

WRITEjunior

**protocol schrijftherapie voor
getraumatiseerde kinderen en
adolescenten 4-18 jaar**

Sacha Lucassen en Saskia van der Oord



Deze uitgave is mede mogelijk gemaakt door

GGZ Dijk en Duin |



WRITEjunior

Protocol schrijftherapie voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten

4-18 jaar

Sacha Lucassen en Saskia van der Oord

ISBN 978 90 8560 166 1

NUR 770

BISAC JNFO44000

Eerste druk 2008 (ISBN 978 90 6665 942 1)

Tweede gewijzigde druk 2012 (ISBN 978 90 8850 350 4)

Geheel herziene derde druk 2018 en vierde druk 2019 (ISBN 978 90 8850 779 3)

Vijfde druk 2021

© 2021 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

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.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met Uitgeverij SWP voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen door een onderwijsinstelling van een gedeelte uit deze uitgave, in papieren vorm of digitaal, (bijvoorbeeld voor plaatsing ervan op uw digitale leeromgeving of in een reader) kunt u zich richten tot: Stichting UvO, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, Tel. 023-8700212, www.stichting-uvo.nl UvO@cedar.nl.

VOORWOORD

Dit boek voorziet in een behoefte. Zeer veel kinderen maken traumatische gebeurtenissen mee, maar er zijn nog weinig cognitief-gedragstherapieprotocollen beschikbaar die specifiek ontwikkeld zijn voor de behandeling van jeugdige slachtoffers. Hoewel veel kinderen een of meerdere traumatische gebeurtenissen meemaken, zal niet ieder kind een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontwikkelen. Echter, schattingen zijn dat een op de vier kinderen hier blijvend schade van ondervindt als niet tijdig adequate hulp geboden wordt. Een PTSS kan zich bij kinderen anders uiten dan bij volwassenen. Interventies die bij volwassenen effectief gebleken zijn, hoeven dit mede om die reden niet ook bij kinderen te zijn. Het hier beschreven protocol is gebaseerd op trauma-focused cognitieve gedragstherapie, maar specifiek toegesneden op jeugdigen. Het maakt gebruik van schrijftherapie, een behandeling die in eerder onderzoek op de afdeling Klinische Psychologie van de uva bij volwassenen effectief gebleken is bij de verwerking van traumatische gebeurtenissen. Evenals bij de behandeling van volwassenen met een posttraumatische stressstoornis zijn belangrijke elementen in dit protocol het reconstrueren van het trauma, het veranderen van de disfunctionele gedachten en het verhaal van het trauma delen met belangrijke andere mensen.

Het protocol beperkt zich niet tot de behandeling van PTSS in strikte zin. Naast eenmalig en meermalig trauma wordt ook beschreven hoe deze behandeling toe te passen is bij het verwerken van het verlies van een dierbare en bij de verwerking van ernstige psychiatrische problematiek van ouders of broertjes en zusjes. Het aardige van het hier beschreven protocol is dat rekening wordt gehouden met de leeftijd en de ontwikkelingsfase waar het kind zich in bevindt. Een vierjarige kleuter heeft nu eenmaal een andere benadering nodig dan een veertienjarige puber. Het is de verdienste van de auteur dat ze de behandeling heeft aangepast aan de specifieke ontwikkelingsfase waarin de jeugdige zich bevindt. Het is een flexibel protocol, waarmee tegemoetgekomen wordt aan een groot aantal bezwaren die therapeuten hebben tegen geprotocolleerd werken. Wat het toepassen van het protocol verder vergemakkelijkt is de aansprekende casuïstiek. Hoe eenvoudig het werken met dit protocol ook mag lijken dankzij de heldere en aansprekende wijze waarop het boek geschreven is, mag de hier beschreven behandeling alleen uitgevoerd worden door therapeuten die al de nodige ervaring hebben met het behandelen van getraumatiseerde kinderen of onder supervisie van ervaren therapeuten. Mits zo uitgevoerd zullen veel slachtoffertjes van

trauma en geweld hier baat bij kunnen hebben. Een grootschalige studie bij getraumatiseerde kinderen en adolescenten laat zeer positieve resultaten zien van deze behandeling.

