



Psychologische interventies bij kinderen en jongeren met posttraumatische stressstoornis (PTSS)

Referentie

Hoppen TH, Wessargues L, Jehn M, et al. Psychological interventions for pediatric posttraumatic stress disorder. JAMA Psychiatry 2024;82:130-41.
DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2024.3908

Duiding

Pauline Stas, klinisch psycholoog,
wetenschappelijk medewerker Vlaams
Expertisecentrum Suïcidepreventie.
Geen belangenvermenging met het onderwerp

Klinische vraag

Zijn psychologische interventies werkzaam voor het verminderen van klachten van posttraumatische stressstoornis (PTSS) bij kinderen en adolescenten met een (sub)klinische pediatrie posttraumatische stressstoornis, zowel in vergelijking met actieve als met passieve controlegroepen?

Achtergrond

Ongeveer 20% van de kinderen en jongeren ontwikkelt na een ingrijpende gebeurtenis zoals geweld, verlies of misbruik een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (1-5). Net als bij volwassenen, wordt PTSS bij kinderen en jongeren gekenmerkt door vermijding van trauma-gerelateerde stimuli, hyperarousal (verhoogde fysiologische waakzaamheid en prikkelbaarheid), veranderingen in emoties en cognities en herbelevingen van het trauma (6). Traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) is een mogelijke behandeling bij pediatrie PTSS (7-13). De laatste jaren is er echter steeds meer onderzoek naar niet-traumagerichte behandelingen en andere behandelingen zoals Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*. Eerdere netwerkmeta-analyses over psychologische interventies bij pediatrie PTSS toonden voornamelijk de werkzaamheid van (trauma-gerichte) CGT aan (14-16) en beperkten zich tot PTSS na seksueel misbruik (14). Ze boden alleen bewijs voor een effect op een relatief korte follow-upperiode (14,15) en voerden geen sensitiviteitsanalyses uit met betrekking tot leeftijd van deelnemers of formaat van de behandeling (zoals individueel of met betrekken van naasten) (14-16).

* EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) is een psychotherapeutische behandelmethodes voor de verwerking van traumatische herinneringen. Tijdens deze therapie wordt de cliënt gevraagd aan de ingrijpende gebeurtenis te denken terwijl hij, zij, die afleidende oogbewegingen maakt of andere bilaterale stimulatie ondergaat.

Samenvatting

Methodologie

Systematische review en netwerkmeta-analyse (17).

Geraadpleegde bronnen

- geïnccludeerde studies uit een vorige vergelijkbare review van dezelfde auteurs (zoektocht tot 21 april 2022)
- PsycINFO, MEDLINE, Web of Science en PTSDpubs van 21 april 2022 tot 2 januari 2024
- 74 gerelateerde recent gepubliceerde reviews
- referentielijsten van geïnccludeerde studies.

Geselecteerde studies

- inclusiecriteria: RCT's met minstens 10 deelnemers per arm die het effect van een psychologische interventie voor pediatrische PTSS onderzochten bij kinderen en adolescenten (gemiddelde leeftijd <19 jaar) met klinische of subklinische PTSS
- geen exclusie op basis van taal of publicatievorm
- uiteindelijke inclusie van 70 RCT's die het effect onderzochten van vier types psychologische interventies: traumagerichte CGT (N=52), niet-traumagerichte interventies (N=7), multidisciplinaire interventies (die technieken van minstens twee andere interventietypes combineren, zoals familietherapie, trauma en affectregulatie, mind-bodyvaardigheden groepstraining; N=9) en EMDR (N=10); er waren te weinig studies om een vijfde type (andere traumagerichte interventies, N=4) mee te nemen in de netwerkmeta-analyse
- de interventies bestonden gemiddeld uit 10 sessies (SD 5) met een gemiddelde totale behandeluur van 11 uur (SD 6,5); in 41 studies (59%) werden de interventies individueel toegepast, terwijl in 29 studies (41%) ouders of andere verzorgers mee betrokken waren; de interventies werden vergeleken met actieve (gebruikelijke zorg/behandeling, schrijven, psycho-educatie, ondersteunende counseling; N=28) of passieve (wachtlust; N=29) controlegroepen op korte, middellange (tot 5 maanden) of lange (meer dan 5 maanden) termijn; 41 studies (59%) vonden plaats in hoge-inkomenslanden, waarvan 2 bij vluchtelingen van lage-inkomenslanden.

