

## **Interventie**

# **Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie**

---

## Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 4 november 2022

Oordeel: Effectief volgens goede aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: Beer, Oterdoom, Lindauer (20 mei 2022).  
Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie (TF-CBT)'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies).

# Inhoud

<b>Samenvatting .....</b>	<b>4</b>
Doelgroep .....	4
Doel .....	4
Aanpak .....	4
Materiaal .....	4
Onderbouwing .....	5
Onderzoek.....	5
<b>1. Uitgebreide beschrijving.....</b>	<b>6</b>
1.1 Doelgroep .....	6
1.2 Doel .....	7
1.3 Aanpak.....	10
<b>2. Uitvoering.....</b>	<b>15</b>
<b>3. Onderbouwing .....</b>	<b>17</b>
<b>4. Onderzoek .....</b>	<b>24</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	24
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	29
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen .....</b>	<b>46</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur .....</b>	<b>47</b>

## Samenvatting

Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie (TF-CBT<sup>1</sup>) is een in Amerika ontwikkelde behandeling voor traumagerelateerde stoornissen en traumatische rouw. TF-CBT is een hybride, modulair opgebouwde benadering waarin traumagevoelige interventies, cognitieve gedragsprincipes en aspecten van hechting, ontwikkelingsgebonden neurobiologie en modellen van het gezin, empowerment en humanistische theorie met elkaar zijn geïntegreerd, om zo goed mogelijk te kunnen ingaan op de behoeften van getraumatiseerde kinderen en hun gezin. Het TF-CBT-model is opgebouwd uit 8 behandelmodules die naar behoefte, ingeschat door de therapeut, meer of minder intensief met de cliënt worden doorlopen. Het protocol is in 2001 in Amerika gepubliceerd na de eerste wetenschappelijke evidentie voor de werkzaamheid ervan. Exposure tijdens de behandeling bestaat grotendeels uit het schrijven over de traumatische gebeurtenissen, waarbij aandacht is voor emoties en gedachten. Hierna kan cognitieve herstructurering plaatsvinden door het uitdagen van deze gedachten. Een ander belangrijk onderdeel van de behandeling is het delen van het verhaal door de cliënt met belangrijke anderen.

### Doelgroep

De doelgroep van de TF-CBT zijn kinderen en jongeren van acht tot achttien jaar, die door het meemaken van (een) ingrijpende gebeurtenis(sen) langer dan een maand posttraumatische stressklachten of een posttraumatische stress stoornis hebben. De inhoud van de behandeling wordt aangepast aan de cognitieve ontwikkelingsfase van de jeugdige.

### Doel

Het doel van de behandeling is het verwerken van herinneringen aan ingrijpende gebeurtenissen, en daarmee het verminderen of doen verdwijnen van de klachten die zijn ontstaan bij een kind of jongere. Daarbij is het belangrijk dat kinderen in staat zijn om emoties te beheersen die opkomen naar aanleiding van "triggers" die doen herinneren aan het trauma.

### Aanpak

In gemiddeld 15 individuele sessies (gemiddeld eenmaal per week) komen de verschillende componenten van de TF-CBT aan bod, waarbij traumagerichte interventies en cognitief gedragstherapeutische principes centraal staan. In de behandeling komen aan bod: psycho-educatie, opvoedkundige vaardigheden van ouders, relaxatie, affectmodulatie, cognitieve coping en verwerking, het schrijven van het traumaverhaal, in vivo controle krijgen over herinneringen aan het trauma, combinatiesessies met ouders en kind en de toekomstige veiligheid en ontwikkeling versterken.

### Materiaal

Voor behandelaren is er een boek met het behandelprotocol waarin de behandeling met de methode TF-CBT uiteen wordt gezet (Cohen, Mannarino, Deblinger, 2008). Ook zijn er Nederlandstalige werkboeken ontwikkeld voor zowel behandelaren als voor ouders en kinderen om in te werken tijdens de therapie. Er is tevens een Engelstalige website voor training van TF-CBT voor behandelaren beschikbaar (<https://tfcbt.musc.edu/>).

---

<sup>1</sup> De afkorting TF-CBT komt overeen met de uitgeschreven Amerikaanse titel

## Onderbouwing

Veel jeugdigen maken een ingrijpende gebeurtenis mee en een deel van deze jeugdigen ontwikkelt een (partiële) posttraumatische stress stoornis. Verschillende risico- en protectieve factoren zijn vastgesteld in relatie tot PTSS en er bestaan verschillende verklaringenmodellen voor PTSS, waaronder het cognitieve model, de geheugentheorie, systeemtheorieën en biologische verklaringen die gezamenlijk het ontstaan en de instandhouding van traumagerelateerde klachten verklaren. TF-CBT grijpt in op verschillende verklarende factoren binnen deze modellen, zoals disfunctionele cognities, vermijding, triggers, steun van ouders, kent een systemische aanpak en richt zich op versterkende vaardigheden voor de toekomst.

## Onderzoek

TF-CBT is uitgebreid onderzocht op haar werkzaamheid in verschillende landen. Op dit moment wordt TF-CBT door het National Institute of Clinical Excellence beschouwd als de beste door wetenschappelijk onderzoek ondersteunde vorm van behandeling voor deze problemen (NICE, 2005). Er zijn negentien gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken uitgevoerd naar TF-CBT toegepast bij getraumatiseerde kinderen in de leeftijd van 8 tot 18, onder andere in Nederland. In vijf onderzoeken werd de interventie vergeleken met een wachtlijstconditie, in drie onderzoeken werd TF-CBT vergeleken met treatment as usual en in de overige negen onderzoeken werd de effectiviteit vergeleken met een alternatieve (trauma)behandeling of werkende elementen. De onderzoeken wijzen op een sterke mate van effectiviteit van TF-CBT.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## 1.1 Doelgroep

### **Uiteindelijke doelgroep**

Jeugdigen van acht tot achttien jaar met posttraumatische stress stoornis (PTSS) of partiële PTSS. Dit betekent dat zij minimaal een maand last hebben van een gespecificeerd aantal symptomen uit drie verschillende clusters: herbeleving ( $\geq 1$  symptoom), vermijding ( $\geq 3$  symptomen) en verhoogde prikkelbaarheid/stemming ( $\geq 2$  symptomen). Voor partiële PTSS geldt dat een jeugdige aan twee van de drie genoemde clusters voldoet, of minimaal 1 symptoom van elk van de drie clusters ervaart. Zowel jeugdigen met type 1 trauma (acute, schokkende, eenmalige gebeurtenis zoals een ongeluk of een verkrachting) als type 2 trauma (meerdere trauma's gedurende een langere periode, zoals verwaarlozing, langdurig seksueel misbruik of langdurig huiselijk geweld) kunnen worden behandeld met TF-CBT.

### **Intermediaire doelgroep**

In de TF-CBT-behandeling voor de jeugdige zijn gezamenlijke en aparte sessies met ouders of verzorgers<sup>2</sup> in het programma opgenomen. Als het niet mogelijk is dat ouders zijn betrokken, kan een voor het kind belangrijke andere volwassene worden betrokken.

### **Selectie van doelgroepen**

Er zijn verschillende instrumenten beschikbaar om (partiële) PTSS in kaart te brengen bij jeugdigen. Allereerst wordt afname van de life-events checklist aangeraden voor het systematisch in kaart brengen van meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen bij zowel ouder als de jeugdige. Voor jeugdigen wordt de Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA) aangeraden (Nader et al., 1996). Dit is een semigestructureerd interview voor jeugdigen van 8 tot 18 jaar, dat de frequentie en intensiteit van PTSS-symptomen meet.

Bij de ouders of verzorgers kan aanvullend de ADIS-P (Siebelink & Treffers, 2001) afgenomen worden, tevens een semigestructureerd interview. Voor de ADIS-P geldt, naast het gespecificeerde aantal symptomen, een minimale ernstscore van 4 om bij de jeugdige te kunnen spreken van (partiële) PTSS. Verder kan de Children Revised Impact of Events Scale -13 (CRIES-13) bij de jeugdige en ouders worden afgenomen. De cut-off score  $\geq 30$  op de CRIES-13 wijst op een verhoogd risico voor de aanwezigheid van PTSS bij de jeugdige.

Wanneer CAPS-CA en/of de PTSS-module van de ADIS klinisch scoren op PTSS, dan is TF-CBT geïndiceerd.

Contra-indicaties jeugdige:

- Een onveilige omgeving, waarbij de traumatisering nog niet gestopt is of er een groot risico is op terugkeer van traumatisering.
- Gevaarlijk gedrag, zoals suïcidaal gedrag, psychose of heftige agressie dient eerst aandacht te krijgen, alvorens te starten met een traumabehandeling.
- Een licht verstandelijke beperking is op zich geen contra-indicatie, omdat de behandeling kan worden aangepast aan de ontwikkelingsleeftijd van de jeugdige. Als een kind een ontwikkelingsleeftijd heeft van onder de 8 jaar, dan is TF-CBT mogelijk geen geschikte behandeling.

---

<sup>2</sup> In dit stuk zal verder gesproken worden over ouders, hier vallen ook verzorgers onder.

In principe kan de behandeling ook uitgevoerd worden met een tolk. Bij kinderen die de taal niet machtig zijn, heeft de voorkeur om een therapeut te kiezen die de taal spreekt van het kind. De reden is dat er een traumaverhaal wordt geschreven en dat is lastig uit te voeren met een tolk, maar niet onmogelijk. Eventueel zou dan ook gewerkt kunnen worden met een traumaverhaal dat bestaat uit tekeningen met minder tekst. Een andere mogelijkheid is dat het kind met de therapeut het traumaverhaal vertaalt, zodat het kan worden gedeeld met ouders.

### **Betrokkenheid doelgroep**

In de Nederlandse situatie is de doelgroep niet actief betrokken bij de ontwikkeling van de interventie. Wel wordt steeds gevraagd naar de behandelresultaten en wat voor kinderen en jongeren wel en niet werkt. Een voorbeeld hiervan is op welke manier het traumaverhaal wordt vormgegeven. Er zijn verschillende vormen, zoals het maken van tekeningen, een traumaverhaal in rap vorm, een stripverhaal in plaats van het uitschrijven van het traumaverhaal. Ook de nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen op het gebied van de CGT (inhibitorisch-leermodel) hebben gemaakt dat de therapeuten zich meer bewust zijn van het toepassen van exposuretechnieken bij het schrijven van het traumaverhaal en bij module 8 in vivo controle. De oorspronkelijke ontwikkelaars hebben de werkboeken van TF-CBT ontwikkeld om aan te sluiten op de behoeften van jeugdigen en ouders. Ook is in Nederland van de eerste vier TF-CBT modules een online-versie ontwikkeld nadat deze vraag vanuit adolescentie cliënten naar voren kwam.

## **1.2 Doel**

### **Hoofddoel**

Het doel van de behandeling is het verminderen of doen verdwijnen van de symptomen van (partiele) PTSS bij de jeugdige.

### **Subdoelen**

Naast het hoofddoel van de interventie zijn er subdoelen opgesteld per module. Voor alle negen modules van de TF-CBT (zie ook uitleg onder 1.3 op pagina 8 en 9) zijn subdoelen beschreven. Deze subdoelen in het schema hebben betrekking op de jeugdige en de ouders.

De subdoelen van de ouders hebben betrekking op het hebben van kennis over trauma, dat zij begrijpen dat de gedragsproblemen van het kind te maken hebben met de gevolgen van het meemaken van traumatische gebeurtenissen, het kind kunnen steunen in de verwerking van de trauma's en ouders sensitief en adequaat kunnen reageren op het (probleem)gedrag van hun kind. Tijdens de combinatiesessie is de ouder in staat om de jeugdige aan te moedigen, steunen en bekrachtiging te bieden als hij of zij het traumaverhaal voorleest, kan de ouder de gebeurtenissen horen vanuit het perspectief van de jeugdige en kan de ouder in gesprek met de jeugdige om de vragen en zorgen te horen die betrekking hebben op de meegemaakte traumatische gebeurtenissen. Zie voor de uitgewerkte subdoelen de tabel. De therapeut bekijkt na iedere module of de subdoelen zijn behaald en gaat dan verder met de volgende module.

Module	Subdoelen kind/jongere	Subdoelen ouders
1. Psycho-educatie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De jeugdige heeft kennis over de impact van trauma en de kenmerkende reacties op nare gebeurtenissen, waardoor de jeugdige weet dat hij/zij niet 'gek' is.</li> <li>2. De jeugdige heeft kennis over TF-CBT (structuur en componenten) en weet dat dit een effectieve behandeling is.</li> <li>3. De jeugdige weet hoe de therapie werkt en waarom het belangrijk is om elke week te komen.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De ouders hebben kennis over de impact van trauma en de kenmerkende reacties op nare gebeurtenissen.</li> <li>2. De ouders hebben kennis over TF-CBT (structuur en componenten) en weten dat dit een effectieve behandeling is voor hun kind en ondersteunen dit.</li> <li>3. De ouders weten hoe de therapie werkt en waarom het belangrijk is om te zorgen dat hun kind elke week naar therapie komt en dit ook faciliteren.</li> </ol>
2. Relaxatie	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. De jeugdige kent het verschil tussen ontspanning en spanning(svermindering).</li> <li>5. De jeugdige kan verschillende methoden inzetten om in zijn/haar dagelijkse omgeving (thuis, op school) met gevoelens van stress en spanning om te gaan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4 De ouders kennen het verschil tussen ontspanning en spanning(svermindering).</li> <li>5 De ouders weten welke verschillende methoden ingezet kunnen worden bij hun kind om in zijn/haar dagelijkse omgeving (thuis, op school) met gevoelens van stress en spanning om te gaan. De ouders ondersteunen zo nodig hierbij.</li> </ol>
3. Affect-modulatie	<ol style="list-style-type: none"> <li>6 De jeugdige kan verschillende gevoelens herkennen en heeft een vocabulaire om binnen en buiten de therapie over gevoelens te praten.</li> <li>7 De jeugdige weet dat hij/zij verschillende (tegenstrijdige) gevoelens tegelijkertijd kan voelen en weet dat dit normaal is.</li> <li>8 De jeugdige weet dat gevoelens met wisselende intensiteit gevoeld kunnen worden.</li> <li>9 De jeugdige kan gevoelens identificeren en er adequaat mee om gaan.</li> <li>10 De jeugdige weet wat te doen wanneer hij/zij zich verdrietig, boos, angstig etc. voelt.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6 De ouders kunnen verschillende gevoelens herkennen en hebben een vocabulaire om binnen en buiten de therapie over gevoelens met hun kind te praten.</li> <li>7 De ouders weten dat hun kind verschillende (tegenstrijdige) gevoelens tegelijkertijd kan voelen en weten dat dit normaal is.</li> <li>8 De ouders weten dat hun kind gevoelens met wisselende intensiteit kunnen voelen en kunnen hier adequaat, ondersteunend op reageren.</li> <li>9 De ouders zijn in staat om hun kind te ondersteunen in het identificeren van gevoelens die samenhangen met de traumatische gebeurtenis (toen en nu).</li> <li>10 De ouders weten hoe ze hun kind kunnen ondersteunen wanneer hij/zij zich verdrietig, boos, angstig etc. voelt.</li> </ol>
4. Cognities I	<ol style="list-style-type: none"> <li>11 De jeugdige kent de Cognitieve Driehoek en de samenhang tussen gedachten, gevoelens en gedrag.</li> <li>12 De jeugdige weet wat helpende en niet-helpende gedachten zijn.</li> <li>13 De jeugdige begrijpt de mogelijkheid om gevoelens en gedachten te beïnvloeden door bewustzijn van deze gedachten en het veranderen van niet-helpende gedachten.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11 De ouders kennen de Cognitieve Driehoek en de samenhang tussen gedachten, gevoelens en gedrag.</li> <li>12 De ouders weten wat helpende en niet-helpende gedachten zijn.</li> <li>13 De ouders begrijpen de mogelijkheid om gevoelens en gedachten te beïnvloeden door bewustzijn van deze gedachten en het veranderen van niet-helpende gedachten. Zij kunnen hun kind hierbij ondersteunen.</li> </ol>



<p>5. Trauma-verhaal</p>	<p>14 De jeugdige weet na het schrijven van het traumaverhaal dat de angstige verwachting niet uitkomt (bijvoorbeeld: 'als ik word herinnerd aan het trauma, dan word ik gek').</p> <p>15 De jeugdige identificeert niet-helpende of niet kloppende cognities die later moeten worden veranderd.</p> <p>16 De jeugdige weet op welke manier hij of zij anders naar de wereld/zichzelf is gaan kijken sinds de nare gebeurtenis.</p>	<p>De jeugdige schrijft het traumaverhaal plus de cognities II alleen in aanwezigheid van de therapeut. De ouders zijn niet aanwezig, maar worden wel voorbereid op de combinatiesessies, waarbij het kind het traumaverhaal deelt met de ouders.</p> <p>14 De ouders zijn op de hoogte van de traumatische gebeurtenissen die hun kind heeft meegemaakt.</p> <p>15 De ouders worden voorbereid op het delen van het traumaverhaal, waarbij zij weten hoe zij gaan reageren op hun kind.</p> <p>16 De ouders hebben vragen voorbereid die zij aan hun kind willen stellen aangaande de traumatische ervaringen van hun kind.</p>
<p>6. Cognities II</p>	<p>17 De jeugdige kan niet-helpende en niet kloppende gedachten herkennen, heeft inzicht in hoe zijn/haar zelfbeeld, het beeld van de wereld, familie of toekomst zijn veranderd en kan hierop reflecteren.</p> <p>18 De jeugdige kan oude (disfunctionele) gedachten vervangen met nieuwe (functionele) gedachten.</p> <p>19 De jeugdige ziet de traumatische gebeurtenis niet meer als een onderdeel van zijn of haar identiteit en ziet zichzelf en de toekomst niet meer als hopeloos of beschadigd.</p>	<p>17 De ouders hebben onjuiste en onregelende cognities aangaande het traumaverhaal van hun kind veranderd.</p> <p>18 De ouders worden voorbereid om hun kind te helpen om tijdens de combinatiesessies, waar het traumaverhaal door het kind wordt voorgelezen, om oude (disfunctionele) gedachten te vervangen door nieuwe (functionele) gedachten.</p> <p>19 De ouders helpen hun kind om de toekomst niet meer als hopeloos en beschadigd te zien.</p>
<p>7. Combinatie-sessies</p>	<p>20 De jeugdige gaat met de ouder in gesprek over vragen, zorgen etc. over de traumatische gebeurtenis.</p> <p>21 De jeugdige is in staat om het traumaverhaal te vertellen aan de ouder (exposure).</p>	<p>20 De ouders zijn in staat om te luisteren naar het traumaverhaal dat hun kind voorleest.</p> <p>21 De ouders complimenteren hun kind met het schrijven en voorlezen van het traumaverhaal.</p>
<p>8. In vivo controle</p>	<p>22 Bij eventuele overgebleven vermijdingsklachten naar aanleiding van specifieke triggers, weet de jeugdige dat de verwachte situatie zich niet voordoet (bijvoorbeeld: 'als ik daar weer oversteek, dan word ik weer aangereden').</p> <p>23 De jeugdige vermindert vermijdingsgedrag dat het dagelijks functioneren nog in de weg staat.</p>	<p>22 Bij eventuele overgebleven vermijdingsklachten naar aanleiding van specifieke triggers, weten de ouders hoe zij hun kind kunnen ondersteunen daarbij.</p> <p>23 De ouders ondersteunen hun kind om het vermijdingsgedrag te verminderen, zodat het niet in de weg staat bij het dagelijks functioneren.</p>

<p>9. Veiligheidsvaardigheden (afronding)</p>	<p>24 De jeugdige en ouders hebben een veiligheidsplan, waardoor de jeugdige en de ouder een veilig(er) gevoel hebben.</p> <p>25 De jeugdige heeft een stappenplan in het geval van zelfbeschadiging of suïcidale gedachten.</p> <p>26 De jeugdige heeft veiligheidsvaardigheden geleerd die hij of zij kan inzetten wanneer de therapie is afgelopen.</p>	<p>24 De jeugdige en ouders hebben een veiligheidsplan, waardoor de jeugdige en de ouder een veilig(er) gevoel hebben.</p> <p>25 De ouders ondersteunen hun kind in het stappenplan dat gemaakt is in geval van zelfbeschadiging of suïcidale gedachten.</p> <p>26 De ouders ondersteunen hun kind ook na therapie met het inzetten van veiligheidsvaardigheden.</p>
---	--	--

### 1.3 Aanpak

#### Opzet van de interventie

TF-CBT is opgebouwd uit negen modules die idealiter in een vaste volgorde worden uitgevoerd. De therapeut doorloopt de modules met de jeugdige, waarbij de ouders deze modules ook volgen. De therapeut spreekt de jeugdige en ouders apart en samen, behalve de module traumaverhaal, die wordt alleen gedaan met de jeugdige. Gemiddeld zijn er voor een TF-CBT behandeling 12 tot 16 sessies (sessieduur is 45-60 minuten; frequentie is eens per week; gemiddeld vier sessie voor de eerste vier modules (PRAC), vier sessies voor het traumaverhaal en vier sessies voor de laatste modules) nodig, afhankelijk van de duur, omvang en ernst van de traumatische gebeurtenissen. De therapeut kan naar eigen inzicht langer stilstaan bij bepaalde modules, indien de therapeut dit nodig acht voor een jeugdige. Bij chronisch getraumatiseerde kinderen kan de duur van de behandeling verdubbelen (Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon & Steer, 2011).