Prof. dr. P.M.G. Emmelkamp

Programmagroep Klinische psychologie

Universiteit van Amsterdam

INHOUD

1	INTRODUCTIE WRITEJUNIOR-SCHRIJFTHERAPIE	9
1.1	Inleiding	9
1.2	Theoretische achtergrond van de WRITEjunior-behandeling en wetenschappelijk onderzoek	15
1.3	Behandeling	17
1.4	Werkzame therapeutische factoren	19
1.5	Indicaties en contra-indicaties	20
1.6	Voorafgaand aan de schrijftherapie	23
2	WERKWIJZE	27
2.1	De zeven stappen in de behandeling	27
2.2	Stap 1 – Psycho-educatie door middel van metaforen	27
2.3	Frequentie en duur van de zittingen	31
2.4	Stap 2 – De rol van de ouders	31
2.5	Stap 3 – Afspraken	33
2.6	Stap 4 – Tijdslijn en levenslijn	34
2.7	Stap 5 – Wijze van schrijven	37
2.8	Houding van de therapeut	38
2.9	Algemene aandachtsgebieden	39
2.10	Algemene verhaalopbouw	41
2.11	Stap 6 – ‘Social sharing’	49
2.12	Stap 7 – Vervolg	51
2.13	Impact van traumaverhalen op de therapeut	52
3	SEKSUEEL MISBRUIK	53
4	VERLIES VAN EEN DIERBARE	73
5	EEN OUDER OF BRUSJE MET PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK	95

6	STRIPVERHALEN MET JONGE KINDEREN	117
7	KINDEREN EN ADOLESCENTEN MET EEN LVB (geschreven in samenwerking met Marloes Wentink)	143
8	UITGESTELDE PTSS	165
9	ONTHULLEN VAN GEHEIMEN	175
10	PRE-VERBAAL TRAUMA	193
	DANKWOORD	207
	LITERATUUR	209
	BIJLAGEN	
	Bijlage 1 Metaforen	217
	Bijlage 2 Kerncognities	220
	Bijlage 3 Psycho-educatie over ADHD en ASS	223
	Bijlage 4 DSM-5: Posttraumatische stressstoornis	231
	OVER DE AUTEURS	238

1 INTRODUCTIE WRITEJUNIOR-SCHRIJFTHERAPIE

1.1 INLEIDING

De gevolgen van traumatische ervaringen voor kinderen

Het meemaken van een traumatische ervaring kan niet alleen op volwassenen maar ook op kinderen een enorme impact hebben. De traumatische ervaring kan bestaan uit een eenmalige gebeurtenis zoals een verkrachting, het overlijden van een dierbare, een ongeluk, een overval, een natuur- of technische ramp of een levensbedreigende medische ingreep. Het kan echter ook gaan over meermalige traumatische ervaringen zoals huiselijk geweld, verwaarlozing, mishandeling, seksueel misbruik, vechtscheiding, pestervaringen, een ingrijpende medische geschiedenis of oorlogservaringen.

Ruim tweederde van de kinderen heeft voor hun 16e jaar minstens één levensbedreigende traumatische ervaring gehad en van deze kinderen maakt ruim eenderde meer dan één traumatische gebeurtenis mee (Copeland e.a., 2007). Uit het TNO-rapport over ingrijpende jeugdervaringen van 11- en 12-jarigen in Nederland (2016) blijkt dat bijna de helft (45,4%) van de kinderen uit de onderzoeksgroep (600 eind-basisschoolleerlingen) aangeeft zo'n ingrijpende jeugdervaring te hebben ervaren. Voor het grootste deel van deze kinderen (23,1%) betreft dat één ingrijpende gebeurtenis, voor bijna een op de negen kinderen zijn dit zelfs drie of meer ingrijpende gebeurtenissen (11,4%).

Kinderen zijn echter veerkrachtig en de meerderheid van de kinderen ontwikkelt geen posttraumatische stressstoornis (PTSS). De verwerking van de ingrijpende gebeurtenis verloopt vaak goed als er voldoende steun is in de omgeving, er voldoende rust wordt genomen en het kind de mogelijkheden heeft om erover te praten en ook zijn normale leven weer op te pakken. Als er na 1 maand nog steeds sprake is van posttraumatische stresskenmerken, dan spreken we van een PTSS. In bijlage 4 worden de DSM-5-criteria beschreven, met aparte criteria voor 0-6-jarigen. Over het algemeen ontwikkelt 16% van de kinderen een PTSS na een ingrijpende gebeurtenis (Alisic e.a., 2014), waarbij deze prevalentie hoger is als er sprake is van het meemaken van meermalige traumatische gebeurtenissen of traumatische gebeurtenissen waarbij de fysieke integriteit wordt aangetast (bijv. bij verkrachting).

Bij het meemaken van een eenmalige traumatische gebeurtenis, zoals een autoongeluk, wordt de kans op het ontwikkelen van een PTSS geschat op 10% (Meiser-Stedman e.a., 2008). Kinderen die meermalige traumatische gebeurtenissen

hebben meegemaakt, zoals gevlucht zijn voor oorlogsgeweld, hebben naar schatting 63% kans op het ontwikkelen van een PTSS (Kinzie e.a., 2006).

