



Dagelijks worden veel kinderen slachtoffer van geweld, rampen of ongelukken. Het is belangrijk om klachten die door deze gebeurtenissen ontstaan, goed in kaart te brengen en te behandelen, zodat negatieve gevolgen op lange termijn beperkt worden. Helaas loopt onderzoek op het gebied van diagnostiek bij en behandeling van kinderen met PTSS-klachten nog steeds achter op onderzoek bij volwassenen. Julia Diehle en collega's hopen met hun onderzoek die achterstand te verkleinen.

HET INTACT-ONDERZOEK

DE WERELD IS EEN
BEANGSTIGENDE PLEK?

Er bestaat geen twijfel over dat er meer aandacht moet komen voor de slachtoffers van oorlog en geweld, in het buitenland maar ook in het binnenland. Wij denken altijd dat dit allemaal ver weg gebeurt en niet in onze Westerse maatschappij. Maar diverse Amerikaanse en Europese studies tonen aan dat 14 tot 67% van de kinderen in westerse landen ten minste één potentiële traumatische gebeurtenis hebben beleefd voordat zij de volwassen leeftijd bereiken (Alisic et al., 2008; Copeland et al., 2007). Dit kunnen eenmalige gebeurtenissen zijn, zoals een ongeluk met een auto of een brand, maar ook langdurige traumatische ervaringen zoals (huiselijk) geweld of (seksueel) misbruik. De meerderheid van deze kinderen ervaart geen negatieve langdurige gevolgen van deze gebeurtenis(sen). Er is echter een kleine groep kinderen (0,5-3%) die een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontwikkelt. Daarnaast lijdt 13,4% aan enkele PTSS-symptomen, zoals herbelevingen, vermijding en verhoogde prikkelbaarheid (Copeland et al., 2007; Perkonig et al., 2000).

Zijn er behandelingen die kinderen na een traumatische gebeurtenis van hun klachten afhelpen? Die vraag staat in onderhavig artikel centraal.

TF-CBT EN EMDR

Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) wordt tot op de dag van vandaag, in verschillende richtlijnen voor de behandeling van kinderen met PTSS aanbevolen. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) wordt beoordeeld als veelbelovend (Foa et al., 2008; National Institute for Health and Care Excellence, 2005). Maar leidt TF-CBT en EMDR bij ieder kind tot vermindering van PTSS-klachten?

Het TF-CBT-behandelprotocol van Cohen, Mannarino en Deblinger (2008) was en is het best onderzochte traumaprotocol voor kinderen. Uit verschillende (relatief grote) gerandomiseerde en gecontroleerde studies (*randomized controlled trials* [RCT's]) blijkt dat (protocollen die sterk lijken op) TF-CBT tot betere resultaten leidt dan het op een wachtlijst staan (bijv. King et al., 2000; Smith et al., 2007). Ook leidt TF-CBT tot betere resultaten dan een actieve niet-traumagerichte behandeling (bijv. Child-Centered Therapy; Cohen, Mannarino & Iyengar, 2011) of Treatment as Usual (Jensen et al., 2014; zie voor een overzicht Cary & McMillen, 2012). Critici wijzen op verschillende beperkingen van deze studies; in de meeste onderzoeken werd seksueel misbruik als inclusiecriteria gehandhaafd. Dat roept de vraag op of het

protocol ook voor andere doelgroepen geschikt kan zijn.

Daarnaast reageren niet alle kinderen even goed op TF-CBT. Er is een groep waarbij klachten om nog onbekende redenen niet afnemen (Stallard, 2006); EMDR (Shapiro, 1989) zou een alternatieve behandeling voor deze kinderen kunnen zijn. De populariteit van deze behandeling is de afgelopen jaren flink toegenomen. Dit is niet verbazingwekkend aangezien verschillende klinische casussen laten zien dat in weinig sessies veel vooruitgang geboekt kan worden, soms zelf een compleet herstel van traumaklachten. Toch zijn kritische kanttekeningen op zijn plaats: EMDR is tot nog toe minder goed onderzocht dan TF-CBT en wetenschappelijke studies die de afgelopen jaren zijn verschenen leveren incoherente resultaten op met betrekking tot de effecten van EMDR bij kinderen met PTSS (bijv. Gillies et al., 2013). Daarnaast werden onderzoeken vaak uitgevoerd binnen kleine onderzoeksgroepen en werden niet-gestandaardiseerde instrumenten gebruikt om PTSS te meten (NICE, 2005).

