

The background is a solid light green. Overlaid on this are three large, white, stylized letters: a 'K' at the top left, a 'T' at the bottom left, and a solid black circle to the right of the 'K'.

**Marieke de
Keizer-Altink,
Nina Albisser,
Myrna Westerveld
& Ramón Lindauer
(redactie)**

**Korte intensieve
traumabehandeling
voor jongeren
met PTSS**

Boom

KIT

KIT

Korte intensieve traumabehandeling voor jongeren met PTSS

Marieke de Keizer-Altink, Nina Albisser,
Myrna Westerveld & Ramón Lindauer

Boom

© M. de Keizer-Altink, N. Albisser, M. Westerveld & R. Lindauer, p/a Boom, 2026

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machinelearning is nadrukkelijk voorbehouden. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j° Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher. No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden. De casuïstiek in dit boek is fictief en mogelijke herkenning berust op louter toeval.

Omslag: Annabel Keijzer
Binnenwerk: Steven Boland

ISBN 978 90 2442 145 9
ISBN 300 90 1001 907 8 (online only)
NUR 777

www.boom.nl

Inhoud

Voorwoord	9
Inleiding	11
1 Korte intensieve traumabehandeling (KIT)	15
<i>Myrna Westerveld, Nina Albisser en Marieke de Keizer-Altink</i>	
1.1 Theoretische onderbouwing van KIT	15
1.2 Doelgroep, indicatiestelling en exclusiecriteria	16
1.3 Diagnostiek	18
2 De behandelmodule van de KIT	21
<i>Marieke de Keizer-Altink en Nina Albisser</i>	
2.1 De behandelmodule in het algemeen	21
2.2 Therapeutenrotatie	23
2.3 Het betrekken van de primaire verzorgers	24
3 Het KIT-team	25
<i>Marieke de Keizer-Altink en Nina Albisser</i>	
3.1 Het formeren van een vast team en een jaarcyclus	25
3.2 Het samenstellen van een KIT-team	26
3.3 Training, supervisie en attitude	27

4	Voorbereiding en uitvoering van de KIT	31
	<i>Marieke de Keizer-Altink en Nina Albisser</i>	
4.1	Aanmelding en telefonisch contact met de verwijzer	32
4.2	Het oriënterend gesprek	33
4.3	Casusconceptualisatie	36
4.4	Het voorbereidend gesprek	43
4.5	‘Klaar voor de start’	43
4.6	Start en einde van de dag	44
4.7	Het multidisciplinair overleg (MDO)	44
4.8	Evaluatiegesprek en overdracht	45
4.9	Praktische zaken: administratie en planning	46
	Casusbeschrijvingen	49
5	TF-CBT	53
	<i>Marlies van Dijk en Rosanne op den Kelder</i>	
5.1	Wat is TF-CBT?	53
5.2	TF-CBT in de KIT	55
5.3	Traumaverhaal in de KIT	57
5.4	De combinatiesessies in de KIT	61
5.5	Aandachtspunten TF-CBT tijdens de KIT-week	67
5.6	Samenvatting	68
6	EMDR	69
	<i>Sander de Vries en Carlijn de Roos</i>	
6.1	Doel van de behandeling en korte uitleg over de behandelvorm	69
6.2	Voorbereiding op EMDR binnen de KIT	71
6.3	EMDR: werkwijze en aanpassingen binnen de KIT	75
6.4	Problemen oplossen bij stagnatie tijdens EMDR	77
6.5	Samenvatting	83
7	Psychomotorische therapie (PMT)	85
	<i>Caroline Houben en Willem Karsten</i>	
7.1	Wat is psychomotorische therapie en wat is het doel?	85
7.2	Voorwaarden voor de start van een PMT-behandeling in de KIT	88
7.3	Werkwijze en aanpassingen in de KIT-week	88
7.4	Bijeenkomsten per dag	89
7.5	Problemen oplossen	96
7.6	Samenvatting	97

