociaal netwerk). Gebruik, afhankelijk van de situatie, indien nodig de schalen in de bijlage (zie bijlage 9.3.) ter ondersteuning van het diagnostische en therapeutische proces voor verschillende mogelijke psychologische stoornissen, afhankelijk van de situatie.

¹⁰ Het is niet mogelijk om rekening te houden met het complexe trauma van individuen als eerdere blootstelling aan trauma('s) in het begin niet gemeten is. Verwar eerdere blootstelling aan trauma('s) niet met complexe PTSS (1).

¹¹ Zo kan het raadzaam zijn om het slachtoffer kort voor de geplande consultatie uit te nodigen, zodat hij/zij/die de tijd heeft om de vragenlijst in te vullen in het ZSG, voorafgaand aan het gesprek met de psycholoog en zodat de psycholoog kan interveniëren wanneer nodig.

¹² De PCL-5 kan ook worden gebruikt als tussentijds diagnostisch hulpmiddel (zie bijlage 9.5.).

Als verdere medicatie nodig is, verwijst het slachtoffer dan door naar zijn/haar/hun huisarts of psychiater.

Als het slachtoffer een hoog risico loopt op ernstige zelfbeschadiging en zelfmoord, neem dan contact op met de dienstdoende psychiater voor een directe beoordeling en een mogelijke ambulante of residentiële behandeling. Schakel indien mogelijk ook het bestaande ondersteuningsnetwerk van het slachtoffer in. De eerstvolgende consultatiedatum waarop u het slachtoffer kunt zien, moet met de psychiater worden afgestemd.

Stap 2 - Bepalen van een geschikte psychologische interventie (ZSG of niet-ZSG)

In overeenstemming en overleg met het slachtoffer beoordeelt de psycholoog, op basis van de psychologische evaluatie van het slachtoffer (psychologische toestand, middelen, behoeften), of de psychologische ondersteuning van het slachtoffer in het ZSG zal worden voortgezet of door een externe hulpdienst/psycholoog zal worden verstrekt:

- > Ondersteuning bij doorverwijzing naar een externe hulpdienst/psycholoog (zie punt 6.2.1.):

Als de psychologische situatie van het slachtoffer te complex is om op korte termijn aan te pakken, en 6 maanden psychologische zorg in ieder geval niet voldoende zal zijn, zal de psycholoog een proces van doorverwijzing starten. Het slachtoffer zal daarom geleidelijk en actief worden doorverwezen naar een externe hulpdienst/psycholoog die meer gerichte ondersteuning op lange termijn kan bieden. Deze actieve ondersteuning is mogelijk tot 6 maanden na het evaluatiegesprek en omvat, indien nodig, een vorm van psychologische monitoring¹³ van de betrokken slachtoffers.

- > Psychologische bijstand binnen het ZSG gedurende 6 maanden (zie punt 6.2.2.):

Als kortdurende psychologische ondersteuning gunstig blijkt te zijn voor het slachtoffer, kan hij/zij/die 6 maanden lang psychologische zorg krijgen bij het ZSG, vanaf de eerste psychologische evaluatie. Het belangrijkste doel van deze follow-up is om het betrokken slachtoffer te helpen de impact van de stressvolle gebeurtenis op zijn/haar/hun dagelijks leven te verminderen en het ontstaan van secundaire problemen te voorkomen, en hem/haar/hen voldoende autonoom te maken om zijn/haar/hun eigen hulpbronnen te vinden.

Om gezamenlijke besluitvorming over het al dan niet doorverwijzen van een slachtoffer aan te moedigen en een duidelijk kader voor bepaalde slachtoffers te behouden, wordt er binnen het team regelmatig casuoverleg georganiseerd. Coördinatie en teamoverleg moeten worden aangemoedigd om de verantwoordelijkheid voor sommige van de moeilijkere beslissingen te delen en om de veiligheid van slachtoffers en medewerkers te waarborgen.

Stap 3 - Afronding

Neem, net als bij punt 5.2., de tijd om de consultatie met het slachtoffer af te ronden en zorg ervoor dat hij/zij/die de nodige telefoonnummers heeft in geval van nood (noodnummers en hulplijnen die specifiek zijn voor zijn/haar/hun regio en behoeften). Dit is des te noodzakelijker als er niet eerst een verkennend gesprek heeft plaatsgevonden.

Geef altijd informatie over consultatie/zorg in geval van een crisis. Vertel het slachtoffer welke nummers hij/zij/die kan bellen als zijn/haar/hun mentale toestand verslechtert. Maak een nieuwe afspraak voor het volgende adviesgesprek, op basis van wat in stap 2 werd beslist. Vul vervolgens het dossier van het slachtoffer aan met de verzamelde informatie.

¹³ Onder monitoring wordt verstaan: ad-hocgesprekken om (veranderingen in) de psychologische toestand van het slachtoffer te monitoren, hem/haar/hen te ondersteunen, gerust te stellen en te stabiliseren indien dat nodig is. De monitoring is dus niet bedoeld om een therapeutische behandeling op te starten met het slachtoffer.