Het lijkt duidelijk dat er meer wetenschappelijk onderzoek nodig is om de effectiviteit van EMDR aan te tonen. Een vergelijking van EMDR en TF-CBT is dan ook op zijn plaats. Niet alleen om de effectiviteit en efficiëntie ten opzichte van elkaar te bepalen, maar ook aangezien de effectiviteit van TF-CBT ten opzichte van een andere actieve traumabehandeling nog niet is aangetoond. Hoewel de laatste jaren verschillende studies zijn gedaan om TF-CBT met niet-traumagerichte behandelingen te vergelijken, is het aantal studies dat TF-CBT met een actieve traumagerichte behandeling vergelijkt niet uitgebreid.

EFFECTONDERZOEK NAAR TF-CBT EN EMDR

Bij aanvang van ons onderzoek in 2009 was er, voor zover wij konden nagaan, in de literatuur één RCT waarin (een protocol dat lijkt op) TF-CBT en EMDR met elkaar vergeleken werden onder kinderen die een traumatische gebeurtenis hadden meegemaakt. Uit het onderzoek van Jaberghaderie et al. (2004) bij een kleine steekproef van veertien meisjes die als kerntrauma seksueel misbruik hadden meegemaakt, bleek dat EMDR en TF-CBT even effectief PTSS-klachten en gedragsproblemen verminderden. Daarnaast bleek EMDR efficiënter te zijn dan TF-CBT: gemiddeld duurde de EMDR-behandeling maar zes sessies terwijl behandeling met TF-CBT gemiddeld elf sessies duurde. Hierbij is het echter belangrijk te vermelden dat het minimum aantal sessies in de TF-CBT-conditie vastgelegd was op tien, terwijl in de EMDR-conditie geen minimum vastgelegd was.

Een tweede RCT verscheen enkele jaren later. De Roos en

Amerikaanse en Europese studies tonen aan dat 14 tot 67% van de kinderen in westerse landen ten minste één potentiële traumatische gebeurtenis hebben beleefd voordat zij de volwassen leeftijd bereiken

collega's (2011) vergeleken EMDR en CBT bij kinderen die betrokken waren bij de vuurwerkramp in Enschede in 2000. Kinderen kregen een maximum van vier sessies van een van de twee behandelingen. Ook uit dit onderzoek bleek dat EMDR en CBT even effectief waren en dat kinderen gemiddeld minder sessies EMDR nodig hadden en dus dat EMDR efficiënter was dan CBT. Het gebruikte CBT-protocol in deze studie werd door critici echter als een algemeen CBT-protocol en niet als TF-CBT beschouwd.

Mijn promotieonderzoek bouwde voort op de voorafgaande studies, met als doel de effectiviteit en efficiëntie van TF-CBT en EMDR vast te stellen en beide behandelingen met elkaar te vergelijken.

VALIDERING CAPS-CA Om de effecten van deze behandelingen in een RCT te kunnen meten, zijn er allereerst valide en betrouwbare instrumenten nodig. Een instrument is valide als het een construct waarin men geïnteresseerd is (bijv. PTSS) nauwkeurig meet. Een betrouwbaar instrument is consistent. Toen ik aan dit project begon, waren betrouwbare en valide instrumenten om PTSS-symptomen bij kinderen in kaart te brengen schaars. Daarom hebben wij in een eerste stap de Nederlandse versie van de *Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents* (CAPS-CA; Nader et al., 1996; zie Van Meijel, Verlinden, Diehle & Lindauer (2014) voor de Nederlandse versie) gevalideerd.

De Engelse versie van dit semigestructureerde interview werd ontwikkeld om de ernst van de zeventien PTSS-symptomen te meten zoals deze beschreven staan in de *Diagnostic*

and Statistical Manual of Mental Disorders IV - Text revision criteria (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association (APA), 2000). Denk aan nare dromen over de gebeurtenis, vermijden van activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma, of overmatige waakzaamheid. Voor elk symptoom wordt met de CAPS-CA de frequentie en intensiteit van het symptoom uitgevraagd (in het geval van bijvoorbeeld nare dromen: 'Heb je ooit gedroomd over de gebeurtenis?' en 'Hoeveel last heb je gehad van die nare dromen?'). In een onderzoek met 112 kinderen, uitgevoerd binnen academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie De Bascule en het Psychotraumacentrum, GGZ Kinderen en Jeugd, Rivierduinen, hebben wij de psychometrische eigenschappen van de Nederlandse versie onderzocht. De resultaten laten zien dat de Nederlandse versie van de CAPS-CA psychometrische eigenschappen vertoont die vergelijkbaar zijn met de originele Engelse versie. Net als in eerdere studies vonden wij dat de CAPS-CA betrouwbaarder is voor oudere dan voor jongere kinderen ($\alpha > .67$ voor kinderen ouder dan 12 jaar en $\alpha > .42$ voor kinderen jonger dan 12 jaar op de subschalen en de totale schaal). Met betrekking tot de validiteit vonden wij de sterkste correlatie tussen de CAPS-CA en de CRIES-13 ($\alpha = .67$; over dit instrument zo meer) en tevens sterke correlaties met angststoornissen ($r = .35$) en depressie ($r = .59$). De CAPS-CA kan dan ook als betrouwbaar en valide meetinstrument beschouwd worden (Diehle et al., 2013).