8	Systeembehandeling	99
	<i>Karine Versluis</i>	
8.1	Doelen en werkwijze van de systeembehandeling	99
8.2	Voorwaarden voor de behandeling	101
8.3	Werkwijze in de KIT-week	104
8.4	Samenvatting	115
9	Onderzoek naar de effectiviteit van de KIT	117
	<i>Myrna Westerveld en Nina Albisser</i>	
9.1	Onderzoek naar de KIT	117
9.2	Pilotonderzoek: eerste resultaten	118
9.3	Multicenter RCT: werkzaamheid van de KIT	122
9.4	Samenvatting	123
	Bijlagen	125
Bijlage 1	Checklist indicatiestelling	127
Bijlage 2	Functieomschrijving en eisen KIT-team	129
Bijlage 3	Rapportageformats	133
3a	Rapportageformat EMDR	134
3b	Rapportageformat TF-CBT	137
3c	Rapportageformat systeembehandeling	139
3d	Rapportageformat PMT	141
Bijlage 4	Aanmeldingsformulier	143
Bijlage 5	Het oriënterend gesprek	147
5a	Het oriënterend gesprek met de jongere	148
5b	De ouderintake	151
Bijlage 6	Signaleringsplan	153
Bijlage 7	Casusconceptualisatie	157
7a	Invulsjabloon casusconceptualisatie (leeg)	158
7b	Voorbeeld ingevulde casusconceptualisatie (casus Eveline)	165
Bijlage 8	Voorbeeld eindbrief	173
Bijlage 9	Therapieondersteunende materialen	179
Bijlage 10	Hulpmiddelen en materialen voor systeembehandeling	181
	Literatuur	183
	Dankwoord	195
	Over de auteurs	197

Voorwoord

Een klinische vraag die mij al jarenlang bezighoudt, is hoe we kinderen en jongeren die chronisch zijn blootgesteld aan traumatische gebeurtenissen en daardoor klachten ontwikkelen het beste kunnen helpen. Daarbij speelt ook de vraag hoe we (pleeg- of adoptie)ouders en andere belangrijke volwassenen in het leven van het kind of de jongere optimaal bij de behandeling kunnen betrekken. Reguliere evidencebased traumabehandelingen blijken niet altijd effectief en gaan soms gepaard met uitval. Dit onderstreept de noodzaak van innovatieve interventies en wetenschappelijk onderzoek.

Tot twee derde van de kinderen en jongeren maakt vóór het achttiende levensjaar één of meer ingrijpende gebeurtenissen mee. Ongeveer 20 procent ontwikkelt een posttraumatische stressstoornis (PTSS), vaak in combinatie met angst-, stemmings- of gedragsproblemen. Kinderen en jongeren die worden aangemeld voor diagnostiek en behandeling binnen de jeugd-ggz hebben bovendien regelmatig een complexe traumavoorgeschiedenis en ernstige PTSS-klachten.

In nationale en internationale richtlijnen voor de behandeling van PTSS bij kinderen en jongeren zijn traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CBT) en *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) opgenomen als evidencebased behandelingen. Helaas reageert een deel van de kinderen en jongeren niet op deze behandelvormen, starten zij niet met de behandeling of vallen zij gedurende het traject uit. Verklaringen hiervoor zijn ernstige vermijdingsklachten, waardoor exposure aan de traumatische herinnering niet lukt, of dissociatieve klachten die de behandeling belemmeren. Daarnaast kunnen ouders zelf getraumatiseerd zijn, waardoor zij hun kind

onvoldoende kunnen ondersteunen of terughoudend zijn om traumatische ervaringen te bespreken, bijvoorbeeld uit angst voor een uithuisplaatsing.

Reguliere traumabehandeling bestaat vaak uit wekelijkse sessies, waarbij een behandeltraject zes maanden of langer kan duren. Binnen de volwas-senenzorg was al ervaring opgedaan met intensieve traumabehandeling, waarvan inmiddels is aangetoond dat deze effectief en veilig kan worden toegepast. Ook bij jongeren met PTSS liet een pilotstudie veelbelovende resultaten zien. Een intensieve behandelvorm kan helpen om vermijding te doorbreken en het verwerkingsproces op gang te brengen.

Met een team van therapeuten en onderzoekers van Levvel en Amsterdam UMC is de korte intensieve traumabehandeling (KIT) ontwikkeld. Deze intensieve behandelvorm is specifiek afgestemd op jongeren waarbij ook (pleeg- en adoptie)ouders actief bij de behandeling worden betrokken. De KIT is onderzocht in een pilotstudie, waarin positieve effecten werden gevonden. Daarnaast bevindt een grootschalige gecontroleerde studie – de grootste studie naar deze behandelvorm tot nu toe – zich in een afrondende fase.

Deze handleiding biedt uitgebreide handvatten en praktische informatie voor het opzetten van een KIT-week. Daarbij is niet alleen aandacht voor de therapeutische interventies, maar ook voor de randvoorwaarden die nodig zijn voor een zorgvuldige implementatie.