Kinderen hebben een grotere kwetsbaarheid dan volwassenen voor het opdoen van ervaringen die als traumatisch beleefd worden en voor de psychologische schade als gevolg daarvan. Kinderen zijn nog in ontwikkeling; dus als een kind door een traumatische ervaring in beslag wordt genomen, komt het niet meer toe aan zijn ontwikkelingstaken. Dat kan leiden tot een ontwikkelingsachterstand op emotioneel, cognitief of sociaal gebied. Verscheidene factoren, zoals ontwikkelingsniveau, aangeboren of aangeleerde veerkracht en beschikbare steun van buitenaf kunnen mede bepalen welke kinderen PTSS ontwikkelen en welke niet (Cohen e.a., 2008).

Kinderen zijn, zeker als ze jong zijn, afhankelijk van volwassenen voor het integreren van hun ervaringen, zowel in cognitieve als in affectieve zin. Deze afhankelijkheid is een gevolg van hun beperktere cognitieve en verbale mogelijkheden. Wanneer zij onvoldoende steun, uitleg en correctie van hun negatieve interpretaties van de situatie krijgen, zijn kinderen dus kwetsbaar voor het opdoen van psychopathologie (Eland e.a., 2000).

In de neurobiologie worden steeds meer aanwijzingen gevonden dat de effecten van chronische stress door kindermishandeling schadelijk kunnen zijn voor de ontwikkeling van het brein. Deze negatieve ervaringen lijken in bepaalde hersenstructuren verschillen in omvang en functie te veroorzaken (Bicanic, 2002). Met name in de eerste 6 levensjaren van een kind vindt er een explosieve hersengroei plaats en zijn hersenen gevoelig voor ingrijpende veranderingen. Een kind dat opgroeit in onveilige leefomstandigheden, zoals bij een mishandelende ouder, heeft te kampen met een voortdurende activering van de stressreacties in de hersenen (Lindauer & Kok, 2017).

Vanuit preventief oogpunt wordt gepleit al snel na de gebeurtenis traumabehandeling in te zetten. Als er (nog) slechts enkele posttraumatische stressklachten zijn, wordt er toch gekozen voor behandeling als de traumatische ervaring ernstig is, aangezien het niet behandelen van de klachten mogelijk funeste gevolgen heeft voor de ontwikkeling van het kind (De Roos, 2004).

Kenmerken/symptomen van PTSS bij kinderen

Men spreekt van PTSS als iemand een of meerdere traumatische gebeurtenissen heeft meegemaakt en er als gevolg daarvan sprake is van de volgende criteria: herbelevingen, vermijding, verhoogde prikkelbaarheid en negatieve veranderingen in cognities en stemming, gedurende langer dan 1 maand (zie ook bijlage 4 DSM-5: posttraumatische stressstoornis).

Een PTSS kan zich bij kinderen anders uiten dan bij volwassenen. In de DSM-5 (APA, 2013) zijn deze specifieke uitingen van kinderen opgenomen en bestaan er voor kinderen van 0-6 jaar aparte criteria. Specifiek voor kinderen is dat er sprake kan zijn van regressieverschijnselen, separatieangst, trauma naspelen of natekenen, schuld- of schaamtegevoelens.

In de DSM-5 heeft een aantal veranderingen plaatsgevonden ten opzichte van de DSM IV-TR. PTSS valt nu onder een nieuwe categorie, namelijk de categorie 'angst- en stressorgerelateerde stoornissen'. Voorheen viel PTSS onder de categorie 'angststoornissen'. Ook is het tweede criterium van de definitie van een traumatische gebeurtenis (angst, hulpeloosheid of afschuw) vervallen. Tot slot is het tweede cluster gesplitst in 'vermijding' en 'negatieve veranderingen in cognities en stemming' en is er meer nadruk komen te liggen op verhoogde prikkelbaarheid. Ook wordt er geen onderscheid meer gemaakt tussen type 1 (eenmalig) en type 2 (meermalig) PTSS, alles valt onder PTSS. Nieuw is het onderscheid tussen PTSS en uitgestelde PTSS (langer dan 6 maanden na de traumatische ervaring) en de toevoeging of er sprake kan zijn van dissociatieve verschijnselen.

In feite zijn PTSS-klachten een normale reactie op een abnormale gebeurtenis. Iedereen die een ingrijpende ervaring meemaakt, heeft last van herbelevingen die afgewisseld worden met vermijdingsreacties, naast een verhoogde prikkelbaarheid. Normaliter worden ingrijpende ervaringen door de afwisseling van de herbeleving en de vermijding vanzelf goed verwerkt. Als echter de PTSS-klachten langer dan 1 maand aanhouden, spreken we van een PTSS. In dat geval is het verwerkingsproces vastgelopen en het traumatisch geheugen blijft daardoor actief.