TF-CBT EN EMDR VERGELEKEN Uitgerust met een betrouwbaar en valide meetinstrument om PTSS-klachten in kaart te brengen, konden wij aan de slag met onze RCT. Achtenveertig kinderen tussen de acht en achttien jaar werden willekeurig toegewezen aan óf acht sessies TF-CBT óf acht sessies EMDR. Ons TF-CBT-protocol was gebaseerd op het protocol van Cohen en Mannarino (2008) en ons EMDR-protocol op het Nederlandse EMDR-protocol voor kinderen en adolescenten (Beer & de Roos, 2008; zie tabel 1 voor een overzicht van de hoofdcomponenten van beide protocollen).

Om de behandel effecten te kunnen meten, namen wij de CAPS-CA voor en na de behandeling af bij deelnemende kinderen. Daarnaast vulden kinderen vragenlijsten in met betrekking tot PTSS, angst, depressieve klachten en gedragsproblemen. Ook ouders werd gevraagd deel te nemen aan een interview waarmee de PTSS-klachten van hun kind in kaart gebracht konden worden. Daarnaast vulden ouders vragenlijsten in over hun kind die gerelateerd waren aan angst, depressie en gedragsproblemen.

Net als in de studie van de Roos en collega's (2011) kon

in onze studie de behandeling eerder dan na acht sessies beëindigd worden indien symptomen tot een minimum gereduceerd waren. Om dit te meten gebruikten wij de Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-13; Perrin, Meiser-Stedman & Smith (2005); Nederlandse versie Olff (2005); zie voor meer informatie www.childrenandwar.org), een screeningsinstrument voor PTSS met vragen zoals: 'Denk je eraan zonder dat je het wilt?'. Dit instrument werd voor en na de behandeling en tevens na sessies twee, vier en zes afgenomen. Uit onze resultaten bleek dat TF-CBT en EMDR de PTSS-symptomen in dezelfde mate verminderden. Beide groepen lieten een sterke, significante afname ($p < .01$) zien van PTSS-symptomen, gemeten met de CAPS-CA, op de nameting ten opzichte van de voormeting. Tussen de behandelingen werd geen verschil gevonden, de reductie was ongeveer even groot in beide groepen.

Met betrekking tot het verminderen van comorbide problemen werd evenmin een statistisch significant verschil tussen de behandelingen gevonden. Bij nadere beschouwing constateerden wij echter wel dat ouders in de EMDR-groep geen vermindering van problemen op het gebied van separatie-angst, sociale fobie, gedragsproblemen en hyperactiviteit rapporteerden. De problemen leken even groot of zelfs toegenomen te zijn. Bij de TF-CBT-groep daarentegen zagen wij dat ouders op alle gebieden verbeteringen rapporteerden. Een waarschijnlijke verklaring voor het niet vinden van een statistisch significant verschil tussen de

In de DSM-IV-TR-criteria overlappen vier PTSS-symptomen met symptomen van depressie en drie symptomen overlappen met de symptomen van gegeneraliseerde angststoornis

groepen is dat de groepen te klein waren. Niet alle ouders hebben de vragenlijsten op de nameting ingevuld: elf ouders in de TF-CBT-groep en negen ouders in de EMDR-groep vulden de vragenlijsten op de nameting in. Conclusies die hierop gebaseerd kunnen worden, zijn dan ook beperkt.

Met betrekking tot de behandelduur vonden wij dat kinderen gemiddeld minder sessies EMDR nodig hadden dan TF-CBT; dit verschil was (net) niet statistisch significant. Uit onze resultaten op de tussenmetingen met de CRIES-13 was duidelijker af te lezen dat er geen verschil tussen EMDR en TF-CBT was. Voor beide behandelingen bleek de grootste reductie in PTSS-symptomen tussen sessie twee en vijf op te treden. Dit zijn de sessies waarin beide protocollen starten met blootstelling aan de traumatische herinnering en met cognitieve herstructurering (zie tabel 1).

Als geheel suggereren deze resultaten dat TF-CBT en EMDR beide effectief en efficiënt zijn. TF-CBT lijkt tot een grotere reductie van comorbide klachten te leiden dan EMDR, terwijl EMDR iets efficiënter lijkt dan TF-CBT met betrekking tot aantal benodigde sessies (zie voor meer informatie Diehle et al., 2014).