Bestudeerde populatie

- 5 528 deelnemers (23 tot 257 per studie), waarvan 60% vrouwelijk, met een gemiddelde leeftijd van 12,21 jaar (SD 3,08); 90% van de deelnemers voldeed bij aanvang aan de diagnostische criteria voor PTSS; 31 studies includeerden deelnemers die verschillende soorten trauma doormaakten, terwijl andere studies uitsluitend deelnemers met trauma na seksueel misbruik (N=10) of overlijden van een ouder (N=6) includeerden.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: gestandaardiseerd gemiddeld verschil (uitgedrukt in Hedges' g) in ernst van PTSS (bij voorkeur gemeten met gevalideerde klinische interviews, maar ook met zelfrapportage-instrumenten) tussen de verschillende onderzochte behandelingen enerzijds en passieve en actieve controlegroepen anderzijds, op korte (meteen na behandeling), middellange (tot 5 maand na behandeling) en lange (>5 maand na behandeling) termijn.
- random effect netwerkmeta-analyse
- gebruik van intention-to-treatgegevens waar mogelijk
- **SUCRA**
- sensitiviteitsanalyses op basis van kwaliteit van de studies, individuele therapie, betrekken van ouder of verzorger, leeftijd van deelnemers (jonger of ouder dan 12 jaar).

Resultaten

- op korte termijn: zag men voor alle onderzochte psychologische interventies (traumagerichte CGT, EMDR, multidisciplinaire en niet-traumagerichte interventies) een statistisch significante daling van PTSS-klachten ten opzichte van passieve controlegroepen; alleen traumagerichte CGT, multidisciplinaire en niet-traumagerichte interventies waren superieur aan actieve controlegroepen (*zie tabel*)
- op middellange termijn: bleef men voor traumagerichte CGT en EMDR een statistisch significante daling van PTSS-klachten zien ten opzichte van actieve en passieve controlegroepen; multidisciplinaire behandelingen waren alleen werkzaam ten opzichte van passieve controlegroepen (*zie tabel*)
- op lange termijn: zag men voor traumagerichte CGT en niet-traumagerichte interventies een significante daling van PTSS-klachten ten opzichte van actieve en passieve controlegroepen; EMDR en multidisciplinaire interventies zijn onvoldoende onderzocht op lange termijn (*zie tabel*)

- er was aanzienlijke statistische heterogeniteit voor alle analyses ($I^2 > 66\%$)
- op basis van SUCRA scoorde traumagerichte CGT het best ten opzichte van alle andere interventies op korte, middellange en lange termijn; alleen op middellange termijn moest het EMDR vóór zich laten.

Tabel. Verschil in PTSS-klachten tussen de verschillende behandelingen enerzijds en actieve en passieve controlegroepen anderzijds; uitgedrukt in Hedges' g (met 95% BI en p-waarde) op korte, middellange en lange termijn.

Behandeling	Hedges g (95% BI; p-waarde)		
	Korte termijn (meteen na interventie)	Middellange termijn (tot 5 maand)	Lange termijn (6-24 maand)
Vergeleken met passieve controlegroepen (wachlijsten)			
Traumagerichte CGT	1,06 (0,86-1,26); <0,001	0,87 (0,58-1,17); <0,001	0,76 (0,27-1,26); 0,002
EMDR	0,86 (0,54-1,18); <0,001	0,95 (0,48-1,41); <0,001	Onvoldoende gegevens
Multidisciplinaire behandeling	0,88 (0,53-1,23); <0,001	0,59 (0,03-1,15); 0,04	Onvoldoende gegevens
Niet-traumagerichte behandeling	0,95 (0,62-1,28); <0,001	Onvoldoende gegevens	0,71 (0,15-1,27); 0,01
Vergeleken met actieve controlegroepen (gebruikelijke zorg/behandeling, schrijven, psycho-educatie, ondersteunende counseling)			
Traumagerichte CGT	0,55 (0,36-0,74); <0,001	0,45 (0,17-0,73); 0,002	0,55 (0,30-0,81); <0,001
EMDR	NS	0,52 (0,04-1,00); 0,03	Onvoldoende gegevens
Multidisciplinaire behandeling	0,43 (0,09-0,77); 0,01	NS	Onvoldoende gegevens
Niet-traumagerichte behandeling	0,36 (0,01-0,72); 0,04	Onvoldoende gegevens	0,50 (0,09-0,93); 0,02