Hopelijk draagt dit boek bij aan het verbeteren van de zorg voor kinderen en jongeren met chronische traumaklachten, bij wie reguliere traumabehandeling onvoldoende effect heeft.

Prof.dr. Ramón Lindauer
September 2026

Inleiding

Een ruime meerderheid van de jongeren in de algemene bevolking maakt voor het achttiende levensjaar een of meer ingrijpende gebeurtenissen mee.¹ Bij gemiddeld 12 procent van deze jongeren leidt dit tot een posttraumatische stressstoornis (PTSS).² PTSS bestaat uit vier symptoomclusters: herbelevingen, vermijding, veranderingen in emoties en cognities, en verhoogde prikkelbaarheid. De klachten leiden tot ernstige problemen in het dagelijks leven, zoals schooluitval en sociale isolatie. Bij 60 procent is er naast PTSS ook sprake van andere psychische problemen (comorbiditeit), zoals angst- en stemmingsklachten of gedragsproblemen.³ Daarnaast wordt bij PTSS vaak zelfbeschadigend gedrag of suïcidaliteit gezien.⁴

Het is belangrijk dat PTSS en de comorbide problemen worden behandeld, omdat spontaan herstel nauwelijks te verwachten valt. Voor de behandeling van PTSS zijn er meerdere evidencebased therapieën beschikbaar, zoals traumagerichte cognitieve gedragstherapie (*Trauma Focused Cognitive Behavioural Therapy*, ofwel TF-CBT) en *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR). Deze therapievormen hebben doorgaans een behandelfrequentie van één sessie per week en een behandelduur van gemiddeld vier tot zes maanden. Jongeren met complexe PTSS hebben vaak te maken met een langere behandelduur (bij complexe PTSS zijn er klachten die samenhangen met herhaalde, langdurige en vaak interpersoonlijke, schokkende gebeurtenissen, en is er sprake van comorbide psychische klachten).⁵ Bovendien is vermijdingsgedrag kenmerkend voor PTSS, waardoor jongeren geen exposure aan de traumatische herinneringen willen aangaan en niet starten met de behandeling of uitvallen. De uitval in PTSS-behandelingen

is dan ook fors; 10-30 procent stopt voortijdig met de behandeling.⁶⁻¹⁰ Dit is zorgelijk; onbehandelde PTSS hangt namelijk samen met de ontwikkeling van chronische psychopathologie in de volwassenheid en een beperkt toekomstperspectief (zoals schooluitval, lagere sociaaleconomische status en sociale isolatie).¹¹

Er is dus een kwetsbare groep van complex getraumatiseerde jongeren die onvoldoende profiteren van reguliere traumabehandeling. Het is daarom van groot belang om behandeling van (complexe) PTSS bij jongeren te optimaliseren. Wat daarbij helpt is de behandeling binnen een compact tijdsframe aan te bieden, zodat er sneller resultaat behaald wordt. Dit is niet alleen gunstig voor de inzet van professionele middelen (tijd), maar biedt de jongeren ook eerder hoop en uitzicht op verbetering. Daardoor zal de drop-out verminderen.

In de herziene richtlijn voor PTSS is dit terug te zien.¹² Daarin is het inzetten van een intensieve vorm van traumabehandeling opgenomen, waarmee wordt beoogd het behandel-effect te vergroten door een snellere klachtenafname en minder drop-out. Onderzoeken in de volwassenen-ggz tonen aan dat intensieve traumabehandeling inderdaad deze effecten heeft.¹³⁻¹⁸ Intensief behandelen leidt bovendien niet tot meer incidenten (denk aan suïcidepogingen of crisisopname).^{19, 20} Intensieve en wekelijkse traumatherapie bleken even kosteneffectief.²¹

Ook in het jeugdveld zijn intensieve programma's volop in ontwikkeling. De onderzoeken hiernaar zijn echter kleinschalig, waardoor er nog weinig bekend is over het effect en beloop van dergelijke behandelingen. Ook ontbreekt (nog) consensus over interventiekeuze, tijdsduur en frequentie van deze modules (variërend van een tot vier weken). Een herhaalde casestudie ($n = 10$) naar intensieve, langdurige exposuretherapie bij adolescenten met PTSS lijkt veelbelovend. Naast positieve resultaten voor PTSS werd geen uitval gemeld en namen suïcidaliteit en automutilatie niet toe.²² Deze studie geeft aanwijzingen dat intensieve traumabehandeling haalbaar en veilig kan zijn voor deze doelgroep.