Herbelevingen/intrusies

Het bovengenoemde traumatisch geheugen dringt zich op in de vorm van herbelevingen aan het trauma, ook wel 'intrusies' genoemd. De intrusies zijn vooral visueel van aard, hoewel slachtoffers ook melden dat hun intrusies bestaan uit andere zintuigmodaliteiten zoals geur, geluiden of somatosensorische ervaringen. Ook melden traumaslachtoffers dat hun intrusies lijken op filmclips of foto's. Het zijn sensorische fragmenten, zonder een coherente betekenisstructuur. Wanneer traumaslachtoffers intrusies/herbelevingen aan het trauma hebben, kan dit zeer angstaanjagend en overweldigend zijn (Ehlers & Clark, 2000; Engelhart e.a., 2011). Het hoeven objectief niet de meest bedreigende of angstigste momenten van het trauma te zijn; het gaat om het beeld dat voor het kind het meest aangrijpend is geweest. Dus bijvoorbeeld niet het moment waarop de vader van het kind zijn moeder vermoordt, maar juist de laatste woorden van zijn moeder voordat ze vermoord werd, als intrusie optreedt.

Bij kinderen en jongeren komen herbelevingen dikwijls vlak voor het slapengaan naar boven, maar ook op school als het stil is in de klas. De herbelevingen komen bij kinderen ook geregeld voor in nachtmerries of ze komen naar boven door een 'trigger'.



Voorbeelden

- Als moeder een suicidepoging heeft gedaan en is opgehaald door de ambulance met gillende sirene, kan het zijn dat het kind bij elke sirene weer moet denken aan die gebeurtenis.
- Als een meisje een bepaalde aftershave ruikt die de persoon die haar verkrachtte gebruikte, kan de geur ervan het beeld van de verkrachting weer oproepen.

Het kan ook iets heel kleins zijn, zoals de nieuwe folder met vuurwerkartikelen die bij het kind op de deurmat valt, waardoor het kind opnieuw voor zich ziet hoe het vluchtte tijdens de vuurwerkcramp.

Kinderen spelen vaak het trauma na in hun spel, mogelijk om controle te krijgen over hun herbelevingen. Dus als een kind heeft meegemaakt dat een van zijn ouders overlijdt, speelt het kind dat de beer doodgaat en wordt begraven. Of als een kind getuige is geweest van huiselijk geweld kan een kind bijvoorbeeld spelen dat twee poppen ruzie maken en elkaar slaan net zoals papa en mama. Ook kunnen kinderen tekeningen maken over de traumatische gebeurtenis, zoals iemand die wegrent uit een brandend huis, als ze een brand hebben meegemaakt, of een mens dat zich heeft opgehangen aan een touw als ze getuige zijn geweest van een suicide.

Vermijding

Herbelevingen zijn indringend en omdat het kind niet wil denken aan die traumatische gebeurtenissen en de bijbehorende gevoelens van angst, hulpeloosheid en afschuw ontstaat vermijdingsgedrag. Vermijding houdt in dat een kind plaatsen, dingen of mensen die hem/haar herinneren aan de traumatische gebeurtenis uit de weg gaat. Een kind wil dan niet meer naar het huis van de oom waarin ze verkracht is, een kind durft niet meer buiten te spelen nadat hij aangereden is op straat enzovoort. Bij kinderen kan deze vermijding de vorm aannemen van een extreme separatieangst. Ze willen constant in de buurt zijn van hun ouders/zorgfiguren, ze worden extreem emotioneel op het moment dat ze gescheiden worden van die zorgfiguren.

Verhoogde prikkelbaarheid

Bij de PTSS komt, naast de herbelevingen en de vermijding, ook verhoogde prikkelbaarheid voor, ook wel ‘arousal’ symptomen genoemd. Bijzonder is dat er zowel sprake kan zijn van te veel voelen (*hyperarousal*) als van ‘niets’ voelen (*emotional numbing*). Er is sprake van een constante verhoogde waakzaamheid: het kind moet als het ware steeds in de gaten houden of er iets gevaarlijks gebeurt of kan gebeuren. Bij kinderen uit zich dat in verschillende symptomen, bijvoorbeeld in- of doorslaapproblemen, prikkelbaarheid, koppigheid, woede-uitbarstingen, eetproblemen, lichamelijke klachten, concentratieproblemen, somberheid en depressieve verschijnselen (Bicanic, 2002). Verder zijn voor kinderen de regressieverschijnselen kenmerkend; ze gaan opeens weer in bed plassen, duimzuigen, durven niet in hun eigen bed te slapen of willen weer uit een flesje drinken.

Negatieve veranderingen in cognities en stemming

Het nieuwe criterium bij de PTSS is ‘negatieve veranderingen in cognities en stemming’, waarbij er meer nadruk is komen te liggen op de negatieve veranderingen met betrekking tot overtuigingen of verwachtingen over zichzelf, anderen of de wereld. Ook is er binnen dit criterium meer aandacht voor vertekende cognities over de oorzaak of gevolgen van de traumatische ervaringen, die kunnen leiden tot gevoelens van schuld en schaamte (zie bijlage 4 DSM-5: posttraumatische stressstoornis).