De opzet van TF-CBT modules:

1. Psycho-educatie en opvoedkundige vaardigheden
2. Relaxatie
3. Affectmodulatie
4. Cognities I
5. Traumaverhaal
6. Cognities II
7. Combinatiesessies
8. In vivo controle – indien nodig
9. Toekomstige veiligheid en ontwikkeling versterken

Alle modules moeten worden gevolgd. Soms is het mogelijk om twee modules in een sessie te behandelen bijvoorbeeld bij de PRAC-modules. Als een kind of jongere al veel geleerd heeft over ontspanningstechnieken en het reguleren van emoties bij voorgaande therapieën, dan kan de TF-CBT-therapeut ervoor kiezen om deze modules kort door te lopen. De PRAC-modules zijn de enige modules die verkort kunnen worden aangeboden. Als er geen extra exposure meer hoeft te worden ingezet, dan kan module 8 worden overgeslagen.

De TF-CBT kent ook vier rouwmodules voor jeugdigen waarbij er sprake is van een combinatie van (partiele) PTSS en rouwreacties n.a.v. een overlijden van een belangrijke ander:

- Psycho-educatie
- Rouwen om het verlies en het oplossen van ambivalente gevoelens over de overledene
- Positieve herinneringen aan de overledene bewaren
- De relatie met de overledene opnieuw definiëren en zich inzetten voor de huidige relaties

## **Inhoud van de interventie**

### **Werving/Intake**

Tijdens de intake maken de behandelaar en het kind of de jongere en de ouders of verzorgers kennis met elkaar. Het doel is om een beeld te krijgen van het bredere algemeen functioneren van het kind. Hier is aandacht voor de interesses van het kind, het gezin(sfunctioneren), school, vrienden, etc. Ook is er aandacht voor de reden van aanmelding: wat is er gebeurd en hoe hebben de betrokkenen dit ervaren. De therapeut kan al in deze fase een inschatting maken van het (cognitief) functioneren van het kind en de lijdensdruk bij kind en ouders. Ook is het belangrijk om tijdens de intakefase stil te staan bij de behandelmotivatie van zowel kind als ouders.

### **Diagnostiek**

Na de intake wordt traumadiagnostiek ingezet om de traumatische gebeurtenissen in kaart te brengen. Het is hierbij belangrijk om dit systematisch uit te vragen, bijvoorbeeld aan de hand van de Life-events Checklist, omdat er naast de reden van aanmelding sprake kan zijn van aanvullende traumatische gebeurtenissen waar nog geen zicht op is. Het is wenselijk om vanuit meerdere perspectieven te kijken naar de problematiek, dus waar mogelijk betreft de therapeut zowel kind (CAPS-CA en CRIES-13) als ouder (ADIS-P en CRIES-13) in de diagnostiek. Daarnaast worden er meestal zowel interviews afgenomen als vragenlijsten ingevuld. Wanneer geconcludeerd kan worden vanuit de diagnostische resultaten en de klinische blik van de therapeut dat er sprake is van (partiële) PTSS, kan er een behandelplan opgesteld worden. Hierin wordt vastgelegd welke doelen kinderen en ouders voor ogen hebben en hoe de behandeling eruit komt te zien.

### **Module Psycho-educatie en opvoedkundige vaardigheden**

In deze module wordt aan kinderen en ouders uitgelegd wat trauma inhoudt, wat dat voor gevolgen kan hebben en wat de term posttraumatische stress stoornis betekent. De therapeut gebruikt hierbij beeldmateriaal. Voorbeelden zijn het gebruik van boeken of het maken van een ladekastje met nare en prettige herinneringen. Voor het uitleggen van de verhoogde stress kan gebruik worden gemaakt van de window of tolerance, waarbij aan de hand van plaatjes inzichtelijk wordt gemaakt hoe het lijf reageert op stress en spanning, en hoe je dat herkent. De psycho-educatie wordt zowel aan de jeugdige als de ouder gezamenlijk gegeven.

### **Module Relaxatie**

In deze module staat de verhoogde stress centraal en de ontspanning die aangeleerd of opgeroepen moet kunnen worden. Ontspanningsoefeningen worden eerst gezamenlijk geoefend door de therapeut en het kind. Ademhalingsoefeningen, progressieve spierrelaxatie (spieren worden kortdurend aangespannen en ontspannen op instructie

van de therapeut), geleide fantasieoefeningen, mindfulnessoefeningen (bijvoorbeeld een oefening waarbij de jeugdige een rozijntje eet en heel bewust proeft), een lijstje met ontspannende activiteiten kunnen bijvoorbeeld worden ingezet. Ieder kind spreekt andere oefeningen aan, dus het is gewenst samen op zoek te gaan naar ontspanningsoefeningen die het kind prettig vindt. Tijdens de oefeningen staat het verschil tussen spanning en ontspanning centraal, zodat het kind opmerkzamer kan worden in dagelijkse situaties. Het kind kan samen met de therapeut de oefeningen uitleggen aan ouders en het huiswerk bestaat uit het oefenen van de ontspanningsoefeningen op een rustig en geschikt moment.

### **Module Affectmodulatie**

In deze module staan de verschillende emoties centraal. Met jonge kinderen worden de basisemoties behandeld: blij, bang, boos en bedroefd. Met oudere kinderen wordt naar een breder spectrum van emoties gekeken. Therapeut en kind kunnen bijvoorbeeld samen uitzoeken in welke situaties hij of zij welke emoties ervaart, hoe dit voelt voor het kind, hoe anderen dit aan het kind kunnen merken etc. Andere voorbeelden zijn het maken van een emotiekaart van het lichaam of het bespreken van emotieplaten. Ook staan er oefeningen over emoties in het werkboek.

### **Module Cognities (I)**

De therapeut legt zowel aan de jeugdige als aan de ouder uit wat het verband is tussen gevoelens, gedachten en gedrag (de cognitieve driehoek). Ook wordt het verschil tussen helpende en niet-helpende gedachten besproken. Samen bespreken therapeut en jeugdige wat hij of zij hiervan herkent. Dit wordt ook besproken in het bijzijn van de ouder, zodat de ouder de jeugdige hiermee kan helpen. Heeft het kind bijvoorbeeld negatieve of automatische gedachten die het vaak denkt? Het is in deze fase van de therapie nog niet noodzakelijk dat het gaat over traumagerelateerde gedachten.

### **Module Traumaverhaal**

Als de eerste vier modules zijn doorlopen start het kind met het schrijven van het traumaverhaal (de geleidelijke exposure). Dit kan op papier of op de computer in verhalende vorm, maar er zijn ook kinderen die een rap willen schrijven of een ander creatief idee hebben. Dit mag. De therapeut en het kind bespreken de hoofdstukken die geschreven zullen worden. Er wordt gestart met een inleidend hoofdstuk over het kind, waarin de therapeut het kind o.a. positieve kenmerken over zichzelf en de reden(en) voor het schrijven van het traumaverhaal laat opschrijven. Daarna schrijft het kind de (kern)traumatische gebeurtenissen zo gedetailleerd mogelijk op. Wanneer het kind al in staat is om hierbij ook emoties en/of gedachten op te schrijven dan kunnen deze hierbij worden opgeschreven. De therapeut probeert te zoeken naar "hotspots" en patronen. Het kind vertelt eerst aan de therapeut over de gebeurtenis, vervolgens schrijft het kind dit op (in sommige gevallen schrijft de therapeut, maar er moet dan goed worden overlegd wat de therapeut opschrijft; bijvoorbeeld als het kind moeite heeft met schrijven bij dyslexie). In deze fase van de therapie zijn de ouders niet betrokken. Het geschreven verhaal zal pas tijdens de sharing gedeeld worden met ouders.

### **Module Cognities (II)**

Wanneer de gebeurtenissen beschreven zijn in het verhaal worden de emoties en de gedachten tijdens de gebeurtenissen onderzocht en opgeschreven. De therapeut probeert te zoeken naar gedachten die het kind ten tijde van de gebeurtenis had en momenteel heeft over de gebeurtenissen die niet kloppen en daarmee disfunctioneel zijn. De therapeut zal deze gedachten uitdagen en samen zullen het kind en de therapeut

bijvoorbeeld bewijs verzamelen voor een gedachte. Het doel is om in het verhaal op te schrijven wat een kind vroeger dacht en hoe het er nu ook of anders over kan denken. Bij deze module is de ouder niet betrokken. Na het schrijven van het traumaverhaal neemt de jeugdige het traumaverhaal met de therapeut door en worden disfunctionele gedachten er uitgehaald en besproken. Tijdens de combinatiesessie komen deze in het traumaverhaal ook aan bod.

### **Module Combinatiesessies**

Wanneer het verhaal af is, bedenken de therapeut en het kind samen met welke belangrijke steunfiguren (ouders, belangrijke andere familieleden) het kind het verhaal wil delen: de sharing. Het is in de praktijk gebruikelijk dat de steunfiguren door de therapeut worden voorbereid op de sharing. Zij krijgen dan te horen waar het verhaal over gaat en er is aandacht voor de gewenste reactie en steun voor het kind. Dit is een lastig evenwicht, waarbij de therapeut moet inschatten hoe sturend de voorbereiding met de ouder moet zijn. Tijdens het delen van het verhaal leest het kind het verhaal voor aan de steunfiguren. Tijdens het lezen is er ruimte voor de reactie, emoties en gedachten van de steunfiguren. Soms staan er nog vragen in het verhaal over zaken die nog onduidelijk zijn voor het kind. Dit is ook een passend moment voor de beantwoording van deze vragen.

### **Module In vivo controle indien nodig**

In vivo exposure is bedoeld om vermijding geleidelijk te overwinnen, om het kind in staat te stellen weer optimaal te functioneren. Het is belangrijk dat de therapeut de bevestigende werking van vermijding uitlegt en dat er vertrouwen is bij kind en ouders dat het zal werken. Het is beter om niet te beginnen aan deze module, dan halverwege te stoppen, omdat de angstige verwachting dan niet wordt ontkracht. De therapeut en ouders oefenen in geleidelijke stapjes met het kind om gewend te raken aan een bevreesde situatie die het kind nog doet herinneren aan de traumatische gebeurtenis. Bijvoorbeeld als een kind bang is voor een hond omdat het is gebeten, bekijkt het kind eerst een plaatje van een hond, dan kijkt het naar een hond aan de riem, vervolgens naar een loslopende hond en daarna aait het kind een hond. De ouders stimuleren het kind om de gevreesde situatie aan te gaan en niet te vermijden.

### **Module toekomstige veiligheid en ontwikkeling versterken (afronding)**

Na het schrijven en het delen van het verhaal is er ruimte voor het bevorderen van de toekomstige veiligheid en ontwikkeling van het kind. Bijvoorbeeld als een jeugdige seksueel is misbruikt, bespreekt de therapeut wat hij of zij kan doen als zulke situaties mogelijk opnieuw gebeuren. Of als er sprake is geweest van huiselijk geweld, wordt met het kind en de ouders besproken, als het zich weer voordoet, wat er moet gebeuren om het kind in veiligheid te brengen. Het is belangrijk om, alvorens kinderen veiligheidsbevorderende vaardigheden te leren, hun reactie op eerder geleden trauma te prijzen, om een schuldgevoel te voorkomen. Voorlichting kan gegeven worden en rollenspellen geoefend om bijvoorbeeld grenzen te leren aangeven. In een rollenspel kan het kind leren hoe nee te zeggen als het iets niet prettig vindt. Over het algemeen worden kinderen voorgelicht over gevaren in hun omgeving, maar worden ze daarnaast gestimuleerd om op hun eigen intuïtie te leren varen met betrekking tot hun perceptie op gevaar.

### **Evaluatie**

Wanneer de behandeling is afgerond is er een afsluitend gesprek met ouders en kind, waarbij wordt stilgestaan bij het proces, hoe ouders en kind hierop terugkijken, de

doelen en de verbetering van klachten. Ook kan de diagnostiek (gedeeltelijk) herhaald worden, om te objectiveren in welke mate de klachten zijn afgenomen, in het kader van de behandel-effectiviteit. Hiervoor kunnen de traumascreeningslijst (CRIES-13) en klinische interviews (CAPS-CA en ADIS-P) worden afgenomen, zoals beschreven bij de paragraaf selectie van de doelgroepen.

## 2. Uitvoering

### Materialen

Voor behandelaren is er een handboek met het behandelprotocol waarin de behandeling met de methode TF-CBT uiteen wordt gezet (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2008). Daarnaast zijn er werkboeken onder de titel "Verwerken en Versterken" ontwikkeld voor zowel behandelaren als voor ouders en kinderen om in te werken tijdens de therapie (in het Nederlands en Engels). Deze zijn te bestellen via verschillende websites, waaronder de site van de uitgever ([www.bsl.nl](http://www.bsl.nl)), de website van Boom Psychologie ([www.boompsychologie.nl](http://www.boompsychologie.nl)) en op [www.bol.com](http://www.bol.com).

Er is tevens een Engelstalige website voor behandelaren beschikbaar (<https://tfcbt.musc.edu/>) waar theorie en praktijkvoorbeelden (filmpjes en transcripten van gesprekken) te vinden zijn.

### Locatie en type organisatie

TF-CBT kan worden gegeven binnen de eerstelijns basis jeugd-ggz en gespecialiseerde jeugd-ggz en jeugdhulpverlening. De therapie kan zowel binnen een klinische als ambulante setting aangeboden worden.

TF-CBT wordt in Nederland momenteel o.a. aangeboden door Levvel, Kenter Jeugdhulp, Stichting Centrum '45, Accare, Triversum, Karakter, De Jutters, Curium-LUMC, Yulius en Wei43. Op de website staan de instellingen die beschikken over TF-CBT-getrainde therapeuten (<http://www.tfcbt.nl>).

### Opleiding en competenties van de uitvoerders

De therapie dient te worden uitgevoerd door therapeuten die een opleiding hebben gehad in de ontwikkeling van het kind en die ervaring hebben met de diagnostiek en behandeling van een breed scala van verschillende psychiatrische stoornissen bij kinderen. Daarnaast moet de therapeut al een vooropleiding en supervisie hebben gehad in het bieden van verscheidene behandelvormen aan kinderen en hun gezin, zoals inzichtgerichte/psychodynamische, gezinssystemische, interpersoonlijke, cognitieve gedrags- en/of speltherapie.

De 3-daagse opleiding tot TF-CBT therapeut is verplicht en is te volgen bij RINO Amsterdam en RINO Utrecht (binnen de KP-opleiding) en wordt mede verzorgd door het Amsterdam UMC/Levvel. Voorafgaand aan deze opleiding is het verplicht om de internetcursus te volgen via [www.musc.edu/tfcbt](http://www.musc.edu/tfcbt). De internetcursus TF-CBT is een online-training, waarbij de verschillende modules worden uitgelegd aan de hand van casuïstiek en filmmateriaal. De 3-daagse opleiding bestaat uit twee cursusdagen en één terugkomdag, waarbij aan de hand van meegebrachte casussen wordt geoefend met de technieken. Tussen de cursusdagen en terugkomdag volgen therapeuten zes telefonische groepsconsultatiesessies met vier medecursisten.

Overige competenties van therapeuten die genoemd worden in het handboek zijn: zorgvuldig luisteren, oog hebben voor lichaamstaal en affect, waarachtigheid uitstralen, de zienswijze van kind en ouder respecteren, gepast reageren op zowel de openlijke als de latente inhoud van hetgeen er wordt meegedeeld, psychodynamisch inzicht, klinisch inzicht en kennis van de ontwikkeling van het kind, scherp inzicht, goed oordeelsvermogen, veel creativiteit, kennis van andere beschikbare hulpverlening en het

toegankelijk maken van deze hulp voor het gezin (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2008).