TOCH EEN BEETJE HETZELFDE?

EMDR stond al bekend als 'snelle' behandeling. Ook van TF-CBT werd reeds eerder aangetoond dat een acht-sessies-protocol bijna even effectief was als een zestien-sessies-protocol (Deblinger et al., 2011). Deblinger en collega's vonden in een vergelijking van TF-CBT-protocollen die in lengte varieerden dat de meerwaarde van het zestien-sessies-protocol ten opzichte van het acht-sessie-protocol in de reductie van gemiddeld slechts één PTSS-symptoom meer lag.

De resultaten van ons onderzoek bevestigen de effectiviteit van het acht-sessies-protocol met traumaverhaal. Door de tussenmetingen gedurende de behandeling konden wij tevens

aantonen dat bij beide behandelingen de grootste vermindering van PTSS-klachten tussen sessie twee en vijf plaatsvond. Sessies drie en vier zijn zowel bij EMDR als bij TF-CBT de sessies waarin gestart wordt met *exposure* (blootstelling) en cognitieve herstructurering. Hoewel de behandelingen en hun modules verschillen in aanpak, schijnt het effect op PTSS-symptomen hetzelfde te zijn. Deze bevinding is eerder in onderzoek bij volwassenen gedaan. Onderzoekers hebben herhaaldelijk gedemonstreerd dat verschillende actieve traumagerichte behandelingen gelijkwaardige effecten op PTSS-symptomen laten zien. In een meta-analyse toonden Powers et al. (2010) aan dat *Prolonged Exposure* vergelijkbare effecten op PTSS laat zien als andere actieve behandelingen zoals *Cognitive Processing Therapy* en EMDR. De auteurs speculeerden dat deze bevinding te wijten is aan het feit dat al deze verschillende behandelingen een exposure-component bevatten.

Dat de exposure-component alléén niet verantwoordelijk lijkt te zijn voor de effecten van deze behandelingen, blijkt onder andere uit onderzoek naar EMDR. Vergelijkingen van EMDR met en zonder oogbewegingen hebben laten zien dat oogbewegingen van toegevoegde waarde zijn; dat wijst erop dat het effect van EMDR op PTSS niet alleen te danken is aan het exposure-element (Lee & Cuijpers, 2013).

Grootschalig laboratoriumonderzoek ondersteunt de theorie dat EMDR werkt door het belasten van het werkgeheugen gedurende het ophalen van herinneringen (Van den Hout & Engelhard, 2012). Bij EMDR lijkt de sleutel tot succesvolle symptoomvermindering de combinatie van blootstelling en het belasten van het werkgeheugen te zijn, terwijl de sleutel tot succes bij TF-CBT in de combinatie van blootstelling (schrijven van het trauma-verhaal) plus cognitieve herstructurering lijkt te liggen.

TABEL 1. HOOFDCOMPONENTEN VAN TF-CBT EN EMDR

TF-CBT	EMDR
* Psycho-educatie * Relaxatie * Expressie en modulatie van affect * Cognitieve coping * Traumaverhaal * Opvoedkundige vaardigheden * Gezamenlijke ouder-kindsessie * Toekomstige veiligheid en ontwikkeling bevorderen	* Psycho-educatie * Voorbereiding van het targetbeeld * Desensitisatie van het targetbeeld * Installatie van positieve cognities * Body-scan * Toekomstige veiligheid en ontwikkeling bevorderen

Helaas vergen RCT's veel geld en tijd en is het moeilijk om een grootschalige RCT met een groot aantal proefpersonen binnen één organisatie uit te voeren

WAT WERKT VOOR WIE?

Als cognitieve herstructurering een sleutelement binnen TF-CBT is, kan dit betekenen dat oudere kinderen meer van deze behandeling profiteren dan jongere kinderen – oudere kinderen beschikken immers over meer cognitieve vaardigheden. EMDR aan de andere kant zou door zijn non-verbale karakter beter kunnen werken voor jongere kinderen. In een exploratieve analyse van onze RCT-data hebben wij gekeken of wij evidentie voor deze ideeën konden vinden. Wij vonden echter noch verschillen tussen leeftijdsgroepen binnen de (behandel-)groepen noch tussen de (behandel-)groepen. Derhalve lijkt het antwoord op de vraag welke behandeling voor welk kind beter werkt niet gerelateerd te zijn aan leeftijd.

