

Rewind and Fast Forward: Effectiviteit van een intensieve trauma- en gezinsgerichte behandeling voor jongeren blootgesteld aan huiselijk geweld.

Gepubliceerd: 17-02-2021 Laatste bijgewerkt: 09-04-2024

Er is behoefte aan een effectieve behandeling voor kinderen, gericht op de gevolgen van geweld in het gezin. Huidig onderzoek betreft een effectiviteitsstudie naar FITT, een behandeling voor kinderen met traumaklachten als gevolg van huiselijk...

Ethische beoordeling	Goedgekeurd WMO
Status	Werving nog niet gestart
Type aandoening	Angststoornissen en -symptomen
Onderzoekstype	Interventie onderzoek

Samenvatting

ID

NL-OMON56260

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

Rewind and Fast Forward: Effectiviteit van FITT

Aandoening

- Angststoornissen en -symptomen
- Familiale aangelegenheden

Synoniemen aandoening

posttraumatische stress, trauma

Betreft onderzoek met

Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: Vrije Universiteit

Overige ondersteuning: ZonMw

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: Gerandomiserende en gecontroleerde studie, Huiselijk geweld, Structurele emotionele veiligheid, Trauma

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

PTSS symptomen bij kinderen

De Clinician-administered-ptsd-scale-children-and-adolescents (CAPS-CA; Pynoos et al., 2015) is een semi gestructureerd klinisch interview om PTSS volgens de DSM-5 standaard vast te stellen. Een Nederlandse vertaling van de CAPS-CA (Van Meijel, Ensink, Verlinden, & Lindauer, 2019) is geschikt voor kinderen van 8-18 jaar. De kerntraumatische gebeurtenis wordt gekozen op basis van een checklist van levensgebeurtenissen. Wanneer de kerntraumatische gebeurtenis een serie van gebeurtenissen is, wat vaak het geval is bij huiselijk geweld, dan wordt er een titel gekozen die de kern van deze gebeurtenissen dekt. De CAPS-CA beoordeelt de frequentie en intensiteit van elk van de PTSS-symptomen. Een vijfpunts Likert-schaal wordt gebruikt voor alle symptomen, lopend van 0 (= afwezig) tot 4 (= extreem/invalidierend). Een totale ernstscore wordt berekend door de som van alle ernstscores voor item 1-20 bij elkaar op te tellen. Een totale symptoom score kan ook per cluster berekend worden; herbeleving (item 1-5), vermijding (items 6 en 7), negatieve veranderingen in cognities en stemming (items 8-17) en arousal en reactiviteit (items 15-20). Een symptoom cluster score kan ook berekend worden voor dissociatie door de som te nemen van items

29 en 30. Om te bepalen of er sprake is van een PTSS diagnose worden de symptomen gecategoriseerd in *aanwezig* of *afwezig*. Een symptoom wordt alleen beschouwd als aanwezig indien de corresponderende ernst score 2 of hoger is (= drempelwaarde of hoger). Items 9 en 11-20 hebben de aanvullende vereiste van een traumagerelateerde score van Zeker of Waarschijnlijk. De DSM-5 vereist de aanwezigheid van in elk geval één Criterium B symptoom, één Criterium C symptoom, twee Criterium D symptomen en twee Criterium E symptomen. Ook aan Criterium F (duur van tenminste een maand) en G (klachten leiden tot klinisch significante stress of functionele beperkingen) moet worden voldaan.

De Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-13; oorspronkelijk ontwikkeld door Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979; vertaald in het Nederlands door Olff, 2005) is een vragenlijst om de impact vast te stellen van verschillende type trauma en levensbedreigende gebeurtenissen. Er is een ouder en kindversie waarbij de respondent 13 items beoordeelt op de frequentie waarin deze de afgelopen 24 uur zijn voorgekomen in relatie tot de traumatische ervaringen (1= geen, 2 = zelden, 3 = soms, 4 = vaak). Voorbeeld items zijn: *Denk je eraan zonder dat je het wilt? * en *Probeer je er niet over te praten?*. Er wordt een somscore gebruikt als indicator voor de traumatische impact (variërend van 0 tot 65 jaar). Een score van 30 of meer bij de kindversie en 31 of meer bij de ouderversie wordt gezien als de meest efficiënte cutt-off om te discrimineren voor een verhoogd risico op PTSS. Binnen een semi-klinische onderzoekspopulatie was Cronbach's α 0.89 voor de 13-item kindversie. De interne consistentie van de ouderversie is acceptabel

tot goed en de studie wijst op een goede convergente en divergente validiteit (Verlinden et al., 2014).

De Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC; Briere, 1996) is een vragenlijst om de zelfgerapporteerde posttraumatische stresssymptomen van kinderen (8-12 jaar) in kaart te brengen. Het bestaat uit 54 items geclusterd in acht schalen: twee validiteit schalen (onderrapportage en overrapportage) en zes klinische schalen (angst, depressie, posttraumatische stressstoornis, dissociatie, boosheid en seksuele zorgen). Items worden gescoord op een vierpunts-schaal. Betrouwbaarheid is hoog voor de klinische posttraumatische stress totaalscore, met een Cronbach alpha's variëren van 0.78 en 0.86 in een steekproef bestaan uit seksueel misbruikte kinderen (Briere, 1996).

Structurele emotionele en fysieke veiligheid

Om de ernst en intensiteit van het geweld te bepalen waaraan kinderen zijn blootgesteld, wordt gebruikt gemaakt van een combinatie van meetinstrumenten.

Deze bestaat uit items van de Conflict Tactics Scale (Straus, 2011), de Conflict Tactics Scale parent child (Straus, 2011), de Parents Report of Traumatic Impact (Friedrich, 1997); en de Adverse Childhood Experience Questionnaire (Felitti et al., 2019). Deze gecombineerde vragenlijst is gebruikt in een eerdere studie naar de effectiviteit van een psycho-educatie preventieprogramma voor kinderen blootgesteld aan huiselijk geweld (Overbeek, Schipper, Lamers-Winkelmann & Schuengel, 2012). De vragenlijst betreft de onderwerpen en duur van het geweld, de inhoud van de ruzies in de relatie met

de (ex) partner, gevolgd door items van de Conflict Tactics Scale parent child and Parents Report of Traumatic Impact over de problemen tussen ouder en kind en de traumatische gebeurtenissen die het kind heeft meegemaakt. De vragenlijst bevat ook items over de traumatische ervaringen in de kindertijd van de ouder. Nieuwe incidenten huiselijk geweld: Ouders en kinderen beantwoorden acht vragen om te bepalen of nieuwe incidenten van huiselijk geweld of andere stressvolle gebeurtenissen hebben plaatsgevonden.

Om de emotionele veiligheid te beoordelen die het kind ervaart in het contact tussen ouders, wordt de Security in the Interparental Subsystem (Davies, Forman, Rasi & Stevens, 2002) gebruikt. De Security in the Interparental Subsystem bestaat uit 43 items met een vier-item antwoord categorie. Kinderen wordt gevraagd dezelfde vragen te beantwoorden over eerder geweld/eerdere ruzies tussen ouders en huidig geweld/huidige ruzies tussen ouder en partner. De vragenlijst heeft drie schalen: emotionele reactiviteit (Openlijke emotionele reactiviteit, Gedragsdisregulatie), regulatie van blootstelling aan affect (Openlijke vermijding, Openlijk bemoeien) en interne representaties (Constructieve familie representaties, Destructieve familie representaties en Conflict spillover representaties). De subschalen tonen voldoende interne consistentie en test-hertest betrouwbaarheid en eerder onderzoek ondersteunt de validiteit van de SIS schalen (Davies et al., 2002).

De Security in the Family System scale (Forman & Davies, 2005) wordt gebruikt om te beoordelen in welke mate kinderen hun ouders waarnemen als een

betrouwbare bron van bescherming, stabiliteit en steun. De subschaal

Veiligheid wordt gebruikt. Deze is gericht op veilige patronen van emotionele veiligheid. Kinderen beoordelen de mate waarin ze het eens zijn met zeven stellingen volgens een vier-puntsschaal lopend van *Volledig mee oneens* (1) tot *Volledig mee eens* (4). Psychometrische eigenschappen van de subschaal veiligheid zijn goed, Cronbach's $\alpha = 0.85$, en test-hertest betrouwbaarheid = 0.82 (Forman & Davies, 2005).