De rol van cognitieve factoren

Engelhart, Kindt en Arntz (2011) benoemen drie cognitieve factoren die de verwerking van de traumatische gebeurtenis(sen) kunnen belemmeren:

- negatieve opvattingen over herbelevingssymptomen, die leiden tot angst en vermijding van intrusies/herbelevingen, waardoor de verwerking stagneert;
- vervorming van de traumatische gebeurtenis (assimilatie);
- disfunctionele vervorming van bestaande opvattingen (over accommodatie) over zichzelf, andere mensen en de wereld.

Bijna alle slachtoffers hebben vlak na een trauma last van intrusies/herbelevingen, maar mensen blijken nogal te verschillen in de mate waarin ze last hebben van de intrusies. De beleving van de intrusies zou worden bepaald door de interpretatie die traumaslachtoffers geven aan de aanwezigheid van intrusies/herbelevingen (Ehlers & Clark, 2000). Uit onderzoek bleek dat de mate waarin de intrusies catastrofaal/negatief geïnterpreteerd worden (‘Ik word gek’ of

‘Ik ben de controle over mezelf kwijt’), samenhangt met de ervaren spanning tijdens intrusies, vermijdingsgedrag en het voortduren van de PTSS-klachten (Dunmore e.a., 2001). Deze samenhang werd niet bepaald door de ernst van het trauma en ook niet door de ernst van de inhoud van de intrusies. Slachtoffers die intrusies negatief interpreteren, zijn dus meer geneigd deze intrusies onder controle te houden of te vermijden, in tegenstelling tot slachtoffers die intrusies zien als een normaal verschijnsel van herstel. Uit een meta-analyse naar PTSS bij kinderen blijkt dat de neiging om na het meemaken van het trauma, gedachten aan het trauma weg te drukken (of te vermijden) ook de grootste voorspeller is voor het wel of niet ontwikkelen van een PTSS (Tricky, e.a, 2012). Het controleren en wegdrukken van intrusies staan gezonde verwerking in de weg, de betekenis van intrusies blijft daardoor onveranderd. Dit betekent dat niet de aanwezigheid van intrusies, maar de catastrofale interpretatie en vermindering daarvan een voorspeller voor PTSS blijkt te zijn.

De tweede belemmering voor verwerking wordt gevormd door assimilatie. Een voorbeeld van assimilatie is dat de gebeurtenis zo wordt vervormd dat een verkrachting niet als zodanig wordt waargenomen, maar als een seksuele ervaring die het slachtoffer zelf wilde. Deze vervorming kan leiden tot gevoelens van schaamte en schuld.

Tot slot kan door overaccommodatie de verwerking belemmerd worden. Bij overaccommodatie veranderen bestaande opvattingen over zichzelf, andere mensen en de wereld (Engelhart e.a., 2011).

Veelvoorkomende veranderingen in opvattingen over zichzelf:

- ‘Ik ben niet goed genoeg.’
- ‘Ik mag er niet zijn.’
- ‘Ik ben niet de moeite waard.’
- ‘Ik ben een loser.’
- ‘Ik ben dom.’

Veelvoorkomende veranderingen in opvattingen over anderen:

- ‘Mensen zijn niet te vertrouwen.’
- ‘Als mensen aardig doen, willen ze iets (naars) van je.’
- ‘Alle dokters doen je pijn.’
- ‘Iedereen laat je toch in de steek.’
- ‘Alle jongens willen seks.’

Veelvoorkomende negatieve opvatting over de wereld:

- 'De wereld is onveilig.'
- 'De kans op een ongeluk is heel groot.'
- 'De wereld is gevaarlijk.'

Doel van alle PTSS-behandelingen is het verwerken van de traumatische gebeurtenissen, op een dusdanige manier dat deze gebeurtenissen worden opgenomen in de bestaande cognitieve schema's en/of dat nieuwe functionele schema's worden ontwikkeld. Met het verwerken wordt niet alleen de angst voor de traumatische herinneringen minder, maar worden ook de sensorische, gefragmenteerde herinneringen omgezet in een 'betekenisvol, coherent verhaal' (Ehlers & Clark, 2000, Engelhart e.a., 2011).

Er zijn verschillende op evidentie gebaseerde behandelingen voor PTSS bij kinderen, onder andere cognitieve gedragstherapie (bijv. Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie van Cohen e.a., 2008; Imaginaire Exposure van Hendriks e.a., 2017; EMDR in Beer & De Roos, 2013, 2017) en de hier beschreven cognitief-gedragstherapeutische schrijftherapie 'WRITEjunior'.