## **Kwaliteitsbewaking**

De TF-CBT training is doorontwikkeld vanuit Amerika, waarbij de kwaliteit bewaakt wordt door:

- GZ-Psychologen, Klinisch (neuro)psychologen, Orthopedagoog-Generalisten NVO, Kinder- en Jeugdpsychologen NIP en Kinder- en Jeugdpsychiaters; of minimaal 1 jaar in opleiding tot een van genoemde registraties te laten volgen.
- Tijdens de training gebruik te maken van rollenspellen, groepssupervisie en een video te laten zien van een behandelde patiënt bij de terugkomdag.
- Tussen de eerste twee trainingsdagen en de terugkomdag zitten minimaal 8 maanden, zodat er voldoende mogelijkheid is om zelf therapie te geven en feedback te krijgen.
- Na het succesvol afronden van de TF-CBT-training ontvangt de deelnemer een certificaat.
- Er zijn vier gecertificeerde trainers in Nederland die de training geven bij de RINO Amsterdam die regelmatig overleg met elkaar hebben om de training en kwaliteit te waarborgen.
- De vier trainers hebben, zoals eerder vermeld, jaarlijks contact met de VS, Noorwegen en Duitsland om te praten over de implementatie van TF-CBT, waarbij ook de kwaliteit van de therapie aandacht krijgt. Bij de opzet van de training in Nederland is rekening gehouden met de eerdere ervaringen in het buitenland, bijvoorbeeld het belang om supervisie sessies te geven en op de terugkomdag ook filmmateriaal te bekijken van de therapeuten in opleiding. Om trainer/opleider te worden doorloopt diegene de volgende route: (1) volgt als therapeut de TF-CBT-opleiding; (2) voert zelf meerdere TF-CBT-behandelingen uit; (3) geeft onder begeleiding supervisie aan TF-CBT-opleidingen; en (4) volgt de internationale train de trainer opleiding van een jaar. Er zijn specifieke competentieformulieren gemaakt voor zowel supervisoren als trainers in opleiding.
- Voor het wetenschappelijk onderzoek en de supervisie van de TF-CBT wordt filmmateriaal gemaakt en hebben de therapeuten een checklist voor iedere module zodat bekeken kan worden of alle aspecten van de verschillende modules aan bod zijn gekomen.

## **Randvoorwaarden**

Randvoorwaarde voor een goede uitvoering van de interventie is dat GZ-Psychologen, Klinisch (neuro)psychologen, Orthopedagoog-Generalisten NVO, Kinder- en Jeugdpsychologen NIP en Kinder- en Jeugdpsychiaters; of minimaal 1 jaar in opleiding tot een van genoemde registraties de opleiding tot TF-CBT therapeut volgen. Daarnaast is het voor het volbrengen van een succesvolle training noodzakelijk dat de deelnemers de mogelijkheid hebben om traumapatiënten te behandelen en de training te volgen. Tot slot moet de therapeut toegang hebben tot supervisoren en/of adviseurs die een intensieve opleiding in het TF-CBT model hebben gevolgd en dit model ook zelf hebben geïmplementeerd (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2008). Het toelaten van BIG-geregistreerden, het volgen van de training en het behandelen van patiënten onder supervisie leidt tot een correcte uitvoering van de interventie.



## Implementatie

De training wordt aangeboden via de RINO Amsterdam en RINO Utrecht (binnen de KP-opleiding). Er wordt systematisch bijgehouden wie de training hebben gevolgd. De training is geaccrediteerd voor de herkwalificatie Klinisch Psycholoog, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), herregistratie voor de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapie (VGct), voor het K&J - NIP en K&J NIP herregistratie, NVO Orthopedagoog Generalist en de herregistratie. Standaard worden trainingen geëvalueerd en zo nodig bijgesteld door de trainers. Er is een Nederlandse TF-CBT-website ontwikkeld om te zorgen voor landelijke bekendheid van TF-CBT (<http://www.tfcbt.nl>). Er worden ook incompany trainingen verzorgd, waarbij de trainers een instelling ondersteunen bij de verdere implementatie van TF-CBT.

Binnen Levvel, onze organisatie, hebben we een implementatieplan, waarbij binnen ieder team een of twee therapeuten opgeleid zijn in de TF-CBT. Deze therapeuten krijgen intervisies. Er wordt een registratie bijgehouden wie getraind is in de TF-CBT, zodat als iemand de organisatie verlaat weer nieuwe therapeuten worden getraind. Drie trainers/supervisors zijn werkzaam bij Levvel. De implementatie wordt gewaarborgd door het kennisnetwerk Trauma, Gehechtheid en Gezin (Top-GGZ-afdeling) binnen Levvel.

## Kosten

Kosten training TF-CBT:

- € 1295 (prijs inclusief werkboeken; exclusie theorieboek).
- materiële kosten (theorieboek): Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2008) € 52,90.

Kosten uitvoering TF-CBT-behandeling:

- aantal sessies is gemiddeld 16 uitgevoerd door een BIG-geregistreeerde psycholoog/orthopedagoog/klinisch psycholoog/psychotherapeut/kinder- en jeugdpsychiater.
- voorbereidingstijd, supervisie en administratie: 16 uur.

Totaal kosten uitvoering TF-CBT-behandeling: 32 uur x € 90 à € 130 = € 2880-4160.

### 3. Onderbouwing

#### Probleem

Een traumatische gebeurtenis volgens de DSM-5 is een gebeurtenis waarbij er sprake is van een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld. Deze gebeurtenis heeft iemand zelf ondergaan, is hier persoonlijk getuige van geweest en/of heeft vernomen dat het een naast familielid of een goede vriend is overkomen. De symptomen PTSS bestaan uit de volgende symptoomclusters: intrusieve symptomen (pijnlijke herinneringen, onaangename dromen, dissociatieve reacties, steeds denken aan de gebeurtenis door triggers en lichamelijke reacties), vermijding van prikkels geassocieerd aan de gebeurtenis (vermijden van gesprekken, plaatsen, mensen en situaties die doen denken aan de ervaring), negatieve veranderingen in cognities en stemming (aspecten van de gebeurtenis niet kunnen herinneren, persisterende en overdreven negatieve overtuigingen over zichzelf, anderen en/of de wereld, vertekende cognities over de oorzaak of gevolgen van de gebeurtenis, persisterende en negatieve gemoedstoestand, verminderde belangstelling, gevoelens van onthechting en persisterend onvermogen om positieve emoties te ervaren) en verhoogde prikkelbaarheid (prikkelbaar gedrag, woede-uitbarstingen, roekeloos of zelfdestructief gedrag, hypervigilantie, concentratieproblemen en verstoring van slaap) (APA, 2014). Bij kinderen zien we een klachtenbeeld dat afhankelijk van de ontwikkelingsleeftijd er als volgt uitziet. Bij jonge kinderen zien we dat zij gevoelig zijn voor lawaai, vaak en lang huilen, slaap- eetproblemen hebben, contact vermijden en schrikachtig zijn. Bij wat oudere kinderen kan verwarring ontstaan over gevaar en naar wie zij toe kunnen voor bescherming, of zij zijn angstig om gescheiden te worden van bekenden. Kinderen tussen de 6 en 12 jaar hebben last van stemmingswisselingen, problemen met leren door concentratieproblemen, verhoogde schrikreacties, specifieke angsten, regressief gedrag en eisen veel aandacht op. Jeugdigen tussen de 12 en 18 kunnen problemen hebben met het verbeelden en plannen van de toekomst, over- of onderschatten van gevaar, laten ongepaste agressie zien of roekeloos of destructief gedrag. Ook spelen gevoelens van schaamte bij deze jongeren een rol en vergroot de kans op gebruik van alcohol en drugs (Lindauer, 2014). PTSS is een stoornis die de ontwikkeling van kinderen en jeugdigen ernstig nadelig kan beïnvloeden, bijvoorbeeld kunnen PTSS-klachten leiden tot schooluitval of problemen binnen het gezin. Uit onderzoek blijkt dat 25 tot 50% van de kinderen en jongeren voor het 18<sup>e</sup> jaar een of meer ingrijpende gebeurtenissen meemaakt (Copeland e.a., 2007). Uit Nederlands onderzoek blijkt dat per jaar 100.000 tot 160.000 kinderen worden blootgesteld aan kindermishandeling (Alink e.a., 2011). Niet ieder kind ontwikkelt PTSS na het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen, dit gebeurt in ongeveer 8 tot 33% van de gevallen afhankelijk van ernst en type meegemaakte traumatische gebeurtenissen (Alisic e.a., 2014). Omdat de ontwikkeling van PTSS afhankelijk is van de ernst, het type traumatische gebeurtenis en van risicofactoren en protectieve factoren, wisselen de prevalentiecijfers tussen onderzoeken. Kinderen die meer ingrijpende gebeurtenissen meemaken, lopen meer risico op het ontwikkelen van PTSS-symptomen, dan kinderen die een eenmalige gebeurtenis meemaken (La Greca, Taylor, & Herge, 2012). Uit een onderzoek op de Spoedeisende Hulp van het Academisch Medisch Centrum Amsterdam blijkt dat kinderen die daar behandeld worden na een ongeval ongeveer 12% kans hebben op het krijgen van PTSS. Onder kinderen die kindermishandeling meemaken ligt dit percentage veel hoger (Alisic e.a., 2014). Meisjes lopen een groter risico op het ontwikkelen van PTSS-klachten dan

jongens. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het type van gebeurtenissen die meisjes in verhouding vaker meemaken dan jongens.

## Oorzaken

Het ondergaan of getuige zijn van een ingrijpende gebeurtenis is altijd de aanleiding voor het ontstaan van de posttraumatische stress klachten (maar ontstaat niet in alle gevallen). Naast deze gebeurtenis(sen) zijn er veel verschillende risicofactoren en protectieve factoren die mede bepalen of een kind uiteindelijk partiele PTSS of PTSS ontwikkelt. Deze factoren hebben betrekking op de gebeurtenis, het kind, het functioneren van ouders, de ouder-kind interactie en de omgeving (Beer & De Roos, 2012; Lindauer, 2014; Morris, Gabert-Quillen, & Delhanty, 2012). Op de volgende pagina wordt een schematisch overzicht gegeven van de bekende risicofactoren bij PTSS.

Protectieve factoren die betrekking hebben op het kind zijn: in staat zijn problemen op te lossen (copingvaardigheden), sociaal vaardig zijn (hulp kunnen vragen), impulsbeheersing en een positief zelfbeeld hebben. Protectieve factoren die betrekking hebben op de ouder zijn: als ouders in staat zijn hun kind (emotioneel) te ondersteunen en actieve nabijheid en steun/troost te bieden.

### ***Risicofactoren gebeurtenis***

- Directe blootstelling (in plaats van getuige)
- Gescheiden van ouders ten tijde van gebeurtenis
- Juridische procedures

### ***Risicofactoren ouders***

- Heftige emotionele reacties tijdens of vlak na de gebeurtenis
- Psychische problematiek van ouders
- Ouderlijke bezorgdheid
- Ouders ook getroffen door gebeurtenis
- Slecht gezinsfunctioneren

### ***Risicofactoren omgeving***

- Gebrek aan erkenning door omgeving voor de traumaproblematiek
- Pesten
- Opgroeien in een omgeving met veel geweld
- Sociaal isolement

### ***Risicofactoren kind***

- Blijvende schade/lichamelijk letsel
- Geremd temperament
- Geslacht: meisje
- Disfunctionele betekenisverlening, 'appraisal'
- Eerdere meegemaakte gebeurtenissen
- Heftige emotionele reactie tijdens gebeurtenis
- Bestaande psychopathologie

### ***Risicofactoren interactie ouders en kind***

- Onveilige gehechtheidsrelatie
- Ouders ontkennen de traumatische gebeurtenissen van hun kind of herkennen de PTSS-klachten niet
- Ouders bieden hun kind geen emotionele steun bij de verwerking van de trauma's

Voor de verklaring van PTSS zijn meerdere modellen ontwikkeld. Hoewel er geen eensluitend verklaringsmodel voor PTSS is, geven de verschillende modellen inzicht in de klachten en leiden ze tot aanknopingspunten voor behandeling.

Het cognitieve model gaat er van uit dat de reactie van een persoon op een prikkel (trigger) een herinnering oproept (US/UR-representatie). De reactie in het hier en nu (emotie of gedrag, bijvoorbeeld fight, flight, freeze) wordt beïnvloed door een

herinnering aan de gebeurtenis in het verleden. Daarnaast is er sprake van *disfunctionele cognities* die ontstaan zijn door het gevoel van machteloosheid en ontwrichting (Stöf sel & Mooren, 2010). Deze cognities hebben betrekking op het zelfbeeld en de wereld en kunnen leiden tot het onderhouden van de PTSS-symptomen. Vermijding van triggers leidt tot de instandhouding van de angst en hierdoor blijven de disfunctionele cognities onveranderd (Diehle e.a., 2014).

De geheugentheorie van Foa en Kozak (1986) en Brewin et al (1996) gaat er van uit dat er een mentaal (angst)netwerk wordt aangelegd in het geheugen rond een kernervaring, zoals een traumatische ervaring, waarna een gebeurtenis niet vanuit het autobiografisch geheugen wordt bewaard, maar gefragmenteerd wordt opgesloten in het geheugen. Dit leidt ertoe dat een traumatrigger leidt tot activatie van die gefragmenteerde herinnering. Dit uit zich bijvoorbeeld in nare traumatische herinneringen en/of beelden. Voor een goede opslag is een bewerking van de informatie nodig (Stöf sel & Mooren, 2010). TF-CBT is ook gebaseerd op de gehechtheidstheorie. Onveiligheid in de opvoedings sfeer staat een gezonde hechtingsrelatie ernstig in de weg, waardoor een gezonde identiteitsontwikkeling moeilijker plaatsvindt. Bij de TF-CBT wordt ook de ouder actief betrokken en wordt ernaar toegewerkt dat de ouder weer steunfiguur wordt voor het kind.

De systeemtheorie redeneert dat systemen samenhang en balans zoeken en dit proberen vast te houden. Dit proces kan worden verstoord door ingrijpende gebeurtenissen, waardoor de balans in het gezin ontwricht wordt (Stöf sel & Mooren, 2010).

Vanuit het biologisch model blijkt er een aantal factoren een rol te spelen in het ontstaan en de instandhouding van PTSS, zoals de onvoldoende remming van geactiveerde stresssystemen (Lindauer, 2014; Zantvoord e.a., 2013). Activatie van dit biologische stresssysteem leidt tot symptomen die te maken hebben met de verhoogde prikkelbaarheidssymptomen.

## **Aan te pakken factoren**

Hier wordt een overzicht gegeven van de aan te pakken factoren die samenhangen met de PTSS-klachten. De cijfers achter de aan te pakken factoren verwijzen naar de onder 1.2 beschreven subdoelen (p. 7-8). De geactiveerde stresssystemen (1, 4, 5), disfunctionele cognities (11, 12, 13, 15, 17, 18) en vermijding van triggers (1, 3, 14, 23, 24, 25) blijken uit het cognitieve en biologische model een veroorzakende en/of in standhoudende rol te spelen in de problematiek en worden met TF-CBT aangepakt. Daarnaast kan tijdens de TF-CBT behandeling een inschatting gemaakt worden of er mogelijk ook sprake is van problematiek bij ouders (bijvoorbeeld PTSS of depressie) waarvoor doorverwijzing is aangewezen. Verder worden van de risicofactoren aangepakt: erkenning van de problematiek van het kind (1, 20, 21, 22), het bieden van sociale steun door de ouder (20, 21, 22). Ook aan protectieve factoren wordt gewerkt: het zoeken van steun (20, 21, 22), een positief zelfbeeld (16, 19) en probleemoplossende vaardigheden (5, 10, 22, 27, 28).

## **Verantwoording**

In de werkboeken 'Verwerken en versterken' (kind-, ouder- en therapeutenversie) staan alle oefeningen per module uitgewerkt. In onderstaande tekst worden de modules beschreven en zijn er enkele voorbeelden opgenomen ter illustratie.

**Psycho-educatie** (doelen 1 t/m 3)

Psycho-educatie is een breed ingeburgerd begrip in de cognitieve gedragstherapie dat bij de start van de behandeling van vele stoornissen wordt ingezet, met een meervoudig doel. Ten eerste kunnen problemen en klachten genormaliseerd worden. De boodschap dat klachten te behandelen zijn geeft hoop (Cohen et al., 2008), wat de motivatie voor behandeling vergroot. Ook kunnen juiste cognities bekrachtigd worden door middel van psycho-educatie. Als ouders problemen ervaren met het opvoeden, dan is het goed hier aandacht aan te besteden. Hiervoor kan de schijf van vijf voor de opvoeding worden gebruikt. Zie de werkboeken. Ouders leren ook ongewenst gedrag te begrenzen, positief gedrag te bekrachtigen en effectieve complimenten te geven.

**Relaxatie** (doelen 4 & 5)

Ontspanningsoefeningen worden aangeleerd om de problematische stressuitingen waar kinderen met een posttraumatische stress stoornis mee te maken hebben aan te kunnen. Deze stressuitingen kunnen met name problematisch worden wanneer een kind herinnerd wordt aan het trauma, ook tijdens het werken aan het verhaal. Oefeningen als geconcentreerde ademhaling en meditatie leveren een ontspanningsreactie op (Benson, 1975). De nadelige en ongewenste lichamelijke en psychische reacties van stress kunnen met deze oefeningen geneutraliseerd worden bij kinderen en volwassenen (Kabat-Zinn, 1990). Het inzetten van spierontspanningsoefeningen kan helpen om de selectieve aandacht te richten op iets anders dan de traumatische gebeurtenis. Door uit te leggen wat de verschillen zijn tussen normale en traumatische reacties op stress, de verschillende stressreacties van het menselijk lichaam, herkenning van spanning bij jezelf en het oefenen van ontspanningsoefeningen worden kinderen de kennis en vaardigheden geleerd die zij later tijdens het schrijven van het verhaal en in andere situaties kunnen toepassen ten tijde van spanning (Cohen et al., 2008). In de werkboeken staan ademhalings- en spierontspanningsoefeningen voor jonge kinderen en jeugdigen. Ook kunnen zij een lijst maken van dingen die zij graag doen en waarvan zij rustig worden en een kalm gevoel krijgen.

**Affectmodulatie** (doelen 6 t/m 10)

Een voorwaarde om cognitieve veranderingsprocessen te laten plaatsvinden is emotioneel inzicht of 'gevoelde betekenis' (Korrelboom & Ten Broeke, 2014). In de cognitieve therapie van Beck wordt het aantal mogelijke gevoelens beperkt gehouden, om meer nadruk te kunnen leggen op cognities. Dit zijn in de praktijk vaak de vier B's: Bang, Boos, Blij en Bedroefd (Ten Broeke et al., 2008). Bij het jonge kind worden deze vier emoties besproken en bij oudere kinderen maken we gebruik van een breder spectrum aan emoties. Op deze manier passen we de behandeling op het ontwikkelingsniveau van het kind. Het is van belang voor de therapie dat de cliënt in zo duidelijk mogelijke taal emotionele toestanden kan omschrijven (Korrelboom & Ten Broeke, 2014). Door met kinderen te werken aan emotieherkenning, -benoeming en vaardigheden om met emoties om te gaan, kunnen de kinderen hier beter mee uit te voeten tijdens het schrijven van het verhaal en hebben kind en therapeut samen een passende manier gevonden over gevoelens te spreken. Met behulp van bijvoorbeeld een gevoelsdagboek, smileys, legenda van emoties in het lichaam, toneelspel, lichaamshoudingen kunnen kinderen en therapeut samen inzicht krijgen in het gevoelsleven van het kind. Ook komen passende strategieën voor het reguleren van met emoties aan bod (bijvoorbeeld de aangeleerde ontspanningsoefeningen). Een kind wordt bijvoorbeeld gevraagd om zoveel mogelijk gevoelens op te schrijven in één minuut, te

vragen welke kleur ieder gevoel heeft voor het kind en dan te bespreken wanneer het zich zo voelt.

