

KINDER  
& JEUGD  
PSYCHO  
THERAPIE

3

# Tijdschrift van de Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie

---

48<sup>e</sup> jaargang, nummer 3, 2021

ISSN 1384-1246

## **Redactie**

Ramón Lindauer (voorzitter)  
Marthe Egberts  
Ariëlle de Ruijter

## **Eindredactie**

Henk Linse

## **Correctie**

Tjeerd Gunning

## **Redactiesecretariaat**

Melinda van Leeuwen  
e-mail: [redactie@vkjp.nl](mailto:redactie@vkjp.nl)

## **Druk**

Ipskamp Printing, Enschede

## **Kopij**

Bijdragen kunnen per e-mail worden aangeboden aan het redactiesecretariaat. Zie de richtlijnen voor auteurs op de laatste pagina's.

## **Secretariaat VKJP**

Bezoek- en postadres:  
Maliebaan 87, 3581 CG Utrecht  
telefoon 030 – 296 53 48  
e-mail: [info@vkjp.nl](mailto:info@vkjp.nl)  
website: [www.vkjp.nl](http://www.vkjp.nl)

## **Losse nummers**

Losse nummers zijn te bestellen bij het secretariaat of op de website:  
[www.vkjp.nl/het-tijdschrift](http://www.vkjp.nl/het-tijdschrift).

Gecombineerde, intensieve traumabehandeling voor adolescenten

## **Samenvatting**

*Achtergrond:* Behandeling van patiënten met chronische posttraumatische stressstoornis (PTSS) kent een langdurig beloop waarbij grote kans is op uitval. Effectieve behandeling van PTSS in de adolescentie zou dit kunnen doorbreken. Vernieuwende intensieve vormen van traumabehandeling leiden bij volwassenen tot positieve resultaten.

*Doel:* Inzicht verkrijgen in de haalbaarheid van een gecombineerde, intensieve traumabehandeling voor adolescenten.

*Methode:* Een pilotonderzoek onder vijf deelnemers die een intensieve traumabehandeling hebben gevolgd. Dit *mixed-methodsonderzoek* bestaat uit een quasi-experimenteel design waarbij verandering van de ernst van de PTSS-symptomen is gemeten door afname van de vragenlijsten CAPS-5 (*Clinician-Administered PTSD scale for DSM-5*) en PCL-5 (*PTSD Checklist for the DSM-5*). Daarnaast is een kwalitatief design toegepast dat is uitgevoerd met thematische analyses.

*Resultaten:* Bij vier van de vijf adolescenten was sprake van een significante afname van de klachten. Drie adolescenten voldeden na afronding van de behandeling niet meer aan de DSM-5-criteria van de diagnose PTSS. Alle deelnemers hebben het volledige traject doorlopen; er was geen sprake van uitval. Deelnemers waardeerden de behandeling met gemiddeld een 7,3. Het sportieve gedeelte en klinisch verblijf werden positief gewaardeerd. *Prolonged exposure* (PE) werd als het effectiefste programmaonderdeel aangewezen.

*Conclusie:* Een gecombineerde, intensieve traumabehandeling voor adolescenten lijkt haalbaar op basis van het pilotonderzoek, waarbij er goede resultaten zijn bereikt (minder klachten, minder uitval).

*Aanbeveling:* Om effectiviteit van de behandeling aan te tonen, is het aan te bevelen om vervolgonderzoek te doen in de vorm van een *randomised controlled trial* (RCT) of *single case experimental design* (SCED).

*Trefwoorden:* posttraumatische stressstoornis (PTSS), adolescenten, intensieve traumabehandeling, *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR), *prolonged exposure* (PE), imaginaire exposure, sportactiviteiten.

# Gecombineerde, intensieve trauma-behandeling voor adolescenten

## Een pilotonderzoek naar de haalbaarheid van intensieve traumabehandeling, gecombineerd met sportactiviteiten

*Marco Bijtenhoorn & Kirsten Hauber*

Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) is een belastende aandoening waarvan de gevolgen vaak langdurig ingrijpen op verschillende levensgebieden (Beer & de Roos, 2017). Traumatische ervaringen in de kindertijd kunnen sporen in een heel leven achterlaten (Lindauer & Boer, 2012). PTSS in de adolescentie leidt tot een verhoogde kans op het ontwikkelen van comorbide stoornissen op latere leeftijd (Pfefferbaum, 1997; Meiser-Stedman, 2002). Dit maakt effectieve behandeling van PTSS in de adolescentie van belang.

Zorginstituut Nederland heeft in 2020 het *Verbetersignalement Zinnige zorg voor mensen met PTSS* gepubliceerd, een rapport met afspraken over verbeteringen in de zorg voor mensen met een posttraumatische stressstoornis. Daarin wordt geconcludeerd dat PTSS bij volwassenen niet tijdig wordt herkend en niet effectief wordt behandeld. Van alle volwassenen die met een PTSS als diagnose in behandeling zijn bij de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz), krijgt slechts 39% een traumagerichte behandeling. Van deze mensen ontvangt 40% minder dan het aantal door de richtlijn aanbevolen sessies (van Balkom e.a., 2013; Zorginstituut Nederland, 2020). Reguliere behandelingen van PTSS bestaan uit wekelijkse sessies *eye movement desensitization reprocessing* (EMDR), dan wel cognitieve gedragstherapie (cgt) met exposure als behandelingsvorm. Bij chronisch trauma zijn dit in de regel langdurige behandelingen met een grote kans op uitval en een beperkte respons op behandeling (Imel e.a., 2013). Imel en collega's vonden in een meta-analyse van 42 studies een gemiddelde drop-out van 18% en oplopend tot 52%. Loerinc en collega's (2015) vonden in een systematische review naar uitkomsten van cognitieve gedragstherapie bij angstbehandelingen voor de PTSS-sectie een gemiddelde responswaarde van

ongeveer 60%. Hierbij moet worden opgemerkt dat de definitie van ‘respons’ per onderzoek sterk varieerde.