Na deze beoordeling wordt aanbevolen om het slachtoffer zo snel mogelijk op een wachtlijst te plaatsen voor een externe hulpverlening/psycholoog, op basis van zijn/haar/hun psychologische beoordeling en behoeften. Het doel is om te anticiperen op de mogelijke toekomstige doorverwijzing van het slachtoffer, die gepland is aan het einde van de ZSG-behandeling, en om te zorgen voor een meer gerichte overgang naar externe hulpdiensten/psychologen die specifiek voldoen aan de behoeften van elk slachtoffer.

6. TWEEDE EN DERDE MAAND NA SEKSUEEL GEWELD

6.1. Casemanagement door de ZSG-verpleegkundige na de 1^e maand na seksueel geweld

In overeenstemming met het handelingsplan voor de ZSG-verpleegkundige (zie punten 3.4. en 3.5.) breidt de ZSG-verpleegkundige geleidelijk het telefonisch contact met het slachtoffer en/of de steunfiguur uit en voert hij/zij/die de taken uit die in het handelingsplan worden vermeld.

Afhankelijk van de behoeften van het slachtoffer en/of de steunfiguur, onderhoudt de verpleegkundige van het ZSG verder telefonisch contact tijdens de eerste maanden na aanmelding bij het ZSG.

6.2. Psychologische begeleiding door een psycholoog vanaf de 2^e tot de 3^e maand na het seksueel geweld

6.2.1. Ondersteuning bij doorverwijzing naar een externe hulpdienst/psycholoog

Zoals vermeld in stap 2 van punt 5.3. gebeurt de doorverwijzing van deze slachtoffers altijd in overleg met het slachtoffer, op een actieve en ondersteunende manier. Het doel is om een link te bieden tijdens de overgang van eerstelijns-ondersteuning in het ZSG naar follow-up op langere termijn met een externe ondersteuningsdienst/psycholoog van goede kwaliteit. De psycholoog biedt psychologische ondersteuning en supervisie aan de betrokken slachtoffers, afhankelijk van hun behoeften, gedurende een periode van 6 maanden.

Samenwerking met het externe netwerk is belangrijk om het bewustzijn te vergroten en expertise in psychotrauma te delen met externe hulpverleners.

6.2.2. Psychologische bijstand in het ZSG

De psycholoog past standaard "waakzame psychologische ondersteuning" toe en/of neemt zijn toevlucht tot vroegtijdige interventie als de symptomen verschijnen of verergeren.

Zoals vermeld in stap 2 van punt 5.3. is het doel van deze zorg om slachtoffers te helpen om de impact van de stressvolle gebeurtenis op hun leven te verminderen, om te voorkomen dat er secundaire problemen in hun dagelijks leven ontstaan en om hen voldoende autonoom te maken om hun eigen hulpbronnen te vinden. De interventiemethode en het aantal en de frequentie van de sessies worden bepaald op basis van de behoeften en middelen van het slachtoffer en de beoordeling van de psycholoog, met het oog op het bereiken van deze doelstellingen.

- > "Waakzame psychologische ondersteuning" als standaard:

De psycholoog biedt standaard psychosociale zorg en kwalitatief goede opvolging aan het slachtoffer om zijn/haar/hun leed te verlichten. Deze waakzame psychologische ondersteuning richt zich op psycho-educatie, stabilisatie en empowerment van het slachtoffer.

- > Vroegtijdig ingrijpen bij beginnende of verergerende symptomen:

Als nieuwe symptomen die verband houden met het psychotrauma (PTSS en/of co-morbide stoornissen) verschijnen of verergeren tussen de 2^e en 3^e maand na de laatste daad van seksueel geweld, zal de psycholoog een vroegtijdige interventie opzetten die is aangepast aan de behoeften en de situatie van het slachtoffer (vooral bij slachtoffers die weinig kans hebben om op eigen kracht te herstellen).

Onder "vroegtijdige interventie" verstaan we psychologische en therapeutische behandeling binnen 3 maanden na de traumatische gebeurtenis, met als doel het ontstaan van symptomen die verband houden met psychotrauma te voorkomen of te matigen en de ontwikkeling van chronische PTSS te helpen voorkomen.

Als de psycholoog kiest, bij voorkeur¹⁴, voor een vroegtijdige interventie, is het raadzaam om te beginnen met een vroegtijdige behandeling met CGT gericht op trauma (cognitieve verwerkingstherapie, cognitieve therapie voor PTSS, narratieve exposuretherapie, verlengde exposuretherapie) of EMDR als dit de voorkeur geniet voor het slachtoffer.

6.3. Tweede beoordelingsgesprek door de psycholoog aan het einde van de 3^e maand na aanmelding

Voor alle slachtoffers die psychologische hulp krijgen in het ZSG, vindt drie maanden na het seksueel geweld een tweede beoordelingsgesprek plaats om de vooruitgang van het slachtoffer sinds het begin van de behandeling te evalueren. Het doel is om vast te stellen of de stress het dagelijks leven van het slachtoffer nog steeds verstoort en of hij/zij/die voldoende middelen heeft om opnieuw te integreren in zijn/haar/hun leven, onafhankelijk te functioneren in de maatschappij en/of door te gaan met een eventuele ambulante behandeling op lange termijn (indien nodig).