Cognitief-gedragstherapeutische schrijftherapie WRITEjunior

In de WRITEjunior-schrijftherapie is net zoals bij andere behandelingen psycho-educatie altijd de eerste stap in de behandeling. Daarna volgen cognitieve herstructurering, coping en 'social sharing'.

1.2 THEORETISCHE ACHTERGROND VAN DE WRITEJUNIOR-BEHANDELING EN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Cognitief-gedragstherapeutische schrijftherapie is een effectieve vorm van cognitieve gedragstherapie bij volwassenen met een PTSS. Uit onderzoek bij volwassenen is deze behandeling even effectief gebleken als reguliere cognitieve gedragstherapie (Van Emmerik e.a., 2008). In de onderzochte schrijftherapie wordt de cliënt gevraagd in huiswerkopdrachten de traumatische gebeurtenis op te schrijven. Bij dit schrijven zijn, net als bij de reguliere cognitieve gedragstherapie, het reconstrueren van het trauma en het veranderen van de disfunctionele gedachten de belangrijke elementen. Voordeel van behandelingen met schrijftherapie is dat het eindproduct, het verhaal van het trauma, gedeeld kan worden met belangrijke anderen; dit wordt ook wel 'social sharing' genoemd (Lange e.a., 2001, 2002).

Voor volwassenen is een effectieve schrijftherapie via internet ontwikkeld: Interapy (Lange, 2003). Ook op de lange termijn zijn er positieve effecten van de Interapy bekend (Lange e.a., 2004). Inmiddels is er ook een Interapy-variant voor eenmalig seksueel misbruikte adolescenten, deze bleek effectief in de pilotstudie door De Haas e.a. (2009).

Er zijn verschillende studies gedaan naar de effectiviteit van reguliere cognitieve gedragstherapie bij kinderen met een PTSS (zie Deblinger e.a., 1996; 2004; Cohen e.a., 2000; 2006; Smith e.a., 2007; Yule e.a., 2007; Stein e.a., 2003; Kowalik e.a., 2011; De Roos e.a.; 2011; Vandervord Nixon e.a., 2012; Diehle e.a., 2014). Deze onderzoeken laten zien dat cognitieve gedragstherapie op de korte en op de lange termijn significant effectiever is dan een wachtlijstcontrole, een steunende behandeling of een kindgerichte therapie.

WRITEjunior bevat dezelfde cognitief-gedragstherapeutische elementen als de behandeling voor volwassenen; de behandeling is echter aangepast aan de ontwikkelingsfase van het kind (Lucassen, 2005; Lucassen & Van der Oord, 2012). WRITEjunior is directief en vaak kortdurend.

In een eerste pilotstudie (Van der Oord e.a., 2008 en 2010) bij 23 kinderen met een PTSS bleek dat na behandeling met WRITEjunior de kinderen, die vaak ernstig getraumatiseerd waren, significant verbeterden zowel op het gebied van traumaklachten, depressieve klachten, traumagerelateerde cognities, als op door ouders gerapporteerd probleemgedrag. Ook waren de kinderen en de ouders zeer tevreden over de behandeling en waren er gemiddeld slechts 5 sessies voor nodig. De positieve resultaten bleken bij follow-upmeting 6 maanden later nog steeds aanwezig te zijn.

In een grootschaliger vervolgonderzoek werd WRITEjunior vergeleken met een andere traumabehandeling (EMDR) en een conditie waar niets werd gedaan (een wachtlijst). 103 kinderen die een PTSS hadden naar aanleiding van een eenmalige traumatische gebeurtenis kregen óf EMDR, óf WRITEjunior óf wachten op behandeling. Er werd gekeken naar het effect op de korte en langere termijn, op hun traumaklachten, de traumagerelateerde cognities, de angst- en depressiesymptomen en de emotionele- en gedragsproblemen (De Roos e.a. 2017). De kinderen die werden geloot in de wachtlijst conditie werden na zes weken wachten geloot in óf de EMDR- óf de WRITEjunior-conditie.

Follow-upmetingen vonden plaats na 3 maanden en na 12 maanden na afsluiting van de behandeling. De ouders van de kinderen werden slechts zijdelings betrok-

ken bij de behandelingen. Bij alle kinderen en hun ouders werd een gestructureerd interview afgenomen, de ADIS-C (Anxiety Disorder Interview Schedule) (Silverman & Albano, 1996: Nederlandse vertaling: Siebelink & Treffers, 2001) op alle meetmomenten om te bepalen of de kinderen na behandeling nog voldeden aan de PTSS-diagnose.

Uit de resultaten van het onderzoek bleek dat zowel de WRITEjunior- als de EMDR-behandeling voor grote verbetering zorgde ten opzichte van ‘wachten of niets doen’. Meer dan 70% van de kinderen voldeed niet meer aan de diagnose PTSS na WRITEjunior of EMDR (maar 6% van de wachtlijst voldeed niet meer aan de diagnose). Deze positieve effecten werden ook behouden in de follow-up. Ook op de reductie van traumagerelateerde cognities, angst en depressiesymptomen en gedragsproblemen werden positieve effecten gezien van beide behandelingen op de korte en lange termijn. Kortom: beide behandelingen waren even effectief op de korte en lange termijn, ondanks dat ze kortdurend zijn (4-5 sessies) en ouders slechts zijdelings betrokken waren.

Deze studies samen (de pilotstudie en de vervolgstudie) geven voldoende aanwijzingen voor de effectiviteit van WRITEjunior.

Sinds 2013 is WRITEjunior erkend door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI).

1.3 BEHANDELING

WRITEjunior-schrijftherapie voor getraumatiseerde kinderen van 4-18 jaar

De WRITEjunior-schrijftherapie is een directieve, cognitief-gedragstherapeutische behandeling voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten van 4-18 jaar. De vier veronderstelde werkzame factoren die ten grondslag liggen aan deze behandeling zijn: exposure, cognitieve herstructurering, coping en ‘social sharing’. Met kinderen en jongeren van 8-18 jaar wordt, samen met de therapeut, op de computer gewerkt. Voor kinderen van 4-7 jaar wordt een stripverhaal gemaakt met tekeningen van de kinderen en door de therapeut opgeschreven tekst. Het doel van schrijftherapie is:

- het verwerken van de traumatische ervaringen;
- het veranderen van disfunctionele cognities over zichzelf, anderen en de wereld (cognitieve herstructurering);
- het aanleren van copinggedrag in het heden en voor de toekomst;
- het delen van het verhaal met belangrijke anderen.

Dit protocol geeft de therapeut uitgebreide en gedetailleerde handvatten voor de behandeling. Intervisie en supervisie worden daarnaast wel aanbevolen, omdat de behandeling van getraumatiseerde kinderen en jongeren vaak zwaar kan zijn voor de hulpverlener en ook specifieke kennis en kunde vereist van de behandeling van PTSS bij kinderen.

Het wordt ook met klem aangeraden om de training in het WRITEjunior-protocol te volgen, omdat de behandeling moeilijker is dan op het eerste gezicht lijkt. Op het eerste gezicht kan het protocol een handige checklist lijken die slechts hoeft te worden afgevinkt. Dat is een valkuil. Voorafgaand aan de behandeling moet eerst een rationale met kind en ouders gemaakt worden waar zij zich echt in kunnen vinden en waarop teruggegrepen kan worden tijdens het schrijven. Dit vormt de basis van de behandeling. Dat betekent dat duidelijk wordt: Wat is het trauma? Hoe hangen de PTSS-kenmerken daarmee samen en hoe wordt de behandeling vormgegeven? Naar welk doel wordt toegewerkt?

Tijdens het schrijven van het verhaal wordt vaak gebruikgemaakt van metaforen. Ook hier is het belangrijk dat de therapeut goed aansluit bij het kind door allereerst te vragen of het kind een eigen metafoor heeft. Als dat niet het geval is, kan de therapeut het kind helpen met een metafoor, zoals genoemd in bijlage 1 Metaforen. Valkuil hier is wederom dat het geen afvinklijst is, de metafoor moet door het kind als echt passend gevoeld worden.

Verder leert de ervaring dat de onervaren therapeuten vaak meegaan in de vermindering van kinderen of het niet durven benoemen van de details van de traumatische gebeurtenis, terwijl dit wel belangrijk is voor de behandeling. Ook wordt er bij de behandeling van uitgegaan dat de therapeut beschikt over een gedegen kennis van cognitieve gedragstherapie. Het voeren van een socratische dialoog, het toepassen van technieken zoals de taartpunttechniek, de neerwaartsepijl-techniek of het gebruik van metaforen zijn vaardigheden waar de therapeut over moet beschikken. Daarnaast is het uiteraard nodig dat de therapeut voldoende vaardigheden heeft in het omgaan en aansluiten bij de leefwereld van kinderen en adolescenten.

Informatie over trainingen staat vermeld op de website www.writejunior.nl.

Per soort trauma zullen in dit boek de onderwerpen die aan bod kunnen komen, uiteengezet worden en geïllustreerd worden met voorbeelden.

Daarnaast zullen ook de nieuwe toepassingen van het protocol worden uitgewerkt: bij kinderen met een LVB (licht verstandelijke beperking), bij een pre-verbaal trauma en bij het onthullen van (gezins)geheimen.

1.4 WERKZAME THERAPEUTISCHE FACTOREN

Psycho-educatie, exposure, cognitieve herstructurering, versterken van copingvaardigheden en ‘social sharing’

‘Psycho-educatie’ over PTSS is een eerste veronderstelde werkzame factor in de behandeling (deze factor is bij alle PTSS-behandelingen zeer belangrijk). Door het bespreken van de symptomen en mechanismen van PTSS (vermijding/herbeleving) kunnen sommige van de symptomen al meer in een kader worden geplaatst en ‘genormaliseerd’.