De laatste jaren zijn intensieve traumabehandelingen ontwikkeld waarbij in een korte, aaneengesloten periode van ten hoogste twee weken alle behandelsessies werden uitgevoerd. Vergeleken met reguliere behandelingsvormen lieten de resultaten een minstens even goede respons op behandeling zien, bij zeer lage uitvalcijfers (Ehlers e.a., 2010, 2014). In vervolgonderzoeken bleken deze uitvalcijfers stand te houden en varieerden ze tussen de 0 en 3% (Blount e.a., 2014; Gantt & Tinnin, 2007; Hendriks e.a., 2018). Behandelingen bestaande uit een combinatie van een bewegingsprogramma, EMDR, en *prolonged exposure* (PE), waarbij exposure in vivo met imaginaire exposure werd gecombineerd, leidden tot de hoogste significante effecten op de PTSS-symptomen (Rosenbaum e.a., 2015a, 2015b; van Woudenberg e.a., 2018). De verklaring voor de toename van effect door het toevoegen van een bewegingsprogramma is niet goed aan te wijzen, anders dan dat het volgen van een bewegingsprogramma in het algemeen tot gezondheidsbevordering leidt. Dit effect doet zich ook voor bij het toevoegen van bewegingsonderdelen aan andere behandelingen (Rosenbaum, 2015a).

### **Eerder onderzoek**

Onder adolescenten zijn tot op heden slechts twee onderzoeken uitgevoerd. Hendriks en collega's (2017) onderzochten een intensieve behandeling bestaande uit drie sessies PE per dag gedurende vijf dagen, met als resultaat een significante afname van PTSS-symptomen ( $p = .002$ ). Bij follow-up-metingen na drie en zes maanden voldeed 80% van de deelnemende adolescenten niet meer aan de diagnose PTSS. Van Pelt onderzocht een intensieve traumabehandeling waarbij adolescenten een programma van vijf aaneengesloten dagen doorliepen bestaande uit dagelijks twee sessies traumabehandeling met PE en EMDR, afgewisseld met tweemaal een uur sportactiviteiten. Het resultaat van dit onderzoek leverde bij 80% van de adolescenten een klinisch betekenisvolle respons op; 63% van de deelnemende adolescenten voldeed na afloop van de behandeling niet meer aan de criteria van de DSM-5 voor PTSS (van Pelt, 2021).

Vroegdetectie en behandeling van PTSS in de adolescentie is gebaat bij verder inzicht in de haalbaarheid van een gecombineerde, intensieve traumabehandeling. Zowel de literatuur als de praktijk biedt voldoende evidentie om een gecombineerde, intensieve traumabehandeling in te zetten als behandelingsvorm bij volwassenen. De probleemstelling is dat bij adolescenten

onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing is voor een dergelijke manier van behandelen.

Voor adolescenten heeft de World Health Organization dezelfde behandelingsaanbevelingen geformuleerd als voor volwassenen (WHO, 2013). De te onderzoeken hypothese is dat in navolging van de resultaten bij volwassenen ook de haalbaarheid van de behandeling bij adolescenten kan worden aangetoond.

Het pilotonderzoek had tot doel om de haalbaarheid van een gecombineerde, intensieve traumabehandeling bij adolescenten te onderzoeken. Doel was tweeledig door de veranderingen van PTSS-symptomen te onderzoeken, naast de ervaringen van de adolescenten die deelnamen aan deze behandelingsvorm. Met de resultaten werd het verbeteren van de behandeling van PTSS bij adolescenten beoogd. De onderzoeksvraag die hieruit werd afgeleid luidde: wat zijn de ervaringen van adolescenten met het doorlopen van een gecombineerde, intensieve traumabehandeling, en leidt deze behandeling tot afname van PTSS-symptomen bij adolescenten?

## METHODE

### Onderzoeksdesign

Met een pilotonderzoek volgens een *mixedmethodsdesign* werd de haalbaarheid van de behandeling onderzocht. Het kwantitatieve onderzoeksdesign bestond uit een quasi-experimenteel onderzoek met een *onegrouppretest-posttestdesign* (Polit & Beck, 2017). Hiervoor werd gekozen om reden van praktische uitvoerbaarheid. Er was geen randomisatie noodzakelijk en de belastbaarheid in de vorm van vragenlijsten was gering. Daarmee werd tegemoetgekomen aan het advies van de commissie wetenschappelijk onderzoek van de Parnassia Groep, waarbij werd gesteld dat het pilotonderzoek een zo min mogelijke belasting mocht opleveren voor de deelnemers. Beperkingen van het onderzoeksdesign lagen in het ontbreken van een controlegroep. Dat kon het onderzoek gevoelig maken voor andere verklarende factoren (*confounders*), waardoor de bewijskracht af kon nemen en de conclusies met voorzichtigheid gehanteerd dienden te worden.

Het kwalitatieve onderzoeksdesign werd opgezet vanuit de fenomenologische en hermeneutische insteek van de interpretatieve fenomenologische analyse. Er is voor deze benadering gekozen, omdat er niet zozeer wordt gekeken naar de breedte van de ervaring, maar bij doorvragen meer naar de diepte daarvan. Door afname van een evaluatief, semigestructureerd interview

werden er in kwantitatieve en in kwalitatieve zin data verzameld. Deze data zijn samengevat en gerubriceerd naar thema's.

### Context van de hulpverlening

Onderzoek vond plaats bij de ggz-instelling Parnassia Groep, zorgbedrijf Youz, kinder- en jeugdpsychiatrie in Den Haag. In de loop van 2020 werd hier intensieve traumabehandeling opgezet, in samenwerking met afdeling de Strandloper. Dit is een openopnameafdeling met een gastvrij karakter. De deelnemers doorliepen de behandeling in een periode van vier aaneengesloten dagen. Zie figuur 1 voor een overzicht van het dagprogramma en bijlage A voor de procedure- en programmabeschrijving van het gehele onderzoek.

### Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit adolescenten in de leeftijdscategorie tussen de 14 en de 23 jaar die in zorg kwamen voor traumagerelateerde klachten. Het betreft een groep jongeren die meerdere schokkende gebeurtenissen hebben meegemaakt, bijvoorbeeld seksueel misbruik, mishandeling, geweldsincidenten of geweld in afhankelijkheidsrelaties (loverboys). De deelnemers voldoen aan de DSM-5-criteria voor een PTSS. Actief middelenmisbruik of verslaving of ernstig grensoverschrijdend gedrag waren exclusiecriteria. Deelnemers werden geworven in de regio Haaglanden. Daarbij werd gebruikgemaakt van een gelegenheidssteekproef (Polit & Beck, 2017). Deze keus was om pragmatische redenen gemaakt (tijd en aanbod van deelnemers).

### Variabelen

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, zijn de variabelen onderverdeeld in onafhankelijke en afhankelijke variabelen. De onafhankelijke variabelen waren de interventies met EMDR en PE. De afhankelijke variabele was de uitkomstmaat. Hiervoor werd de mate van ernst van de PTSS-

**Figuur 1.**  
*Overzicht van het dagprogramma.*



symptomen gemeten met de vragenlijsten *PTSD Checklist for the DSM-5* (PCL-5) en de *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5* (CAPS-5).

### **Methode van dataverzameling**

Dataverzameling vond plaats tussen oktober 2020 en april 2021. Met de *Life Events Checklist voor de DSM-5* (LEC-5) en de CAPS-5 werd de diagnose PTSS vastgesteld. Met de PCL-5 werd de ernst van de PTSS-symptomen vastgesteld. Dit meetmoment gold als pre-treatmentmeting en vond een week voorafgaand aan de behandeling plaats. Gedurende de behandelingsweek werd elke dag de PCL-5 ingevuld om daarmee het verloop van de scores te meten. Tien dagen na afloop van de behandeling werden als posttreatment-meting de CAPS-5 en de PCL-5 wederom afgenomen. Door middel van dossieranalyse werden data verzameld over de comorbiditeit. Voor het kwalitatieve onderzoeksgedeelte werd tien dagen na afloop van de behandeling een semigestructureerd interview afgenomen.

### **Meetinstrumenten en operationalisatie**

*CAPS-5* – Om de diagnose PTSS en respons op de behandeling te kunnen operationaliseren, werd gebruikgemaakt van de CAPS-5 (Weathers e.a., 2015, 2018; Olf, 2015; Boeschoten, 2014c). Dit is een gevalideerd, semigestructureerd interview dat op een vijfpuntslikertschaal wordt ingevuld, en geldt als de gouden standaard. Het instrument kent een hoge interne consistentie ( $\alpha = .90$ ) en een goede interbeoordelaarskwaliteit ( $k = .59$ ). Een verandering van 6 punten wordt aangemerkt als respons op behandeling. Een score lager dan 26 punten wordt aangemerkt als remissie van de PTSS-diagnose. De afnameduur bedraagt 30-75 minuten.

*PCL-5* – Om de ernst van de PTSS-symptomen te operationaliseren, maakten we gebruik van de PCL-5 (Blevins e.a., 2015; Boeschoten e.a., 2014b). Dit is een zelfrapportagelijst met 20 items, die de 20 symptomen meet volgens de DSM-5 en die is in te vullen via een vijfpuntslikertschaal. De PCL-5 kent een hoge interne consistentie ( $\alpha = .94$ ) en een goede test-retest-betrouwbaarheid ( $r = .82$ ). Een verandering van 5-10 punten wordt geïnterpreteerd als een betrouwbare verandering. Een verandering van 10-20 punten als een klinisch significante verandering. Een score lager dan 33 punten wordt aangemerkt als remissie van de diagnose PTSS. De afnameduur bedraagt 5-10 minuten.



*LEC-5* – Voor de inventarisatie van traumatische gebeurtenissen werd gebruikgemaakt van de *LEC-5* (Gray e.a., 2004; Boeschoten e.a., 2014a). De lijst bestaat uit 17 items die op een zespunts nominale schaal worden gescoord. De *LEC-5* resulteert niet in een totaalscore. De vragenlijst wordt vaak gebruikt in combinatie met de *CAPS-5* of de *PCL-5*. Er zijn geen psychometrische eigenschappen bekend voor de *LEC-5*, maar wel voor de *LEC* die op de *DSM-IV* is gebaseerd. Ten opzichte van de *LEC-5* zijn er slechts minimale wijzigingen, waardoor er geen veranderingen zijn te verwachten in de psychometrische eigenschappen. De gemiddelde *kappa* voor alle items bedraagt ( $k = .61$ ) en de test-retestbetrouwbaarheid bedraagt ( $r = .82; p < .001$ ). De afname duur bedraagt 5-10 minuten.

### **Methode van data-analyse**

Om de nulhypothese, gesteld dat de gecombineerde, intensieve trauma-behandeling geen effect heeft op het afnemen van de ernst van de ervaren *PTSS*-symptomen, te kunnen verwerpen, werden de verzamelde data uit afname van de *CAPS-5* en de *PCL-5* geanalyseerd door gebruik te maken van een *paired samples-t-test*. Met een *repeated measurements ANOVA*-test werden de data van de *PCL-5* over de behandelingsdagen heen geanalyseerd. Voor het berekenen van de statistische scores werd gebruikgemaakt van het softwareprogramma *SPSS 25* (Statistics).

Om de data voor het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek te verzamelen, werd een semigestructureerd interview ontworpen (zie bijlage B). De interviews werden uitgewerkt tot een samenvatting, uitgesplitst in kwantitatieve ervaringen en kwalitatieve ervaringen.

### **Methodologische kwaliteit**

De methodologische kwaliteit voor het kwantitatieve onderzoeksdesign werd gebaseerd op de psychometrische eigenschappen van de *CAPS-5* en de *PCL-5*. De gebruikte *paired-samples-t-test* en de *repeated-measurements-ANOVA*-test zijn goede onderzoeksinstrumenten voor het uitvoeren van statistische analyses (Peters & Mengersen, 2008).

Voor het kwalitatieve onderzoeksdesign werd de methodologische kwaliteit gewaarborgd door de criteria van trustworthiness toe te passen (Polit & Beck, 2017). De geloofwaardigheid (*credibility*), de betrouwbaarheid (*dependability*) en de authenticiteit (*authenticity*) werden gewaarborgd door de member-check om hiermee zo veel mogelijk foutieve interpretaties uit te sluiten. Er werd een

aantal vragen opgenomen met een summatieve beoordeling, waardoor de objectiviteit (*confirmability*) werd gewaarborgd. De overdraagbaarheid (*transferability*) werd gewaarborgd doordat de steekproef een heterogene samenstelling kende en een goede afspiegeling vormde van de groepspopulatie.

### **Ethische overwegingen**

Het onderzoek is voorgelegd aan de commissie van wetenschappelijk onderzoek van de Parnassia Groep, zorgbedrijf Youz, die het de status van niet-WMO-plichtig onderzoek (onderzoek dat valt onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen) gaf, gebaseerd op de beperkte opzet en de aard van een haalbaarheidsstudie. Hierdoor was het niet noodzakelijk om het aan de Medisch Ethische Toetsings Commissie voor te leggen.

## **RESULTATEN**

In de periode van september 2020 tot april 2021 hebben acht deelnemers de behandeling doorlopen. Van deze acht werden vijf geïncludeerd voor het onderzoek. Exclusie vond plaats op basis van onvoldoende criteria om de diagnose PTSS inclusief het A-criterium te kunnen stellen tijdens de premeting. Zie tabel 1 voor de kenmerken van de deelnemers. De vijf geïncludeerde deelnemers (80% vrouw) hadden ten tijde van de behandeling een gemiddelde leeftijd van 18,9 jaar ( $SD = 3,49$ ;  $R = 14-22$  jaar). Geen van de deelnemers is uitgevallen. Alle deelnemers hebben meervoudige ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt die zich al op jonge leeftijd voordeden. Gemiddelde leeftijd voor eerste ingrijpende gebeurtenis was 6,8 jaar ( $SD = 3,6$ ;  $R = 4-13$  jaar). Ingrijpende gebeurtenissen bestonden uit seksueel misbruik (60%), fysieke mishandeling (100%) en getuige zijn van geweld (100%). Bij drie deelnemers werd PTSS met dissociatieve symptomen geconstateerd. Er was sprake van comorbiditeit in de vorm van een stemmingsstoornis (80%), angststoornis (20%), persoonlijkheidsproblematiek (60%) en ouder-kindrelatieproblematiek (60%). Andere bijkomende problematiek was zelfbeschadigend gedrag (80%), suicidaliteit (80%) en dissociatieve klachten (60%). Vier deelnemers hadden al eerder een traumagerichte behandeling doorlopen (80%). Er was weinig ervaring met imaginaire exposure (IE) als behandelinterventie (20%). Geschatte intelligentie op basis van laatstgenoten onderwijs was gemiddeld. Allen spraken vloeiend Nederlands.

**Tabel 1.**

Kenmerken van *geïnccludeerde deelnemers* ( $n = 5$ ).

<b>Variabelen</b>	
Gemiddelde leeftijd in jaren M, (SD), range	18,9 (3,49) 14-22,5
Sekse, n (%)	
Man	1 (20)
Vrouw	4 (80)
Scholing, n (%)	
VO	2 (40)
Mbo	2 (40)
Hbo	1 (20)
Woonsituatie n (%)	
Zelfstandig	2 (40)
In gezinsverband	3 (60)
Medicatiegebruik tijdens behandeling n (%)	3 (60)
Trauma geschiedenis n (%)	
Seksueel misbruik	3 (60)
Fysieke mishandeling	5 (100)
Getuige zijn van geweld	5 (100)
Traumaduur in jaren M, (SD), Range	11 (3,8) 7-15
Leeftijd 1e ingrijpende gebeurtenis M, (SD), Range	6,8 (3,6) 4-13
Comorbiditeit n (%)	
Stemmingsstoornis	4 (80)
Angststoornis	1 (20)
Persoonlijkheidsproblematiek	2 (40)
Ouder kind relatieproblematiek	3 (60)
Bijkomende problematiek	
Zelfbeschadigend gedrag	4 (80)
Suïcidaliteit	4 (80)
Dissociatie	3 (60)
Geschiedenis met eerdere PTSS-behandeling n (%)	4 (80)
EMDR	4 (80)
Imaginaire exposure	1 (20)

### Behandelingsuitkomsten CAPS-5 en PCL-5

De ernst van de PTSS-symptomen, gemeten met de CAPS-5, vanaf het moment van de pre-meting ( $M = 40,60$ ;  $SD = 9,633$ ), nam significant af vergeleken met het moment van de post-meting ( $(M = 29,0$ ;  $SD = 15,1)$ ;  $t(4) = 3,43$ ;  $p = 0,027$ ). De gemiddelde afname was 11,6 punten met een 95% betrouwbaarheidsinterval tussen de 2,2 en de 20,0 met een middelgroot effect (Cohens  $d = 0,627$ ). Uitkomsten bij afname van de PCL-5 wezen eveneens op een significante afname van de ernst van de PTSS-symptomen van pre-meting ( $M = 51,80$ ,  $SD = 14,890$ ), vergeleken met het moment van post-meting ( $(M = 40,20$ ;  $SD = 21,464)$ ;  $t(4) = 2,79$ ;  $p = 0,049$ ). De gemiddelde afname was 11,6 punten met een 95% betrouwbaarheidsinterval tussen de 0,65 en de 23,16 met een zeer groot effect (Cohens  $d = 0,916$ ). Zie tabel 2.

**Tabel 2.**

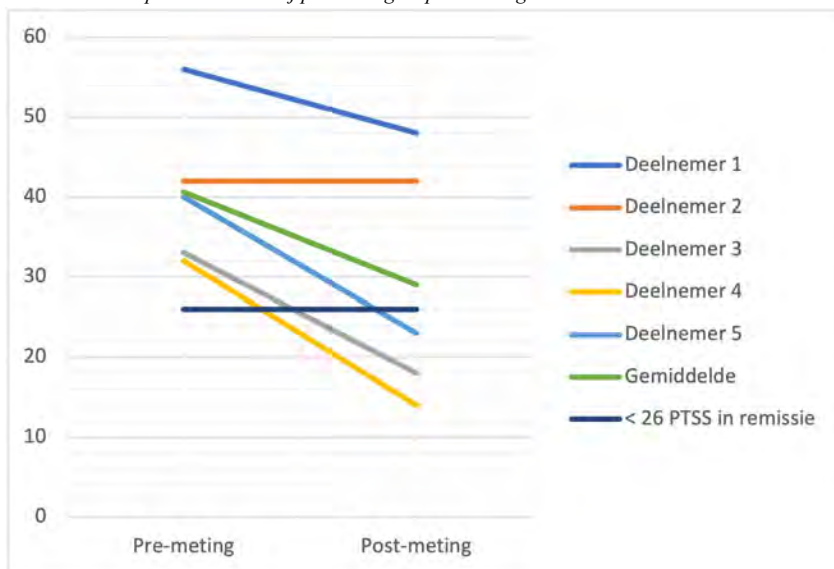
*CAPS-5- en PCL-5-uitkomstmaten bij pre- en post-meting.*

	Pre meting		Post meting		Pre-Post
	Mean	SD	Mean	SD	Cohens <i>d</i>
CAPS-5 (n=5)	40,6	9,6	29,0	15,1	0,916
PCL-5 (n=5)	51,8	14,9	40,2	21,5	0,627

Vier deelnemers (80%) lieten bij de post-meting op de CAPS-5 een verbetering van ten minste 6 punten zien, wat staat voor een respons op de behandeling. Drie deelnemers (60%) voldeden niet meer aan de diagnose PTSS, doordat er onvoldoende subcriteria op basis van de DSM-5 kon worden vastgesteld en ze onder de grens van 26 punten zakten. Bij één deelnemer (20%) bleef de score op de CAPS-5 gelijk. Zie figuur 2.

**Figuur 2.**

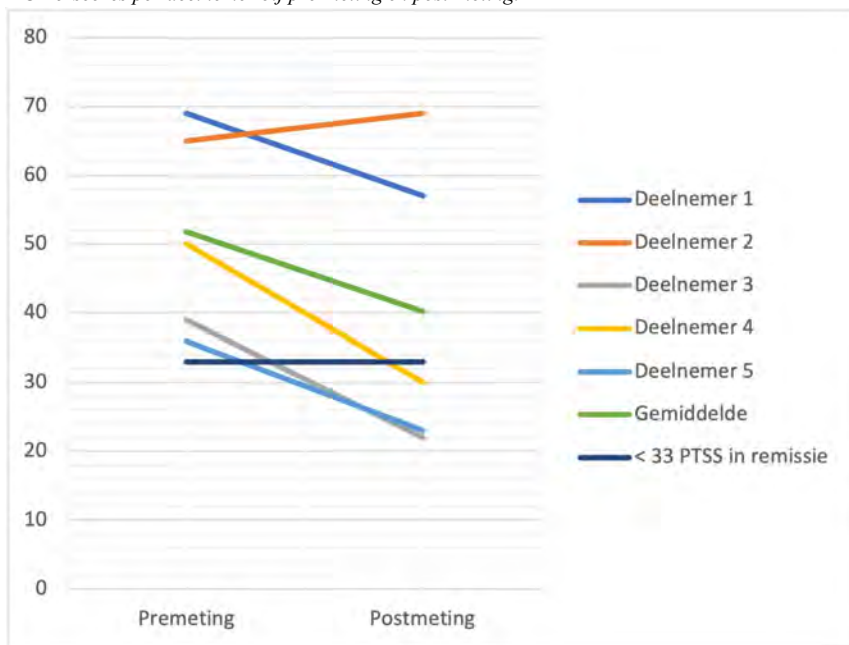
*CAPS-5-scores per deelnemer bij pre-meting en post-meting.*



Vier deelnemers (80%) lieten bij de post-meting op de PCL-5 een verbetering van 10-20 punten zien, wat staat voor een klinisch significante verandering. Bij drie deelnemers (60%) daalde de score onder de 33 punten, wat wijst op PTSS-symptomen in remissie. Bij één deelnemer (20%) nam de score op de PCL-5 toe. Zie figuur 3.

**Figuur 3.**

*PCL-5-scores per deelnemer bij pre-meting en post-meting.*

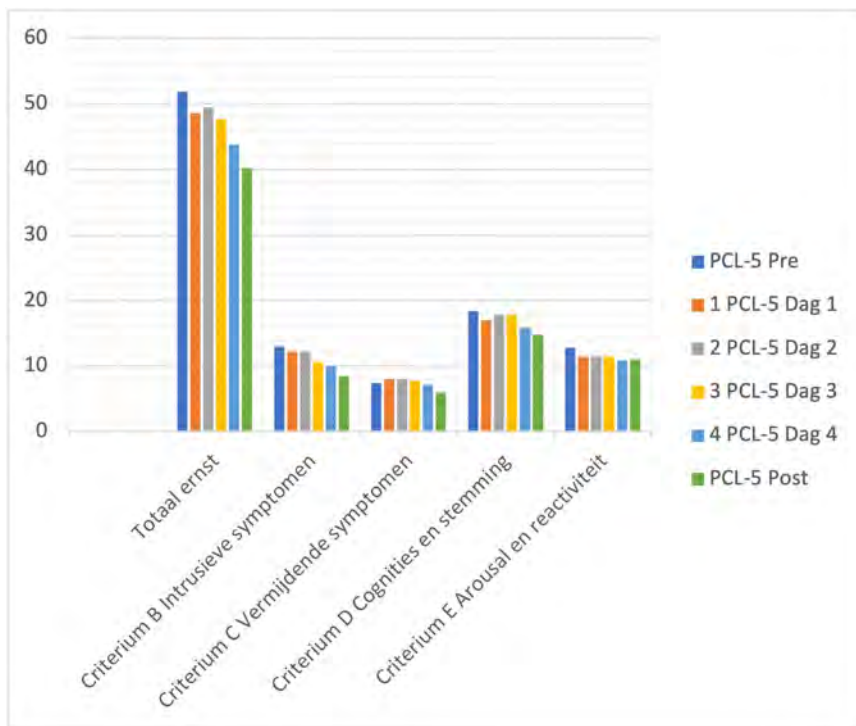


### **Behandelingsuitkomsten van de PCL-5, gemeten over alle behandelingsdagen**

Figuur 4 laat de scores op de PCL-5 zien op drie verschillende momenten: pre-meting, behandelingsdag 4 en de post-meting. Er was sprake van een groot effect, Wilks Lambda = .317;  $F(2-3) = 3.236$ ;  $p = 0.178$ ; multivariate partial eta squared = .683. De scores uitgesplitst naar subcriteria van de PTSS-classificatie volgens de DSM-5 leverden een hoge score op bij pre-meting en lieten na dag 3 een sterke afname zien van de klachten. Aanvankelijk leken het C- en het D-criterium van de vermijdende en de cognitieve en stemmingssymptomen op dag 1 en 2 toe te nemen en vanaf dag 3 weer af te nemen. Ook was een verder dalende afname te zien, gemeten tussen dag 4 van de behandeling en het moment van de post-meting.

**Figuur 4.**

*PCL-5 gemiddelde scores, uitgesplitst naar PTSS-criteria over de behandelingsdagen heen.*



### **Beoordeling van de behandeling in kwantitatieve gegevens**

Alle deelnemers hebben vragen beantwoord over de mate waarin zij de behandeling hebben ervaren. De behandeling werd met gemiddeld een 7,3 beoordeeld. De belasting werd op een schaal van 0-10 gemiddeld met een 5,6 gewaardeerd, waarbij 0 geen, en 10 een zware belasting is.

### **Beoordeling van de behandeling in kwalitatieve gegevens**

*Algemeen* – Alle deelnemers gaven aan dat zij door de behandeling een afname hebben ervaren op de intensiteit van de herinneringen en beelden gerelateerd aan de ingrijpende gebeurtenissen. Daarnaast gaven zij aan dat

zij na de behandeling de resterende herinneringen en beelden beter konden hanteren.

*Voorbereiding* – De voorbereiding vanaf het moment van keuze voor deelname, waarvan de afname van de LEC-5 en CAPS-5 deel uitmaakte, heeft bij vier deelnemers geleid tot toename van spanning. De voorbereidingsfase zorgde voor actieve vermijding door twee deelnemers.

*Verblijf op de Strandloper* – Alle deelnemers hebben overnacht op de Strandloper. Ze hebben dit als positief en waardevol ervaren en vonden de Strandloper een goede plek om tot rust te komen.

*Traumabehandeling* – Alle deelnemers hebben het traumagedeelte van het programma als zwaar en intensief ervaren. Zij waren positief over de volgorde van EMDR, volgend op PE, omdat het eerste onderdeel spanning oproept en het tweede onderdeel de spanning desensitiseert. De PE werd ervaren als behandelinterventie met het sterkste effect. Wisselende hulpverleners waren geen belemmering.

*Sporten* – Alle deelnemers hebben het sportgedeelte als verfrissend ervaren, waarmee de zwaarte van het programma werd verlicht.

*Belasting* – Het programma was door de belasting niet te combineren met school. Afstemming over de schoolonderbreking was geen probleem. Afname van de CAPS-5 en het opstellen van de casusconceptualisatie is voor drie deelnemers belastend gebleken. De PCL-5 was niet belastend in het gebruik.

## **Discussie**

Met dit pilotonderzoek werd onderzocht of intensieve traumabehandeling, waarbij EMDR, PE en een sportprogramma werden gecombineerd, haalbaar zou kunnen zijn voor adolescenten. Zoals verwacht bleken vier van de vijf deelnemers een klinisch significante verandering te laten zien op de ervaren ernst van de PTSS-symptomen. Bij drie deelnemers namen de klachten dusdanig af dat bij hen geen sprake meer was van een PTSS-diagnose. In deze pilotstudie waren er geen uitvallers. Deze resultaten houden gelijke tred met de resultaten uit eerdere onderzoeken (Rosenbaum e.a., 2015a, 2015b; van Woudenberg e.a., 2018; van Pelt e.a., 2021). De effecten van de behandeling kunnen verklaard worden door verschillende factoren. Het compacte aanbod, geconcentreerd in een week die volledig in het teken stond van traumabehandeling, zorgde bij de deelnemers al vanaf de voorbereiding voor een helder overzicht van wat hun te wachten stond, waardoor zij zich goed konden voorbereiden en er ook sprake was van een goede focus op deelname

aan de behandeling. Hierdoor lijkt er weinig ruimte voor vermijding of andere interferenties te zijn geweest. Bij de therapeuten trad een soortgelijk effect op, omdat ze zich volledig konden richten op de uitvoering van de interventies, waardoor die over het algemeen ‘zuiver’ werden uitgevoerd en kans op interferenties zo veel mogelijk werd uitgesloten. Het werken met wisselende therapeuten is bevorderend gebleken voor de uitkomsten. Dit is overeenkomstig met wat onderzoek onder volwassenen heeft uitgewezen (van Minnen e.a., 2018). Tevens zijn er aanwijzingen dat mensen met meer complexe traumaklachten als PTSS van het dissociatieve subtype goed profiteren van een traumagerichte behandeling met daarin gecombineerd PE en EMDR als interventies (Resick e.a., 2012). In dit onderzoek hadden drie van de vijf deelnemers de diagnose PTSS met het dissociatieve subtype. Vanuit de kwalitatieve resultaten werd PE ook als belangrijkste behandelinterventie genoemd, wat in lijn is met resultaten uit eerdere onderzoeken waarin het toevoegen van exposure in vivo aan de imaginaire exposure de effectiviteit van de behandeling deed toenemen (van Minnen & Arntz, 2017). Tijdens het onderzoek werd in de ochtendsessie PE als behandelinterventie uitgevoerd en in de middagsessie de EMDR. Onder volwassenen is deze volgorde onderzocht, waarbij blijkt dat deze tot betere uitkomsten heeft geleid, waardoor het valt te veronderstellen dat dit ook opgaat voor adolescenten (van Minnen e.a., 2020). Een belangrijke beïnvloedende factor was de nabijheid van afdeling de Strandloper. Dit zorgde voor holding en was een baken van rust en veiligheid waarmee de belasting van een intensieve traumabehandeling lichter werd gemaakt. Deze holding werd voornamelijk bewerkstelligd door de attitude van de daar werkzame sociotherapeuten, waarbij aandacht, grenzen en beschikbaarheid een belangrijke rol spelen. Ook de mogelijkheid om zich even op een eigen kamer te kunnen terugtrekken, speelde hierin een belangrijke rol. De sportonderdelen zorgden eveneens voor een lagere ervaren belasting van het behandelingsprogramma. Hiervoor is geen duidelijke wetenschappelijke onderbouwing, anders dan dat deze additie ook bij andere traumabehandelingen heeft gezorgd voor een toename van de effectiviteit (Rosenbaum, 2015a, 2015b).

Beperkingen waren te vinden in het *onegroup-pretest-posttestdesign*. Er was geen vergelijkende controlegroep aanwezig. Hiermee kan niet met zekerheid worden vastgesteld dat deze behandelinterventie de verklarende factor is voor de resultaten. Ten tweede was de steekproef onder andere door de aanwezigheid van het SARS-CoV2-virus beperkt gebleven tot vijf deelnemers. Hiermee is het aantal te weinig om statistisch gezien te spreken van een betrouwbare uitkomst. Het onderzoek heeft daarmee te weinig power.



Andere beperkingen kunnen worden gevonden in de beïnvloedende factoren (confounders), die ook verklarend kunnen zijn voor de resultaten. In deze zin zijn de sportactiviteiten een confoundingsfactor. Hierdoor zou de afhankelijke variabele op individueel niveau kunnen worden beïnvloed. Voor de gehele onderzoekspopulatie werd deze zo veel mogelijk gelijkgesteld en daarmee zo veel mogelijk geneutraliseerd. Op individueel niveau bleef de affiniteit met sport, inzet bij de sportactiviteiten en de opgedane ervaring bij de sportactiviteit, bestaan als invloedsfactor, omdat hier een verschillende waardering aan wordt toegedicht. Een andere beïnvloedende (confoundings)factor was het verblijf en de mogelijkheid tot overnachting op de Strandloper, waarbij de emotionele beschikbaarheid van de sociotherapeuten een rol kan spelen in het beïnvloeden van de afhankelijke variabele. Doordat alle deelnemers hebben overnacht op *de Strandloper* is deze factor voor de onderzoekspopulatie zo veel mogelijk gelijkgesteld, al blijven er individuele verschillen bestaan in de ervaring van het verblijf aldaar. Ook is in het onderzoek niet de invloed van het systeem of psycho-educatie meegenomen.

## CONCLUSIE

Met deze uitkomsten lijkt te zijn aangetoond dat een gecombineerde, intensieve traumabehandeling met goede resultaten ook voor adolescenten haalbaar is: de klachten verminderden en het uitvalpercentage daalde. Toch dienen bovenstaande conclusies met enige voorzichtigheid te worden beoordeeld, gezien de beperkte opzet van het onderzoek en het gekozen design.

Aanbeveling voor vervolgonderzoek zou een *randomised controlled trial* (RCT) of een *single-case experimental design* (SCED) kunnen zijn. Dit laatste is kleinschalig onderzoek waarmee innovaties in een kort tijdsbestek kunnen worden onderzocht op effectiviteit van de werkzame bestanddelen. Hierbij worden de meetmomenten gerandomiseerd. Het sporten lijkt het programma te verlichten, waardoor het voor de deelnemers makkelijker wordt om de traumaonderdelen vol te houden. Advies is om dit nader te onderzoeken met een controlegroep, waarbij het sporten achterwege wordt gelaten. Verder valt te overwegen om in het programma nog ruimte in te bouwen voor psycho-educatie en om het gezin en andere naasten van de adolescent – het systeem – bij de behandeling te betrekken.

Marco T. J. Bijtenhoorn is ggz-verpleegkundig specialist in opleiding en systeemtherapeut NVRG (Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie). Hij werkt bij het Fact-jeugdteam Zaandam, onderdeel van Parnassia Groep Zorgbedrijf Youz. [m.bijtenhoorn@youz.nl](mailto:m.bijtenhoorn@youz.nl)

Dr. Kirsten Hauber is psychotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog, specialistisch groepspsychotherapeut NVGP (Nederlandse vereniging voor groepsdynamica en groepspsychotherapie), EMDR-practitioner, associate professor bij Curium-LUMC (Leids Universitair Medisch Centrum) en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP). Hauber is tevens werkzaam in haar eigen praktijk.

De bijlagen bij dit artikel zijn online beschikbaar op:

<https://www.vkjp.nl/media/files/Tijdschriften/BijlagenBijtenhoorn.pdf>

Bijlage A. Beschrijving procedure onderzoeksprogramma intensieve traumabehandeling.

Bijlage B. Vragenlijst gecombineerde, intensieve traumabehandeling voor adolescenten.

## Literatuur

- van Balkom, A. L. J. M., van Vliet, I. M., Emmelkamp, P. M. G., Bockting, C. L. H., Spijker, J., Hermens, M. L. M., & Meeuwissen, J. A. C. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen* (3e revisie). Trimbos-instituut.
- Beer, R., & de Roos, C. (2017). De impact van trauma. In R. de Beer & C. de Roos (Red.), *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren* (pp. 32-51). Lannoo Campus.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28 (6), 489-498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Blount, T. H., Cigrang, J. A., Foa, E. B., Ford, H. L., & Peterson, A. L. (2014). Intensive outpatient prolonged exposure for combat-related PTSD: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(1), 89-96. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.cbpra.2013.05.004>
- Boeschoten, M. A., Bakker, A., Jongedijk, R. A., & Olf, M. (2014a). *Life Events Checklist for DSM-5 – Nederlandstalige versie*. Stichting Centrum '45.