**Cognities** (en de verandering van cognities) (doelen 11 t/m 13 en 17 t/m 19)

Cognities spelen op verschillende niveaus en momenten een rol in de TF-CBT.

Verondersteld wordt dat de catastrofale interpretaties van de herbelevingen mensen aanzetten tot het vermijden van de herinneringen (Bögels & Van Oppen, 2011). Actief stilstaan bij de herinneringen heeft echter een sleutelrol in de TF-CBT (zie hieronder kopje traumaverhaal). De disfunctionele cognities als 'als ik eraan denk word ik gek' of 'de herinneringen gaan nooit meer weg' of 'ik heb mezelf niet onder controle' dienen te worden aangepakt, alvorens kinderen en jongeren het gevoel hebben de exposure aan te kunnen. In het werkboek staat bijvoorbeeld een GGG-spel. Het kind geeft dan aan in de lijst van gedachten, gevoelens en gedrag welke wat zijn. Ook de cognitieve driehoek (gedachten, gevoelens en gedrag) wordt geoefend aan de hand van alle daagse situaties.

Bij onverwerkte traumatische gebeurtenissen spelen denkfouten of disfunctionele cognities vaak een rol die ook de fundamentele opvatting over zichzelf, anderen en de wereld aantast. Veelgemaakte denkfouten zijn hindsight bias (van tevoren hadden moeten weten wat er zou gaan gebeuren), overschatting van de eigen verantwoordelijkheid, onderwaardering van eigen gedrag, overschatting van (toekomstig) gevaar en het verlies van vertrouwen in anderen. Denkfouten of disfunctionele cognities met betrekking tot de herinneringen en het zelf- en wereldbeeld worden bij TF-CBT door de therapeut uitgedaagd met vragen, de socratische dialoog (waarbij de therapeut onbevooroordeeld aan het kind allerlei vragen stelt zodat het kind zelf kan ontdekken of wat hij of zij denkt ook klopt), taartdiagrammen (als een getraumatiseerd kind zich schuldig voelt, dan kan de therapeut een taartdiagram maken om te kijken hoe groot het aandeel schuld is van wie, zodat het kind ontdekt dat hij of zij er geen of misschien beperkt schuld aan heeft), kinderen redenen voor hun eigen (gepaste) gedrag ten tijde van de gebeurtenis laten opnoemen en gedragsexperimenten (bijvoorbeeld door een kind een gericht opdracht te geven en te kijken of ook gebeurt wat het kind denkt) (Bögels & Van Oppen, 2011).

**Traumaverhaal** (doelen 14 t/m 16)

Tijdens het vertellen over, opschrijven en delen van herinneringen aan nare gebeurtenissen is er sprake van imaginaire exposure (IE). Door IE wordt een cliënt langdurig en herhaald blootgesteld aan zijn herinneringen aan traumatische gebeurtenissen (Korrelboom & Ten Broeke, 2014). Steeds blijkt uit onderzoek dat exposure, zowel imaginair als in vivo, essentieel is in traumabehandelingen (Van Minnen & Arntz, 2004). Ook voor TF-CBT is dit onderzocht en aangetoond (Deblinger et al., 2011). Doordat kinderen bij TF-CBT eerst over gebeurtenissen aan de therapeut vertellen, daarna schrijven en later nog delen met belangrijke anderen, worden zij voortdurend en in groeiende intensiteit blootgesteld aan de herinneringen aan de nare gebeurtenissen, waarbij tegelijkertijd op zoek wordt gegaan naar de disfunctionele cognities die mede maken dat de herinneringen als belastend worden ervaren. Uit de nieuwste inzichten van IE blijkt dat exposure leidt tot ontkrachting van de angstige verwachting (verwachtingsdisconfirmatie) en als gevolg daarvan afname van angstgevoelens (Craske, Liao, Brown, & Vervliet, 2012). Bij trauma gaat het om de angstige en pijnlijke gedachten aan gebeurtenissen (de intrusies: herinneringen, beelden, sensaties) en niet om de gebeurtenissen zelf.

**Omgaan met wat aan het trauma herinnert** (doelen 24 & 25)

In vivo exposure wordt ingezet wanneer er na de narratieve technieken en imaginaire exposure vermijdingsgedrag blijft bestaan bij kinderen. Een voorbeeld hiervan is een meisje dat niet alleen op haar kamer in het nieuwe huis wil zijn, omdat het haar herinnert aan seksueel misbruik in haar kamer in het oude huis. Door het aangaan van de confrontatie kunnen kinderen aan den lijve ondervinden dat de veronderstelde gevolgen uitblijven. Exposure in vivo is een van de meest onderzochte en toegepaste interventies binnen de cognitieve gedragstherapie (Korrelboom & Ten Broeke, 2014). In de klinische praktijk blijkt deze stap in veel gevallen niet nodig te zijn in de therapie.

**Combinatiesessies** (doelen 20 t/m 23, kind en de gezamenlijke doelen uit overige modules)

Uit onderzoek is gebleken dat de gecombineerde TF-CBT, waarbij ouders worden betrokken en er combinatiesessies plaatsvinden om over het traumaverhaal van het kind te spreken, het meeste effect sorteert op de traumaklachten van kinderen (het hoofddoel van de behandeling) (Deblinger et al., 2011). Uit onderzoek van Yasinski et al (2016) blijkt dat ouderlijke steun tijdens de TF-CBT en de ouderlijke cognitief-emotionele verwerking van eigen traumagerelateerde reacties een grotere afname van internaliserende problematiek voorspellen. Beschuldiging en vermijding voorspellen daarentegen een verslechtering van symptomen bij follow-up onderzoek en vermijding van ouders kan leiden tot overgeneralisatie van trauma gerelateerde denkpatronen of overtuigingen. Het is daarom van groot belang dat ouders worden betrokken bij de behandeling en om ouders voor te bereiden op het delen van het traumaverhaal, om de gewenste behandelresultaten te bereiken.

**Veiligheidsvaardigheden** (doelen 26 t/m 28)

Door op veiligheidsvaardigheden in te zetten wordt er ingegaan op de soms reële angst van kinderen dat er in de toekomst nare dingen zullen gebeuren. Door kinderen voorzorgsmaatregelen en verschillende veiligheidsaspecten te leren, in combinatie met een realistische kijk op het vóórkomen van deze gebeurtenissen, kan het veiligheidsgevoel toenemen. Kinderen die slachtoffer zijn geworden van huiselijk geweld of mishandeling, lopen een verhoogd risico om opnieuw slachtoffer te worden (Arata, 2000), net als bij slachtoffers van seksueel misbruik (Bicanic & De Jongh, 2016). Door het inzetten van veiligheidsvaardigheden wordt gepoogd deze kans te verlagen.

## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Hieronder worden verschillende studies besproken die betrekking hebben op de implementatie, uitvoering, het bereik, bruikbaarheid voor professionals en werkzame elementen van het behandelprotocol van TF-CBT.

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?

- a) Diehle, Brent, Opmeer, Boer, Mannarino, Lindauer, 2014.
- b) In dit Nederlandse onderzoek is gekeken naar de behandel-effectiviteit bij 48 kinderen tussen de 8 en 18 jaar (62% meisjes) van TF-CBT (n = 23) in vergelijking met EMDR (n = 25). De inclusiecriteria in dit onderzoek waren een leeftijd van 8-18 jaar, beheersing van de Nederlandse taal, blootstelling aan één of meerdere traumatische ervaringen waarbij de laatste traumatische gebeurtenis niet korter dan 4 weken voor aanvang van het onderzoek mag hebben plaatsgevonden. Tot slot moet er (partiële) PTSS gerapporteerd zijn door het kind (CAPS-CA) of de verzorger (ADIS-P). Exclusiecriteria waren een psychotische stoornis, middelenmisbruik, een pervasieve ontwikkelingsstoornis of acute suïcidaliteit. De kinderen zijn random toegewezen aan de condities, die beide 8 behandel sessies betroffen. In de TF-CBT conditie is het behandelprotocol gebruikt dat is ontwikkeld door Cohen en anderen, voor de EMDR-conditie is het protocol van Shapiro gebruikt. Tijdens de pre- en posttest werd gekeken naar de scores op de CAPS-CA, de ADIS-P PTSS module, de R-CADS, SDQ en de CRIES-13. Tevens werd de CRIES gescoord na de tweede, vierde en zesde behandel sessie. De onderzoekers waren blind voor de behandelconditie tijdens de afname van de interviews met ouders en kinderen. Er werden 71 kinderen aangemeld, 48 kinderen bleken bereid om deel te nemen aan het onderzoek en voldeden aan de inclusiecriteria.
- c) De behandelintegriteit bleek voor EMDR 75% en voor TF-CBT 73% ten opzichte van de protocollen. Er werden geen significante verschillen gevonden in behandel-effectiviteit tussen EMDR en TF-CBT. Voor TF-CBT werd een grote effectsize gevonden van 1.1, voor EMDR een medium effectsize van 0.72. Beide behandelcondities resulteerden in een forse, significante afname van scores tussen de pre- en posttest op de CAPS-CA. Het verschil tussen de condities in afname was klein en niet significant (gemiddelde verschil 0.69, 95% CI – 13.4 tot 14.8) en een verschil in diagnosestatus na de behandeling was tevens klein en niet-significant. Ouders van kinderen in de TF-CBT conditie rapporteerden naast een afname op de ADIS-P ook een significante afname van comorbide depressieve en hyperactieve symptomen. Ouders in de EMDR-conditie rapporteerden geen significante veranderingen op comorbide symptomen. Tot slot bleek de behandelduur niet significant korter voor EMDR (p = 0.09) in vergelijking met TF-CBT. Daarmee lijken zowel TF-CBT als EMDR effectieve en efficiënte behandelmethoden voor kinderen met PTSS-klachten, waarbij TF-CBT effectiever lijkt voor de afname van comorbide symptomen in vergelijking met EMDR.



- a) Utilization and implementation of Trauma-focused cognitive behavioral therapy for the treatment of maltreated children, Allen & Johnson, Sam Houston State University, 2012.
  - b) In dit onderzoek werd gekeken naar de resultaten van een enquête onder 132 hulpverleners (89 % vrouw) werkzaam in "Children Advocacy Centers". Alle therapeuten voltooiden een onlinevragenlijstenprotocol met verschillende vragenlijsten, gebaseerd op 4-punts Likertschalen en de vraag in welke mate de therapeut bepaalde interventies inzet (0 = helemaal niet waarschijnlijk tot 4 = zeer waarschijnlijk). Hierbij waren 5 componenten afkomstig uit TF-CBT: psycho-educatie, opvoedvaardigheden, ontspanning/coping vaardigheden, het traumaverhaal en cognitieve herstructurering. Met behulp van gepaarde t-testen en een classificatieanalyse werden de resultaten geanalyseerd.
  - c) In totaal rapporteerden 110 (83.3%) van de 132 hulpverleners getraind te zijn in TF-CBT en 78% verklaarde regelmatig TF-CBT te gebruiken in de praktijk. Hulpverleners rapporteerden over het algemeen waarschijnlijk tot zeer waarschijnlijk de TF-CBT componenten in te zetten. Psycho-educatie en ontspanning/coping vaardigheden werden significant vaker ingezet door therapeuten dan de overige drie TF-CBT componenten. Maar 66% van de TF-CBT therapeuten (en 58% van de gehele steekproef) rapporteerde regelmatig alle componenten in te zetten. Ervaring, kennis of therapeutische oriëntatie waren hierbij geen voorspellende factor. Deze resultaten laten zien dat een betrouwbare implementatie van het TF-CBT protocol minder gebeurt dan verwacht kan worden op basis van het aantal getrainde therapeuten. Deze resultaten wijzen op de noodzaak van het voortzetten van intervisie of supervisie bij het uitvoeren van TF-CBT.
- 
- a) Statewide dissemination of trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT), Sigel, Kramer, Connors-Burrow, Church, Worley & Mitrani, University of Arkansas, 2013.
  - b) In verschillende reviews over de behandeling van kinderen met PTSS symptomen kwam TF-CBT naar voren als de enige behandeling met de titel 'evidence based' (Chadwick Center for Children, Families, 2004; Chadwick Center for Children and Families and Child and Adolescent Services Research Center, 2009; Saunders, Berliner & Hanson, 2004; Silverman et al., 2008). Er zijn drie methodes voor de verspreiding van TF-CBT: een online-training, live learning met doorlopende consultatie en een groepstraining. In dit artikel wordt beschreven hoe een bredere implementatie van een evidence based interventie in de Amerikaanse staat Arkansas in zijn werk ging, wat er bereikt is en hoe hier door therapeuten naar gekeken wordt. De drie opleidingsmethoden werden gratis beschikbaar gesteld aan kindertherapeuten in verschillende instellingen. In drie jaar tijd werden 520 nieuwe therapeuten opgeleid in TF-CBT.
  - c) Van de 322 therapeuten die de online-cursus en tweedaagse training met terugkomdag en 12 supervisiemomenten volbrachten, rapporteerde 96.6% dat de rationale, empirische ondersteuning en kerncomponenten van TF-CBT begrepen werd en 96.0% was het eens met de stelling dat het onderwijs de vaardigheden om kinderen en jongeren met een traumatisch verleden te behandelen waren verbeterd. Tweederde tot driekwart van de opgeleide therapeuten gaven aan veranderingen door te voeren in de praktijk. De therapeuten rapporteerden significante stijgingen in het vertrouwen de verschillende componenten van TF-CBT uit te voeren in de praktijk na

het volgen van de cursus(sen). Van de 420 cliënten die werden behandeld, werd in 79.8% van de gevallen de familie of verzorgers betrokken.

- a) Identification, modification, and implementation of an evidence-based psychotherapy for children in a low-income country: the use of TF-CBT in Zambia, Murray, Dorsey, Skavenski, Kasoma, Imasiku, Bolton, Bass, Cohen, Bloomberg School of Public Health (John Hopkins University), 2013.
  - b) TF-CBT werd gekozen als evidence based interventie om cultureel aan te passen en te implementeren in Zambia. Er werden twee 5-daagse trainingen georganiseerd (2.5 maand ertussen) in het Engels. In totaal werden 22 Zambiaanse maatschappelijk werkers getraind (waarvan maar 3 enige formele opleiding in de psychologie). Na culturele aanpassing van de verschillende modules van TF-CBT aan de Zambiaanse cultuur, werd een pilot-studie uitgevoerd naar de effectiviteit onder 21 seksueel misbruikte meisjes.
  - c) Met een gepaarde t-test werden significante resultaten gevonden na follow-up vergeleken met de baseline. Dit onderzoek heeft aangetoond dat TF-CBT, met een aantal culturele aanpassingen, geschikt is voor het behandelen van kinderen in Zambia.
- 
- a) Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: Impact of the trauma narrative and treatment length, Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon, Steer, CARES Institute/UMDNJ-School of Osteopathic Medicine, 2011 (effectiviteitsresultaten worden gerapporteerd onder 4.2).
  - b) In dit onderzoek werden 210 seksueel misbruikte kinderen van 4-11 jaar gerandomiseerd over vier verschillende condities om te onderzoeken of de behandelduur en of het Trauma Narrative (TN) component van TF-CBT essentieel lijken te zijn voor de effectiviteit van TF-CBT. De verschillende behandelcondities en het aantal kinderen dat het onderzoek voltooiden waren: 8 sessies zonder TN (8 No TN; n = 40), 8 sessies met TN (8 Yes TN; n = 39), 16 sessies zonder TN (16 No TN; n = 35) en 16 sessies met TN (16 Yes TN; n = 44). Alle behandelcondities betraf de opbouw van TF-CB volgens het PRACTICE acroniem, waarbij de trauma narrative (de T uit PRACTICE) alleen werd uitgevoerd met de kinderen die waren toegewezen aan een "Yes" conditie. Bij de kinderen in de "No" condities werden kinderen en ouders niet aangemoedigd om te schrijven of te vertellen over details van seksueel misbruik van de 185 kinderen was 61% een meisje.
  - c) Gesteld kan worden dat alle vormen van TF-CBT effectief waren in het reduceren van verschillende klachten naar aanleiding van seksueel misbruik bij kinderen en in het vergroten van verschillende (opvoed)vaardigheden. Er werden ook verschillen gevonden tussen de verschillende behandelcondities. Zo rapporteerden de ouders uit de 16 No TN conditie een significant grotere verbetering van de opvoedvaardigheden dan ouders in de Yes TN condities en rapporteerden ouders uit de No TN condities een grotere afname van externaliserend probleemgedrag dan ouders in de Yes TN condities. Een verklaring kan worden gevonden in de extra tijd die in de "No" condities beschikbaar was om aan opvoedvaardigheden te besteden, daar de "Yes" conditie ook tijd besteedde aan de trauma narrative van de kinderen. Verder namen in de 8 Yes TN conditie zowel de misbruikgerelateerde stress van ouders als de misbruikgerelateerde angst en algemene angst van de kinderen significant af. Dit pleit voor de 8 Yes TN conditie als de meest efficiënte conditie in het doen afnemen

van traumagerelateerde klachten van zowel ouders als kinderen. De toevoeging van 8 extra sessies leidde tot een gemiddelde extra afname van 1 PTSS symptoom en een langere behandeling werd ook gerelateerd aan minder symptomen van herbeleving en vermijding.