Daarnaast zijn er nog vier veronderstelde werkzame factoren in de WRITE-juniorschrijftherapie: exposure, cognitieve herstructurering, het versterken van de copingvaardigheden en ‘social sharing’. Dit zijn factoren die ook in andere veelgebruikte traumabehandelingen voor kinderen en voor volwassenen terugkomen als mogelijke werkzame factoren (zoals het ‘Opvangmodel’ (Eland e.a., 2000); EMDR (Beer & De Roos, 2013 en 2017); Interapy (Lange e.a., 2001); Trauma focused CBT (Cohen e.a., 2008)).

De bedoeling van de ‘exposure’ is dat er gedetailleerd geschreven wordt over de feiten en de daarbij behorende gedachten en gevoelens. Op die manier vindt blootstelling aan de angst (dus niet meer te vermijden) voor de herbelevingen plaats in een veilige situatie. In therapie komen kinderen uit zichzelf vrij makkelijk met de feiten op de proppen, maar is het voor hen moeilijker om bijbehorende gevoelens en gedachten te uiten, deze vermijden ze liever. Door de exposure vermindert de angst. De therapeut helpt het kind zijn gevoelens en gedachten te verwoorden en deze opnieuw te koppelen aan het verhaal over de traumatische ervaringen (het GGGG-model uit de cognitieve gedragstherapie). Op deze manier wordt het verhaal compleet en kan het een plaats krijgen in het levensverhaal van het kind.

Bij de ‘cognitieve herstructurering’ wordt samen met het kind bekeken op welke manier hij tegen de traumatische ervaringen kan aankijken zodat hij er verder mee kan leven en zich geen machteloos slachtoffer voelt, maar het gevoel van controle over zijn leven terugkrijgt.

Vervolgens worden de ‘copingvaardigheden’ in het hier en nu en voor de toekomst beschreven. Samen met het kind bekijkt de therapeut op welke manier het kind het beste kan omgaan met stresssituaties en met name situaties die het kind herinneren aan de traumatische gebeurtenis(sen). Ook wordt bekeken wel-

ke steunbronnen, meestal in de vorm van volwassenen, zoals ouders, daarbij zo nodig ingezet kunnen worden.

Gedurende de hele behandeling geeft de therapeut tijdens het schrijven ook aanvullende psycho-educatie als dat nodig is; op deze manier wordt het kind geholpen de traumatische ervaringen en de PTSS-symptomen beter in te kaderen.

Tot slot is er, na afloop van het schrijven van het verhaal, aandacht voor *social sharing*. Op dat moment wordt samen met het kind en zijn ouders bepaald wie het verhaal mogen lezen. Degenen die het verhaal mogen lezen geven mondeling en schriftelijk feedback op het verhaal. Op die manier krijgt het kind erkenning voor zijn werk, maar vooral ook erkenning, steun en begrip voor de moeilijke tijd die het heeft doorgemaakt.

1.5 INDICATIES EN CONTRA-INDICATIES

Indicaties

In principe is de WRITEjunior-schrijftherapie geschikt voor alle getraumatiseerde kinderen en adolescenten van 4-18 jaar (en kan het ook gebruikt worden voor jongvolwassenen), zowel als het gaat om een eenmalig trauma als om meermalige trauma.

- Bij een eenmalig trauma is het kind getroffen door een acute, schokkende, eenmalige gebeurtenis. Deze schokkende gebeurtenis is onverwacht, overweldigend en gevaarlijk. Er is een duidelijk te onderscheiden begin en einde. Het kind dat getroffen wordt door een dergelijke gebeurtenis ervaart een heftig gevoel van angst en machteloosheid (Terr, 1991). Voorbeelden zijn: eenmalig seksueel misbruik, een verkeersongeluk, de plotselinge dood van een familielid of ander dierbaar persoon, een natuurramp of een technische ramp.
- Bij meermalig trauma is er sprake van een aaneenschakeling van traumatische gebeurtenissen over een langere tijd. Voorbeelden hiervan zijn: meermalig seksueel misbruik, huiselijk geweld, emotionele verwaarlozing, meerdere verliezen van dierbaren. Een aparte groep binnen de kinderen, die getroffen zijn door meermalig trauma, zijn de kinderen die getraumatiseerd zijn door de problemen die veroorzaakt worden door een psychiatrische stoornis van hun ouder, broer of zus. Om met een traumabehandeling te kunnen beginnen, moet er in principe een einde gekomen zijn aan de traumatische gebeurtenissen. Echter in deze gevallen is de reeks traumatische gebeurtenissen nog niet beëindigd en moet goed bekeken worden of er binnen de ingewikkelde