Er zijn in Nederland meerdere intensieve traumabehandelingen (ITB) voor jongeren in ontwikkeling, waarnaar ook onderzoek wordt gedaan.²³⁻²⁹ Tabel 1 toont een overzicht van deze programma's, overgenomen uit Westerveld en collega's.³⁰

Binnen het TOPGGZ-centrum Trauma en Gezin van Levvel is een korte intensieve traumabehandeling (KIT) voor jongeren met (complexe) PTSS ontwikkeld, die als doel heeft de behandeling te optimaliseren, PTSS-klachten te verminderen, stagnatie in het behandelproces te doorbreken (onder andere door vermijding op te heffen en uitval te voorkomen), het steunsysteem en de ouder-kindinteractie te versterken en het gezinssysteem te ondersteu-

nen.^{31, 32} Deze KIT voor jongeren met PTSS staat centraal in de rest van dit boek. In dit boek wordt in hoofdstuk 1 ingegaan op de onderbouwing van de KIT en op de vraag voor wie deze behandeling passend is. In hoofdstuk 2 komen de verschillende behandelmodules aan bod. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 besproken wat nodig is voor het vormen van een KIT-team en wordt in hoofdstuk 4 de voorbereiding en praktische uitvoering van de KIT beschreven. Daarna worden in hoofdstuk 5 t/m 8 de afzonderlijke behandelonderdelen (TF-CBT, EMDR, psychomotorische therapie (PMT) en systeembehandeling) toegelicht. Tot slot wordt in hoofdstuk 9 het onderzoek naar de KIT besproken.

Tabel 1 Overzicht ITB-programma's bij jeugdigen in Nederland³³

Naam	Behandelsetting (poliklinisch/klinisch)	Totale behandel-duur (weken)	Aantal behandel-dagen trauma-therapie	Aantal trauma-therapie-sessies	Interventies (type en duur per sessie, minuten)	Aantal trauma-therapeuten	Vorm van ouderbetrokkenheid
KIT ^{34, 35}	poliklinisch	1 week	5 dagen	10 sessies	• TF-CBT: 90 min. • PMT: 60 min. • EMDR: 90 min. • PMT: 45 min. • SB: 90 min.	4 tot 7 therapeuten per jeugdige	Dagelijks SB (trauma-sensitief opvoeden) Aanwezig bij het delen van het traumaverhaal
FITT ³⁶	poliklinisch	4 weken	6 dagen	12 sessies	• PE: 90 min. • PMT: 60 min. • EMDR: 90 min. • OB: 90 min.	-	Dagelijks OB (trauma-sensitief opvoeden) Aanwezig bij het delen van het traumaverhaal 2 gezinssessies (vergrooten veiligheid binnen gezin)
ITB Jeugd ³⁷	poliklinisch	1 week	5 dagen (exclusief 1 tot 3 boostersessies)	15 sessies (plus 3 booster-sessies)	• IE: 90 min. • Exposure: 90 min. • Exposure-in-vivo: 90 min.	4 tot 5 therapeuten per jeugdige	Dagelijkse sessie met P-E Aanwezig bij delen van het traumaverhaal
ZIT ³⁸	klinisch (jeugdigen verbleven doordeweeks in behandelcentrum; in het weekend in eigen woonomgeving)	1 tot 2 weken (afhankelijk van de voortgang)	4 tot 8 dagen	Gemiddeld 16,8 sessies	• PE: 60 min. • Fysieke activiteit: 45 min. • EMDR: 60 min. • Fysieke activiteit: 45 min.	Gemiddeld 10 therapeuten per jeugdige	Aanwezig tijdens opname (verplicht <12 jaar; optioneel ≥12 jaar) Dagelijkse belafspraken met behandelaar (optioneel) Exitmeeting (evaluatie-behandeling)
ITB ³⁹	poliklinisch	2 weken	6 dagen	12 sessies	• IE: 90 min. • EMDR: 90 min. • Fysieke activiteit: 60 min.	3 tot 5 therapeuten per jeugdige	Dagelijkse netwerkoeverdracht (15 min.) 1 tot 2 bijeenkomsten per week (P-E en ondersteuning) Op indicatie: aanwezig bij het delen van het traumaverhaal
ITB herhaling ⁴⁰	poliklinisch of klinisch (keuze van de jeugdige)	4 weken	6 dagen	12 sessies	• P-E: 30-45 min. • Exposure: 90 min. (later 75 min.) • EMDR: 90 min. (later 60 min.) • Vaktherapie (PMT, muziektherapie en beeldende therapie): 30-45 min. (later 120 min.)	3 tot 4 therapeuten per jeugdige (aan het begin van de studie) en 6 tot 8 therapeuten per jeugdige (later in de studie)	Systeemgesprek Tussentijds telefonisch contact Aanwezig bij het delen van het traumaverhaal
ITB voor ADO ⁴¹	klinisch (jeugdigen verbleven doordeweeks in behandelcentrum; in het weekend in eigen woonomgeving)	Gemiddeld 2,6 weken	Gemiddeld 13 dagen (afhankelijk van afname SUD en PTSS-klachten)	Gemiddeld 26 sessies	• PE: 60 min. • Fysieke activiteit: 60 min. • EMDR: 60 min. • Fysieke activiteit: 60 min.	5 tot 7 therapeuten per jeugdige	Belafspraken met behandelaren (meerdere keren per week) Exitmeeting (evaluatie-behandeling)