Verzorgers rapporteren met de Security in the Marital Subsystem Scale (SIMS; Davies, Forman, Rasi, and Stevens, 2002) over de emotionele veiligheid van kinderen, inclusief hun emotionele reactiviteit en mate van bemoeien en vermijden nadat ze getuige zijn van een conflict tussen ouders. Items worden beoordeeld aan de hand van een vijf-punt schaal lopend van 1 (past helemaal niet bij hem/haar) tot 5 (helemaal zoals hij/haar) en bevat verdrietig voelen, boos, bang en van streek zijn (*lijkt nog altijd van streek na de ruzie). De SIMS is betrouwbaar bevonden en blijkt discriminant, convergent en voorspellend valide (Davies, Harold, Goeke-Morey, & Cummings, 2002).

De Security Scales (Kerns, Klepac, and Cole, 1996) zijn zelfrapportage vragenlijsten voor kinderen in de leeftijd van 8-18 jaar, bestaande uit 15 items en meet veilige gehechtheid met de ouders. Kinderen en ouders rapporteren (onafhankelijk) over de responsiviteit en beschikbaarheid van de ouder in de ouder-kindrelatie (gehechtheidsfiguur). Elk item wordt gescoord aan de hand van een 5-punts Likert schaal lopend van *sterk mee eens*(1) tot *sterk mee

oneens* (5) waarbij een hogere score wijst op een sterkere waarneming van veilige gehechtheid. Verschillende studies wijzen op een adequate betrouwbaarheid en validiteit (Dwyner, 2005). Kerns, Tomich, Aspelmeir and Contreras (2000) rapporteren een hoge interne betrouwbaarheid van 10 en 12 jaar oud ($\alpha = 0.82$, $\alpha = 0.79$). Test-hertest betrouwbaarheid over een periode van twee weken was hoog ($r=0.75$) (Kerns, Klepac, and Cole, 1996). De Security Scale is gerelateerd aan andere gehechtheid instrumenten (Kerns, Tomich, Aspelmeir and Contreras, 2000). In een Nederlandse steekproef was de interne consistentie $\alpha = 0.77$ voor de moeder versie en $\alpha = 0.85$ voor de vader versie (Willemsen, 2008).

De Family Family Interaction Task (FIT; Weinfield, Ogawa, & Egeland, 2002) is een observatie instrument dat de ouder-kind interactie meet en bestaat uit vier taken waarin ouder en kind geïnstrueerd worden om een serie van interactieve taken samen te voldoen. De FIT bestaat uit vier gestructureerde taken: (1) woorden raden door aanwijzingen, (2) knikkers in de gaten van een labirint krijgen, (3) discussieren over een thema en (4) een moeilijke puzzel oplossen door een ring binnen vier minuten te ontwarren van een standaard. Deze taken zijn ontwikkeld om variaties in autonomiebevorderend gedrag en emotionele affecten op te roepen bij ouder en adolescent. Deze taken zijn oorspronkelijk ontwikkeld voor jongere kinderen, maar taken zijn aangepast aan adolescenten. Beoordeling vindt plaats aan de hand van een schaal lopend van 1 tot 5 waarbij een hogere score een grotere aanwezigheid van een specifiek construct betekent. Beoordelingen zijn gebaseerd op de volledige sessie. Elke sessie is opgenomen

en onafhankelijk gescoord door twee beoordelaars (onderzoeksassistenten).

Secundaire uitkomstmaten

Kindfunctioneren

De Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Van Widenfelt, Goedhart, Treffers & Goodman, 2003) is een vragenlijst van 25 items en meet a) Gedragsproblemen, b) Emotionele Problemen, c) hyperactiviteit/aandachtsproblemen, d) Problemen met leeftijdsgenoten, e) prosociaal gedrag. Er is een zelfrapportage, ouder en leerkracht versie. De interne betrouwbaarheid van de ouder versie is goed. De ouder en zelfrapportage versie hebben een interne consistentie die algemeen geaccepteerd is (Van Widenfelt et al., 2003).

De Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1982) is een zelfrapportage vragenlijst van 28 items en meet symptomen van depressie bij jeugdigen (7-18 jaar): stemmingswisselingen, verminderd plezier, depressieve zelfevaluatie, verstorend gedrag, symptomen zoals vermoeidheid, teveel slapen, moeite zich aan te zetten tot activiteiten, en andere symptomen van passiviteit of inactiviteit. Per item wordt het kind gevraagd één van de drie zinnen te kiezen die het beste bij zijn/haar gevoelens en gedachten van de afgelopen twee weken passen. Er wordt een totaalscore berekend (variërend van 0 tot 54). De interne consistentie in een Nederlandse steekproef was hoog ($\alpha = 0.79$), net als de test-hertest betrouwbaarheid ($r = 0.79$) (Timbremont, Braet, & Roelofs, 2008).

De CDI heeft een hoge criteriumvaliditeit en de scores op de CDI correleren hoog met scores op andere instrumenten voor depressie (Timbremont et al.,

2008).

De Child Dissociation Checklist (CDC; Putnam, Helmers, & Trickett, 1993) is een oudervragenlijsten, bestaande uit 20 items, met een driepunts Likert schaal waarbij antwoorden lopen van *niet waar* (0) tot *een beetje of soms waar* (1) en *erg waar* (2). De Child Dissociation Checklist is een screeningsinstrument en geeft een indicatie voor dissociatieve problemen in kinderen (5-18 jaar). Het laat een goede test-hertest betrouwbaarheid zien ($r = 0.69$) en interne consistentie (Cronbach's $\alpha = 0.86$) (Hartveld & Janssen, 1992). Onderzoek wijst op een goede begripsvaliditeit en discriminante validiteit (Hartveld & Janssen, 1992).

Ouderfunctioneren

Om ouderlijke stress in kaart te brengen, wordt de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index*de verkorte versie (NOSI-K; De Brock et al., 1992) gebruikt. De NOSI-K is een verkorte versie van de NOSI (Nijmeegse Ouderlijke Stress Index). De oudervragenlijst bestaat uit 25 items en de antwoorden worden gegeven op een zespunts-schaal. De totaalscore geeft een indicatie van de mate van ouderlijke stress. Cronbach's α voor moeders en vaders zijn respectievelijk 0.90 en 0.91 (De Cock et al., 2017).

Om de kennis over trauma bij de ouders te meten gebruiken we een korte zelf-rapportage vragenlijst ontwikkeld voor de training *Zorgen voor

getraumatiseerde kinderen* (Coppens & Van Kregten, 2018). De vragenlijst bevat zes items en reflecteren zes primaire trainingsdoelen, gescoord aan de hand van een tien-punts schaal (1= niet bereikt, 10 = totaal bereikt). Hogere scores wijzen op een hoger kennisniveau van trauma.

De Impact of Event Scale - Revised (IES-r; Briere, 1995) wordt gebruikt om traumasymptomen bij de ouder in kaart te brengen. Deze vragenlijst bestaat uit 22 items die posttraumatische stress in de voorgaande week meten. Het gaat om een vertaling van de Schokverwerkingslijst (SVL-22; Kleber en Jong, 1998). De IES-r meet drie dimensies: intrusie, vermijding en hyper-arousal. Items worden gescoord op een 5-punts schaal, van *helemaal niet* tot *extreem*. De interne consistentie van de lijst is hoog ($\alpha = .88$; Olde, Kleber, van der Hart & Pop, 2006).

De Young Adult Self-Report (Achenbach, 1997) onderzoekt de aanwezigheid van psychopathologische symptomen in ouders. De korte versie van 29 items wordt gebruikt in de studie om de hoeveelheid tijd te verkorten om de vragenlijst in te vullen. De items worden gescoord op een driepunts-schaal lopend van *niet waar* (0), *soms of een beetje waar* (1), naar *erg waar of helemaal waar* (2). Betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse versies zijn goed (Wiznitzer et al., 1992).