Stap 1 - Algemene anamnese

Verwelkom het slachtoffer en begin met het uitleggen van het doel van de beoordeling. Beoordeel vervolgens hoe het slachtoffer zich de afgelopen twee maanden heeft gevoeld en hoe hij/zij/die met deze gevoelens is omgegaan.

Beoordeel de huidige en mentale toestand van het slachtoffer opnieuw, met bijzondere aandacht voor de sociale omgeving, zoals beschreven in stap 3 van punt 5.2. en stap 1 van punt 5.3.

Gebruik dezelfde schaal als bij de eerste beoordeling om de mentale toestand en de hulpbronnen van het slachtoffer opnieuw te beoordelen. Het doel is om de ontwikkeling van PTSS in te schatten, de psychologische vooruitgang te monitoren en eventuele vooruitgang in therapie te beoordelen bij slachtoffers bij wie al een vroegtijdige traumagerichte behandeling is gestart.

Stap 2 - De volgende fase van de psychologische interventie bepalen (ZSG of niet-ZSG)

Beoordeel in overleg met het slachtoffer en op basis van zijn/haar/hun medische voorgeschiedenis de verschillende opties voor het voortzetten of stopzetten van de behandeling in het ZSG:

> Effectief einde van de zorg:

Als de stress het dagelijks leven van het slachtoffer niet langer verstoort, als het slachtoffer voldoende middelen heeft om zijn/haar/hun leven te re-integreren en zelfstandig in de maatschappij te functioneren en/of om eventuele langdurige zorg voort te zetten, sluit u de zorg voor het slachtoffer af bij het ZSG.

Neem de tijd om de sessie met het slachtoffer af te ronden en zorg ervoor dat hij/zij/die de nodige telefoonnummers heeft in geval van nood (noodnummers/hulpnummers die specifiek zijn voor zijn/haar/hun regio en behoeften). Geef ook de informatie over consultatie/zorg in geval van een crisis. Vertel het slachtoffer dat hij/zij/die altijd het ZSG kan bellen in de komende weken als zijn/haar/hun geestelijke toestand verslechtert. Indien deze oproep plaatsvindt in de 6 maanden volgend op de eerste evaluatie, dan zal bekeken worden wat

¹⁴ Vroegtijdige interventiemethoden aanbevolen door internationale richtlijnen (NICE en ISTSS).

het slachtoffer nodig heeft en wat er nog door het ZSG gedaan kan worden.

- > De afronding van de vroegtijdige interventie begonnen vóór de 3^e maand na het seksueel geweld:

Als de vroegtijdige interventie gestart werd voor de 3^e maand na het seksueel geweld en nog steeds loopt, neem dan de tijd om deze vroegtijdige interventie af te ronden. Zodra dit is afgerond, start geleidelijk de psychologische opvolgingsfase, die mogelijk is tot het einde van de 6^e maand na het seksueel geweld.

- > Psychologische opvolgingsfase:

Als de stress het dagelijkse leven van het slachtoffer nog steeds verstoort en hij/zij/die niet over voldoende middelen beschikt om zijn/haar/hun leven te re-integreren en zelfstandig in de maatschappij te functioneren en/of om eventuele langdurige zorg voort te zetten, ga dan door met de opvolging in het ZSG tot uiterlijk het einde van de 6^e maand na het seksueel geweld. De psycholoog blijft gedurende maximaal 3 maanden psychologische ondersteuning en supervisie bieden aan de betrokken slachtoffers, afhankelijk van hun behoeften.

Neem in geval van hoog risico contact op met de psychiater van wacht voor een beoordeling en mogelijke ambulante of residentiële behandeling. Bepaal, in overleg met de psychiater, de verantwoordelijkheden van elke persoon in het vervolg van de zorg.

Stap 3 - Afronding

Neem de tijd om de sessie met het slachtoffer af te sluiten en maak, indien nodig, een nieuwe afspraak voor de volgende begeleidingssessie, op basis van wat er in stap 2 is besloten. Vul vervolgens het dossier van het slachtoffer aan met de verzamelde informatie.

7. VIERDE TOT ZESDE MAAND NA SEKSUEEL GEWELD

Zoals beschreven in punt 6.3. heeft de psycholoog, als de symptomen in verband met het psychotrauma nog steeds aanwezig zijn of als de vroegtijdige interventie nog steeds aan de gang is, nog 3 maanden de tijd om de reeds begonnen behandeling af te ronden en/of het psychologisch toezicht op het slachtoffer voort te zetten, om hem/haar/hen zo lang als nodig te begeleiden en zijn/haar/hun psychologische toestand in het oog te houden. Zodra het slachtoffer zich begint te stabiliseren, kan de tijd tussen de sessies geleidelijk worden verlengd.

In dit stadium is het, afhankelijk van de situatie van het slachtoffer en de eventuele noodzaak van een doorverwijzing, sterk aan te raden om te beginnen met het organiseren van de geleidelijke doorverwijzing van het slachtoffer naar een externe hulpdienst/psycholoog voor verdere langetermijnbehandeling. Doorverwijzing van deze slachtoffers wordt altijd uitgevoerd in overleg met het slachtoffer, op een actieve en duurzame manier, om de link te waarborgen tijdens de overgang tussen eerstelijns hulp bij het ZSG en opvolging op langere termijn bij een externe hulpdienst/psycholoog.

Samenwerking met het externe netwerk is belangrijk om het bewustzijn te vergroten en expertise in psychotrauma te delen met externe hulpverleners. Voer hiervoor de volgende stappen uit:

- > Vraag het slachtoffer vooraf of hij/zij/die zich comfortabel genoeg voelt om seksueel geweld te bespreken met een externe psycholoog.
- > Probeer dan, met toestemming van het slachtoffer en voor zover mogelijk, contact te leggen met een externe psycholoog om een link te leggen met het netwerk. Beoordeel wat mogelijk is voor de psycholoog op het gebied van traumaverwerking na seksueel geweld en of hij/zij/die zich comfortabel voelt met deze onderwerpen. Neem indien nodig de tijd om dieper in te gaan op stabilisatietechnieken en het noodzakelijke vervolg van de traumabehandeling, om hem/haar/hen gerust te stellen en zijn/haar/hun vertrouwen op te bouwen;
- > Zo niet, bied dan nog een paar psychologische vervolgesprekken aan bij het ZSG, die tot 3 maanden na de tweede psychologische beoordeling mogelijk zijn. Probeer het slachtoffer zoveel mogelijk informatie te geven over externe hulpdiensten/psychologen die relevant zijn voor hun behoeften en zorg ervoor dat ze de nodige telefoonnummers hebben (noodnummers/hulpnummers die specifiek zijn voor hun regio en behoeften).

Om gezamenlijke besluitvorming over het al dan niet doorverwijzen van een slachtoffer aan te moedigen en een duidelijk kader voor bepaalde slachtoffers te behouden, wordt er binnen het team regelmatig casuoverleg georganiseerd. Coördinatie en teamoverleg moeten worden aangemoedigd om de verantwoordelijkheid voor sommige van de moeilijkere beslissingen te delen en om de veiligheid van slachtoffers en medewerkers te beschermen.

8. ZEVENDE MAAND NA SEKSUEEL GEWELD

De psycholoog heeft dus een extra maand, waarin hij/zij/die de tijd kan nemen om de zorg in het ZSG af te ronden, op dezelfde manier als beschreven in stap 3 van punt 5.3.

Voor slachtoffers voor wie nog geen doorverwijzingsbegeleiding is opgezet, organiseert de psycholoog tijdens deze periode de doorverwijzing van het slachtoffer naar een externe hulpdienst/psycholoog voor de voortzetting van hun behandeling op lange termijn, volgens dezelfde procedures als beschreven in punt 6.

9. BIJLAGEN

9.1. ANAMNESE-DOCUMENT MEERDERJARIGEN

ZSG-nummer patiënt:

Naam psycholoog:

Datum anamnese:

Onderstaande aspecten worden besproken tijdens het evaluatiegesprek, waarna de psycholoog deze aanvult in deze lijst:

1. VOORGESCHIEDENIS

Indien slachtoffer niet gezien werd door de forensisch verpleegkundige:

(Geschatte) datum van laatste feit van seksueel geweld:

Relatie tot pleger:

- Familielid
- (ex-)partner
- Kennis
- Onbekende
- Andere

Klachtneerlegging bij politie voor deze feiten:

- Ja
- Nee

Indien ja, (geschatte) datum van klachtneerlegging:

Eerdere ervaringen van seksueel geweld en/of trauma-ervaringen:

- Ja
- Nee

Heeft het slachtoffer een voorgeschiedenis van mentale gezondheidsproblemen?

- Ja
- Nee

Indien ja, type diagnose?

Indien ja, tijdstip diagnose?

Eerdere psychiatrische opname:

- Ja
- Nee

Huidige psychiatrische opname:

- Ja
- Nee

Indien ja, reden psychiatrische opname:

Indien ja, datum laatste opname:

Indien ja, behandelende arts en instelling:

Eerdere hulpverlening:

- Ja
- Nee

Indien ja, type hulpverlening en tijdstip:

Huidig hulpverleningsnetwerk:

- Ja
- Nee

Indien ja, type hulpverlening en start:

.....

2. ACUTE STRESSREACTIES (ASR) en POSTTRAUMATISCHE STRESS (PTSS)

Afname van PCL-5 vragenlijst:

- Ja
- Nee

Indien ja, PCL-5 score:

Indien nee, reden:

3. DISSOCIATIEVE SYMPTOMEN

Vermoeden van dissociatieve symptomen:

- Ja
- Nee
- Onbekend

Score op SDQ 20:

4. DEPRESSIE

Symptomen van depressie:

- Geen
- Mild
- Zwaar
- Onbekend

Optionele afname PHQ-9:

- Ja
- Nee

Indien ja, score op PHQ-9:

5. ANGST

Symptomen van angst:

- Geen

- Mild
- Zwaar
- Onbekend

Optionele afname GAD-7:

- Ja
- Nee

Indien ja, score op GAD-7:

6. RISICOGEDRAG

Vertoont het slachtoffer één of meerdere vormen van risicogedrag?

Zoja, beschrijf het type gedrag, de reden en de frequentie¹⁵:

.....

.....

.....

7. AUTOMUTILATIE

Heeft het slachtoffer zichzelf verwond of schade toegebracht sinds het seksueel geweld/ laatste bezoek aan het Zorgcentrum?

- Ja
- Nee

Indien ja, beschrijf aanleiding, frequentie, methode en intentie:

.....

.....

.....

Denkt het slachtoffer er momenteel (ook al is het vluchtig) aan zichzelf te verwonden of schade toe te brengen?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Indien ja, beschrijf frequentie, methode en intensiteit van deze gedachten:

.....

.....

.....

¹⁵ Risicogedrag wordt gedefinieerd als het actief of zelfs dwangmatig nastreven van situaties, gedragingen of producten waarvan bekend is dat ze gevaarlijk zijn op de korte of middellange termijn (7). In die zin moet het gebruik van alcohol en/of andere stoffen worden bevestigd. Gebruik, afhankelijk van de situatie, indien nodig de schalen in de bijlage (zie bijlage 9.3.) om het diagnostische en therapeutische proces voor verschillende mogelijke psychische stoornissen te ondersteunen.

8. SUICIDALITEIT

8.1. Zelfdodingsgedachten

Heeft het slachtoffer eraan gedacht om zijn/haar/hun leven te beëindigen sinds het seksueel geweld/ het laatste bezoek aan het Zorgcentrum?

- Ja
- Nee

Dacht het slachtoffer de afgelopen dagen aan zelfdoding?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Indien ja, hoe sterk zijn deze gedachten:

.....

.....

8.2. Zelfdodingspoging

Heeft het slachtoffer een poging ondernomen om zijn/haar/hun leven te beëindigen sinds seksueel geweld/ laatste bezoek Zorgcentrum?

- Ja
- Nee

Indien ja, beschrijf methode, frequentie, combinatie met intoxicatie en eventuele nodige zorgen.....

.....

.....

8.3. Huidige suïcidale intentie

Denkt het slachtoffer er momenteel (ook al is het vluchtig) aan een einde te maken aan zijn/haar/hun leven?

- Ja
- Nee

Indien ja, frequentie:

Denkt het slachtoffer dat de kans bestaat dat hij/zij/die overgaat tot zelfdoding voor de volgende afspraak?

- Ja
- Nee

Indien ja, beschrijf methode en beschikbaarheid van deze middelen:

.....

9. HERHAALDELIJK GEWELD DOOR ANDEREN

Vermeldt het slachtoffer herhaaldelijk geweld door anderen of zijn er symptomen die wijzen op herhaaldelijk geweld door anderen?

- Ja
- Nee

10. SECUNDAIRE VICTIMISATIE

Heeft het slachtoffer naast de feiten zelf moeilijkheden ervaren?

- Ja
- Neen

Zoja, beschrijf de ervaren moeilijkheden:

.....

.....

Heeft het slachtoffer moeilijke reacties of oordelen van een ander ervaren?

- Ja
- Neen

Indien ja, beschrijf de moeilijke reacties:

.....

.....

Heeft het slachtoffer ondersteuning gekregen?

- Ja
- Neen

Indien ja, was de ondersteuning voldoende en gepast?

.....

.....

Waar had het slachtoffer nood aan gehad en welk verschil had dat kunnen maken voor hem/haar/hen?

.....

.....

.....

9.2. ANAMNESEDOCUMENT MINDERJARIGEN

9.3. LIJST PSYCHOLOGISCHE TESTS

De volgende psychologische schalen worden wetenschappelijk aanbevolen voor het beoordelen van de verschillende symptomen die gepaard gaan met psychotrauma, in het bijzonder na seksueel geweld (niet-exhaustieve lijst). Het gebruik ervan moet worden aangepast aan elke situatie en aan de behoeften van het slachtoffer:

- **AUDIT** ***Alcohol Use Disorders Identification Test***
Beoordelingsschaal (10 items) om alcoholgebruik, consumptiegedrag en alcoholgerelateerde problemen te meten, aangezien de PTSS sterk geassocieerd wordt met alcoholmisbruik.
- **CAPS-5** ***Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5***
Diagnostische schaal (30 items) die gebruikt kan worden om eventuele posttraumatische symptomen te identificeren, inclusief hun frequentie en ernstgraad. Met de CAPS-5 kunnen ook huidige of vroegere posttraumatische stresssyndromen worden beoordeeld. Deze gestructureerde diagnostische gesprekken vormen de absolute referentie, maar het kost tijd om ze af te nemen en er is gekwalificeerd personeel voor nodig (klinisch psychologen die opgeleid zijn in het gebruik ervan).
- **DAST** ***Drug Abuse Screening Test***
Beoordelingsschaal (10 items) om het drugsgebruik te meten (behalve alcohol en tabak). Er is een duidelijk verband tussen trauma en drugsverslaving.
- **FSSQ** ***Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire***
Beoordelingsschaal (8 items) om de sociale ondersteuning van het slachtoffer te meten (zie stap 3 van punt 5.2.).
- **GAD-7** ***Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale***
Beoordelingsschaal (7 items) om de angstsymptomen te identificeren en hun ernstgraad te meten.
- **SGATS *Shame and Guilt After Trauma Scale***
Beoordelingsschaal (9 items) om eventuele gevoelens van schaamte en/of schuld naar aanleiding van een traumatische gebeurtenis in te schatten. Deze twee emoties kunnen bijdragen aan de ontwikkeling en de bestendigheid van een PTSS.
- **ITQ** ***International Trauma Questionnaire***
Beoordelingsschaal (18 items) om posttraumatische symptomen te identificeren. De ITQ kan ook worden gebruikt om een onderscheid te maken tussen een PTSS en een CPTSS (zie stap 1 van punt 5.3.).
- **PCL-5** ***PTSD Checklist for DSM-5 (met criterium A)***
Beoordelingsschaal (20 items) om posttraumatische symptomen te identificeren. De PCL-5 kan ook worden gebruikt als opvolgingstool en/of tussentijds diagnostisch hulpmiddel. De bijgevoegde schaal (met criterium A) meet eerdere blootstelling aan trauma (zie stap 1 van punt 5.3.).
- **PHQ-9** ***Patient Health Questionnaire 9-item scale***
Beoordelingsschaal (9 items) om de ernst van de depressie te evalueren. De PHQ-9 kan ook worden gebruikt als een diagnostische en opvolgingstool.
- **SDQ-20** ***Somatiform Dissociation Questionnaire 20-item scale***
Beoordelingsschaal (20 items) om eventuele risico's op dissociatie te identificeren.
- **SRQ-5** ***Social Reactions Questionnaire – Shortened***
Beoordelingsschaal (16 items) om de reactie van mensen op het slachtoffer te meten (zie stap 3 van punt 5.2.).

9.4. VERZAMELING VAN GEGEVENS DIE MOETEN WORDEN OPGESLAGEN IN DE DCD HEALTHDATA-DATABASE

1. GEGEVENS VAN HET SLACHTOFFER

Deze gegevens moeten enkel worden ingevuld indien het slachtoffer niet is onderzocht door de ZSG-verpleegkundige¹⁶:

Naam:

Voornaam:

Adres (postcode en land woonplaats):

Geboortedatum:

Geslacht:

- Vrouw
- Man
- Onbepaald geslacht
- Ongekend geslacht

Nationaliteit:

2. GEGEVENS OVER DE PSYCHOLOGISCHE OPVOLGING:

Deze gegevens moeten worden ingevuld na elke consultatie met het slachtoffer, om een overzicht te krijgen van de algemene psychologische opvolging voor elk slachtoffer (totale duur van de opvolging en veranderingen in de psychologische toestand van het slachtoffer)¹⁷.

Zoals vermeld in de Handleiding voor medewerkers van de ZSG met betrekking tot de registratie binnen de ZSG, moeten consultaties die plaatsvinden op de dag van aanmelding en die in eerste instantie niet gepland waren met de psycholoog, ook geregistreerd worden in dit onderdeel, zelfs als ze plaatsvinden met de verpleegkundige als ondersteuning.

Volledige telefonische psychologische consultaties moeten hier ook worden geregistreerd. Telefonische contacten waarbij enkel gepolst wordt naar de redenen voor de afwezigheid van het slachtoffer of die te maken hebben met de organisatie van een doorverwijzing, worden ingevuld in het onderdeel over de contacten voor het casemanagement.

Wanneer een slachtoffer niet komt opdagen op de geplande sessie, moet dit ook worden geregistreerd in dit onderdeel. De analyse van deze gegevens strekt ertoe inzicht te krijgen in het profiel en de redenen waarom die slachtoffers niet komen opdagen.

2.1. Algemene informatie over de consultatie

Nummer van het ZSG-dossier:

Datum van de geplande consultatie:

Aanwezigheid van het slachtoffer en/of zijn/haar/hun steunfiguur bij de geplande consultatie met de psycholoog:

- Aanwezig
- Afwezig: het slachtoffer heeft > 48 uur op voorhand geannuleerd en een nieuwe afspraak gepland

¹⁶ Automatische digitale inschrijving via de identiteitskaart.

¹⁷ Niet alle gegevens die in dit deel worden vermeld, hoeven te worden ingevuld na elke consultatie met het slachtoffer en/of zijn/haar/hun steunfiguur: enkel de beschikbare gegevens volstaan.

- Afwezig: het slachtoffer heeft > 48 uur op voorhand geannuleerd en geen nieuwe afspraak gepland
- Afwezig: het slachtoffer heeft < 48 uur op voorhand geannuleerd en een nieuwe afspraak gepland
- Afwezig: het slachtoffer heeft < 48 uur op voorhand geannuleerd en geen nieuwe afspraak gepland
- Afwezig: het slachtoffer heeft niet op voorhand geannuleerd

Indien het slachtoffer en/of de steunfiguur aanwezig zijn, wie was er dan precies aanwezig op de consultatie ("cliënt therapie v"):

- Enkel het slachtoffer
- Het slachtoffer en zijn/haar/hun steunfiguur
- Enkel de steunfiguur
- Informatie niet bekend

Behoeftte aan taalkundige bijstand of interculturele bemiddeling:

- Vertaling is niet noodzakelijk
- Vertaling is noodzakelijk
- Informatie niet bekend

Zo ja, was het mogelijk om taalkundige ondersteuning of interculturele bemiddeling te bieden?

- Geen professionele tolk of ad-hoc-tolk beschikbaar/aanwezig
- Professionele tolk aanwezig (per telefoon, per video of ter plaatse)
- Ad-hoc-tolk aanwezig
- Informatie niet bekend

2.2. Informatie over de interventie

Welk soort interventie vond er plaats tijdens de sessie?

- Psychologisch ondersteuningsgesprek (om de ontwikkeling van een psychotrauma te voorkomen)¹⁸
- Therapie gericht op de aanpak van het trauma
- Gesprek met als doel het slachtoffer door te verwijzen naar een externe hulpdienst/psycholoog
- Gesprek met als doel de relationele en/of familiale band te herstellen
- Co-consultatiegesprek
- Informatie niet bekend

In geval van therapie gericht op de aanpak van het psychotrauma: welk type therapie werd er toegepast?

- EMDR
- CGT gericht op het trauma
- Systeemtherapie
- Cliëntgerichte therapie
- Psychodynamische therapie
- Informatie niet bekend

2.3. Resultaten van de psychologische beoordelingstests

Bij gebruik van PCL-5¹⁹:

- Totale score:
- Score in verband met herbeleving (criterium B):

¹⁸ Consultatie gericht op psycho-educatie, verduidelijking van behoeften, empowerment en stabilisatie van het slachtoffer en/of zijn/haar/hun hulpverlener, zonder specifiek te focussen op de behandeling van het mogelijke trauma van het slachtoffer.

¹⁹ Zoals vermeld in stap 1 van punt 5.3., wordt de benadering van de PCL-5 aanbevolen voor de beoordeling van de PTSS-symptomen en de diagnose ervan. De optelling en de interpretatie van de scores worden erin beschreven, net als in de Handleiding voor medewerkers van de ZSG met betrekking tot de registratie binnen de ZSG.

- Score in verband met vermijdingsgedrag (criterium C):
- Score in verband met emoties (criterium D):
- Score in verband met prikkelbaarheid (criterium E):
- Indicatie voor een PTSS-diagnose²⁰:

Vertoont het slachtoffer dissociatieve symptomen?

- Ja
- Nee
- Informatie niet bekend

Zo ja, score op SDQ-20.....

Vertoont het slachtoffer symptomen van depressie?

- Geen
- Lichte
- Ernstige
- Informatie niet bekend

Bij gebruik van PHQ-9, score:.....

Vertoont het slachtoffer symptomen van benauwdheid/angst?

- Geen
- Lichte
- Ernstige

Bij gebruik van GAD-7, score:.....

Hoe zit het met het alcoholgebruik van het slachtoffer?

Bij gebruik van AUDIT-C, score:

Geeft het slachtoffer momenteel blijk van het voornemen om over te gaan tot automutilatie?

- Ja
- Nee
- Informatie niet bekend

Geeft het slachtoffer momenteel blijk van het voornemen om zelfmoord te plegen?

- Ja
- Nee
- Informatie niet bekend

²⁰ Aanwezigheid van minstens 1 symptoom B (revivescentie), 1 symptoom C (vermijding), 2 symptomen D (emoties) en 2 symptomen E (prikkelbaarheid).

9.5. SCORES EN INTERPRETATIES VAN PTSS-BEOORDELINGSSCHALEN

PCL-5 PTSD Checklist for DSM-5 (*Referenties 1 en 3*)

> **Continue benadering:**

De beoordeling en de interpretatie van de PCL-5 kunnen direct worden uitgevoerd door de itemscores bij elkaar op te tellen.

De continue benadering is een benadering waarbij de PCL-5-schaal in haar geheel wordt gebruikt, van 0 tot 80, en waarbij de scores op de schaal als zodanig worden beschouwd. Deze benadering maakt het mogelijk om rekening te houden met de ernst van PTSS (een hogere som wijst op een hogere algemene ernst van de PTSS-symptomen). De ernstscore voor elk van de DSM-5-symptoomcriteria kan worden verkregen door een optelsom te maken van de scores van de items die bij elk criterium horen: B (items 1-5), C (items 6-7), D (items 8-14) en E (items 15-20).

> **Diagnostische benadering:**

Items met een score 2 ("matig") of hoger kunnen worden beschouwd als bereikte criteria/aanwezige symptomen.

Om een diagnose te stellen, volgt de psycholoog dan de diagnostische criteria van de DSM-5 die de aanwezigheid vereisen van minstens: 1 item B (vragen 1-5), 1 item C (vragen 6-7), 2 items D (referenties 1 en 3).

International Trauma Questionnaire (ITQ) (*referenties 4 en 5*)

> **Dimensionele beoordelingsbenadering:**

Aan de hand van de dimensionele beoordelingsbenadering kan een totaalscore voor posttraumatische stress (PTSS) en ontregeling van de zelforganisatie (DSO: disturbance of self-organization) via het scoresysteem met betrekking tot de Likert-schaal. Hogere scores duiden op een hogere ernstgraad van de symptomen.

De dimensionale scores worden gepresenteerd in twee voornaamste subschalen, die elk overeenkomen met een groep PTSS- en DSO-symptomen. De PTSS- en DSO-scores kunnen worden verkregen door de scores op de Likert-schaal van de items die overeenkomen met elk criterium bij elkaar op te tellen²¹:

- PTSS: revivescentie in het heden (P1-2), vermijdingsgedrag (P3-4), gevoel van huidige dreiging (P5-6)
- DSO: regulatie van emoties (C1-2), negatieve zelfperceptie (C3-4), relationele insufficiëntie (C5-6)

> **Diagnostische benadering:**

Items met een score 2 of hoger kunnen worden beschouwd als bereikte criteria/aanwezige symptomen.

Om een diagnose te stellen, volgt de psycholoog dan de diagnostische criteria van CIM-11, die de aanwezigheid vereisen van ten minste een van de twee symptomen voor elk van de drie symptoomclusters geassocieerd met PTSS OF²² DSO, evenals de aanwezigheid van minstens één indicator van de drie soorten functionele insufficiëntie die gepaard gaan met een cluster van PTSS- en DSO-symptomen:

- PTSS: P1-2, P3-4, P5-6 met P7,8 of 9
- DSO: C1-2, C3-4, C5-6 met C7, 8 of 9

²¹ Houd geen rekening met de criteria voor functionele deficiëntie van PTSS en ontregeling van de zelforganisatie bij de optelling van de totaalscores van beide subhoofdschalen (P7.8.9 en C7.8.9).

²² Een persoon kan een diagnose van PTSS of van complexe PTSS krijgen, maar niet beide tegelijk. Er wordt een diagnose gesteld van PTSS indien enkel de criteria voor PTSS zijn bereikt (de DSO-criteria zijn niet bereikt), terwijl er een diagnose wordt gesteld van een complexe PTSS als zowel de PTSS-criteria als de DSO-criteria zijn bereikt.

REFERENTIES

- (1) Van Overmeire R, Mental health and wellbeing research group (VUB) (2023), Literatuuroverzicht van vroegtijdige interventies ter voorkoming van PTSS na seksueel geweld, blz. 23)
- (2) NICE. Post-traumatic stress disorder: NICE guideline. National Institute of Health and Care Excellence; 2018 5 December 2018
- (3) ISTSS: <https://istss.org/clinical-resources/assessing-trauma/ptsd-checklist-dsm-5>
- (4) The International Trauma Consortium, advancing research in global psychotraumatologie: <https://www.traumameasuresglobal.com/itq>
- (5) Comorbidity Guidelines, the University of Sydney - Matilda Center: <https://comorbidityguidelines.org.au/appendices/appendix-p-the-international-trauma-questionnaire-itq>
- (6) Baert S, Fomenko E et Keygnaert I, ICRH- UGent, Registratie belgische zorgcentra na seksueel geweld - BSACC-M&E: Handleiding voor medewerkers van de zorgcentra na seksueel geweld
- (7) Salmona M, Association Mémoire traumatique et victimologie, Conduites à risques : <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/conduites-a-risque.html>

COLOFON

Redacteur:

Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen
Victor Hortaplein 40
1060 Brussel
T 02 233 44 00
info@igvm.be
<https://igvm.be>

Oorspronkelijke auteurs - versie 2020:

Keygnaert Ines, Baert Saar, Van Praet Koen, Van Melkebeke Inse, Bal Sarah, Verplancke Jana, Declercq Frédéric, Lemmens Gilbert

Auteurs herwerkte versie 2025:

Marie Simon (Attachée ZSG, Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen)

Verantwoordelijke uitgever:

Michel Pasteel - directeur van het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen

Depotnummer:

D/2025/10.043/14

De functies, titels en graden die in deze publicatie worden gebruikt, verwijzen naar personen van eender welk geslacht of genderidentiteit.

Voor elke verwijzing naar dit hoofdstuk gelieve de volgende referentiepersonen te gebruiken: Simon M., Keygnaert, I., Baert S., Van Praet K., Van Melkebeke I., Bal S., Verplancke J., Declercq F. & Lemmens G. Handlingsplan voor de psychologische zorg in de Zorgcentra na Seksueel Geweld. In het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen (red.). *Zorgcentra na Seksueel Geweld in België: het ZSG-model* (Editie 2025). Brussel: IGVM.

Cette publication est également disponible en français.