ADO = adolescenten; EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing; FITT = Family-based Intensive Trauma Treatment; IE = imaginaire exposure; ITB = intensieve traumabehandeling; KIT = korte intensieve traumabehandeling; OB = ouderbegeleiding; PE = Prolonged Exposure; P-E = psycho-educatie; PMT = psychomotorische therapie; SB = systeembehandeling; SUD = Subjective Units of Disturbance; TF-CBT = traumagerichte cognitieve gedragstherapie; ZIT = zeer intensieve traumabehandeling.

1

Korte intensieve traumabehandeling (KIT)

Myrna Westerveld, Nina Albisser en Marieke de Keizer-Altink

In dit hoofdstuk worden de theoretische onderbouwing van de KIT beschreven, evenals de doelgroep, de indicatiestelling en de gehanteerde diagnostiek.

1.1 Theoretische onderbouwing van KIT

De KIT bestaat uit een behandelaanbod van vijf opeenvolgende dagen waarin jongeren dagelijks *Trauma Focused Cognitive Behavioural Therapy* (TF-CBT) en *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) ontvangen (beide 90 minuten). Deze keuze sluit aan bij de richtlijnen voor traumabehandeling voor adolescenten van het National Institute for Health and Care Excellence.¹ Onderzoek laat zien dat het aanbieden van exposure via TF-CBT gevolgd door EMDR de behandel-effecten kan versterken.² Vooraf aan de KIT stellen de verwijzer en het KIT-team een casusconceptualisatie op, dit is een overzicht waarin onder andere de traumatische gebeurtenissen worden beschreven. Voor elke dag wordt één spanningsvolle herinnering geselecteerd, beginnend met de meest beladen gebeurtenis. De casusconceptualisatie is een belangrijk onderdeel omdat heldere verwachtingen en haalbare doelen essentieel zijn voor het slagen van de behandeling.³

Omdat fysieke activiteit ook bijdraagt aan vermindering van PTSS-klachten,⁴ start en eindigt elke dag met psychomotorische therapie (PMT). Voor de KIT is gekozen voor PMT, maar lichaamsgerichte interventies, zoals mindfulness, yoga, beweging of ontspanningsoefeningen kunnen eveneens wor-

den ingezet. Ook andere vaktherapieën, zoals beeldende en muziektherapie, worden in sommige centra toegepast.⁵ Hoewel het wetenschappelijk bewijs voor veel vaktherapeutische en lichaamsgerichte interventies nog beperkt is,⁶ laten praktijkonderzoeken^{7, 8} en onze eigen ervaring zien dat jongeren een non-verbale, lichaamsgerichte benadering als zeer helpend ervaren. De PTSS-richtlijn adviseert eveneens om vaktherapeutische interventies en lichaamsgerichte interventies aan te bieden als onderdeel van traumabehandeling.⁹ De PMT wordt tijdens de KIT-week in groepsverband aangeboden, de traumabehandelingen zijn individueel.

