

# Trauma bij kinderen en adolescenten: screening, diagnostiek en behandeling

E. VERLINDEN, R.J.L. LINDAUER

- ACHTERGROND** Jeugdigen maken vaak één of meer traumatische gebeurtenissen mee. Ongeveer 16% krijgt een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Onbehandelde PTSS heeft ernstige gevolgen voor de psychosociale ontwikkeling, terwijl traumabehandelingen effectief zijn. Adequate screening, diagnostiek en behandeling zijn van groot belang.
- DOEL** Onderzoek naar screenings- en diagnostische instrumenten en behandel-effecten bij getraumatiseerde kinderen en adolescenten.
- METHODE** Bespreken van de resultaten van enkele traumastudies die verricht zijn binnen twee recent succesvol afgeronde promotietrajecten.
- RESULTATEN** De Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-13) is een gevalideerde traumascreeningslijst. De Clinician Administered PTSD Scale, Child and Adolescent Version (CAPS-CA) is een gevalideerd klinisch trauma-interview. Specifieke cognitieve gedragstherapie, te weten trauma focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT), en eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) zijn effectieve traumabehandelingen.
- CONCLUSIE** De CRIES-13 is geschikt voor de eerstelijnszorg en de CAPS-CA voor de specialistische zorg. TF-CBT en EMDR zijn eerste keuze bij de behandeling van kinderen en adolescenten met PTSS.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)12, 912-916

**TREFWOORDEN** behandeling, diagnostiek, psychotrauma



ARTIKEL



Uit epidemiologisch bevolkingsonderzoek blijkt dat een kwart tot twee derde van de kinderen en adolescenten voor het 16de jaar minimaal één traumatische gebeurtenis meemaakt (Copeland e.a. 2007; Costello e.a. 2002). Dit kan ernstige psychische gevolgen met zich meebrengen; de meest voorkomende psychische stoornis na het meemaken van een traumatische gebeurtenis is een posttraumatische stressstoornis (PTSS; Galea e.a. 2005). Onderzoek wijst uit dat circa één op de zes kinderen een PTSS krijgt na het meemaken van een traumatische gebeurtenis (Alisic e.a. 2014). Dit cijfer varieert afhankelijk van het geslacht en type trauma. Onderzoek naar screenings- en diagnostische instrumenten en de effectiviteit van traumabehandelingen is daarom van groot belang.

## METHODE

In dit artikel bespreken wij de resultaten van drie traumastudies die verricht zijn binnen twee recent succesvol afgeronde promotietrajecten (Diehle 2014; Verlinden 2014). De eerste studie gaat over de validering van de *Children's Revised Impact of Event Scale* (CRIES-13), een traumascreeningslijst voor kinderen en adolescenten (Verlinden e.a. 2014a; 2014b). De tweede studie gaat over de validering van de *Clinician Administered PTSD Scale, Child and Adolescent Version* (CAPS-CA), een klinisch trauma-interview voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten (Diehle e.a. 2013). De derde studie gaat over de effecten van *trauma focused cognitive behavioral therapy* (TF-CBT) en *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) bij getraumatiseerde

kinderen en adolescenten (Diehle e.a. 2015). Wij bespreken de resultaten en conclusies van de drie studies beknopt en systematisch.

## RESULTATEN

### Screening

Eén van de meest gebruikte instrumenten voor het screenen op PTSS bij kinderen is de CRIES-13 (Children and War Foundation 1998). De CRIES-13 is een korte vragenlijst geschikt voor kinderen vanaf 8 jaar. De vragenlijst bestaat uit een kind- en ouderversie. In Nederland was vooralsnog geen specifiek onderzoek gedaan naar de CRIES-13.

Het onderzoek dat wordt beschreven in het proefschrift van Verlinden (2014) richt zich daarom op de betrouwbaarheid, validiteit en diagnostische accuratesse van de CRIES-13 in Nederland. De onderzoekspopulatie betrof een klinische groep van 395 kinderen, 247 meisjes (62,5%) en 148 jongens (37,5%). De leeftijd van de kinderen varieerde tussen 7 en 18 jaar met een gemiddelde leeftijd van 12,79 jaar (SD 3,01). Alle kinderen waren blootgesteld aan één of meer traumatische gebeurtenissen, waaronder eenmalige gebeurtenissen of langdurige traumatisering. De kinderen werden geworven via Bureau Jeugdzorg en vier gespecialiseerde psychotraumacentra in de regio's Amsterdam, Haarlem, Leiden en Utrecht.

De betrouwbaarheid en de validiteit van de kindversie werden onderzocht in de totale onderzoekspopulatie (n = 395). De interne consistentie en test-hertestbetrouwbaarheid van de kindversie waren acceptabel tot goed. Bovendien had de kindversie een zeer goed onderscheidend vermogen bij het identificeren van kinderen met en zonder PTSS. Een afkapwaarde van  $\geq 30$  bleek de beste balans te bieden tussen sensitiviteit (0,88) en specificiteit (0,76), en gaf een correcte classificatie bij 81,4% van alle kinderen (Verlinden e.a. 2014b).

De betrouwbaarheid en de validiteit van de ouderversie werden onderzocht in een subgroep (n = 59) afkomstig uit de totale onderzoekspopulatie. De interne consistentie van de ouderversie was acceptabel tot goed. De resultaten wezen bovendien op een goede convergente en divergente validiteit. De ouderversie van de CRIES-13 had, evenals de kindversie, een zeer goed onderscheidend vermogen bij het identificeren van kinderen met en zonder PTSS. Een afkapwaarde van  $\geq 31$  bleek de beste balans te bieden tussen sensitiviteit (0,94) en specificiteit (0,78), en gaf een correcte classificatie bij 83,6% van alle kinderen (Verlinden e.a. 2014a).

## AUTEURS

**EVA VERLINDEN**, onderzoeker/orthopedagoog, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie, AMC en afd. Epidemiologie & Gezondheidsbevordering, GGD Amsterdam, Amsterdam.

**RAMÓN LINDAUER**, kinder- en jeugdpsychiater en systeemtherapeut, de Bascule, en hoofd afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie, AMC, Amsterdam.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Ramón Lindauer, AMC-de Bascule, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Meibergdreef 5, 1105AZ, Amsterdam.  
E-mail: R.Lindauer@debascule.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-4-2015.

### Diagnostiek

De CAPS-CA (Nader e.a. 1996) is een semigestructureerd klinisch interview waarmee op gestandaardiseerde wijze de diagnose PTSS kan worden gesteld bij kinderen vanaf 8 jaar. Het klinisch interview wordt afgenomen bij het kind. Volgens het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2005) wordt de CAPS-CA veelal beschouwd als de gouden standaard voor het diagnosticeren van PTSS bij kinderen. Tot op heden was geen onderzoek verricht naar de psychometrische eigenschappen van de Nederlandstalige CAPS-CA (van Meijel e.a. 2014).

Het onderzoek dat wordt beschreven in het proefschrift van Diehle (2014) richtte zich om deze reden op de betrouwbaarheid en de validiteit van de CAPS-CA in Nederland. Aan het onderzoek hebben 112 kinderen deelgenomen, 64 meisjes (57,1%) en 48 jongens (42,9%). De leeftijd van de kinderen varieerde tussen 8 en 18 jaar met een gemiddelde van 12,92 jaar (SD 3,44). Alle kinderen zochten psychische hulp na het meemaken van een traumatische gebeurtenis. Het merendeel van de kinderen (n = 105) werd geworven via de Bascule, academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie en het Psychotraumacentrum, GGZ Kinderen en Jeugd, Rivierduinen. Enkele kinderen (n = 7) waren aangemeld via de spoedeisende hulp van het AMC of vumc.

De resultaten gaven een acceptabele tot goede interne consistentie weer voor de totale schaal van de CAPS-CA (0,77-0,86). De resultaten wezen bovendien op een zeer goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (0,97-0,99). De correla-

ties tussen de CAPS-CA en diverse andere instrumenten suggereerden dat de CAPS-CA over voldoende convergente en divergente validiteit beschikte. De bevindingen wat betreft de discriminatieve validiteit wezen erop dat de CAPS-CA gevoelig is voor behandel-effecten. Kinderen hadden significant lagere scores na de behandeling dan ervoor (Diehle e.a. 2013).

### Behandeling

De eerste keuze bij de behandeling van kinderen en adolescenten met PTSS is psychotherapie (Lindauer 2014; Lindauer & Boer 2012). De best onderzochte vorm van cognitieve gedragstherapie voor PTSS (TF-CBT) is die volgens het behandelmodel van Cohen e.a. (2008). In nationale en internationale richtlijnen is TF-CBT opgenomen als evidence-based behandeling en EMDR als veelbelovende behandeling (Lindauer 2014; NICE 2005). De meeste gerandomiseerde gecontroleerde studies vergeleken TF-CBT of EMDR met een wachtlijstcontrole of *care-as-usual* conditie (Lindauer 2014).

Er waren slechts drie studies die TF-CBT, of behandelprotocollen die daarop lijken, en EMDR met elkaar vergeleken (Diehle e.a. 2015; Jaberghaderi e.a. 2004; de Roos e.a. 2011). De studie van Diehle e.a. (2015) onderscheidt zich van de andere twee studies door respectievelijk de steekproefgrootte (Jaberghaderi e.a. 2004) en de populatie, namelijk chronisch getraumatiseerde kinderen (de Roos e.a. 2011). In een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek werden 48 kinderen in de leeftijd van 8 tot 18 jaar behandeld met 8 sessies TF-CBT of EMDR, waarbij werd gekeken naar de behandel-effecten en het aantal sessies dat nodig was. De therapeuten mochten namelijk eerder stoppen als de PTSS-klachten waren verdwenen. De primaire uitkomstmaat was de PTSS-score op de CAPS-CA en de secundaire uitkomstmaten waren vragenlijsten over PTSS-klachten en comorbide problemen. Tijdens de behandeling werd iedere twee weken de CRIES-13 afgenomen om het verloop van de klachten te onderzoeken.

TF-CBT en EMDR lieten sterke afnames zien van de PTSS-score op de CAPS-CA (-20,2; 95%-BI: -12,2 tot -28,1 en -20,9; 95%-BI: -32,7 tot -9,1). Er was geen verschil in effect tussen de beide behandelvormen. De behandelduur (het aantal sessies) was met EMDR niet korter dan met TF-CBT.

Met een *mixedmodel* analyse werd gekeken naar het verloop van de PTSS-klachten gedurende de behandelingen. Hierbij was sprake van een tijdseffect ( $p < 0,001$ ) en geen behandel-effect ( $p = 0,44$ ) en geen interactie-effect van tijd en behandeling ( $p = 0,74$ ). Ouders van wie de kinderen TF-CBT hadden gekregen, rapporteerden ook een significante afname van

comorbide depressieve en hyperactiviteitsymptomen (Diehle e.a. 2015).


### CONCLUSIE

De resultaten van het onderzoek laten zien dat de CRIES-13 een betrouwbaar en valide instrument is voor het screenen op PTSS bij kinderen vanaf 8 jaar. Met dit screeningsinstrument kunnen professionals werkzaam in de klinische praktijk PTSS snel en eenvoudig herkennen en kinderen gericht doorverwijzen voor aanvullende diagnostiek of een passende behandeling. De CRIES-13 is bovendien een korte vragenlijst, eenvoudig te beoordelen en vrij toegankelijk beschikbaar via de website van het Nederlands Jeugdinstituut ([www.nji.nl](http://www.nji.nl)) en het landelijke Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie ([www.kenniscentrum-kjp.nl](http://www.kenniscentrum-kjp.nl)). Voor het gebruik van de CRIES-13 is geen professionele training vereist. Bij een score boven de afkapwaarde is aanvullende diagnostiek of een verwijzing naar de specialistische zorg raadzaam.

Voor het vaststellen van een formele klinische diagnose kan gebruik worden gemaakt van een klinisch interview, zoals de CAPS-CA. De Nederlandstalige CAPS-CA is een betrouwbaar en valide instrument voor het diagnosticeren van PTSS bij kinderen vanaf 8 jaar. De CAPS-CA is goed bruikbaar als diagnostisch instrument in de klinische praktijk en zeer geschikt voor het meten van behandel-effecten of het gebruik in wetenschappelijk onderzoek. De CAPS-CA beperkt zich echter tot het interviewen van het kind. Het wordt sterk aanbevolen om ook ouders te betrekken in het diagnostische proces.

Nationaal en internationaal onderzoek laat in diverse gerandomiseerde gecontroleerde studies zien dat TF-CBT en EMDR effectieve behandelingen zijn voor kinderen in de leeftijd van 8 tot 18 jaar. Voor het behoud van deze effectiviteit is het belangrijk dat deze behandelvormen op een goede manier worden geïmplementeerd binnen een instelling of praktijk en dat de behandelintegriteit gewaarborgd is.

We moeten opmerken dat de beschreven onderzoeken in dit artikel gericht zijn op kinderen vanaf 8 jaar. Onderzoek bij kinderen onder de 8 jaar is nog beperkt. Bij de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het AMC loopt nu onderzoek gericht op het screenen, diagnosticeren en behandelen van deze jonge populatie.

 Julia Diehle las het manuscript van dit artikel kritisch na.

## LITERATUUR

- Alisic E, Zalta AK, Wesel F van, Larsen SE, Hafstad GS, Hassanpour K, e.a. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014; 204: 335-40.
- Children and War Foundation. The Children's Revised Impact of Event Scale (13): CRIES-13; 1998. <http://www.childrenandwar.org/measures/children%E2%80%99s-revised-impact-of-event-scale-8-%E2%80%93-cries-8/ies13/>.
- Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten: Met de methode Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie. *Kind en Adolescent Praktijkreeks*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2008.
- Copeland WE, Keeler MA, Angold A, Costello EJ. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 577-84.
- Costello EJ, Erkanli A, Fairbank JA, Angold A. The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *J Trauma Stress* 2002; 15: 99-112.
- Diehle J. The world is a scary place? *INvestigating Treatments and Assessment for Children after Trauma* [proefschrift]. Amsterdam: AMC; 2014.
- Diehle J, Roos C de, Boer F, Lindauer RJL. A cross-cultural validation of the Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents in a Dutch population. *Eur J Psychotraumatology* 2013; 4: 19896.
- Diehle J, Opmeer BC, Boer F, Mannarino A, Lindauer RJL. Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing - what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *Eur J Child Adolesc Psychiatry* 2015; 24: 227-36.
- Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidem Reviews* 2005; 27: 78-91.
- Jaberghaderi N, Greenwald R, Rubin A, Dolotabadi S, Zand SO. A comparison of CBT and EMDR for sexually abused Iranian girls. *Clin Psych Psychotherapy* 2004; 11: 358-68.
- Lindauer RJL, Boer F. *Trauma bij kinderen*. Houten: Lannoo Campus; 2012.
- Lindauer RJL. Trauma-, stress- en dissociatieve stoornissen. In: Verhulst FC, Verheij F, Danckaerts M, red. *Kinder- en Jeugdpsychiatrie*. Assen: van Gorcum; 2014. p. 421-39.
- Meijel EPM van, Verlinden E, Diehle J, Lindauer RJL. Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA), Nederlandse vertaling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2013.
- Nader KO, Kriegler JA, Blake DD, Pynoos RS, Newman E, Weather FW. Clinician administered PTSD scale, child and adolescent version. *White River Junction: National Center for PTSD*; 1996.
- NICE. Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excellence (NICE website: <http://www.nice.org.uk/cg026> NICEguideline); 2005.
- Roos C de, Greenwald R, Hollander-Gijsman M den, Noorthoorn E, Buuren S van, Jong A de. A randomized comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children. *Eur J Psychotraumatology* 2011; 2: 5694.
- Verlinden E. Time does not heal all wounds. Identifying suffering from psychological trauma. [Proefschrift]. Amsterdam: UvA; 2014.
- Verlinden E, van Laar Y, van Meijel EPM, Opmeer B, Beer R, de Roos C, e.a. A parental tool to screen for child's posttraumatic stress: First psychometric results. *J Trauma Stress* 2014a; 27: 492-95.
- Verlinden E, van Meijel EPM, Opmeer BC, Beer R, de Roos C, Bicanic IAE, e.a. Characteristics of the Children's Revised Impact of Event Scale in a clinically referred Dutch sample. *J Trauma Stress* 2014b; 27: 338-44.

## SUMMARY

# Trauma in children and adolescents: screening, diagnoses and treatment

E. VERLINDEN, R.J.L. LINDAUER

**BACKGROUND** Young people often experience one or more traumatic events during their life. About 16% develops a post-traumatic stress disorder (PTSD). Whereas trauma treatments are effective, untreated PTSD has serious consequences for the psychosocial development. Adequate screening, correct diagnosis and treatment are very important.

**AIM** To investigate current screening techniques and diagnostic tools and to study the effects of treatment on traumatised children en adolescents.

**METHOD** In this article we discuss the results of several trauma studies that formed part of two recent successfully completed PhD programmes.

**RESULTS** The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-13) is a validated trauma screening tool. The Clinician-Administered PTSD Scale, Child and Adolescent Version (CAPS-CA) is a validated clinical trauma interview. Trauma focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) are the treatments of choice for children and adolescents with PTSD.

**CONCLUSION** The CRIES-13 is suitable for use in general care, whereas the CAPS-CA is more suitable for specialist care. TF-CBT and EMDR are the treatment of choice for children and adolescents with PTSD.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)12, 912-916

**KEY WORDS** assessment, psychological trauma, treatment