Een meta-analyse naar de effecten van EMDR op PTSS bij kinderen liet zien dat onderzoeken met meer mannelijke deelnemers grotere effecten opleverden dan onderzoeken met meer vrouwelijke deelnemers (Rodenburg et al., 2009). Dit suggereert dat jongens beter op EMDR reageren dan meisjes. Bevindingen van ons onderzoek laten zien dat dit zowel voor EMDR als voor TF-CBT geldt: in beide condities profiteerden jongens meer van de behandeling dan meisjes. Het lijkt dan ook niet zo te zijn dat geslacht bepaalt welke behandeling voor wie het meest geschikt is, veeleer leidt behandeling bij jongens in het algemeen tot een grotere reductie van PTSS-symptomen dan bij meisjes.

Hadden wij meer data van meer deelnemers tot onze beschikking gehad, dan konden wij meer statistische analyses doen en hadden zo mogelijk wel een aantal variabelen als voorspeller voor behandeluitkomst kunnen bepalen. Dan hadden wij nu wellicht antwoorden op vragen

zoals voor wie welke behandeling het meest geschikt is en waarom sommige kinderen niet op de behandeling reageren. Wij hadden ons dan kunnen richten op het vinden van oplossingen voor deze kinderen.

Helaas vergen RCT's veel geld en tijd en is het moeilijk om een grootschalige RCT met een groot aantal proefpersonen binnen één organisatie (in Nederland) uit te voeren. Het is daarom essentieel dat organisaties samenwerken om een dergelijk project mogelijk te maken. Hiervoor is het wel noodzakelijk dat valide en betrouwbare meetinstrumenten op grote schaal worden ingezet. Met de eerder beschreven validatiestudie van de CAPS-CA is daarvoor een basis gelegd.

TRAUMAGERELATEERDE COGNITIES METEN: DE CPTCI

Een andere vragenlijst die wij de afgelopen jaren valideerden, was de Nederlandse versie van de Child Posttraumatic Cognitions Inventory (CPTCI; Meiser-Stedman et al., 2009, zie voor meer informatie eveneens www.childrenandwar.org). Mijn interesse in trauma-gerelateerde cognities ontstond door de discussie over nieuwe DSM-5-criteria voor PTSS, die vanaf het begin van mijn promotietraject in volle gang was (APA, 2013). Het werd al snel duidelijk dat trauma-gerelateerde cognities een grote(re) rol in deze criteria zouden krijgen. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat mensen die een stressvolle gebeurtenis hebben meegemaakt, leiden aan trauma-gerelateerde cognities (bijv. Dunmore, Clark & Ehlers, 1999). Dit zijn gedachten over jezelf, de wereld en anderen zoals: 'De wereld is slecht', 'Ik word nooit meer dezelfde' en 'Andere mensen zijn niet te vertrouwen'.

Middels de CPTCI kunnen zulke cognities bij kinderen in kaart gebracht worden. Deze vragenlijst bestaat uit 25 items die twee subschalen vormen: de 'permanente en angstaanjagende verandering'-subschaal en de 'fragiele persoon in een gevaarlijke wereld'-subschaal. Wij hebben de CPTCI afgenomen in een klinische groep kinderen met PTSS-symptomen alsook in een groep gezonde schoolkinderen. Over het algemeen liet de CPTCI een goede betrouwbaarheid zien ($\alpha > .85$ in de klinische groep en $\alpha > .80$ in de groep schoolkinderen). Met betrekking tot de validiteit vonden wij dat de CPTCI sterk correleerde met maten van PTSS, depressie en angststoornissen (correlaties varieerden van .38 tot .76). Gegevens van kinderen die met TF-CBT óf EMDR behandeld werden, lieten zien dat de verschillscore op de CPTCI van voor en na de behandeling sterk correleerde met de verschillscore op de CAPS-CA van voor en na de behandeling. Dit wijst erop dat de CPTCI sensitief is voor het meten van behandel-effecten.

Al met al kunnen wij op basis van deze resultaten concluderen dat de Nederlandse CPTCI een betrouwbaar en valide meetinstrument is (zie voor meer informatie Diehle et al., submitted).

PROBLEMEN VAN DE GEVALIDEERDE INSTRUMENTEN...

Met onze twee validatiestudies hebben wij twee valide en betrouwbare instrumenten aan de Nederlandse testbatterij voor kinderen toegevoegd: de CAPS-CA voor het meten van PTSS en de CPTCI voor het meten van trauma-gerelateerde cognities. Hoewel wij vertrouwen hebben in de kwaliteiten van deze instrumenten, zijn er ook indicaties dat beide instrumenten zwaktes op het gebied van divergente validiteit vertonen.