- a) A randomized trial of cognitive behavior therapy and cognitive therapy for children with posttraumatic stress disorder following single-incident trauma, Nixon, Sterk, Pearce, Flinders University, 2012 (effectiviteitsresultaten worden gerapporteerd onder 4.2).
  - b) Deze studie vergeleek de effectiviteit van trauma-focused cognitieve gedragstherapie (CBT) met trauma-focused cognitive therapy (CT) voor kinderen en jongeren van 7 tot en met 17 jaar (n = 33; 63,3% jongen) met posttraumatische stress-stoornis na een eenmalige traumatische gebeurtenis. De kinderen ontvingen hetzelfde 9-weeken durende behandelprotocol, met als uitzondering dat exposure verwijderd werd uit alle CT-sessies. Deze werden vervangen door aanvullende cognitieve therapeutische oefeningen. Wanneer exposure, door het opbrengen van het kind of de ouder, toch plaats vond in de CT-conditie, behandelde de therapeut dit op een cognitieve manier of werd teruggегrepen op psycho-educatieve elementen.
  - c) Met behulp van ANOVA's werd vastgesteld dat kind- en oudersymptomen significant afnamen tijdens de nameting en de follow-up, vergeleken met de voormeting. Kinderen in de CBT-conditie lieten een significante daling zien in gerapporteerde angstklachten tijdens de nameting en follow-up, waar dit bij de CT-conditie alleen voor de follow-up gold. Respectievelijk 65% en 56% van de kinderen voldeed niet langer aan de criteria voor een volledige PTSS bij de CBT en CT-condities. Remissie na de behandeling werd gezien bij respectievelijk 42% en 36% van de kinderen. Dit onderzoek laat zien dat het mogelijk is om kinderen met traumaklachten met cognitieve therapie te behandelen, wanneer zij – of ouders – niet openstaan voor de gedragsinterventies (exposure) waarbij teruggegaan wordt naar de herinneringen aan de traumatische gebeurtenissen, maar TF-CBT lijkt sneller een afname in klachten te sorteren.
- 
- a) In-session caregiver behavior predicts symptom change in youth receiving trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT), Yasinski, Hayes, Ready, Cummings, Berman, McCauley, Webb, University of Delaware, 2016.
  - b) Het betrekken van ouders/verzorgers is effectief gebleken, maar in deze studie werd gekeken of gedrag tijdens de TF-CBT sessies invloed had op de cognitieve processen en traumasymptomen bij de behandelde kinderen (7-17). In totaal namen 71 ouder-kind paren deel aan de studie. Audio opnames werden gecodeerd voor de processen, de CBCL, UCLA PTSD Index werden 3, 6, 9 en 12 maanden na de intake afgenomen.
  - c) Het naleven van het protocol werd door middel van dichotome items gecodeerd, en wees een hoge naleving uit, waarbij de componenten van de therapie in de juiste volgorde werden uitgevoerd (gemiddelde interrater agreement = 0.92). Piecewise linear growth curve modeling liet zien dat de cognitief-emotionele verwerking van ouders/verzorgers over de eigen traumagerelateerde reacties, en die van hun kind, tijdens het schrijven van het verhaal een afname in internaliserende en externaliserende symptomen van kinderen voorspelden na de behandeling. Steun van de ouder/verzorger tijdens de behandeling voorspelde minder internaliserende klachten tijdens de follow-up. Vermijding van de ouder en het beschuldigen van het

kind voorspelden daarentegen een verslechtering van internaliserende en externaliserende symptomen bij de follow-up, vermijding van de ouder vroeg in de behandeling voorspelde een verslechtering van externaliserende symptomen bij de follow-up. Tijdens de traumaverhaalfase blijken beschuldiging en vermijding gecorreleerd met overgeneralisatie van trauma beliefs van het kind, en beschuldiging was daarnaast geassocieerd met minder accommodatie van gebalanceerde overtuigingen. Uit dit onderzoek blijkt de noodzaak van het vaststellen en bewerken van ouderlijk gedrag tijdens de TF-CBT behandeling om de klinische uitkomsten te verbeteren.

- a) Disseminating and implementing trauma-focused CBT in community settings, Cohen & Mannarino, Allegheny General Hospital, 2008.
- b) Cohen en Mannarino bespreken in dit artikel de verschillende implementatiemethodes voor het opleiden van therapeuten in de TF-CBT methode. Ze bespreken verschillende methoden met de bijkomende voor en nadelen.
- c)
  - I. Web-based learning: wordt voornamelijk gevolgd door mental health professionals met een masterdiploma, waarvan ongeveer 10% student. Het grootste deel van de deelnemers heeft minder dan 5 jaar werkervaring met getraumatiseerde jeugd en gezinnen. 40% van de mensen die zich inschrijven, rondt de cursus af in gemiddeld 12 dagen. Mensen die de cursus rapporteren een hoge mate van tevredenheid en significante toename van kennis. Voordelen zijn: kosten, afstand en het ontbreken van reistijd, nadelen zijn het gebrek aan de mogelijkheid tot het stellen van vragen, een internetverbinding, en kosten van computertoegang. De conclusie is dat deze training een goede introductie is in de TF-CBT, maar geen live training kan vervangen.
  - II. Organizational readiness/doorgaande consultatie: in dit implementatiemodel worden organisaties voorbereid op de implementatie van TF-CBT voorafgaand aan de training door de ontwikkelaars van de behandeling, dan vindt de training plaats en vervolgens wordt er langdurige consultatie geboden, zodat therapeuten met adequate betrouwbaarheid implementeren in de specifieke setting, organisatiecultuur, etc. Voorbeelden hiervan zijn het CATS Project (implementatie van TF-CBT na de aanslagen in New York op 9/11), en verschillende Amerikaanse staten hebben TF-CBT op deze wijze geïmplementeerd (Illinois, Washington, New York, Massachusetts). Een voordeel is dat therapeuten de TF-CBT componenten juist leren toepassen en bij twijfel niet vervallen in oude behandelmethoden. Een nadeel zijn de kosten van de consultatie, hoewel er gemiddeld 2 tot 4 uur consultatie per maand nodig zijn. Het voorbereiden van het bedrijf op de implementatie van TF-CBT leidt tot een vloeiendere overgang en neemt onjuiste aannames weg, maar leidt wel tot extra kosten en tijd die nodig is voor implementatie.
  - III. Learning Collaboratives: 9 tot 12 maanden durend project, waarin volgens plan-do-study-act cycli wekelijkse doelen worden gesteld, waarvan de resultaten met de groep worden gedeeld zodat men van elkaar leert (bijvoorbeeld TF-CBT Breakthrough Series Collaborative, Regional Learning Collaboratives, North Carolina Child Treatment Program).
  - IV. Mixed implementation models
    - i. Stepped Care Model Past Disaster: model waarbij er een 'stepped care' programma wordt uitgezet na een ramp, zoals Orkaan Katrina

- ii. Train the Trainer: een model om de implementatiepower van TF-CBT te vergroten. Ontwikkelaars van de therapie trainen nieuwe trainers, die vervolgens gekwalificeerd zijn om anderen op te leiden of supervisie te bieden

## 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Er is veelvuldig onderzoek gedaan naar de behandelresultaten van traumagerichte cognitieve gedragstherapie. In dit onderdeel van het verslag worden alleen de studies besproken, die het behandelprotocol van Cohen, Mannarino en Deblinger hebben toegepast in het onderzoek (Cohen, Mannarino, Deblinger, 2008). Ook betreft het onderzoeken waarbij met valide instrumenten is beoordeeld of er sprake was van (partiële) PTSS en onderzoeken waarvan de leeftijd van de kinderen in de beoogde doelgroep valt (8-18) (vier studies includeerden ook jongere kinderen). Tevens betreft het volgende overzicht enkel studies met een experimentele onderzoeksopzet waarbij de participanten aselect zijn toegewezen aan de verschillende behandelcondities. Er volgt een schematische weergave van de studies. De experimentele opzet, uitvoering in de klinische praktijk en het gebruik van het protocol van Cohen, Mannarino en Deblinger zijn niet in deze tabel opgenomen, maar alle onderstaande studies zijn nauwkeurig beoordeeld en geselecteerd op deze criteria door de auteurs van dit werkblad. Na de tabel volgt van elke studie een samenvatting. Er zijn geen negatieve effecten beschreven.

Studie plus nummer	Leeftijd	Type trauma	Vergeleken met	Follo w-up	Primaire uitkomstmaat	Land	Voldaan aan alle eisen
1.King et al (2000)	5-17	Seksueel misbruik	Met en zonder ouderparticipatie & wachtlijstconditie	3 maanden	PTSS-score (ADIS)	USA	
2.Cohen et al (2004)	8-14	Seksueel misbruik	Child Centered Therapy	Nee	PTSS-score (K-SADS)	USA	
3.Cohen et al (2005)	8-15	Seksueel misbruik	Non-directieve steunende therapie	12 maanden	PTSS en seksuele problemen (TSCC)	USA	Ja
4.Cohen et al (2007)	10-17	Seksueel misbruik	TF-CBT met en zonder medicatie	Nee	PTSS-score (K-SADS)	USA	
5.Runyon et al (2010)	7-13	Fysieke mishandeling	Cognitieve gedragstherapie voor ouders	3 maanden	PTSS-score (K-SADS)	USA	
6.Jaycox et al (2010)	Schoolage (Mean = 11.6)	Natuurramp	Cognitive-Behavioral Intervention for Trauma in Schools	10 maanden	PTSS-score (UCLA PTSD)	USA	Ja
7.Deblinger et al (2011)	4-11	Seksueel misbruik	Wel en geen traumanaarrative; 8 of 16 sessies	Nee	PTSS (K-SADS)	USA	

8.Cohen et al (2011)	7-14	Huiselijk geweld (partnergeweld)	Child Centered Therapy	Nee	PTSS (K-SADS)	USA	
9.Nixon et al (2012)	7-17	Eenmalig trauma	Trauma-focused cognitive therapy (geen gedragselement)	6 maanden	PTSS-score (CAPS-CA)	USA	Ja
10.Schottelkorb et al (2012)	6-13	Oorlogstrauma	Child Centered Play Therapy	Nee	PTSS-score (UCLA PTSD)	USA	
11.McMullen et al (2013)	13-17	Kindsoldaten/oorlogstrauma	Wachtlijst	3 maanden	PTSS-score (UCLA PTSD)	Congo	
12.O'Callaghan (2013)	12-17	Seksuele uitbuiting/oorlogstrauma	Wachtlijst	3 maanden	PTSS-score	Congo	
13.Ormhøj (2014)	10-18	Verschillende typen trauma	TAU (vrij voor therapeut)	Nee	PTSS-score (CAPS-CA)	Noorwegen	
14/15.Jensen et al (2014; 2017)	10-17	Verschillende typen trauma	TAU (vrij voor therapeut)	18 maanden	PTSS-score (CAPS-CA)	Noorwegen	Ja
16.Diehle et al (2014)	8-17	Verschillende typen trauma	EMDR	Nee	PTSS-score (CAPS-CA)	Nederland	
17.Goldbeck et al (2015)	7-17	Verschillende typen trauma	Wachtlijst	Nee	PTSS-score (CAPS-CA)	Duitsland	
18.Murray et al (2015)	5-18	Verschillende typen trauma	Sociale steun (TAU)	Nee	PTSS-score (PTSD-RI)	Zambia	
19.Konanur et al (2015)	6-12	Verschillende typen trauma	Wachtlijst	6 maanden	PTSS-score (TSCYC/TSCC)	Canada	Ja

#### Meta-analyse:

- a) Meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for treating PTSD and co-occurring depression among children and adolescents, A.S. Lenz, K.M Hollenbaugh, Early childhood education center (Texas), 2015.
- b) Een meta-analytisch onderzoek waarin de behandel-effecten van TF-CBT voor PTSS en bijkomende depressiesymptomen. In de meta-analyse werden 21 between-group studies, met een totaal aantal deelnemers van 1860 kinderen en adolescenten (1106 meisjes, 754 jongens). Afzonderlijke analyses werden uitgevoerd over de studies die wachtlijstconditie/geen behandeling en alternatieve behandelingen vergeleken om het effect van TF-CBT te kunnen bepalen en moderatoren voor de effect size te bepalen. De a priori vastgestelde inclusiecriteria waren (a) de studies kenden een between-group kwantitatief onderzoeksdesign; (b) studies waren gepubliceerd in peer-reviewed tijdschriften, proefschriften of theses; (c) het primaire behandelde symptoom was PTSS, volgend uit de definitie van de DSM-IV; (d) de keuze tot participatie aan de studie werd begeleid door een getrainde mental health practitioner; (e) TF-CBT was

als therapeutische strategie geïmplementeerd in de studie; (f) gestandaardiseerde assessment van de ernst van de symptomen had plaatsgevonden voorafgaand en bij beëindiging van de behandeling; (g) gemiddelden, standaarddeviatie data van de pre- en posttest waren gerapporteerd; (h) studies waren gepubliceerd in het Engels. Exclusiecriteria waren single-group, single-case, intent-to-treat analyses, correlatieve studies, het ontbreken van pretest data, geen gerapporteerde kenmerken van deelnemers of data verspreid over meerdere publicaties. Het Comprehensive Meta-Analysis, Versie 2.0 softwareprogramma is gebruikt voor analyses.

- c) 49 potentiële studies werden geselecteerd voor nader onderzoek, waarvan 21 peer-reviewed studies geschikt bleken om te includeren in de studie. Zeven studies betroffen analyses van TF-CBT versus wachtlijstconditie of geen behandeling, waarbij een effect size werd gevonden van 1.48. Dit wijst op een groot, significant effect ten gunste van de TF-CBT behandelconditie, vergeleken met de wachtlijst/geen behandeling conditie. Studies waarbij er sprake was van een hogere gemiddelde leeftijd van de deelnemers waren geassocieerd met hogere effect sizes van TF-CBT. De 14 andere studies betroffen analyses van TF-CBT versus een alternatieve behandeling, waarvoor een effect size werd gevonden van -.28. Dit is een klein tot gemiddeld, significant effect ten gunste van TF-CBT. Hetzelfde effect voor de gemiddelde leeftijd werd gevonden, waarbij een hogere gemiddelde leeftijd werd geassocieerd met een grotere effect size van TF-CBT. De effect sizes voor de afname van bijkomende depressiesymptomen waren respectievelijk -.78 en -.25 voor 7 studies die TF-CBT vergeleken met geen behandeling en 10 studies die TF-CBT vergeleken met een alternatieve behandeling. Dit wijst op een gemiddeld tot groot en kleine effect size ten gunste van TF-CBT in het doen afnemen van depressiesymptomen bij een PTSS-diagnose, vergeleken met geen behandeling of een alternatieve behandeling.

RCT's:

(1)

- a) Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. King, Tonge, Mullen, Myerson, Heyne, Rollings, ... , & Ollendick (2000).
- b) In dit Amerikaanse onderzoek werd gekeken naar de behandel-effecten van TFCBT, met (n = 12) en zonder (n = 12) ouderparticipatie, vergeleken met een wachtlijstconditie (n = 12) bij 36 kinderen tussen de 5 en 17 jaar, met PTSS ten gevolge van seksueel misbruik. Inclusiecriteria waren dat kinderen en niet-overtredende ouder Engels spraken, een geschiedenis van seksueel misbruik van het kind (met een dader die minimaal 5 jaar ouder is dan het kind), onafhankelijke bevestiging van het plaatsvinden van seksueel misbruik en het voldoen van het kind aan de diagnostische criteria van een PTSS of PTSS-klachten. De kinderen werden random toegewezen aan de behandelcondities. De kinderen in beide behandelcondities ontvingen 20-wekelijkse behandel-sessies volgens het protocol van Deblinger. De ouders van de kinderen in de familie CBT-conditie volgden daarnaast 20-wekelijkse trainingssessies in ouder-kind communicatievaardigheden en gedragsmanagementvaardigheden, gebaseerd op het werk van Cohen en Mannarino. De kinderen in de wachtlijstconditie moesten 24 weken wachten op behandeling. Voor pre-posttest en follow up na drie maanden werden de volgende uitkomstmaten gebruikt: ADIS-C PTSS module, de Fear Thermometer for Sexually Abused Children, de Coping Questionnaire for Sexually Abused Children, de Revised Children's Manifest Anxiety Scale (R-CMAS) en de Children's Depression Inventory (CDI). Bij ouders werd de CBCL en een aanvullende PTSD scale van Wolfe afgenomen. Aanvullend werden

GAF-scores gerapporteerd door behandelaren (algemeen psychisch, sociaal en schools functioneren).

- c) Er was sprake van 3 drop-outs in de kind CBT-conditie, 3 in de familie CBT-conditie en 2 in de wachtlijst conditie (n = 9 kind CBT; n = 9 familie CBT; n = 10 wachtlijst). Er was geen sprake van significante verschillen op variabelen tussen de drop-outs en de overgebleven participanten. Met behulp van ANCOVA's werden significante afnames gevonden tussen de behandelcondities en de wachtlijstconditie op de totale PTSS schaal, herbeleving, vermijding, prikkelbaarheid bij zowel de nameting als de follow-up meting. Voor zelfgerapporteerde vrees, angst, depressie en coping werden bij de nameting significante verbeteringen gevonden bij de kinderen in de behandelconditie ten opzichte van de wachtlijstconditie. Voor de Fear Thermometer gold dit voor de follow-up meting. Op de R-CMAS werden geen duidelijke significante effecten gevonden tussen de verschillende condities. Voor de ouderscores werden significante effecten gevonden tussen de behandelcondities en de wachtlijstconditie voor de CBCL PTSS score ten gunste van de behandelcondities. Ditzelfde gold voor de gerapporteerde GAF scores. Er werden geen betekenisvolle verschillen gevonden tussen de twee verschillende behandelcondities, met en zonder oudertraining. Aanvullend werden significante verschillen gevonden in de afname van het aantal kinderen met de diagnose PTSS tussen de behandelcondities en de wachtlijstconditie tijdens de nameting en follow-up. Effect sizes werden niet gerapporteerd. Deze bevindingen suggereren een klinisch betekenisvolle impact van de TF-CBT behandeling op seksueel misbruikte kinderen met PTSS.

(2)

- a) A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms, Cohen, Deblinger, Mannarino & Steer, Department of Psychiatry, 2004
- b) Een randomized controlled trial waarbij 229 kinderen (79% meisjes) van 8 tot 15 en hun ouders random zijn verdeeld over twee condities: TF-CBT (n = 114) en kindgerichte therapie (CCT; n = 115). De condities bestonden beiden uit 12-weekelijkse individuele behandelsessies, waarbij zowel ouder als kind 45 minuten werden gezien. Inclusiecriteria waren minimaal 5 symptomen van seksueel misbruik gerelateerde PTSS volgens de DSM, waarvan in elk cluster minimaal 1. Daarnaast moest een van de ouders in staat zijn om de ouderparticipatie te volgen. Exclusiecriteria waren een actieve psychotische stoornis of middelenmisbruik bij het kind of de ouder. Stabiele medicatie van tenminste twee maanden en het vloeiend spreken van Engels waren de overige eisen. Bij de kinderen werden bij de voor- en nameting de K-SADS-PL, de Children's Depression Inventory (CDI), de State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC), de Children's Attributions and Perceptions Scale (CAPS) afgenomen zowel voorafgaand als na de behandeling. Bij ouders werden bij de voor- en nameting de K-SADS-PL, CBCL Child Sexual Behavior Inventory (CSBI), de BDI, de Parent's Emotional Reaction Questionnaire (PERQ), de Parental Support Questionnaire (PSQ), de Parenting Practices Questionnaire (PPQ) afgenomen voorafgaand en na de behandeling van de kinderen.
- c) Na de posttest konden 89 kinderen uit de TF-CBT conditie en 91 kinderen uit de CCT-conditie worden geïncludeerd voor analyses. Door middel van ANCOVA's werd gevonden dat scores op de drie subschalen van de K-SADS-PTSD (herbeleving (ES = .49), vermijding (.70) en prikkelbaarheid (.40)), de CBCL totaalscore (0.33), de CDI (0.30), de CAPS Geloofwaardigheids subschaal (0.34), de CAPS Interpersoonlijk vertrouwen subschaal (0.34), de Shame Questionnaire (0.46), de BDI en de PERQ van kinderen en ouders die in de TF-CBT conditie behandeld significant lager waren



dan de scores van de kinderen en ouders dan de kinderen in de CCT conditie. De scores van de ouders op de PPQ en PSQ waren significant hoger voor de kinderen in de TF-CBT conditie. Deze resultaten pleiten voor een hogere mate van effectiviteit van TFCBT ten opzichte van CCT. Het aantal kinderen in beide condities dat een PTSS-diagnose had voor de start van de behandeling was vergelijkbaar voor de condities. Het verschil in afname van PTSS-diagnoses tussen beide groepen (TFCBT: 84% naar 21 %; CCT: 91% naar 46%) was klinisch significant. De TF-CBT bleek daarmee effectiever in het doen afnemen van de PTSS-symptomen.