Ouders* spelen een belangrijke rol in de traumabehandeling bij jongeren. Het actief betrekken van ouders verkleint de kans op uitval en vergroot de behandel effecten.^{10, 11} Daarom vinden tijdens de KIT-week dagelijkse systeembehandelingsgesprekken plaats, gericht op psycho-educatie en trauma-sensitief opvoeden (een behandeling waarin ouders leren hoe zij kunnen reageren op traumagerelateerd gedrag). Tijdens deze momenten worden ouders ook voorbereid op het delen van het traumaverhaal op de laatste dag, waarin de jongere (delen van) het tijdens TF-CBT geschreven verhaal deelt. Het delen van het traumaverhaal is een belangrijk onderdeel van TF-CBT en levert een essentiële bijdrage aan effectieve traumabehandeling.^{12, 13}

1.2 Doelgroep, indicatiestelling en exclusiecriteria

1.2.1 Doelgroep

De jongeren die deelnamen aan het pilotonderzoek naar de KIT geven een passend beeld van de doelgroep. Aan dit pilotonderzoek namen jongeren van 15 tot 21 jaar oud deel (gemiddeld 18,6 jaar). Meer dan de helft woonde niet meer thuis, maar bijvoorbeeld beschermd of in pleegzorg. Alle jongeren hadden een PTSS-diagnose en meer dan de helft had drie of meer comorbide stoornissen, vooral depressie en persoonlijkheidsproblematiek. Gemiddeld hadden zij 11,5 *adverse childhood experiences* (ACE's) meegemaakt.** De problematiek was hardnekkig: meer dan 65 procent was al langer dan twee jaar in zorg en meer dan de helft had een tot twee jaar traumabehandeling gevolgd zonder of met onvoldoende effect.¹⁴ De KIT richt zich dus op jongeren met ernstige, complexe en langdurige traumagerelateerde klachten.

* Met ouders bedoelen wij alle primaire verzorgers van de jongere.

** ACE's zijn belastende jeugdervaringen zoals het meemaken van huiselijk of seksueel geweld, een ernstig auto-ongeluk en pesten.

1.2.2 Indicatiestelling

De KIT is bedoeld voor jongeren die onvoldoende profiteren van reguliere traumabehandeling en bij wie het behandelproces stagneert. Het inzetten van de KIT is gericht op het sneller verminderen van PTSS-klachten en het voorkomen van vermijding en uitval.

Voor deelname is het belangrijk dat:

- er sprake is van PTSS of partiële PTSS;
- de jongere gemotiveerd is voor intensieve behandeling;
- er een betrokken steunfiguur aanwezig is;
- het primaire zorgsysteem van de jongere veilig is.

Bij subklinische of partiële PTSS zijn er wel duidelijke traumagerelateerde klachten aanwezig, maar wordt niet aan alle DSM-criteria voldaan. Behandeling is passend als de klachten leiden tot lijdensdruk of beperkingen.

Het zorgvuldig in kaart brengen van traumatische gebeurtenissen en de actuele klachten is belangrijk. De *Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents DSM-5* (CAPS-CA-5) wordt hiervoor gebruikt. De CAPS-CA-5 brengt onder andere het A-criterium volgens de DSM-5 van PTSS in kaart, dat wil zeggen blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding en/of seksueel geweld. Tijdens de KIT-week ligt de focus van de behandeling met name op de A-criteriumgebeurtenissen, omdat juist deze gebeurtenissen doorgaans de PTSS-klachten veroorzaken en in stand houden. De jongere moet in staat zijn om hierover te spreken.

Motivatatie is een essentieel onderdeel voor het volledig afronden van de behandeling en wordt vooraf uitgebreid besproken. Jongeren geven vaak aan dat zij hun traumaproblematiek sneller willen verwerken en verwachten dat intensivering daarbij helpt.

Eén steunfiguur (zoals een ouder, pleegouder, woonbegeleider, mentor) moet gedurende de week beschikbaar en gemotiveerd zijn. Deze persoon moet de ernst van de gebeurtenissen voor de jongere erkennen of daartoe in de KIT-week worden begeleid. Een voorwaarde voor het inzetten van de KIT is dat er geen acuut fysiek of emotioneel gevaar is en dat de traumatisering niet voortduurt.

1.2.3 Exclusiecriteria

De KIT is niet geschikt voor jongeren met: (1) een IQ lager dan 70, (2) ernstige suïcidaliteit en (3) schizo-affectieve problematiek.

Een uitgebreide checklist is opgenomen in bijlage 1.

1.3 Diagnostiek

Zorgvuldige diagnostiek is essentieel voor effectieve behandeling en een passende behandelplanning. Binnen de KIT richt diagnostiek zich op:

- het in kaart brengen van traumatische gebeurtenissen;
- het vaststellen van de ernst van PTSS-symptomen;
- het identificeren van comorbide klachten.