Daily Psychological Availability Scale (Danner-Vlaardingerbroek, Kluwer, Van Steenberghe, and Van der Lippe, 2013). Om de ouderlijke beschikbaarheid voor

het kind te onderzoeken gebruiken we acht aangepaste items van de Daily Psychological Availability Scale. Items worden gescoord aan de hand van een zevenpunts-schaal lopend van 1 (*totaal mee oneens*) naar zeven (*totaal mee eens*). Cronbach's α is 0.78 voor vaders en moeders (Danner-Vlaardingerbroek, Kluwer, Van Steenbergen, and Van der Lippe, 2013). Een hogere score op de schaal betekent meer psychologische beschikbaarheid van de ouder.

Andere onderzoeksvariabelen

Sociaal-demografische informatie wordt verzameld en betreft leeftijd, geslacht, opleiding, werkstatus, inkomen en middelengebruik.

Ervaringen van deelnemers met intensieve traumabehandeling

Om inzicht te krijgen in de ervaringen van deelnemende adolescenten wat betreft uitkomsten, belangrijkste elementen van (F)ITT en barrières voor succesvolle behandeling, nemen we een kwalitatief interview af bij adolescenten die deel hebben genomen aan FITT of ITT. Het interview duurt ongeveer een uur en zal afhankelijk van de mogelijkheden en voorkeuren van de deelnemers face-to-face of online zijn. Het interview wordt afgenomen door twee onderzoekers (V.F. en C.S.J.). Open, exploratieve vragen worden gesteld gericht op de algehele ervaring met (F)ITT, de ervaren uitkomsten, de belangrijkste elementen en ervaren barrières voor succesvolle behandeling. De interviews worden op audio opgenomen en anoniem getranscribeerd. Onderwerpen in het interview zijn gebaseerd op onze systematische literatuurstudie en de rationale en kenmerken

van de intensieve behandelingen: traumagerichte therapie, therapeutenrotatie, psycho-educatie/kennis van trauma en huiselijk geweld, ouder-kindrelatie, ouderschap, sociale steun/hulpbronnen en veiligheid binnen de familie.

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

5,5% van de Nederlanders boven de achttien jaar heeft een vorm van huiselijk geweld meegemaakt over een periode van vijf jaar voorafgaand aan de studie uit 2018¹. Bij het Scholierenonderzoek uit 2016 is aan scholieren zelf gevraagd welke vormen van kindermishandeling ze hebben meegemaakt. Bij 2,5% van de kinderen in de leeftijd van 12-17 jaar kom fysiek geweld tussen ouders voor in combinatie met mishandeling van het kind zelf². Uit de Nederlandse Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen, waarbij professionals zijn bevestigd, blijkt in bijna de helft van de gevallen kindermishandeling (48 procent) eveneens sprake van huiselijk geweld³. Wat zijn de gevolgen van huiselijk geweld? In het algemeen hebben negatieve ervaringen in de kindertijd effect op de ontwikkeling op korte en lange termijn en zowel op somatisch als psychologisch vlak⁴. Eén op de drie kinderen blootgesteld aan huiselijk geweld ontwikkelt trauma gerelateerde symptomen, zoals posttraumatische stress klachten, angst en depressieve symptomen^{5, 6}. Als gevolg van huiselijk geweld kunnen ouders soortgelijke psychische klachten ontwikkelen. Er wordt verondersteld dat deze psychische klachten het ouderschap en de kwaliteit van de relatie tussen ouder en kind negatief beïnvloeden. Huiselijk geweld wordt geassocieerd met minder ouderlijke steun en emotionele beschikbaarheid⁷, meer negatief opvoedgedrag, instabiele gezinsrelaties⁸ en meer gevoelens van emotionele en fysieke onveiligheid⁹ bij kinderen. Welke interventies werken? De richtlijn jeugdhulp noemt twee vormen van hulpverlening die ingezet kunnen worden om kindermishandeling te stoppen. Dit zijn interventies gericht op het bevorderen van de veiligheid en interventies gericht op herstel (na trauma). Bij een posttraumatische stressstoornis zijn volgens de Nederlandse richtlijn angststoornissen maar ook volgens de International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) individuele en traumagerichte behandelingen zoals EMDR en traumagerichte cognitieve gedragstherapie eerste keus. Voor kinderen is traumagerichte cognitieve gedragstherapie bewezen effectief. Een recente studie uit 2017 heeft¹⁰ laten zien dat kinderen met PTSS effectief behandeld kunnen worden met EMDR. Er is echter weinig bekend over de effecten van deze traumagerichte behandelingen op de indirecte gevolgen van huiselijk geweld, oftewel het effect van deze behandelingen op het ouderschap en de gezinsrelaties. Onderzoek laat wel zien dat het effect van deze behandelingen kleiner is bij vroegkinderlijk trauma, zoals huiselijk geweld, in vergelijking