(3)

- a) Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial, Cohen, Mannarino, Knudsen, Drexel University College of Medicine/Allegheny General Hospital, 2005.
- b) Een randomized controlled trial waarbij 82 slachtoffers van seksueel misbruik van 8-15 jaar oud (68% meisjes) en hun ouders/verzorgers random toegewezen werden aan TF-CBT of non-directieve steunende therapie (NST). Het doel was om de behandelresultaten na een 12-sessies durende therapie vast te stellen. Inclusiecriteria waren vastgesteld seksueel misbruik in de afgelopen 6 maanden, significante symptomatologie (klinische score op een van de instrumenten), beschikbaarheid van een ouder of verzorger die niet de dader was voor deelname aan het onderzoek. Exclusiecriteria waren actieve psychotische symptomen of middelenmisbruik, mentale retardatie of een pervasieve ontwikkelingsstoornis bij het kind, of een actieve psychotische stoornis bij de ouder/verzorger. Bij de kinderen werden de Children's Depression Inventory (CDI), de Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) en de State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) afgenomen, bij ouders de Child Sexual Behavior Checklist (CSBI) en de Child Behavior Checklist (CBCL). Meetmomenten waren voorafgaand (T1) en direct na (T2) de behandeling, 6 maanden (T3;  $n = 46$ ) en 12 maanden (T4,  $n = 39$ ) na de behandeling.
- c) De behandelresultaten werden berekend aan de hand van intent-to-treat herhaalde metingen analyses. Significante effecten werden gevonden voor de CDI, State en Trait schalen van de STAIC, de angst-, depressie- en seksuele problemen-factor op de TSCC ten gunste van de groep kinderen die TF-CBT ontving. De dissociatiefactor op de TSCC benaderde significantie. Na T4 werden medium effect sizes gevonden voor seksueel gedrag (CSBI,  $ES = .30$ ), PTSS ( $ES = .47$ ) en sociale competentie (CBCL,  $ES = .30$  voor TF-CBT in vergelijking met NST). Deze resultaten wijzen er op dat TF-CBT effectiever is dan een prototypische steunende, bekrachtigende therapie (NST) in het behalen van duurzame verbetering in depressie, angst, PTSS, dissociatie en seksueel zorgwekkende symptomen bij seksueel misbruikte kinderen.

(4)

- a) A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms, Drexel University/Allegheny General Hospital, Cohen, Mannarino, Perel, Staron (2007).
- b) In deze pilot RCT werd gekeken naar de potentiële voordelen van het toevoegen van sertraline aan de TF-CBT behandeling van kinderen die slachtoffer zijn geworden van seksueel misbruik. Deelnemers waren meisjes van 10 tot 17 jaar oud ( $n = 24$ ) die random werden toegewezen aan TF-CBT + sertraline ( $n = 12$ ) of TF-CBT + placebo ( $n = 12$ ) voor 12 weken behandeling. Inclusiecriteria waren seksueel misbruik gerelateerde PTSS-klachten, een ouder of verzorger die toestemming kon verlenen en

kon deelnemen aan het onderzoek en de leeftijd moest passen. Exclusiecriteria waren niet-Engels spreken, schizofrenie, mentale achterstanden of een pervasieve ontwikkelingsstoornis of het gebruiken van psychotrope medicatie. In een voor- en nameting werden de K-SADS-PL, CGAS, CPSS, Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) en de SCARED afgenomen. Ouders vulden de CBCL, de BDI en de PSQ. Na elke behandelsessie hielp de kinderpsychiater de ouders en kinderen de Side Effects Form for Children and Adolescents (SEF-CA) in te vullen om de bijwerkingen van de medicatie te monitoren. De kinderen en ouders werden 5 keer gezien voor een medicatiecontrole gedurende de behandeling. De sertraline en identieke placebopillen werden door Pfizer beschikbaar gesteld, waarbij bij alle kinderen de dosering werd aangepast op basis van de medicatiecontroles, verandering in symptomen en mate van bijwerkingen.

- c) In beide condities was er sprake van een drop-out, wat het aantal deelnemers voor beide groepen op 11 bracht. Er werden geen significante groep x tijd verschillen gevonden wat betreft de verbeteringen in PTSS symptomen tussen de groepen, effect sizes waren medium voor beide condities ( $d = 0.40$  tot  $0.53$ ). Ook voor klachten van depressie, angst, gedragsproblemen en een verscheidenheid aan ouderscores werden in beide groepen significante verbeteringen gezien, maar geen significante verschillen tussen de condities gevonden. Het enige significante verschil tussen de groepen dat werd gevonden was de score op de CGAS, een score voor de klinische observatie waarbij een onafhankelijk persoon de globale beperkingen van een kind inschat. Dit verschil was ten gunste van de sertraline-groep. De onderzoekers concluderen dat de gevonden voordelen van het gebruik van sertraline zo gering zijn, dat het aan te bevelen is eerst met psychotherapie te starten met dezel doelgroep, alvorens eventueel medicatie toe te voegen.

(5)

- a) Group cognitive behavioral treatment for parents and children at-risk for physical abuse: an initial study, Runyon, Deblinger, Steer, CARES Institute, 2010.
- b) In deze studie is de effectiviteit vergeleken van gecombineerde ouder-kind CGT (CPC-CBT;  $n = 24$ ) met ouder CBT (PO-CBT;  $n = 20$ ) voor de behandeling van getraumatiseerde, fysiek mishandelde kinderen van 7 tot en met 13 en hun ouders die kinderen fysiek hebben mishandeld of hier een verhoogd risico op liepen. Van de ouders ( $n = 44$ ) was 15% man, van de kinderen ( $n = 60$ ) was 53% jongen. Inclusiecriteria waren voor ouders: een lopende aangifte die wordt bevestigd door het kind; of het toegeven van het gebruik van fysieke straffen op tenminste twee items van de CTS-PC. De fysieke straffen moesten in de 4 voorafgaande maanden hebben plaatsgevonden. Kinderen moesten minimaal 4 symptomen van PTSS rapporteren of een verhoogde score op een gedragsschaal van de behavior problems checklist. Actieve psychotische klachten, middelenmisbruik of seksueel misbruik door de ouder waren reden voor exclusie. Meetmomenten vonden plaats voor, na en drie maanden na de behandeling. Hierbij werden de K-SADS-PL, voor het meten van PTSS symptomen bij kinderen, de ouder en kind versies van de Alabama Parenting Questionnaire (APQ-P & APQ-C) en de Child Behavior Checklist (CBCL) gebruikt als uitkomstenmaten. In de gecombineerde CPC-CBT conditie ontving het kind individuele CGT-behandeling, gebaseerd op het protocol van Cohen, Mannarino, Deblinger & Steer (2004) en ontvingen deelnemers gecombineerde ouder-kind interventies. Ouders in beide condities ontvingen ouder-groepsinterventies. Ouders in de CPC-CBT conditie besteedden minder tijd aan het implementeren van

oudervaardigheden en meer tijd aan het schrijven van een brief en voorbereiding op de gezamenlijke sessies met hun kind dan de PO-CBT conditie.

- c) In de CPC-conditie voltooiden respectievelijk 31 en 20 participanten de post- en follow-up meting. In de PO conditie was dit aantal respectievelijk 22 en 14 participanten. Door middel van gepaarde t-toetsen en een serie van ANCOVA's werd gekeken naar de behandel-effecten van de verschillende condities en verschillen tussen de condities. Voor beide condities (pre-post behandeling) werden significante afnames gerapporteerd op de door zowel ouder als kind gerapporteerde lijfstraffen, totale PTSS-symptomen en internaliserende problematiek van het kind. Bij de CPC-CBT conditie werd een significante verbetering gezien van Positief Opvoeden (APQ-P) en bij de PO-CBT werd een significant resultaat gevonden voor de afname van externaliserend probleemgedrag. Alle significante verbeteringen betroffen medium tot grote effect sizes ( $d = .30 - 1.69$ ). Na analyse van de follow-up na drie maanden kon worden geconcludeerd dat de behandel-effecten in stand waren gebleven bij de deelnemers die aan de follow-up deelnamen. Wanneer de condities met elkaar vergeleken worden, blijkt dat de kinderen uit de CPC-CBT conditie een grotere mate van verbetering op het gebied van PTSS-symptomen liet zien. Ook werd in deze conditie een grotere verbetering gevonden van Positief Opvoeden. In de PO-CBT werd een grotere afname van lijfelijk straffen gevonden. Dit kan verklaard worden door de hogere dosis opvoedvaardigheden in deze conditie.

(6)

- a) Children's mental health care following hurricane Katrina: A field trial of trauma-focused psychotherapies, Jaycox, Cohen, Mannarino, Walker, Langley, Gegenheimer, Scott, Schonlau, RAND Corporation, 2010.
- b) Een randomized field trial werd uitgevoerd in New Orleans 15 maanden na orkaan Katrina. In totaal werden 118 (55.9% meisjes) kinderen gerandomiseerd over twee behandelcondities: TF-CBT ( $n = 60$ ) en Cognitive-Behavioral Intervention for Trauma in Schools (CBITS;  $n = 58$ ). De gemiddelde leeftijd van de deelnemende kinderen was 11.6. De TF-CBT conditie betrof 12 individuele sessies, de CBITS-conditie 10 groepsessies en 1 tot 3 individuele sessies. Het doel was om te beoordelen hoe het de kinderen verging met betrekking tot verschillende klachten, zoals PTSS en depressiesymptomen, binnen de verschillende condities. Ook het effect van sociale steun werd hierin meegenomen. De gestelde inclusie- en exclusiecriteria zijn niet vermeld. Als uitkomstmaten werden in de in de voormeting en vijf en tien maanden na de behandeling de UCLA PTSD Reaction Index, de Child PTSD Symptom Scale (CPSS), de Children's Depression Inventory (CDI), de Social Support Scale for Children en de leerkrachtversie van de SDQ gebruikt. Daarnaast werd het K-SADS-PL-PTSD interview afgenomen bij kinderen in de TF-CBT conditie, als onderdeel van de vaste procedure bij TF-CBT.
- c) Omdat er in deze studie een hoge uitval was binnen de TF-CBT conditie konden de voorspellende factoren niet geanalyseerd worden voor deze groep (TF-CBT  $n = 14$ ; CBITS  $n = 57$ ). PTSS-scores verbeterden significant in beide condities vergeleken met de baselinescores. De gemiddelde PTSS-score voor de TF-CBT groep verschoof naar de normale range, terwijl die voor de CBITS-groep nog in de subklinische range zat. Van de CBITS-groep bevond 65% van de kinderen zich nog in de groep met verhoogd risico op PTSS, vergeleken met 43% van de kinderen in de TF-CBT conditie. Deze verschillen bleken echter niet significant. In beide condities verbeterden de scores op

depressie, maar alleen voor de CBITS-groep was deze afname significant. Er zijn geen effect-sizes gerapporteerd.

(7)

- a) Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: Impact of the trauma narrative and treatment length, Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon, Steer, CARES Institute/UMDNJ-School of Osteopathic Medicine, 2011.
- b) In dit onderzoek werden 210 (61% meisjes) seksueel misbruikte kinderen van 4-11 jaar gerandomiseerd over vier verschillende condities om te onderzoeken of de behandelduur en of het Trauma Narrative (TN) component van TF-CBT essentieel lijken te zijn voor de effectiviteit van TF-CBT. Kinderen met minimaal 5 symptomen van PTSS, die slachtoffer zijn geweest van vastgesteld seksueel misbruik werden geïncludeerd in het onderzoek. Exclusiecriteria waren een IQ < 70, ongeleid contact met een geïdentificeerde dader en een serieuze mentale of lichamelijke ziekte van ouder of kind (o.a. psychose). De verschillende behandelcondities en het aantal kinderen dat het onderzoek voltooiden waren: 8 sessies zonder TN (8 No TN; n = 40), 8 sessies met TN (8 Yes TN; n = 39), 16 sessies zonder TN (16 No TN; n = 35) en 16 sessies met TN (16 Yes TN; n = 44). Alle behandelcondities betrof de opbouw van TF-CBT volgens het protocol van Cohen, waarbij de trauma narrative alleen werd uitgevoerd met de kinderen die waren toegewezen aan een "Yes" conditie. Bij de kinderen in de "No" condities werden kinderen en ouders niet aangemoedigd om te schrijven of te vertellen over details van seksueel misbruik. Uitkomstmaten die gebruikt werden voor de voor-, 8 weken, 16 weken, en 6 en 12 maanden follow-upmeting waren: het K-SADS interview, door ouders ingevulde Beck Depression Inventory (BDI-II), Child Behavior Checklist (CBCL), de Child Sexual Behavior Inventory (CSBI), de Parent Emotional Reaction Questionnaire (PERQ), de Parent Practices Questionnaire (PPQ), en de door kinderen ingevulde Children's Depression Inventory (BDI), de Fear Thermometer, Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC), de Shame Questionnaire en de What If Situations Test (WIST).
- c) Voor alle 14 uitkomstmaten binnen de vier behandelcondities, dus 56 uitkomsten werden significante verschillen gevonden tussen de pre en posttest scores, die allemaal een medium tot grote effect size waren. Voor de gehele set van 56 gemiddelde verschillen was de gemiddelde effect size  $d$  .94 ( $SD = 0.51$ , mediaan = 0.81). Gesteld kan worden dat alle vormen van TF-CBT effectief waren in het reduceren van verschillende klachten naar aanleiding van seksueel misbruik bij kinderen en in het vergroten van verschillende (opvoed)vaardigheden. Er werden ook verschillen gevonden tussen de verschillende behandelcondities. Zo rapporteerden de ouder uit de 16 No TN conditie een significant grotere verbetering van de opvoedvaardigheden dan ouders in de Yes TN condities en rapporteerden ouders uit de No TN condities een grotere afname van externaliserend probleemgedrag dan ouders in de Yes TN condities. Een verklaring kan worden gevonden in de extra tijd die in de "No" condities beschikbaar was om aan opvoedvaardigheden te besteden, daar de "Yes" conditie ook tijd besteedde aan de trauma narrative van de kinderen. Verder namen in de 8 Yes TN conditie zowel de misbruikgerelateerde stress van ouders als de misbruikgerelateerde angst en algemene angst van de kinderen significant af. Dit pleit voor de 8 Yes TN conditie als de meest efficiënte conditie in het doen afnemen van traumagerelateerde klachten van zowel ouders als kinderen. De toevoeging van 8 extra sessies leidde tot een gemiddelde extra afname van 1 PTSS

symptoom, maar een langere behandeling werd ook gerelateerd aan minder symptomen van herbeleving en vermijding.

(8)

- a) Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: A randomized controlled trial, Cohen, Mannarino, Iyengar, Allegheny General Hospital, 2011.
- b) In dit onderzoek werd de mate van effectiviteit op het reduceren van PTSS-symptomen bij kinderen tussen de 7 en 14 jaar (n = 124, 50.8% vrouw) naar aanleiding van Intimate Partner Violence (IPV) onderzocht, waarbij TF-CBT (n = 64) vergeleken werd met Child Centered Therapy (CCT; n = 60). Kinderen tussen de 7 en 14, met 5 of meer IPV-gerelateerde PTSS-symptomen met minimaal 1 symptoom van elk symptoomcluster op de K-SADS-PL, die vloeiend Engels spraken en die een vloeiend Engelssprekende moeder hadden die slachtoffer was van IPV werden geïnccludeerd in de studie. Exclusiecriteria waren: ontwikkelingsstoornis of een IQ lager dan 80, psychotische symptomen bij ouder of kind en wonen in een opvang voor slachtoffers van huiselijk geweld. Tijdens de voor- en nameting werd gekeken naar scores op de K-SADS-PL, UCLA PTSD-RI, de Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED), de Children's Depression Inventory (CDI) en de Child Behavior Checklist (CBCL).
- c) In de TF-CBT conditie was sprake van 21 dropouts (n = 43), in de CCT-conditie waren dit er 28 (n = 32). ITT-analyses lieten zien dat de TF-CBT groep significante verbeteringen liet zien op de K-SADS-PL totale, prikkelbaarheid, en vermijdingsscores, de UCLA-PTSD-RI score en de score op de SCARED. Er was een afname van PTSS-diagnoses te zien van 75% in de TF-CBT groep, vergeleken met een afname van 44% in de CCT-groep. De scores op de SCARED en de CBCL van de TF-CBT groep zakten van klinisch naar subklinisch niveau, bij de kinderen in de CCT-conditie bleven de scores klinisch na behandeling. De gevonden effecten waren minder hoog dan in sommige voorgaande studies. Dit kan te maken hebben gehad met dat er in sommige gevallen tijdens de behandeling nog sprake was van blootstelling aan huiselijk geweld. Er werden geen effect-sizes vermeld.

(9)

- a) A randomized trial of cognitive behaviour therapy and cognitive therapy for children with posttraumatic stress disorder following single-incident trauma, Nixon, Sterk, Pearce, Flinders University, 2012.
- b) Deze studie vergeleek de effectiviteit van trauma-focused cognitieve gedragstherapie (CBT) met trauma-focused cognitive therapy (CT) voor kinderen en jongeren van 7 tot en met 17 jaar (n = 33; 63,3% jongen) met posttraumatische stressstoornis na een eenmalige traumatische gebeurtenis. Ook werd gekeken naar de mogelijk modererende effecten van ouderlijke PTSS-klachten, niet-helpende posttraumatische overtuigingen en ouderlijke depressie. Inclusie criterium voor het onderzoek was een PTSS-diagnose of subsyndromale diagnose naar aanleiding van een eenmalige gebeurtenis. Exclusiecriteria waren traumatische hersenbeschadiging, resulterend in geheugenverlies met betrekking tot de traumatische gebeurtenis, een ontwikkelingsachterstand, seksueel geweld of chronisch trauma. Tijdens de pre-, post- en follow up na 6 maanden werd gekeken naar de scores op de Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA), de door de kinderen gerapporteerde scores op de Child PTSD Symptom Scale (CPSS), Children's

Depression Inventory (CDI), de Childhood Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI) en de Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS). Moeders scoorden de kinderen op de Child Behavior Checklist (CBCL) en hun eigen reacties op het trauma van het kind met de Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS), de Post-Traumatic Cognitions Inventory (PTCI) en de Beck Depression Inventory (BDI-II). De kinderen ontvingen hetzelfde 9-weken durende behandelprotocol, met als uitzondering dat exposure verwijderd werd uit alle CT-sessies. Deze werden vervangen door aanvullende cognitieve therapeutische oefeningen. Wanneer exposure, door het opbrengen van het kind of de ouder, toch plaats vond in de CT-conditie, behandelde de therapeut dit op een cognitieve manier of werd teruggegrepen op psycho-educatie elementen.