Besluit van de auteurs

De resultaten van deze systematische review en netwerkmeta-analyse geven aan dat traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) geassocieerd is met een significante reductie van pediatrische klachten van posttraumatische stressstoornis (PTSS) op korte, middellange en lange termijn. Meer langetermijngegevens zijn nodig voor Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), multidisciplinaire behandelingen en niet-traumagerichte interventies. Resultaten van traumagerichte CGT zijn bemoedigend en het dissemineren van deze resultaten kan helpen om veelvoorkomende behandelingsbarrières te reduceren door veelvoorkomende misvattingen tegen te spreken, zoals het idee dat traumagerichte CGT schadelijk in plaats van nuttig is.

Financiering van de studie

Niet vermeld.

Belangenconflicten van de auteurs

Eén auteur ontving vergoedingen voor workshops over PTSS-behandelingen bij kinderen en jongeren en was betrokken bij een RCT omtrent een online zelfhulpprogramma voor cognitieve therapie bij PTSS; een andere werd gefinancierd door externe onderzoeksfondsen; de auteurs benadrukken dat de geuite meningen niet per se die van de financiers zijn; verder geen belangenconflicten.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

De auteurs van deze studie rapporteren hun methode en resultaten helder aan de hand van de PRISMA-richtlijnen en registreerden vooraf hun protocol op PROSPERO. Data werden verzameld

en beoordeeld door minstens twee onafhankelijke onderzoekers en bij onenigheid werden andere auteurs betrokken. Voor ontbrekende data contacteerde men de oorspronkelijke onderzoekers. De kwaliteit van de 76 geïnccludeerde studies werd beoordeeld aan de hand van acht criteria, gebaseerd op de richtlijnen van de Cochrane Collaboration en de ‘authoritative criteria’ voor evidence-based psychologische interventies, zoals beschreven door Cuijpers et al. (18). Deze criteria omvatten onder meer het gebruik van een behandelprotocol, training van therapeuten, controle van behandelintegriteit, intention-to-treatanalyse, voldoende statistische power, onafhankelijke randomisatie en geblindeerde uitkomstmetingen. 41 van de 76 (54%) geïnccludeerde studies, voornamelijk studies over de effectiviteit van traumagerichte CGT of EMDR, werden als ‘hoge kwaliteit’ geclassificeerd. De sensitiviteitsanalyses die enkel rekening hielden met studies van hoge kwaliteit leverden vergelijkbare resultaten op. Voor hun netwerkmeta-analyse includeerden de auteurs een groot aantal studies (N=70, n=5 528 deelnemers). Ze gebruikten, waar mogelijk, de intention-to-treatgegevens (N=44, 63%) en baseerden zich bij voorkeur op uitkomstmetingen door klinici in plaats van zelfrapportage. Deze keuzes zijn zeker bevorderlijk voor de kwaliteit van de resultaten. Wanneer men netwerkanalyses wil uitvoeren moeten echter aan een aantal voorwaarden voldaan zijn, zoals eerder besproken in een methodologisch artikel van Minerva (19). In de verschillende analyses zag men op korte, middellange en lange termijn aanzienlijke statistische heterogeniteit ($I^2=66,4-68,9\%$). En zelfs de sensitiviteitsanalyses kampten met een hoge statistische heterogeniteit ($I^2=44,9-75,8\%$). De resultaten zijn dus niet consistent te noemen. Bovendien was er ook veel klinische heterogeniteit tussen de verschillende studies op vlak van geïnccludeerde populaties (soort trauma, leeftijd), geïnccludeerde controlegroepen (zeker in actieve controlegroepen), en landen (en dus klinische setting) waar het onderzoek plaatsvond. De auteurs gebruikten wel de splittingmethode om aan te tonen dat er geen statistisch significante verschillen waren tussen directe en indirecte vergelijkingen. Maar dit sluit niet uit dat er belangrijke klinische heterogeniteit bestaat die de transitiviteit kan ondermijnen.