met andere vormen van trauma¹¹. Onderzoek bij families, verwezen naar jeugdzorg wegens een bedreigde ontwikkeling van hun kind als gevolg van huiselijk geweld, geeft aan dat bij 85% van deze families het geweld na zeven jaar niet gestopt is*. De auteurs van de deskresearch Huiselijk Geweld en Kindermishandeling¹² bevelen aan dat de kennis over huiselijk geweld vergroot wordt. Zij adviseren meer studies uit te voeren naar de effectiviteit van interventies voor huiselijk geweld en daarbij oog te hebben voor de negatieve invloed van huiselijk geweld op het ouderschap en de ouder-kindrelatie.

Doel van het onderzoek

Er is behoefte aan een effectieve behandeling voor kinderen, gericht op de gevolgen van geweld in het gezin. Huidig onderzoek betreft een effectiviteitsstudie naar FITT, een behandeling voor kinderen met traumaklachten als gevolg van huiselijk geweld. FITT bestaat uit psycho-educatie, traumatherapie, oudertraining en systeemtherapie. FITT wordt binnen de geestelijke gezondheidszorg aangeboden aan kinderen (en hun ouders) tussen de 12 en 20 jaar die zijn blootgesteld aan huiselijk geweld. Uniek aan FITT is de gecombineerde aanpak gericht op traumaverwerking en het gezinssysteem. Binnen het onderzoek wordt de meerwaarde van de gezinsgerichte component, ten opzichte van alleen traumaverwerking, getoetst. In het onderzoek worden veranderingen op het gebied van veiligheid en trauma, bij 120 kinderen en hun ouders, in kaart gebracht.

Primaire onderzoeksvragen:

1. Is FITT effectiever dan ITT in termen van traumareductie en herstel van structurele emotionele veiligheid in gezinnen?

Secundaire onderzoeksvragen:

1. Is FITT effectiever dan TAU in termen van traumareductie en herstel van structurele emotionele veiligheid in gezinnen, gebaseerd op de follow-up/intermediare meting?
2. In hoeverre zijn er verschillen tussen FITT en ITT, met betrekking tot traumabewust ouderschap aan het einde van de behandeling?
3. Zijn FITT en TAU equivalent wat betreft traumareductie en herstel van structurele emotionele veiligheid, aan het einde van beide behandelingen?
4. Wat identificeren deelnemers als verbeterde uitkomsten als een resultaat van (F)ITT? Welke elementen van (F)ITT zien de deelnemers als belangrijkste voor een succesvolle behandeling en wat zien ze als barrières?

Onderzoeksopzet

Deze studie betreft een multicenter onderzoek met gerandomiseerd en gecontroleerd design. Deelnemers worden op basis van toeval over drie behandelarmen verdeeld, intensieve traumabehandeling, gezinsgerichte intensieve traumabehandeling en standaard behandeling. Het toetsen van de effectiviteit

verloopt via een voor, tijdens, na en follow-up (3 maanden) meting.