- c) Met behulp van ANOVA's, de Reliable Change Index en hiërarchische multi-pele regressie-analyses werden de resultaten in dit onderzoek geanalyseerd. Met behulp van ANOVA's werd vastgesteld dat kind- en oudersymptomen significant afnamen tijdens de nameting en de follow-up, vergeleken met de voormeting. De effect sizes op alle 8 kinduitkomstmaten, pre-post en pre-follow-up voor beide condities, in totaal 32, variëren tussen de 0.27 en 1.44. Kinderen in de CBT-conditie lieten een significante daling zien in gerapporteerde angstklachten tijdens de nameting en follow-up, waar dit bij de CT-conditie alleen voor de follow-up gold. Respectievelijk 65% en 56% van de kinderen voldeed niet langer aan de criteria voor een volledige PTSS bij de CBT- en CT-condities. Remissie na de behandeling werd gezien bij respectievelijk 42% en 36% van de kinderen (CAPS). Er werden modererende effecten gevonden voor ouderlijke uitkomstmaten bij aanvang van de behandeling. De mate van verandering op de CAPS van de kinderen werd voorspeld door de mate van PTSS voorafgaand aan de behandeling en moederlijke depressie, waarbij de interactie tussen deze variabelen voor 13% een unieke voorspeller was voor de CAPS-score na de behandeling. Ook niet-helpende gedachten van de moeder bij aanvang van de behandeling liet eenzelfde significant patroon zien voor de mate van PTSS na de behandeling, en verklaarde 31% van de variantie (in interactie met de mate van PTSS voor de behandeling. Beide modererende effecten werden ook gevonden bij de follow-up resultaten.

(10)

- a) Treatment for childhood refugee trauma: A randomized controlled trial, Schottelkorb, Doumas, Garcia, Boise State University, 2012.
- b) In deze randomized controlled trial werd de effectiviteit onderzocht van TF-CBT (n = 14) in vergelijking met child-centered play therapy (CCPT; n = 17) in de behandeling van getraumatiseerde vluchtelingenkinderen. In dit onderzoek werden 31 kinderen (54.8% jongens) met de leeftijd van 6 tot 13 gerandomiseerd over twee behandelcondities in een basisschoolsetting. De kinderen kwamen uit 15 verschillende landen van 4 continenten. De TF-CBT vond gemiddeld 17 keer plaats (tweewekelijkse sessies van 30 minuten), de CCPT bestond uit gemiddeld 17 tweewekelijkse sessies van 30 minuten. De CCPT is een speltherapie met handleiding, en wordt gezien als passend bij de ontwikkeling en cultureel responsief, omdat spel een universele taal is voor kinderen. Inclusiecriteria waren een volledige of partiële PTSS-diagnose volgens de UCLA PTSD Index of een klinische score op de Parent Report of Posttraumatic Symptoms (PROPS). Er werd een voor- en nameting uitgevoerd.

- c) Aan de hand van ANOVA-analyses werd gekeken naar de behandel-effecten en de verschillen tussen de twee condities. Uit zowel de UCLA PTSD Index scores als de ouderscores op de PROPS bleek dat de kinderen in beide condities significante dalingen lieten zien in de ernst van de scores tussen de voormeting tot aan de follow-up meting. Op basis van de kinder- en ouderrapportage bleek er sprake van een kleine effectsize voor tijd x groep interactie. Bij beide statistische analyses werd een significant hoofdeffect gevonden voor tijd. Een grote beperking in dit onderzoek was dat voor beide behandelcondities geen gecertificeerde therapeuten in de betreffende behandeling zijn ingezet, maar masterstudenten.

(11)

- a) Group trauma-focused cognitive behavioral therapy with former child soldiers and other war-affected boys in de DR Congo: A randomized controlled trial, McMullen, O'Callaghan, Shannon, Black, Eakin, Queens University (UK), 2013.
- b) In een randomized controlled trial werd onderzocht of een TF-CBT groepstherapie effectief is in het reduceren van klachten van psychisch belaste voormalig kindsoldaten in Congo, vergeleken met een wachtlijstconditie. Een groep van 50 jongens met een leeftijd van 13 tot 17 werden random toegewezen aan de interventie- of de wachtlijstgroep. Inclusiecriteria waren man zijn onder de 18 en voormalig kindsoldaat of getuige zijn van een gewelddadig incident waarbij sprake was van een ervaren of daadwerkelijke dreiging voor het leven. Om de steekproef natuurgetrouw te houden, werden jongens met suïcidale gedachten, middelenmisbruik of andere gezondheidsklachten niet geëxcludeerd. De interventie bestond uit 15 sessies op groepsbasis (met uitzondering van 2-4 individuele sessies voor het schrijven van de trauma narrative) die cultureel aangepast was aan de betreffende groep. Daarnaast waren er 3 ouder/verzorgerbijeenkomsten. Van de 50 jongens was een deel voormalig kindsoldaat ( $n = 39$ ) en anderen door de oorlog geraakte jongens ( $n = 11$ ). Tijdens de voor-, na- en follow-up-meting na drie maanden werd gekeken naar de scores op de UCLA PTSD Index voor de mate van PTSS en de African Youth Psychosocial Assessment voor de mate van psychologische stress. Bij aanvang van de studie werd een dichotome lijst van 22 potentiële oorlogsgelateerde traumatische ervaringen opgesteld.
- c) Uiteindelijk voltooiden 48 jongens de nameting (24 in elke conditie) en 12 jongens voltooiden de follow-up meting. Het gemiddelde aantal ervaren traumatische ervaringen van de jongens was 12, waarbij de naarste ervaringen 'de dood van een ouder' en 'het doden of martelen van iemand' werd gerapporteerd door de meeste jongens. Middels een ANCOVA werd gevonden dat de TF-CBT conditie sterk significante afnames liet zien in posttraumatische stress symptomen ( $ES = .665$ ), algemene psychosociale stress (.617), depressie/angst-achtige klachten (.567), gedragsproblemen (.288) en een toename in prosociaal gedrag (.432) (alle  $p$ -waardes  $< .001$ ) na de behandeling wanneer de groep werd vergeleken met de wachtlijstgroep. De wachtlijst liet kleine, niet significante verbeteringen zien op de Wanneer dezelfde analyses werden herhaald voor alleen de voormalig kindsoldaten, stegen de effect sizes iets. Een gepaarde  $t$ -test over de follow-up metingen ( $n = 12$ ) toonden aan dat de gevonden significante behandel-effecten na de behandeling waren aangebleven. De within-treatment effectsizes, waarbij de follow-up werd vergeleken met de baseline, waren 2.17 (PTSS), 2.03 (psychosociale distress), 2.64 (depressie/angst), .11 (gedragsproblemen), 1.07 (prosociaal gedrag). Er kan worden geconcludeerd dat geconcludeerd dat – cultureel geadapteerde – groeps-TF-CBT

effectief is in het reduceren van verscheidene psychische klachten bij voormalig kindsoldaten en jongens die op een andere manier geraakt zijn door oorlog.

(12)

- a) A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls, O'Callaghan, McMullen, Shannon, Rafferty, Black, Instelling niet gerapporteerd, 2013.
- b) Dit onderzoek is wat betreft het onderzoeksdesign gelijk aan het voorgaand besproken onderzoek van McMullen (2013) en dit onderzoek werd tevens uitgevoerd in Congo. In dit onderzoek participeerden 52 meisjes van 12 tot 17 jaar oud, die tijdens oorlogsgeweld zijn blootgesteld aan verkrachting en aanranding. Vanwege het stigma en schaamte in Congolese gemeenschap omtrent seksueel misbruik, werd dit inclusiecriteria omschreven als getuige of slachtoffer zijn geweest van verkrachting of seksueel geweld. Exclusiecriteria waren verstandelijke beperking, psychose of ernstige emotionele of gedragsproblemen. De behandel- en wachtlijstconditie, meetinstrumenten en momenten waren gelijk aan de studie van McMullen (2013). De verschillen tussen de TF-CBT conditie ( $n = 24$ ) en de wachtlijstconditie ( $n = 28$ ) werden geanalyseerd, op basis van intention-to-treat, voor de voor- en nameting. De follow-up werd alleen geanalyseerd met resultaten van de behandelconditie.
- c) Uiteindelijk voltooiden 46 meisjes de nameting (20 in de TF-CBT conditie en 26 de wachtlijstconditie) en ook 20 meisjes voltooiden de follow-up meting. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de beide condities bij de start van de behandeling. Een ANVOCA liet zien dat de TF-CBT groep, in vergelijking met de wachtlijstgroep, een sterk significante afnames in traumasymptomen (effect size  $X_p^2 = 0.518$ ), depressie en angst ( $X_p^2 = 0.517$ ), een significante afname in gedragsproblemen ( $X_p^2 = 0.259$ ) en een significante toename in prosociaal gedrag ( $X_p^2 = 0.099$ ). Within treatment effect sizes voor de behandelgroep bij de follow-up meting waren groot voor posttraumatische stress ( $d = 2.04$ ), depressie en angst ( $d = 2.45$ ), gedragsproblemen ( $d = 0.95$ ) en prosociaal gedrag ( $d = -1.57$ ). Wanneer de nameting en follow-up meting werden bekeken, werden er medium within-treatment effect sizes gevonden.

(13)

- a) The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: Relation to outcome in a randomized clinical trial, Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen, Shirk, 2014.
- b) In dit Noorse onderzoek is gekeken naar de bijdrage van de behandelrelatie tussen therapeut en cliënt op de behandelresultaten van therapie bij getraumatiseerde jongeren. Hierbij is gekeken naar twee verschillende behandelcondities: TF-CBT en TAU (treatment as usual). De TF-CBT behandeling bestond uit het behandelprotocol van Cohen en anderen. In de TAU -omstandigheden waren behandelaren vrij om de invullen van de therapie te kiezen die zij passend achtten voor de betreffende cliënt. Dit werd door behandelaren ingevuld door psychodynamische therapie, cognitieve gedragstherapie, familie- of systeemtherapie. Sessies werden teruggekeken om na te gaan of de inhoud daadwerkelijk verschilde van TF-CBT. De primaire uitkomstenmaten voor PTSS zijn gemeten met de Child PTSD Symptom Scale (SPSS) vragenlijst en het CAPS-CA interview. Secundaire uitkomstmaten werden daarnaast ook gemeten: depressie (MFQ), angstsymptomen (SCARED) en de algemene mentale gezondheid (SDQ). De symptomen zijn voor de behandeling gescoord, tijdens de behandeling (sessie 6) en na de behandeling (sessie 15). De behandelrelatie werd



vastgesteld na de eerste en de zesde sessie met behulp van de Therapeutic Alliance Scale for Children-Revised (TASC-R). Een score van 15 of hoger op de CPSS en het meemaken van minstens één traumatische ervaring waren inclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek. Aan dit onderzoek hebben 156 getraumatiseerde jongeren tussen de 10 en 18 deelgenomen, die random zijn toegewezen aan TFCBT ( $n = 79$ ) of TAU ( $n = 77$ ). De onderzoekers waren blind voor de behandelconditie van de jongeren tijdens de onderzoeksafnames.

- c) Uiteindelijk voltooiden 59 participanten de TF-CBT en meetmomenten en 63 participanten de TAU. Er zijn in dit onderzoek geen verschillen gevonden wat betreft de mate van behandelrelatie tussen de verschillende condities. Adolescenten scoorden significant lager op alle PTSS symptomen, depressie en algemene mentale gezondheid na behandeling in de TF-CBT conditie vergeleken met TAU, met effect sizes van de twee groepen vergeleken op de CPSS van .51 (TF-CBT = 1.92), CAPS van 0.46 (TF-CBT is 1.49), MFQ van 0.54 (TF-CBT = 1.79), SCARED van 0.30 (TF-CBT = .90) en SDQ van 0.45 (TF-CBT = 1.42) is. Verder werd gevonden dat de behandelrelatie een significante voorspeller was in de afname van PTSS klachten in de TF-CBT conditie.

(14/15)

- a) A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth, Jensen, Holt, Omrhaug, Egeland, Granly, Hoaas, Hukkelberg, Indregard, Stormyren, Normegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies/University of Oslo, 2014. Voor de follow-up resultaten: Jensen, Holt & Omrhaug, 2017.
- b) In dit Noorse onderzoek werden de behandel-effecten tussen TF-CBT en Treatment as Usual (TAU) vergeleken voor kinderen met traumagerelateerde symptomen. Aan dit onderzoek namen 165 jongeren van 10 tot 18 jaar deel (79.5% meisjes). De kinderen moesten minimaal één traumatische ervaring hebben ervaren en significante posttraumatische stressreacties vertonen. Exclusiecriteria waren acute psychose, suïcidaal gedrag of de noodzaak voor aanwezigheid van een tolk. Als uitkomstmaten werden de CPSS, CAPS-CA, MFQ, SCARED en de SDQ gebruikt, allemaal instrumenten voor kindrapportage, die voor (T1), tijdens (T2; na de 6<sup>e</sup> sessie) en na de behandeling (T3; na 15 sessies) werden afgenomen. De TF-CBT behandeling was gebaseerd op het protocol van Cohen et al. De TAU werd ingevuld door de therapeuten op basis van wat hen passend leek bij de individuele casus. De behandel-sessies van beide condities werden gecodeerd met de TF-CBT Fidelity Checklist, om protocoltrouw vast te stellen en mogelijke overlap met TF-CBT bij de TAU-conditie uit te sluiten. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de participanten van de verschillende behandelcondities bij de baselinemeting. Er was sprake van 23 dropouts voor de zesde behandel-sessie en er waren 11 deelnemers die de behandeling hebben voltooid, maar niet deelnamen aan de nameting. De dropouts bleken een significant hogere leeftijd te hebben en bleken gemiddeld meer traumatische ervaringen te hebben gerapporteerd. Dat brengt het aantal deelnemers voor TAU op 63 en voor de TF-CBT op 59 voor de nameting.
- c) Wanneer de kinderen tussen de verschillende behandelcondities werden vergeleken werden de volgende effecten gevonden ten gunste van TF-CBT, ten opzichte van de TAU-conditie: significant lagere PTSS-klachten bij T3 (verschil in ES  $d = 0.51$ ), significant lagere impact op het dagelijks functioneren door PTSS bij het eind van de therapie ( $d = -0.55$ ), significant lagere depressie symptomen bij T3 ( $d = 0.45$ ), en significant lagere algemene mentale gezondheidsklachten bij T3 ( $d = 0.45$ ). Beide

groepen kinderen lieten een significante daling zien in PTSS-klachten, maar hierbij was de afname van PTSS-klachten in de TF-CBT conditie significant groter dan de afname in de TAU-conditie. Bij aanvang van de behandeling had 66.7% van de deelnemers een volledige PTSS-diagnose, na de behandeling was dit voor de TF-CBT groep nog 18,2% (TAU 36.1%), waarbij 77.8% de diagnose had verloren (TAU 54.8%). Klinisch significante veranderingen van scores op de CPSS en MFQ lieten ook een grotere procentuele afname zien onder de TF-CBT deelnemers.

- d) De follow-up resultaten van deze studie zijn in een tweede artikel gerapporteerd. De meetmomenten zagen er als volgt uit: voor behandeling (T1,  $n = 156$ ;  $n = 79$  in TF-CBT en  $n = 77$  in TAU), tijdens de behandeling (6<sup>e</sup> sessie, T2,  $n = 123$ ;  $n = 63$  in TF-CBT en  $n = 60$  in TAU), na de behandeling (15<sup>e</sup> sessie, T3,  $n = 122$ ;  $n = 59$  in TF-CBT en  $n = 63$  in TAU), 1 jaar na T1 (T4,  $n = 99$ ;  $n = 44$  in TF-CBT en  $n = 55$  in TAU) en 18 maanden na T3 (T5,  $n = 75$ ;  $n = 36$  in TF-CBT en  $n = 39$  in TAU). Gemiddeld hadden de deelnemers in de TF-CBT conditie 18.44 sessies therapie ontvangen, de deelnemers in de TAU-groep 27.60 sessies. Er werden geen verschillen in PTSS gevonden tussen de behandelcondities bij de follow-up metingen. Op andere uitkomstmaten echter wel: kinderen in de TF-CBT conditie lieten snellere verbeteringen in het dagelijks functioneren zien, en hielde deze verbetering vast, vergeleken met de TAU-conditie. Ook werd gevonden dat de kinderen met ernstigere depressieklachten bij T1 meer profiteerden van de TF-CBT behandeling dan TAU. En ondanks het significant grotere aantal behandlesessies in de TAU-conditie, lieten kinderen in de TF-CBT conditie een significante verbetering zien bij de follow-up voor algemene mentale gezondheidsproblemen (SDQ) ten opzichte van de TAU. Van de follow-up meting werden geen effect sizes gerapporteerd.

(16)

- (a) Diehle, Brent, Opmeer, Boer, Mannarino, Lindauer, 2014.
- (b) In dit Nederlandse onderzoek is gekeken naar de behandel-effectiviteit bij 48 kinderen tussen de 8 en 18 jaar (62% meisjes) van TF-CBT ( $n = 23$ ) in vergelijking met EMDR ( $n = 25$ ). De inclusiecriteria in dit onderzoek waren een leeftijd van 8-18 jaar, beheersing van de Nederlandse taal, blootstelling aan één of meerdere traumatische ervaringen waarbij de laatste traumatische gebeurtenis niet korter dan 4 weken voor aanvang van het onderzoek mag hebben plaatsgevonden. Tot slot moet er (partiële) PTSS gerapporteerd zijn door het kind (CAPS-CA) of de verzorger (ADIS-P). Exclusiecriteria waren een psychotische stoornis, middelenmisbruik, een pervasieve ontwikkelingsstoornis of acute suïcidaliteit. De kinderen zijn random toegewezen aan de condities, die beide 8 behandlesessies betroffen. In de TF-CBT conditie is het behandelprotocol gebruikt dat is ontwikkeld door Cohen en anderen, voor de EMDR-conditie is het protocol van Shapiro gebruikt. Tijdens de pre- en posttest werd gekeken naar de scores op de CAPS-CA, de ADIS-P PTSS module, de R-CADS, SDQ en de CRIES-13. Tevens werd de CRIES gescoord na de tweede, vierde en zesde behandlesessie. De onderzoekers waren blind voor de behandelconditie tijdens de afname van de interviews met ouders en kinderen. Er werden 71 kinderen aangemeld, 48 kinderen bleken bereid om deel te nemen aan het onderzoek en voldeden aan de inclusiecriteria.
- (c) De behandelintegriteit bleek voor EMDR 75% en voor TF-CBT 73% ten opzichte van de protocollen. Er werden geen significante verschillen gevonden in behandel-effectiviteit tussen EMDR en TF-CBT. Voor TF-CBT werd een grote effectsize gevonden van 1.1, voor EMDR een medium effectsize van 0.72. Beide

behandelcondities resulteerden in een forse, significante afname van scores tussen de pre- en posttest op de CAPS-CA. Het verschil tussen de condities in afname was klein en niet significant (gemiddelde verschil 0.69, 95% CI – 13.4 tot 14.8) en een verschil in diagnosestatus na de behandeling was tevens klein en niet-significant. Ouders van kinderen in de TF-CBT conditie rapporteerden naast een afname op de ADIS-P ook een significante afname van comorbide depressieve en hyperactieve symptomen. Ouders in de EMDR-conditie rapporteerden geen significante veranderingen op comorbide symptomen. Tot slot bleek de behandelduur niet significant korter voor EMDR ( $p = 0.09$ ) in vergelijking met TF-CBT. Daarmee lijken zowel TF-CBT als EMDR effectieve en efficiënte behandelmethoden voor kinderen met PTSS-klachten, waarbij TF-CBT effectiever lijkt voor de afname van comorbide symptomen in vergelijking met EMDR.