Zoals verwacht correleren de instrumenten sterk met een screeningsinstrument voor PTSS. Daarnaast correleren zij echter ook sterk met vragenlijsten die depressie en angst meten. In plaats van een tekortkoming van de CAPS-CA en CPTCI zelf zou het gebrek aan divergente validiteit ook te wijten kunnen zijn aan het PTSS-construct: niet alle symptomen zijn onderscheidend voor PTSS. In de DSM-IV-TR-criteria overlappen bijvoorbeeld vier PTSS-symptomen met symptomen van depressie en drie symptomen overlappen met de symptomen van gegeneraliseerde angststoornis. Dit zijn dus geen symptomen die alleen bij PTSS voorkomen en die bijdragen aan het onderscheiden van kinderen met een PTSS en kinderen met een depressie of gegeneraliseerde angststoornis. Dat maakt het minder verrassend dat de CAPS-CA sterk correleert met maten van depressie en angst. Gezien deze overlap in symptomen moet een instrument dat PTSS meet, theoretisch gezien, zelfs met een instrument dat depressie en angst meet, correleren.

...OF VAN HET CONSTRUCT PTSS? Gedurende de discussie over de DSM-5 hebben diverse onderzoekers voorgesteld symptomen van de PTSS-criteria die met depressie en angst overlappen, te elimineren (Brewin et al., 2009). Grubaugh et al. (2010) vonden in hun onderzoek dat een simpeler PTSS-model, zonder de overlappende symptomen, dezelfde structurele validiteit en diagnostische accuratesse vertoonde als een model dat gebaseerd is op DSM-IV-criteria.

Een sterk tegenargument is echter dat de afstomping/dysforie-component centraal is voor PTSS. Onderzoekers hebben met behulp van confirmatieve factoranalyses herhaaldelijk laten zien dat deze component, naast de factoren herbeleving, vermijding en verhoogde prikkelbaarheid, als vierde factor optreedt. Deze factor bestaat juist uit de

Om foute diagnoses te voorkomen is het belangrijk om niet alleen op één bron van informatie te vertrouwen, maar zoveel mogelijk informatie van zoveel mogelijk personen te verzamelen

symptomen die met depressie overlappen (bijv. Simms, Watson & Doebbeling, 2002; Palmieri & Fitzgerald, 2005). In de DSM-5 werd de voorkeur gegeven aan dit 4-factor model in plaats van aan een simpeler model. De symptomen die met depressie overlappen, maken nu deel uit van het nieuwe symptoomcluster 'negatieve verandering in cognities en stemming'.

Alhoewel er geprobeerd is de symptomen door aanpassingen in de beschrijving meer onderscheidend te maken voor PTSS is het nu echter wel zo dat het construct, door dit nieuwe symptoomcluster, nog complexer lijkt te zijn geworden. Behalve de oude DSM-IV-symptomen bevat het nieuwe symptoomcluster namelijk ook nieuwe symptomen die trauma-gerelateerde cognities meten. Naast een toename aan complexiteit heeft het toevoegen van deze symptomen nog een tweede gevolg: de symptomen met betrekking tot trauma-gerelateerde cognities leiden tot nog meer overlap met depressie en angst aangezien dysfunctionele gedachten ook vaak in deze stoornissen gezien worden (Beck, 2005; Friedman et al., 2011).

Dit werd ook duidelijk in de resultaten van onze validatiestudie van de CPTCI. Naast sterke correlaties tussen de CPTCI en CAPS-CA vonden we tevens sterke correlaties tussen CPTCI en maten van angst en depressie. Het is dus mogelijk dat het in de toekomst nog moeilijker wordt om PTSS-symptomen van symptomen van angst en depressie te onderscheiden.

PTSS EN CO-MORBIDITEIT

Een ander aspect dat het vaststellen van PTSS sowieso al bemoeilijkt, is comorbiditeit. Kinderen met PTSS leiden vaker aan comorbide stoornissen dan kinderen zonder PTSS. Stoornissen die vaak met PTSS samen gaan, zijn stemmings- en angststoornissen of ADHD (Ackerman et al., 1998; Famularo et al., 1996). Symptomen die bij deze stoornissen horen, zijn voor anderen vaak duidelijker te observeren dan internaliserende symptomen horend bij PTSS. Dit kan tot fouten in het stellen van diagnoses leiden en tot gevolgen hebben dat behandeling ingezet wordt op comorbide stoornissen in plaats van op PTSS (Cohen & Scheeringa, 2009). Daarom is het belangrijk het beginpunt van de symptomen zo precies mogelijk vast te stellen en informatie van verschillende bronnen te verzamelen (van het kind maar ook van ouders of leerkrachten). Zo kunnen alle symptomen nauwkeurig in kaart gebracht worden en foute of incomplete diagnoses voorkomen worden.