Hierna volgt een overzicht van aanbevolen instrumenten, gebaseerd op het protocol voor classificatie, screening en diagnostiek van PTSS en trauma-gerelateerde en dissociatieve stoornissen.¹⁵

1.3.1 Stappenplan diagnostiek KIT

Diagnostiek vindt plaats minimaal twee weken voor de KIT-week en drie maanden erna. In tabel 1.1 staat een overzicht van te gebruiken diagnostische middelen. De kerninstrumenten zijn de CAPS-CA-5 en de Kind en Jeugd Trauma Screener (KJTS). De KJTS wordt door zowel de jongere als de ouders ingevuld. Optioneel kunnen PROMIS-lijsten (depressie, angst en boosheid van het *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System*), de *Risk-behavior and Safety Questionnaire* (deze meet risicovol gedrag) en de *EuroQol Five Dimensions Health Questionnaire Youth* (EQ-5D-Y) worden afgenomen. Bij de ouders worden de PTSS-checklist volgens de DSM-5 (PCL-5) en eventueel de Life Events Checklist voor de DSM-5 (LEC-5) afgenomen. Door PTSS-klachten bij ouders in kaart te brengen, kan vooraf worden ingeschat welke thema's voor hen als triggers kunnen werken, zodat hier tijdens de systeembehandeling extra aandacht aan kan worden besteed en het delen van het traumaverhaal kan worden afgestemd. Daarnaast kunnen opvoedbelasting (Opvoedingsbelasting Vragenlijst; OBVL) en reflectief functioneren (*Parental Reflective Functioning Questionnaire*; PRFQ) worden gemeten ter ondersteuning van de systeembehandeling.

Om het verloop van de klachten tijdens de KIT goed te volgen worden tijdens de week dagelijks de KJTS, *Child Outcome Rating Scale* (ORS) en *Child Session Rating Scale* (SRS) afgenomen. De resultaten worden dagelijks besproken in het multidisciplinair overleg (MDO) tijdens de KIT-week en gebruikt om de behandeling waar nodig bij te sturen. Aan het einde van de week wordt het verloop van de klachten ook met de jongere besproken; jongeren ervaren deze terugkoppeling vaak als prettig en motiverend omdat zij de klachtendaling niet altijd direct zelf opmerken.

Tabel 1.1 Overzicht procedure KIT-diagnostiek

	Voormeting (~ 4 weken)	KIT-week	Nameting (+ 3 maanden)
Jongere	CAPS-CA-5 KJTS	Dagelijks: KJTS, ORS, SRS	CAPS-CA-5 KJTS
<i>Optioneel</i>	<i>PROMIS Risk-behavior and Safety Questionnaire EQ-5D-Y</i>		<i>PROMIS Risk-behavior and Safety Questionnaire EQ-5D-Y</i>
Ouders	KJTS		KJTS
	PCL-5		PCL-5
	OBVL		OBVL
<i>Optioneel</i>	<i>LEC-5 PRFQ</i>		<i>LEC-5 PRFQ</i>

CAPS-CA-5 = Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (DSM-5); EQ-5D-Y = EuroQol Five Dimensions Health Questionnaire Youth; KJTS = Kind en Jeugd Trauma Screener; LEC-5 = Life Events Checklist for DSM-5; OBVL = Opvoedingsbelasting Vragenlijst; ORS = Outcome Rating Scale; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5; PRFQ = Parental Reflective Functioning Questionnaire; PROMIS = Patient-Reported Outcomes Measurement Information System; SRS = Session Rating Scale

1.3.2 Diagnostiek van trauma bij het kind

Kerninstrumenten PTSS

- *Kind en Jeugd Trauma Screener (KJTS)*.¹⁶ Zelfrapportagevragenlijst (7-18 jaar) voor PTSS-klachten conform de DSM-5. Meet totale PTSS-ernst en scores per domein (intrusies, vermijding, hyperarousal, negatieve cognities en stemming).¹⁷ Bevat tevens een lijst met mogelijke ingrijpende gebeurtenissen. Er is ook een ouderversie beschikbaar. Afname van beide versies geeft een volledig beeld van de aanwezigheid van klachten. Afname: 10-15 minuten.
- *The Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA-5)*.¹⁸ Semigestructureerd interview (8-18 jaar) voor het vaststellen van PTSS en ACE's. Geeft ernstscores per domein. Afname: 45-60 minuten, langer bij meerdere gebeurtenissen.
- *Child Outcome Rating Scale (ORS)*¹⁹ en *Child Session Rating Scale (SRS)*.²⁰ Korte vragenlijsten (schaal 0-10) voor welzijn (ORS) en behandelervaring (SRS). Dagelijkse afname maakt tijdige bijsturing mogelijk. Afname: ongeveer 5 minuten per lijst.