(17)

- a) Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy of children and adolescents: A randomized controlled trial in eight German mental health clinics, Goldbeck, Muche, Sachser, Tutus, Rosner, Clinic for Child and Adolescent Psychiatry, 2015.
- b) In dit Duitse onderzoek werd de behandel-effectiviteit van TF-CBT onderzocht in vergelijking met een wachtlijstconditie. Kinderen van 7 tot en met 17 jaar ( $n = 159$ ; 71.7% meisjes) werden random toegewezen aan TF-CBT ( $n = 76$ ) of de wachtlijstconditie ( $n = 83$ ). Inclusiecriteria waren leeftijd, minimaal een medium ernstscore op de CAPS-CA en minimaal een PTSS-symptoom in de drie symptoomclusters, PTSS als primaire diagnose, aanwezigheid van de ouder (niet de dader), veilige leefomstandigheden, voldoende cognitieve capaciteiten en voldoende beheersing van de Duitse taal. Exclusiecriteria waren o.a.: acuut suïcidaal gedrag, ernstig trauma aan het hoofd, pervasieve ontwikkelingsstoornis of psychose, medicamenteuze behandeling korter dan 6 weken voor de studie gestart, en een al deelnemend broertje of zusje in de studie. De TF-CBT bestond uit 12 sessies van 90 minuten verspreid over 4 maanden, de WL besloeg ook een periode van 4 maanden. Voor (T1), tijdens (T2; na 2 maanden behandeling/wachtlijst) en na de behandeling (T3; na 4 maanden behandeling/wachtlijst) werden de CAPS-CA, K-SADS, CGAS, UCLA, PTSD Reaction Index, CPTCI, de SCARED, de CDI, de CBCL en de Inventory Quality of Life for Children afgenomen. 15% van de kinderen hebben de follow-up metingen niet voltooid, wat het aantal participanten op 135 brengt.
- c) Middels ANOVA-analyses werd gevonden dat er een significant effect was voor de vermindering PTSS-symptomen voor de interactie van tijd en behandeling, vergeleken met de controlegroep. De 'posttreatment between-group effect size' was  $d = 0.50$ , de effect size van TF-CBT was 1.51. Ook werd er een significante afname gevonden van de PTSS-diagnose in de TF-CBT groep (44.7% minder) vergeleken met de wachtlijst (28.9% minder). Er werden daarnaast significante interactie-effecten gevonden ten gunste van de TF-CBT groep op 9 van de 12 secundaire uitkomstmaten (met kleine tot medium gecontroleerde effect sizes; 0.29 - 0.56). Verder werd geconcludeerd dat jongere patiënten met minder comorbide diagnoses meer konden profiteren van de behandeling.

(18)

- a) Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy among trauma-affected children in Lusaka, Zambia: A randomized controlled trial, Murray, Skavenski, Kane, Mayeya, Dorsey, Cohen, Michalopoulos, Imasiku, Bolton, John Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2015.

- b) In een randomized controlled trial in Zambia werd gekeken naar de effectiviteit van TF-CBT vergeleken met Treatment as Usual (TAU). In dit onderzoek werden 257 (50.19% jongens) wezen en andere kwetsbare kinderen van 5 tot en met 17 random toegewezen aan een van de behandelcondities: TF-CBT ( $n = 131$ ) of TAU ( $n = 126$ ). TAU verschilde hier per behandellocatie en betrof o.a.: psychosociale steun, hulp bij betalen van school, peer onderwijs, HIV- en AIDS-preventie, steungroepen, medische zorg. De kinderen in de TF-CBT conditie ontvingen 10 tot 16 sessies therapie. Inclusiecriteria waren leeftijd, woonachtig in de opvanggebieden, een geschiedenis met minimaal één traumatische gebeurtenis en significante traumagerelateerde symptomen. Exlusiecriteria waren een gebrek aan mentale competentie van het kind of verzorgers voor het verlenen van toestemming of een actuele psychiatrische behandeling. Voor en na de behandeling werden de PTSD-RI, beperkingen in functioneren (locaal ontwikkelde vragenlijst) en de CBCL ingevuld. Verder werden de HIV Risk Behavior en Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test afgenomen, wanneer bij de voormeting seksueel actief gedrag of middelengebruik werd gerapporteerd. Er bleek een variabele waar de twee groepen op verschilden, namelijk de tijd tussen de voor- en nameting. Die was langer bij de TF-CBT groep (150.83 dagen versus 116.03 dagen).
- c) Door dropouts konden er in de TF-CBT conditie 106 participanten worden meegenomen in de analyses, voor TAU waren dit er 104. De grotere reductie in PTSS-klachten die werd gevonden voor de TF-CBT groep, vergeleken met TAU, was significant ( $d = 2.39$ ). Ditzelfde gold voor de grotere afname van beperkingen in het dagelijks functioneren ( $d = 0.34$ ). Vanwege de lage respons op de secundaire uitkomstmaten zijn de CBCL, HIV en middelengebruik niet geanalyseerd. Verder rapporteren de auteurs dat 78% van de deelnemers aan de TAU-groep interesse heeft aangegeven voor de TF-CBT-groep, waaruit de acceptatie van de behandeling in de gemeenschap blijkt.

(19)

- a) Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy in a community-based program, Konanur, Muller, Cinamon, Thornback & Zorzella, York University (Canada), 2015.
- b) In deze studie werd gekeken naar de behandel-effecten van TF-CBT vergeleken met een wachtlijstconditie bij aan trauma blootgestelde kinderen ( $n = 113$ ) in de basisschoolleeftijd (7-12; 70.79% meisje). De kinderen werden random toegewezen aan TF-CBT of de wachtlijstconditie. De kinderen werden beoordeeld op PTSS-symptomen aan de hand van de TSCC (zelfrapportage) en de TSCYC (ouderrapportage), deze werden voor de wachtlijst (kindrapportage = 30; ouderrapportage = 28), voor assessment (kind  $n = 105$ ; ouder  $n = 95$ ), voor (kind  $n = 76$ ; ouder  $n = 67$ ) en na de therapie (kind  $n = 56$ ; ouder  $n = 51$ ) en 6 maanden na afronding van de therapie (kind  $n = 43$ ; ouder  $n = 40$ ). De kinderen in de TF-CBT conditie ontvingen wekelijkse therapiesessies van 45 minuten, gevolgd door sessies van 45 minuten voor ouders (gecombineerde sessie waren 60 minuten). Kinderen in de wachtlijstconditie werden na 3 maanden toegewezen aan de TF-CBT conditie. Inclusiecriteria waren leeftijd, de ervaring van minimaal een ingrijpende gebeurtenis, deelname van een ouder (niet de dader), geen beperking die deelname aan het onderzoek in de weg staat (ontwikkelingsachterstand, middelengebruik), stabiele medicatie en geen eerdere behandeling voor het betreffende trauma.
- c) Met een lineaire mixed model one-way ANOVA werden de resultaten geanalyseerd, waarvoor de T-scores op de TSCYC en TSCC werden gebruikt. Er werd een

significante afname gevonden van herbelevingen, gerapporteerd door kinderen en ouders, significante afname van vermijding gerapporteerd door ouders. De afname gerapporteerd door kinderen was niet statistisch, maar wel klinisch significant voor vermijding. Voor arousal werden ook significante afname van klachten gerapporteerd. Er werd symptomatische verbetering gezien wat betreft herbeleving en vermijding in de periode van assessment tot de therapie, wat wijst op mogelijke positieve effecten van de beoordeling op PTSS alleen. Het gaat hierbij niet om significante verbeteringen. Wanneer naar prikkelbaarheid werd gekeken, werd een niet-significante toename van klachten gezien na de beoordeling op PTSS. De behaalde behandel-effecten werden vastgehouden na behandeling tot de follow-up meting. Klachten veranderden niet significant gedurende de periode op de wachtlijst. Tijd alleen was dus niet voldoende voor een afname van PTSS-klachten. Effect sizes werden niet gerapporteerd in dit artikel.

## 5. Samenvatting Werkzame elementen

Er is nog geen gericht onderzoek gedaan naar de werkzame elementen van TF-CBT. De volgende bekende elementen, passend binnen de cognitief gedragstherapeutische interventies voor kinderen, zijn ook aanwezig binnen de TF-CBT:

- psycho-educatie;
- aanleren van copingvaardigheden;
- aanleren van cognitieve vaardigheden;
- graduele blootstelling (exposure) aan angst inducerende prikkels;
- aanleren van vaardigheden als bekrachtiging en beloning aan ouders.

## 6. Aangehaalde literatuur

Alisic, E., Zalta, A.K., Van Wesel, F., Larsen, S.E., Hafstad, G.S., Hassanpour, K., & Smid, G.E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Metaanalysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 335-340.

Alink, L.R.A., IJzendoorn, M.H. van, Bakermans-Kranenburg, M.J., Pannebakker, F., Vogels, T., & Euser, S. (2011). *Kindermishandeling in Nederland anno 2010: De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010)*. Leiden: Casimir Publishers.

Allen, B., & Johnson, J. C. (2012). Utilization and implementation of trauma-focused Cognitive-Behavioral therapy for the treatment of maltreated children. *Child Maltreatment*, 17(1), 80-85. doi:10.1177 /1077559511418220

American Psychiatric Association (2014). Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5). Nederlandse vertaling van de Desk Reference tot he Diagnostic Criteria from DSM-5. Amsterdam: Boom.

Beer, R., & Lindauer, R.J.L. (2013). Trauma Focused CBT (TF-CBT): Een effectieve modulaire traumabehandeling voor kinderen en hun ouders. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, 40, 5-17.

Beer, R., & Roos, C. de (2012). Diagnostiek bij getraumatiseerde kinderen en adolescenten. In: E. Vermetten, R.J. Kleber & O. Van der Hart (Red.), *Handboek Posttraumatische stressstoornissen* (pp. 365-382). Utrecht: De Tijdstroom.

Benson, H. (1975). *The relaxation response*. New York: Avon Books.

Berger, R., Pat-Horenczyk, R., Gelkopf, M. (2007). School-based intervention for prevention and treatment of elementary-students' terror-related distress in Israel: A quasi-randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 541-551. doi:10.1002/jts.20225

Bögels, S. M. & Van Oppen, P. (2011). *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A.P., & Steer, R. (2004). A multi-site, randomized controlled trial for children with abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 393-342. doi:10.1097/00004583-200404000-00005

Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (2008). Disseminating and implementing trauma-focused CBT in community settings. *Trauma, Violence & Abuse*, 9(4), 214-226. doi:10.1177/1524838008324336

Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2008). *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten met de methode Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie*. 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 Adolescent and Pediatric Medicine*, 165, 16-21. doi:10.1001/archpediatrics.2010.247
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse and Neglect*, 29, 135-145. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.12.005
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Perel, J. M., & Staron, V. (2007). A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 811-819. doi:10.1097/chi.0b013e3180547105
- Copeland, W.E., Keeler, M.A., Angold, A., & Costello, E.J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of Gender Psychiatry*, 64, 577-584. doi:10.1001/archpsyc.64.5.577
- Craske, M. G., Liao, B., Brown, L. & Vervliet, B. (2012). The role of inhibition in exposure therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 322-345. doi:10.5127/jep.026511
- Deblinger, E., Mannarino, A.P., Cohen, J.A., Runyon, M., & Steer, R. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: Impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*, 28, 67-75. doi:10.1002/da.20744
- Deblinger, E., Stauffer, L.B., & Steer, R. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending parents. *Child Maltreatment*, 6, 332-343. doi:10.1177/1077559501006004006
- Diehle, J., Opmeer, B., Boer, R., Mannarino, A.P., & Lindauer. (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 and Adolescent Psychiatry*, 24, 227-236. doi:10.1007/s00787-014-0572-5
- Diehle, J., Schmitt, K., Daams, J.G., Boer, F., & Lindauer, R.J.L. (2014). Effects of psychotherapy on trauma-related cognitions in posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 257-264. doi:10.1002/jts.21924
- Goldbeck, L., Muehe, R., Sachser, C., Tutus, D., & Rosner, R. (2016). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: A randomized controlled trial in eight German mental health clinics. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(3), 159-170. doi:10.1159 /000442824
- Jaycox, L.H., Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Walker, D.W., Langley, A., Gegenheimer, K. ... Schonlau, M. (2010). Children's mental health care following Hurricane Katrina: A field trial of trauma-focused psychotherapies. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 223-231. doi:10.1002/jts.20518
- Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (2017). A follow-up study from a multisite, randomized controlled trial for traumatized children receiving TF-CBT. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1-11. doi: 10.1007/s10802-017-0270-0



- Jensen, T., Holt, T., Ormhaug, S., Egeland, K., Granly, L., Hoass, L., ... Wentzel-Larsen, T. (2014). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 43*, 356-369. doi:10.1080 /15374416.2013.822307
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta.
- Katoaka S. H., Stein, B., Jaycox, L., Wong, M., Escudero, P., Tu, W., ... Fink, A. (2003). A school-based mental health program for traumatized Latino immigrant children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 311-318. doi:10.1097/01.CHI.0000037038.04952.8E
- King, N., 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 and Adolescent Psychiatry, 39*, 1347-1355. doi:10.1097/00004583-200011000-00008
- Konanur, S., Muller, R. T., Cinamon, J. S., Thornback, K., & Zorzella, K. P. (2015). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy in a community-based program. *Child abuse & neglect, 50*, 159-170. doi:10.1016/j.chiabu.2015.07.013
- Korrelboom, K., Ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Uitgeverij Coutinho
- La Greca, A.M., Taylor, C.J., & Herge, W.M. (2012). Traumatic stress disorders in children and adolescents. In J.G. Beck & D.M. Sloan (Eds.), *The Oxford handbook of traumatic stress disorders* (pp. 98-118). Oxford: Oxford University Press.
- Lenz, A. S., Hollenbaugh, K. M. (2015). A meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for treating PTSD and co-occurring depression among children and adolescents. *Counseling Outcome Research and Evaluation, 6*, 18-32. doi:10.1177/2150137815573790
- Lindauer, R.J.L. (2014). Trauma-, stress- en dissociatieve stoornissen. In: F.C Verhulst, F. Verheij, & M. Danckaerts (Red.), *Kinder- en Jeugdpsychiatrie*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- McMullen, J., O'callaghan, P., Shannon, C., Black, A., & Eakin, J. (2013). Group trauma-focused cognitive-behavioural therapy with former child soldiers and other war-affected boys in the DR Congo: A randomised controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(11), 1231-1241. doi:10.1111/jcpp.12094
- Morris, A., Gabert-Quillen, C., & Delhanty, D. (2012). The association between parent PTSD/Depression symptoms and child PTSD: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology, 37*, 1076-1088. doi: 10.1093/jpepsy/jss091
- Murray, L. K., Dorsey, S., Skavenski, S., Kasoma, M., Imasiku, M., Bolton, P., ... & Cohen, J. A. (2013). Identification, modification, and implementation of an evidence-based psychotherapy for children in a low-income country: the use of TF-CBT in Zambia. *International Journal of Mental Health Systems, 7*(1), 24. doi:10.1186/1752-4458-7-24

- Murray, L. K., Skavenski, S., Kane, J. C., Mayeya, J., Dorsey, S., Cohen, J. A., ... & Bolton, P. A. (2015). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy among trauma-affected children in Lusaka, Zambia: a randomized clinical trial. *JAMA pediatrics*, 169(8), 761-769. doi:10.1001 /jamapediatrics.2015.0580
- Nader, K., Kriegler, J.A., Blake, D.D., Pynoos, R.S., Newman, E., & Weathers, F.W. (1996). Clinician Administered PTSD Scale, Child and Adolescent Version. White River Junction, VT: National Center for PTSD.
- NICE (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: International Institute for Clinical Excellence (NICE website: <http://www.nice.org.uk/CG026NICEguideline>).
- Nixon, R. D., Sterk, J., & Pearce, A. (2012). A randomized trial of cognitive behaviour therapy and cognitive therapy for children with posttraumatic stress disorder following single-incident trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 327-37. doi:10.1007/s10802-011-9566-7
- O'Callaghan, P., McMullen, J., Shannon, C., Rafferty, H., & Black, A. (2013). A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(4), 359-369. doi:10.1016 /j.jaac.2013.01.013
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S. R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: Relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(1), 52. doi:10.1037/a0033884
- Runyon, M. K., Deblinger, E., & Steer, R. A. (2010). Group cognitive behavioral treatment for parents and children at-risk for physical abuse: An initial study. *Child & Family Behavior Therapy*, 32(3), 196-218. doi:10.1080/07317107.2010.500515
- Scheeringa, M. S., Weems, C. F., Cohen, J. A., Amaya-Jackson, L., & Guthrie, D. (2011). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: A randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 853-860. doi:10.1111 /j.1469-7610.2010.02354.x
- Schottelkorb, A. A., Dumas, D. M., & Garcia, R. (2012). Treatment for childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy*, 21(2), 57-73. doi:10.1037 /a0027430
- Sigel, B. A., Kramer, T. L., Conners-Burrow, N. A., Church, J. K., Worley, K. B., & Mitrani, N. A. (2013). Statewide dissemination of trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT). *Children and Youth Services Review*, 35(6), 1023-1029. doi:10.1016/j.childyouth.2013.03.012
- Siebelink & Treffers (2001). *Nederlandse bewerking van het Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV Child Version van Silverman & Albana*. Lisse/Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Stöfösel, M., & Mooren, T. (2010). *Complex trauma: Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Ten Broeke, E., Van der Heiden, C., Meijer, S., & Hamelink, H. (2008). *Cognitieve therapie. De basisvaardigheden*. Amsterdam: Boom.
- Van Minnen, A., & Arntz, A. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met een posttraumatische stressstoornis: Imaginaire exposure. In: G. Keijsers, A. van Minnen, K. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten. Deel 1*. Amsterdam: Boom.
- Verlinden, E., van Meijel, E. P., Opmeer, B. C., Beer, R., de Roos, C., Bicanic, I. A., ... & Lindauer, R. J. (2014). Signaleren van posttraumatische stressklachten bij kinderen en adolescenten: betrouwbaarheid en validiteit van de screeningslijst CRIES-13. *Kind & Adolescent*, 35(3), 165-176. doi:10.1007/s12453-014-0023-6
- Yasinski, C., Hayes, A. M., Ready, C. B., Cummings, J. A., Berman, I. S., McCauley, T., ... & Deblinger, E. (2016). In-session caregiver behavior predicts symptom change in youth receiving trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(12), 1066-1077. doi:10.1037/ccp0000147
- Zantvoord, J.B., Lindauer, R.J.L., Bakker, M.J., & Boer, F. (2013). Neuro-biology of paediatric anxiety. In: C.A. Essau & T.H. Ollendick (Eds.), *The treatment of childhood and adolescent anxiety* (pp. 89-116). Chivester: John Wiley & Sons.

## Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Kenniscentrum Sport & Beweging, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