Beoordeling van de resultaten

Deze grootschalige netwerkmeta-analyse bevestigt de werkzaamheid van meerdere psychologische interventies voor pediatrische PTSS, waarbij traumagerichte CGT zich consistent onderscheidt door effectiviteit op korte, middellange en lange termijn (tot 2 jaar).

Traumagerichte CGT is de meest onderzochte en mogelijk de meest gestandaardiseerde interventie en de studies waren van hogere kwaliteit. Dit kan mogelijk bijdragen tot het sterke effect dat voor deze interventie gevonden werd. Traumagerichte CGT is reeds aanbevolen als eerste keuze in richtlijnen (zie ‘Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk’), maar toepassing ervan in de Belgische context wordt bemoeilijkt door praktische barrières zoals onder andere gebrek aan trauma-specifiek geschoolde therapeuten en lange wachttijden. In hun conclusie benadrukken de auteurs dan ook terecht dat het dissemineren van deze resultaten zou kunnen helpen om misvattingen tegen te gaan, zoals de vrees dat traumagerichte CGT te belastend is voor kinderen en jongeren. Deze bezorgdheid is gebaseerd op het idee dat expliciet bespreken of herbeleven van traumatische herinneringen kan leiden tot hertraumatisering of tijdelijke toename van klachten (zoals angst of dissociatie). Het feit dat men in sensitiviteitsanalyses ook grotere effectiviteit aantoonde wanneer ouders of andere naasten bij de behandeling betrokken waren, ondersteunt de toenemende aandacht voor het betrekken van naasten in de Belgische geestelijke gezondheidszorg.

De resultaten tonen aan dat ook EMDR werkzaam lijkt te zijn op middellange termijn, maar er zijn onvoldoende gegevens om de effectiviteit op lange termijn te beoordelen. Voor EMDR en ook voor multidisciplinaire behandelingen, is er meer onderzoek op lange termijn nodig vooraleer men aanbevelingen voor de klinische praktijk kan doen. Door de sterke klinische heterogeniteit (verschillen in trauma, leeftijd, cultuur) is het moeilijk om verschillen in effectiviteit tussen behandelingen onderling te interpreteren. Over het algemeen waren de onderlinge verschillen in effectiviteit beperkt. Dat zou kunnen suggereren dat factoren zoals therapeutische relatie en beschikbaarheid mogelijk meer doorslaggevend zijn dan het specifieke behandelkader (20). Sensitiviteitsanalyses suggereren wel de nood aan leeftijdsspecifieke zorgpaden. Zo zag men in vergelijking met actieve controlegroepen op korte termijn een hogere werkzaamheid van traumagerichte CGT bij kinderen jonger dan 12 jaar en een hogere werkzaamheid van zowel

traumagerichte CGT als multidisciplinaire behandelingen bij ≥ 12 -jarigen. In vergelijking met actieve controlegroepen scoorde traumagerichte CGT beter bij ≥ 12 -jarigen op middellange termijn en beter bij kinderen jonger dan 12 jaar op lange termijn. Voorts moet ook onderzocht worden in hoeverre een combinatie van behandelingen of een opeenvolging van behandelingen nuttig kan zijn.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

In België ontbreken specifieke richtlijnen rond PTSS-behandeling bij kinderen, waardoor internationale aanbevelingen richtinggevend zijn, ondanks verschillen in zorgstructuur en toegankelijkheid. De Nederlandse GGZ-standaarden Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen (7), waarvan echter geen methodologisch rapport beschikbaar is, raden bij kinderen van 7 jaar en ouder psychologische behandeling aan als eerstekeusbehandeling. Specifiek, worden trauma-gerichte CGT en EMDR aangeraden voor kinderen en adolescenten. Hierbij moet rekening gehouden worden met het ontwikkelingsniveau van het kind. Daarnaast wordt ook het belang van het betrekken van naasten aanbevolen indien deze voldoende en veilig beschikbaar kunnen zijn. Aangezien er nauwelijks onderzoek is naar ongewenste effecten van psychofarmaca bij jonge kinderen, worden deze afgeraden tot de adolescentie. Internationale richtlijnen (8-13) raden eveneens trauma-gerichte CGT aan als eerstelijnsbehandeling voor pediatrie PTSS.