Optionele vragenlijsten comorbide klachten en kwaliteit van leven

- *Risk-behavior and Safety Questionnaire*.²¹ Zelfrapportagevragenlijst (12-18 jaar) die suïcidegedachten, automutilatie, agressie en middelengebruik, alsmede crisisopnamen en verhoging van medicatie in de afgelopen week meet. Door deze vragenlijst vooraf en

na afloop van de intensieve behandeling af te nemen kan risicovol-gedrag gemonitord worden. Afname: 10-15 minuten.

- *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System* (PROMIS)²² (depressie, angst en boosheid).²³ Korte zelfrapportages (8-17 jaar) voor dagelijkse monitoring van depressie, angst en boosheid. Afname: ongeveer 5 minuten per lijst.
- *De EuroQol Five Dimensions Health Questionnaire Youth* (EQ-5D-Y).²⁴ Zelfrapportagevragenlijst (8-15 jaar) die gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven meet. Afname: 1-5 minuten.

1.3.3 Screenen op ingrijpende gebeurtenissen en traumaklachten bij de ouder

Traumaklachten ouders

- *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5).²⁵ Zelfrapportagevragenlijst voor PTSS-klachten conform de DSM-5. De PCL-5 geeft een totaalscore van de gerapporteerde klachten en daarnaast een ernstscore per PTSS-klachtdomein. Afname: 5-10 minuten.
- *Life Events Checklist for DSM-5* (LEC-5).²⁶ Brengt ingrijpende levensgebeurtenissen in kaart. Afname: ongeveer 10 minuten.

Deze informatie helpt om potentiële traumaklachten bij ouders te herkennen, zodat hier in de systeembehandeling (en het advies voor vervolgbehandeling) rekening mee kan worden gehouden.

Opvoedbelasting

- *Opvoedingsbelasting Vragenlijst* (OBVL).²⁷ Zelfrapportagevragenlijst voor ervaren opvoedstress. Afname: ongeveer 10 minuten.

Reflectief functioneren (optioneel)

- *De Parental Reflective Functioning Questionnaire* (PRFQ).²⁸ Zelfrapportagevragenlijst die het vermogen van ouders meet om het perspectief van hun kind te begrijpen en hierop te reflecteren. Dit is belangrijk voor hechting en emotionele ontwikkeling van het kind. Afname: ongeveer 10 minuten.

Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) kan op jongeren een grote impact hebben: van herbelevingen en vermijding tot schooluitval en sociale isolatie. Herstel vraagt vaak om een langdurig behandeltraject, waarbij vermijding een belangrijke belemmerende factor kan zijn. Dit boek laat zien hoe de korte intensieve trauma-behandeling (KIT) binnen de reguliere zorg een gerichte versnelling kan bieden. Met een compact en doelgericht behandelprogramma helpt KIT jongeren om traumatische herinneringen actief te verwerken en weer perspectief te ervaren op herstel.

Centraal staat een behandelweek van vijf dagen waarin evidencebased methoden zoals TF-CBT en EMDR worden gecombineerd met psychomotorische therapie en systeembehandeling. Deze intensieve aanpak doorbreekt vermijding en verkleint de kans op uitval. Jongeren werken dagelijks gericht aan hun traumatische herinneringen, ondersteund door een multidisciplinair team en hun eigen netwerk.

De KIT is ontwikkeld voor jongeren met complexe traumaklachten bij wie eerdere behandelingen onvoldoende effect hadden. Dit boek combineert wetenschappelijke onderbouwing met concrete handvatten voor de praktijk, van diagnostiek en behandelopzet tot teamorganisatie en casuïstiek, en biedt professionals een compleet en direct toepasbaar kader.

Marieke de Keizer-Altink is klinisch psycholoog en psychotherapeut bij Levvel en medeontwikkelaar van de KIT.

Nina Albisser is klinisch psycholoog en psychotherapeut en medeontwikkelaar van de KIT.

Myrna Westerveld is kind- en jeugdpsycholoog en doet promotieonderzoek naar de behandel effecten van de KIT.

Ramón Lindauer is hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie bij Amsterdam UMC en mede-initiatiefnemer van de KIT.

WWW.BOOM.NL



9 789024 421459