Onderzoeksproduct en/of interventie

FITT staat voor Family-based Intensive Trauma Treatment en betreft een intensieve traumagerichte behandeling geboden aan jongeren om traumatische herinneringen te verwerken. Ouders ontvangen hiernaast systeemgerichte ouderbegeleiding en met het gehele gezin wordt gewerkt aan verbetering van de gezinsrelaties om te komen tot structurele (emotionele en fysieke) veiligheid. FITT richt zich op zowel de directe trauma symptomen bij de jongere als de gevolgen van het huiselijk geweld voor het ouderschap, de gezinsrelaties en de veiligheid binnen het gezin. FITT is een intensieve behandelingen, met meerdere behandeldagen per week over een periode van 4 weken. De voorbereidingsfase van FITT bestaat uit twee sessies. In de eerste sessie ontvangen de jongere, ouders en het netwerk uitleg over de gevolgen van trauma voor de jongere, de opvoeding en het gezin. In de tweede sessie zet de jongere samen met een behandelaar op een rij van welke traumatische herinneringen de jongere nog het meeste last heeft. Deze herinneringen worden behandeld in de intensieve fase. De zes behandeldagen in de intensieve fase starten voor de jongere met Imaginaire Exposure, gevolgd door Beweging en de behandeldag wordt afgesloten met EMDR. Bij Imaginaire Exposure deelt de jongere de traumatische herinnering met de therapeut. De jongere leert dat angstige verwachtingen niet uitkomen als er teruggedacht wordt aan traumatische herinneringen. Bij EMDR wordt de jongere gevraagd terug te denken aan een traumatische herinnering en zich tegelijkertijd te richten op een afleidende stimulus. Op deze wijze komt het verwerkingsproces op gang en verliest de traumatische herinnering de emotionele lading. De jongeren participeren in de intensieve fase daarnaast in zes sessies met beweging. Hierin wordt via bewegingsgerichte en lichaamsgerichte activiteiten zoals actieve inspanning en relaxatie gewerkt aan het herkennen en reguleren van lichaamssignalen en het vergroten van de controle over het lichaam. De ouders ontvangen in de intensieve fase zes sessies ouderbegeleiding. Hierin werkt een behandelaar met ouders aan: het verlagen van de stress bij de ouder, vergroten van steun vanuit de ouder/verzorger richting de jongere, vergroten van kennis bij de ouder over trauma en het opvoeden van een jongere met trauma, vergroten van de steun vanuit het netwerk en vergroten van de veiligheid binnen het gezin. De ouderbegeleiding is grotendeels gebaseerd op de module oudertraining van de HORIZON, Ruzie en Geweld in het Gezin. In de integratiefase ontvangt het gezin drie sessies systeemtherapie met als doel de relatie tussen de gezinsleden te versterken en het gevoel van veiligheid te vergroten. Twee behandelaren gaan in gesprek met de gezinsleden waarbij aandacht wordt besteed aan: herinneringen aan de ruzies en het geweld bij de verschillende gezinsleden, huidige conflicten en alternatief gedrag om escalatie van conflicten te voorkomen.

Inschatting van belasting en risico

Huiselijk geweld heeft langdurige negatieve gevolgen voor kinderen en hun gezin. Effecten van de 'gouden standaard' traumabehandelingen (EMDR en TF-CBT) zijn minder sterk wanneer wordt toegepast bij kinderen die langdurig blootgesteld zijn aan gezinsgeweld. Mogelijk omdat deze niet zijn gericht op herstel van het gezinsfunctioneren. In 85% van de gezinnen aangemeld voor zorg

na huiselijk geweld, blijkt het geweld zelfs tot 7 jaar na doorverwijzing te continueren (Lünnemann et al., 2019). De klinische verwachting is dat het toevoegen van een gezinsgerichte component aan traumabehandeling het herstel na huiselijk geweld zullen bespoedigen, empirisch bewijs voor deze aanname ontbreekt nog. Voor kinderen uit gezinnen waar huiselijk geweld is, is het van groot belang dat er een bewezen effectieve gezinsgerichte traumabehandeling beschikbaar komt, die in staat is om tegelijkertijd traumaklachten te verminderen en langdurig herstel van structurele veiligheid te bevorderen. Als FITT effectief bevonden wordt dan heeft de jeugdzorg professional meer tools in handen om gezinnen te ondersteunen waarbij sprake is van huiselijk geweld.