- Boeschoten, M. A., Bakker, A., Jongedijk, R. A., & Olf, M. (2014b). *PTSD checklist for the DSM-5 (PCL-5)-Nederlandstalige versie*. Stichting Centrum '45.
- Boeschoten, M. A., Bakker, A., Jongedijk, R. A., Van Minnen, A., Elzinga, B. M., Rademaker, A. R., & Olf, M. (2014c). *Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5 – Nederlandstalige versie*. Stichting Centrum '45.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., Grey, N., Liness, S., Wild, J., Manley, J., Waddington, L., & McManus, F. (2010). Intensive cognitive therapy for PTSD: A feasibility study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(4), 383-398. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000214>
- Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., Wild, J., Liness, S., Albert, I., Deale, A., Stott, R., & Clark, D. M. (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 294-304. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13040552>
- Gantt, L., & Tinnin, L. W. (2007). Intensive trauma therapy of PTSD and dissociation: An outcome study. *The arts in psychotherapy*, 34(1), 69-80. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2006.09.007>
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). *Psychometric Properties of the Life Events Checklist. Assessment*, 11(4), 330-341. <https://doi.org/10.1177/1073191104269954>
- Hendriks, L., de Kleine, R. A., Heyvaert, M., Becker, E. S., Hendriks, G. J., & van Minnen, A. (2017). Intensive prolonged exposure treatment for adolescent complex posttraumatic stress disorder: a single-trial design. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(11), 1229-1238. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12756>
- Hendriks, L., de Kleine, A., Broekman, T. G., Hendriks, G. J., & van Minnen, A. (2018). Intensive prolonged exposure therapy for chronic PTSD patients following multiple trauma and multiple treatment attempts. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1425574>
- Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M., & Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 394-404. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/a0031474>
- van Lieshout, F., Jacobs, G., & Cardiff, S. (2017). *Actieonderzoek. Principes voor verandering in zorg en welzijn*. Van Gorcum.
- Lindauer, R. J. L., & Boer, F. (2012). *Trauma bij kinderen*. Lannoo Campus.

- Loerinc, A. G., Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Bluett, E. J., & Craske, M. G. (2015). Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clinical Psychology Review*, *42*, 72–82. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.08.004>
- Meiser-Stedman, R. (2002). Towards a cognitive-behavioral model of PTSD in children and adolescents. *Clinical Child Family Psychological Review*, *5*(4), 217-232. <https://doi.org/10.1023/A:1020982122107>
- van Minnen, A., & Arntz, A. (2017). Protocollaire behandeling van patiënten met een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Imaginaire exposure en exposure in vivo. In G. Keijsers, A. van Minnen, M. Verbraak, K. Hoogduin, & P. Emmelkamp (Red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (pp. 311–369). Uitgeverij Boom.
- van Minnen, A., Voorendonk, E., Roozendaal, L., & De Jongh, A. (2020). Sequence matters: Combining prolonged exposure and EMDR therapy for PTSD. *Psychiatry Research*, *290*, 113032. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.psychres.2020.113032>
- van Minnen, A., Hendriks, L., de Kleine, R., Hendriks, G., Verhagen, M., & de Jongh, A. (2018). Therapist rotation: A novel approach for implementation of trauma-focused treatment in post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, *9*(1), 1492836. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/20008198.2018.1492836>
- Olf, M. (2015). Choosing the right instruments for psychotrauma related research. *European Journal of Psychotraumatology*, *6*, 30585. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.30585>
- van Pelt, Y., Fokkema, P., de Roos, C., & de Jongh, A. (2021). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and EMDR therapy for adolescents suffering from severe post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1917876. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1917876>
- Peters, J. L., & Mengersen, K. L. (2008). Meta-analysis of repeated measures study designs. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *14*(5), 941-950. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.01010.x>
- Pfefferbaum, B. (1997). Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, *36*(11), 1503-1511. [https://doi.org/10.1016/S0890-8567\(09\)66558-8](https://doi.org/10.1016/S0890-8567(09)66558-8)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10th edition). Wolters Kluwer.

- Resick, P. A., Suvak, M. K., Johnides, B. D., Mitchell, K. S., & Iverson, K. M. (2012). The impact of dissociation on PTSD treatment with cognitive processing therapy *Depression and Anxiety*, 29(8), 718-730. <https://doi.org/10.1002/da.21938>
- Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Steel, Z., Newby, J., Ward, P. B., & Stubbs, B. (2015a). Physical activity in the treatment of Post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 230(2), 130-136. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.10.017>
- Rosenbaum, S., Sherrington, C., & Tiedemann, A. (2015b). Exercise augmentation compared with usual care for post-traumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 131(5), 350-359. <https://doi.org/10.1111/acps.12371>
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2015). *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*. National Center for PTSD.
- Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Keane, T. M., & Marx, B. P. (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*, 30(3), 383-395. <https://doi.org/10.1037/pas0000486>
- van Woudenberg, C., Voorendonk, E. M., Bongaerts, H., Zoet, H. A., Verhagen, M., Lee, C. W., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2018). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1487225. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1487225>
- World Health Organization. (2013). Guideline for the management of conditions specifically related to stress. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241505406>
- Zorginstituut Nederland. (2020, juni). *Verbetersignalement Zinnige zorg voor mensen met PTSS*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/06/15/zinni-ge-zorg-bij-ptss-verbetersignalement>



De Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie (VKJP) is de wetenschappelijke en specialistische vereniging voor kinder- en jeugdpsychotherapie. De vereniging staat voor de kwaliteit en ontwikkeling van het vak kinder- en jeugdpsychotherapie en daarmee voor toegankelijke, deskundige hulp aan jeugdigen met psychische problemen. Al meer dan 45 jaar brengt de VKJP vakgenoten samen uit verschillende therapeutische scholen en met diverse achtergronden. Kind en gezin staan centraal. Het belangrijkste doel van de vereniging is het bevorderen van de ontwikkeling en het bewaken van de kwaliteit van de psychotherapie voor kinderen, jeugdigen en hun omgeving.