Het is wel belangrijk ons te realiseren dat onderzoek herhaaldelijk heeft aangetoond dat rapportages van kinderen en van ouders over PTSS-symptomen nauwelijks overeenkomen (bijv. Meiser-Stedman et al., 2007). Ook wij vonden dat resultaten van ouderrapportages nauwelijks met bevindingen van kindrapportages samenhangen. Als verklaring hiervoor werd door verschillende onderzoekers geopperd dat kinderen mogelijk hun gevoelens voor hun ouders verbergen om hen niet te verontrusten. Het kan ook zo zijn dat ouders (te) grote verwachtingen hebben over de zelfredzaamheid/veerkracht van hun kinderen, hetgeen weer tot onderrapportage van symptomen kan leiden. Daarnaast rapporteren ouders wellicht alleen de duidelijke externaliserende symptomen (Meiser-Stedman et al., 2007).

Anderzijds is het zo dat rapportages van kinderen vaak inaccuraat zijn omdat kinderen symptomen niet aan de gebeurtenis relateren of zodanig veel last van vermijding hebben dat zij ontkennen überhaupt ergens last van te hebben. Om foute diagnoses te voorkomen is het dus belangrijk om niet alleen op één bron van informatie te vertrouwen maar zoveel mogelijk informatie van zoveel mogelijk personen te verzamelen.

SAMENWERKING

Uit eigen ervaring in de klinische praktijk weet ik dat ouders interviews en vragenlijsten als belastend kunnen ervaren. Als wij door middel van wetenschappelijke bevindingen het belang van de interviews en vragenlijsten als informatiebron duidelijk kunnen maken, en aan ouders kunnen overbren-

gen dat wij hierdoor de best mogelijke zorg voor hun kinderen kunnen bieden, leidt dat wellicht tot meer begrip. Zowel klinici als onderzoekers kunnen profiteren van samenwerking tussen wetenschap en praktijk.

Een sterk punt van onze onderzoeken is dat zij allemaal in de klinische praktijk zijn uitgevoerd, onder gewone dagelijkse omstandigheden. De meeste deelnemers waren cliënten van De Bascule. Wij nemen de CAPS-CA en de CPTCI hier in de dagelijkse praktijk af en door ons onderzoek weten wij wat wij aan de instrumenten hebben. In onze effectstudie hebben we ook laten zien dat de gehanteerde behandelprotocollen voor de meerderheid van de kinderen werkt. In onze validatiestudies hebben wij samengewerkt met het Psycho-traumacentrum, GGZ Kinderen en Jeugd, Rivierduinen. Aangezien samenwerking het bestuderen van grotere groepen patiënten mogelijk maakt, is het belangrijk om in de toekomst stappen te nemen om de samenwerking tussen instellingen uit te bouwen zodat verder onderzoek naar drop-outs en non-respons mogelijk wordt. Hopelijk draagt dit artikel daartoe bij.

OVER DE AUTEUR

Dr. Julia Diehle is psycholoog en werkt als postdoc-onderzoeker aan het King's College London. In september 2014 promoveerde zij onder begeleiding van dr. Ramón Lindauer en prof. dr. Frits Boer aan de Universiteit van Amsterdam. Onderhavig artikel is gebaseerd op haar proefschrift. E-mail: juliadiehle@gmail.com.

Summary

THE WORLD IS A SCARY PLACE? INVESTIGATING TREATMENTS AND ASSESSMENT FOR CHILDREN AFTER TRAUMA J. DIEHLE

Every day, children are exposed to potentially traumatic events like accidents, abuse, disasters or war. The majority of these children does not suffer from negative long-term effects. However some children develop full-blown PTSD and others suffer from some PTSD symptoms. This article provides more insight in the treatment and assessment of these children. Study results from an RCT on TF-CBT and AMDR indicate that both treatments are effective and efficient. Furthermore two instruments for the assessment of PTSD and trauma-related cognitions in children were validated. Besides an integral overview of the study results, the discussion includes clinical implications and future research suggestions.