De dataverzameling vindt plaats op de behandelcentra en ouders en kinderen vullen de vragenlijsten gescheiden van elkaar in. Op basis van eerdere ervaringen waarin een groot deel van de instrumenten gebruik wordt om de uitkomsten van de behandelingen op het KJTC te volgen, is de verwachting dat de vragenlijsten op T0 en T12-T14 ongeveer een uur duren voor zowel kind als ouder. De vragenlijsten op T1-11 duren 10 minuten voor zowel kind als ouder. Het kindinterview op T0 en T13 duurt gemiddeld genomen een uur. De observatietaak met ouder en kind op T12 duurt ongeveer dertig minuten. De meetinstrumenten (of vergelijkbare versies) in de huidige studie zijn in eerdere studies gebruikt, zijn veelal al onderdeel van Routine Outcome Monitoring en brengen matig risico met zich mee voor de deelnemers. De jongeren die deel hebben genomen aan ITT of FITT worden gevraagd deel te nemen aan een interview over hun ervaringen met intensieve traumabehandeling. De emotionele belasting van het bespreken van de traumatische ervaringen achten wij als acceptabel in relatie tot de potentiële meerwaarde van dit onderzoek aangezien er geen wetenschappelijk evidentie is dat na het vragen naar trauma bij kinderen, klachten verergeren en er is geen bewijs dat onderzoek naar trauma als meer belastend wordt ervaren dan andere onderzoeken (Van der Velden, Bosmans & Scherpenzeel, 2013). De traumatische gebeurtenis heeft geleid tot traumaklachten zoals schaamte en schuld, en het onbehandeld laten van trauma is schadelijk voor de ontwikkeling (Felliti et al., 1998). Om risico's te minimaliseren is er een monitoring board ingesteld en ontvangen onderzoekers betrokken bij dataverzameling, supervisie van klinische trauma experts (o.a. Margreet Visser en Valerie Fictorie). Onderzoekers hebben tenminste een bachelorgraad in psychologie of orthopedagogiek. Wanneer deelnemers negatieve gevolgen ondervinden van de dataverzameling dan kan worden besloten om voortzetting van onderzoeksdeelname (tijdelijk) te stoppen.

Contactpersonen

Publiek

Vrije Universiteit

Van der Boechorststraat 7-9
Amsterdam 1081BT
NL

Wetenschappelijk

Vrije Universiteit

Van der Boechorststraat 7-9
Amsterdam 1081BT
NL

Locaties

Landen waar het onderzoek wordt uitgevoerd

Netherlands

Deelname eisen

Leeftijd

Adolescenten (12-15 jaar)
Adolescenten (16-17 jaar)
Volwassenen (18-64 jaar)

Belangrijkste voorwaarden om deel te mogen nemen (Inclusiecriteria)

- 1) kind is blootgesteld aan huiselijk geweld
- 2) er is momenteel geen sprake van geweld in het gezin
- 3) het kind is tussen de 12 en 20 jaar oud
- 4) het kind woont thuis bij zijn of haar ouder(s) of verzorger(s)
- 5) de ouder/verzorger(s) zijn in staat om deel te nemen aan de systemische componenten
- 6) het kind heeft last van traumaklachten, in ieder geval van intrusies en vermijding
- 7) beide ouders tekenen voor informed consent

8) ouders en kinderen spreken Nederlands

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

Kinderen en ouders met acute psychotische problemen of met ernstige alcohol en/of drugs verslaving. Kinderen die in de afgelopen 3 maanden een suicide poging hebben gedaan.

Onderzoeksopzet

Opzet

Type:	Interventie onderzoek
Onderzoeksmodel:	Parallel
Toewijzing:	Gerandomiseerd
Blinding:	Open / niet geblindeerd
Controle:	Actieve controle groep
Doel:	Behandeling / therapie

Deelname

Nederland	
Status:	Werving nog niet gestart
(Verwachte) startdatum:	01-01-2021
Aantal proefpersonen:	120
Type:	Verwachte startdatum

Ethische beoordeling

Goedgekeurd WMO	
Datum:	17-02-2021
Soort:	Eerste indiening
Toetsingscommissie:	METC Amsterdam UMC
Goedgekeurd WMO	
Datum:	08-06-2023

Soort: Amendement
Toetsingscommissie: METC Amsterdam UMC

Registraties

Opgevolgd door onderstaande (mogelijk meer actuele) registratie

Geen registraties gevonden.

Andere (mogelijk minder actuele) registraties in dit register

Geen registraties gevonden.

In overige registers

Register	ID
CCMO	NL74172.029.20
Ander register	Trial NL8592