Besluit van Minerva

Hoewel het gebruik van een netwerkmeta-analyse voor deze studie in vraag gesteld kan worden wegens de hoge klinische en statistische heterogeniteit tussen de geïnccludeerde studies op vlak van zowel geïnccludeerde populaties als andere studiekekenmerken, suggereren de resultaten dat traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) de meest effectieve aanpak is op lange termijn bij pediatrie personen met een posttraumatische stressstoornis.

Referenties

1. Woolgar F, Garfield H, Dalgleish T, Meiser-Stedman R. Systematic review and meta-analysis: prevalence of posttraumatic stress disorder in trauma-exposed preschool-aged children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2022;61:366-77. DOI: 10.1016/j.jaac.2021.05.026
2. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:577-84. DOI: 10.1001/archpsyc.64.5.577
3. Saunders BE, Adams ZW. Epidemiology of traumatic experiences in childhood. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2014;23:167-84, vii. DOI: 10.1016/j.chc.2013.12.003
4. Danese A, Smith P, Chitsabesan P, Dubicka B. Child and adolescent mental health amidst emergencies and disasters. *Br J Psychiatry* 2020;216:159-162. DOI: 10.1192/bjp.2019.244
5. Lewis SJ, Arseneault L, Caspi A, et al. The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *Lancet Psychiatry* 2019;6:247-56. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30031-8
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. American Psychiatric Publishing; 2013.
7. Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Zorgstandaard, gepubliceerd op 28/11/2024. Beoordelingsdatum: 1/12/2024. GGZ Standaarden, beschikbaar op: www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen
8. Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders - version 3. part II: OCD and PTSD. *World J Biol Psychiatry* 2023;24:118-34. DOI: 10.1080/15622975.2022.2086296
9. World Health Organization. Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive. World Health Organization, 2020.
10. Cohen JA, Bukstein O, Walter H, et al; AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:414-30. DOI: 10.1016/j.jaac.2009.12.020

11. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder. NICE guideline (NG116). Published: 05 December 2018.
12. Bisson JI, Berliner L, Cloitre M, et al. The international society for traumatic stress studies new guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: methodology and development process. *J Trauma Stress* 2019;32:475-83. DOI: 10.1002/jts.22421
13. Phelps AJ, Lethbridge R, Brennan S, et al. Australian guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: updates in the third edition. *Aust N Z J Psychiatry* 2022;56:230-47. DOI: 10.1177/00048674211041917
14. Caro P, Turner W, Caldwell DM, Macdonald G. Comparative effectiveness of psychological interventions for treating the psychological consequences of sexual abuse in children and adolescents: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2023, Issue 6. DOI: 10.1002/14651858.cd013361.pub2
15. Mavranouzouli I, Megnin-Viggars O, Daly C, et al. Research review: psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry* 2020;61:18-29. DOI: 10.1111/jcpp.13094
16. Xiang Y, Cipriani A, Teng T, et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *Evid Based Mental Health* 2021;24:153-60. DOI: 10.1136/ebmental-2021-300346
17. Hoppen TH, Wessargues L, Jehn M, et al. Psychological interventions for pediatric posttraumatic stress disorder. *JAMA Psychiatry* 2024;82:130-41. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2024.3908
18. Cuijpers P, van Straten A, Bohlmeijer E, et al. The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. *Psychol Med* 2010;40:211-23. DOI: 10.1017/S0033291709006114
19. Chevalier P. Netwerk meta-analyses: directe en indirecte vergelijkingen. [Minerva 2009;8\(9\):136](#).
20. Howard R, Berry K, Haddock G. Therapeutic alliance in psychological therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Psychother* 2022;29:373-99. DOI: 10.1002/cpp.2642