Literatuur

- Ackerman, P.T., Newton, J.E.O., McPherson, W.B., Jones, J.G. & Dykman, R.A. (1998). Prevalence of post-traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse and Neglect*, 7, 759-774.
- Alisic, E., van der Schoot, T.A., van Ginkel, J.R. & Kleber, R.J. (2008). Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: Posttraumatic stress reactions, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1455-1461.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV - Text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A.T. (2005). The current state of cognitive therapy - A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959.
- Beer, R. & de Roos, C. (2008). EMDR bij kinderen en adolescenten - Een nieuw perspectief. In E. ten Broeke, A. de Jongh & H. J. Oppenheim (Eds.), *Praktijkboek EMDR - Casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen* (pp. 379 - 407). Amsterdam: Harcourt.
- Brewin, C.R., Lanius, R.A., Novac, A., Schnyder, U. & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-5: life after criterion A. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 366-373.
- Cary, C.E. & McMillen, J.C. (2012). The data behind the dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and Youth Services Review*, 34, 748-757.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. & Deblinger, E. (2008). *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. & Iyengar, S. (2011). Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: A randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165, 16-21.
- Cohen, J.A. & Scheeringa, M.S. (2009). Posttraumatic stress disorder diagnosis in children: Challenges and promises. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11, 91-99.
- Copeland, W.E., Keeler, G., Angold, A. & Costello, E.J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64, 577-584.
- Deblinger, E., Mannarino, A.P., Cohen, J.A., Runyon, M.K. & Steer, R.A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*, 28, 67-75.
- De Roos, C., Greenwald, R., den Hollander-Gijsman, M., Noorthoorn, E., van Buuren, S. & de Jongh, A. (2011). A randomised comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children. *European Journal of Psychotraumatology*, 2.
- Diehle, J., de Roos, C., Boer, F. & Lindauer, R.J.L. (2013). A cross-cultural validation of the Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents in a Dutch population. *European Journal of Psychotraumatology*, 2.
- Diehle, J., de Roos, C., Meiser-Stedman, R., Boer, F. & Lindauer, R.J.L. (submitted for publication). The Dutch version of the Child Posttraumatic Cognitions Inventory: A validation study.
- Diehle, J., Opmeer, B.C., Boer, F., Mannarino, A.P. & Lindauer, R.J.L. (2014). Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy or Eye Movement Desensitization and Reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 227-236.
- Dunmore, E., Clark, D.M. & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 809-829.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., & Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse and Neglect*, 20, 953-961.
- Foa, E.B., Keane, T., Friedman, M. & Cohen, J. (Eds.) (2008). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Friedman, M.J., Resick, P.A., Bryant, R.A. & Brewin, C.R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 750-769.
- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L. & D'Abrew, N. (2013). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (review). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8, 1004-1116.
- Grubaugh, A.L., Long, M.E., Elhai, J.D., Frueh, C. & Magruder, K.M. (2010). An examination of the construct validity of posttraumatic stress disorder with veterans using a revised criterion set. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 909-914.
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S.O. & Dolatabadi, S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 358-368.
- Jensen, T.K., Holt, T., Ormhaug, S.M., Egeland, K.E., Granly, L.B., Hoaas, L.E. & Wentzel-Larsen, T. (2014). A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy With Therapy as Usual for Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43, 356-369.
- King, N.J., Tonge, B.J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., & Ollendick, T.H. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 1347-1355.
- Lee, C.W. & Cuijpers, P. (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 231-239.
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Bryant, R., Salmon, K., Yule, W. et al. (2009). Development and validation of the Child Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 432-440.
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Glucksman, E., Yule, W. & Dalgleish, T. (2007). Parent and child agreement for acute stress disorder, posttraumatic stress disorder and other psychopathology in a prospective study of children and adolescents exposed to single-event trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 191-201.
- Nader, K.O., Krieger, 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: National Center for PTSD.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *The management of post traumatic stress disorder in primary and secondary care*. Retrieved from <http://www.nice.org.uk/CG26>.
- Olf, M. (2005). Children's Revised Impact of Events Scale (Dutch version). Retrieved from <http://www.childrenandwar.org/wp-content/uploads/2010/04/Cries-13-inclusief-handleiding-maart-2013.pdf>
- Palmieri, P.A. & Fitzgerald, L.F. (2005). Confirmatory Factor Analysis of Posttraumatic Stress Symptoms in Sexually Harassed Women. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 657-666.
- Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S. & Wittchen, H. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46-59.
- Perrin, S., Meiser-Stedman, R. & Smith, P. (2005). The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 487-498.
- Powers, M.B., Halpern, J.M., Ferenschak, M.P., Gillihan, S.J. & Foa, E.B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 635-641.
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A.M. & Stams, G.J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 599-606.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Simms, L.J., Watson, D. & Doebbell, B.N. (2002). Confirmatory factor analyses of posttraumatic stress symptoms in deployed and non-deployed veterans of the Gulf War. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 637-647.
- Smith, P., Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dalgleish, T., & Clark, D.M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for PTSD in children and adolescents: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1051-1061.
- Stallard, P. (2006). Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: a review of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 26, 895-911.
- Van den Hout, M.A. & Engelhard, I.M. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 724-738.
- Van Meijel, E.P.M., Verlinden, E., Diehle, J. & Lindauer, R.J.L. (2014). *Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA)*, Nederlandse vertaling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum..