

Tijdschrift van de Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie

36^e jaargang, nummer 4, 2009

Colofon

Tijdschrift

Kinder- en Jeugdpsychotherapie
verschijnt vier maal per jaar

Redactie

Alex Kolman, voorzitter
Renske Leskes-Kraan
Ramón Lindauer
Francien Posthuma
Chris Roosen
Janine Rutten
Nathalie Schlattmann

Eindredactie

Regine zum Vörde sive Vörding

Secretariaat

Vereniging voor

Kinder- en Jeugdpsychotherapie

Mia Smit-Breitenbach, bureauhoofd
Bezoek- en postadres
Maliebaan 50b, 3581 CS Utrecht
Tel. 030-2965348
Fax. 030-2966549
e-mail: vkjp@hetnet.nl
website: www.vkjp.nl
Gironummer 3158027
Bereikbaar:
ma. t/m do. van 10.00 - 14.30

Redactiesecretariaat

Sabine Weck
Maliebaan 50b
3581 CS Utrecht
e-mail: redactie@vkjp.nl

Losse nummers

te bestellen via www.vkjp.nl of via
het secretariaat van de VKJP (zie boven).

Kopij

dient via e-mail aangeleverd te worden
en verzonden aan het redactiesecretariaat.
Zie voor suggesties de richtlijnen voor auteurs
op de laatste pagina.

Inhoud

Redactioneel	3
Het Middeleeuwse kind van nu <i>Willem Koops</i>	5
Kindertherapie aan de computer – vloek of zegen? <i>Veronika Brezinka</i>	18
Writejunior: digitaal verwerken van traumatische gebeurtenissen <i>Sacha Lucassen & Saskia van der Oord</i>	28
Neurofeedback bij kinderen met ADHD <i>Marinus (Rien) Breteler</i>	41
Boekbespreking Handboek Systeemtherapie (A. Savenije e.a.) <i>Ramón Lindauer</i>	52

Writejunior: digitaal verwerken van traumatische gebeurtenissen

Sacha Lucassen & Saskia van der Oord

Inleiding

Computers zijn een onmisbaar onderdeel van het dagelijks leven van kinderen en adolescenten. 'Ik voel me als een vis op het droge', meldt een jongere wiens computer net gecrasht is. Dit populaire medium kan goed worden ingezet voor het behandelen van kinderen met een posttraumatische stressstoornis (PTSS). In dit artikel bespreken we de door ons ontwikkelde cognitieve gedragstherapeutische schrijftherapie voor de behandeling van PTSS bij kinderen van vier tot achttien jaar: *Writejunior* (Lucassen & Van der Oord, 2008). Deze behandeling onderscheidt zich onder andere van de reguliere cognitieve gedragstherapeutische behandelingen doordat de computer een prominente plaats heeft in de behandeling. De therapeut schrijft samen met het kind het verhaal van het trauma op de computer. Samen reconstrueren ze het verhaal van het trauma en plaatsen het binnen een verhaallijn.

In vergelijking met volwassenen zijn kinderen extra kwetsbaar voor het ontwikkelen van psychopathologie naar aanleiding van traumatische gebeurtenissen. Ze zijn afhankelijk van volwassenen en cognitief, sociaal-emotioneel en qua hersenen nog in ontwikkeling. Ongeveer een kwart van de kinderen die een traumatische gebeurtenissen meemaken, ontwikkelt een PTSS (De Roos, 2004). Effectieve behandelingen zijn dan ook nodig.

Voor volwassenen met PTSS bestaat de meeste evidentie voor cognitieve gedragstherapie en *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR; Richtlijn Angststoornissen: Trimbos-instituut, 2003). Cognitieve gedragstherapie kan zowel *face to face* als in vorm van schrijftherapie plaatsvinden. Voor volwassenen met PTSS is cognitieve gedragstherapie in de vorm van schrijftherapie even effectief als *face to face*-behandeling (Van Emmerik e.a., 2008). Lange en zijn collega's (2003) innoveerden deze behandeling door de computer in te zetten bij het schrijven en het *face to face*-contact overbodig te maken door gebruik te maken van internet.

Onderzoek bij kinderen met PTSS laat zien dat cognitieve gedragstherapie effectiever is dan plaatsing op een wachtlijst, steunende behandeling of kindgerichte therapie (Deblinger e.a., 1996; Cohen e.a., 2004; King e.a., 2000; Smith e.a., 2007; Stein e.a., 2003). Deze cognitieve gedragstherapeutische behandelingen verschillen

echter sterk qua inhoud en lengte. In sommige behandelstudies bevat de cognitieve gedragstherapie bijvoorbeeld ook een module om angst onder controle te krijgen (Cohen e.a., 2004; Deblinger e.a., 1996; King e.a., 2004). Andere behandelstudies maken daarentegen meer gebruik van cognitieve technieken (Smith e.a., 2007).

Verder verschillen de bestaande behandelstudies in welk soort traumatische gebeurtenis de kinderen hebben meegemaakt. De meeste behandelstudies includeren alleen kinderen die een specifieke traumatische ervaring hebben meegemaakt, zoals seksueel misbruik (Cohen e.a., 2004; Deblinger e.a., 1996; King e.a., 2000), geweld (Stein e.a., 2003) of het overlijden van een ouder of dierbare (Cohen e.a., 2006). Eén studie onderzocht kinderen die verschillende soorten traumatische ervaringen hadden meegemaakt. Hier werden echter alleen kinderen onderzocht, die een eenmalige traumatische gebeurtenis hadden meegemaakt (Smith e.a., 2007).

Wij boden de schrijftherapie *Writejunior* aan aan kinderen die PTSS ontwikkelden naar aanleiding van een groot scala aan traumatische ervaringen (zoals kindermishandeling, huiselijk geweld, ongelukken of plotseling verlies van een dierbare). Dit konden zowel eenmalige als multiple traumatische gebeurtenissen zijn. Na een beschrijving van de therapie bespreken we dit artikel een pilot-studie naar de effectiviteit van deze cognitieve gedragstherapeutische schrijftherapie (Van der Oord e.a., 2008; Van der Oord e.a., 2009).

Behandelelementen

De Writejunior-behandeling begint altijd met psycho-educatie over PTSS en uitleg over de behandeling aan de hand van de metafoor van de kist:

'Als je iets heel ergs hebt meegemaakt, noemen we dat een trauma. Zoiets wil je zo snel mogelijk kwijt. Je gooit het daarom zo vlug mogelijk in een kist in je hoofd en probeert vervolgens die kist uit je hoofd te krijgen. Je zult wel hebben gemerkt dat het niet lukt, want het is tenslotte echt gebeurd. Soms lukt het wel om de deksel een tijd op de kist te houden. Dan heb je er niet zo veel last van. Maar vaak gebeurt het ook dat de kist openspringt, bijvoorbeeld als je net in bed ligt. Op zo'n moment voel je je heel naar en dan komen er allerlei gevoelens en plaatjes die je doen denken aan wat er is gebeurd, als een grote golf over je heen. Dat die kist openspringt, komt omdat alles zo rommelig in die kist ligt. Je moest het allemaal snel kwijt dus je had ook geen tijd om het netjes neer te leggen. Omdat het rommelig in de kist ligt, drukt het hard tegen de deksel en als hij opengaat springt de deksel meteen helemaal open. Je moet dan vaak bij wijze van spreken met je billen op de deksel gaan zitten om de kist weer dicht te krijgen.

We zullen in de komende tijd samen voorzichtig de deksel van de kist een stukje opendoen en bekijken wat er in ligt en dat netjes neerleggen. Als het netjes ligt, springt de deksel niet meer zo gauw open en als hij een keer opengaat doordat iets je doet denken aan wat er gebeurd is, dan gaat hij maar een klein stukje open en kan je hem met één hand weer dichtdoen. Je zult merken dat je je dan veel rustiger en prettiger voelt. We gaan het netjes neerleggen door er samen over te schrijven op de computer.'

Daarna vindt de *exposure* plaats; naast de feiten van het trauma worden hierbij ook de bijbehorende gedachten en gevoelens beschreven. Het is belangrijk om daarbij ook het naaste moment of de naaste momenten te beschrijven, zodat de *exposure* optimaal is.

Anna

De tienjarige Anna heeft PTSS ontwikkeld na de moord op haar moeder. Bij de exposure beschrijft zij als naaste moment: 'Ik hoorde het schieten en daarna de klap van de voordeur. Ik rende naar de kamer. Het naaste moment was toen ik mama zo zag liggen in een plas met bloed. Haar lippen waren blauw en ze lag heel stil met haar ogen open. Het rook heel raar en je hoorde alleen de klok in de kamer tikken. Ik schrok heel erg, want het zag er heel eng uit. Ik dacht, dit gaat echt niet goed. Ik voelde me heel bang en ik dacht wat moet ik nou doen? Ik voelde me heel verdrietig want hoe moet het nou als mama er niet meer is, ik hou heel veel van mama. En later werd ik ook heel boos ik dacht welke gek gaat mama doodschieten?'

Vervolgens vindt de cognitieve herstructurering plaats. Doel van deze fase is het kind uit de slachtofferrol te halen en te zorgen dat het kind zodanig tegen de traumatische gebeurtenis aankijkt dat hij zich weer kan gaan richten op zijn ontwikkelingsstaken op cognitief en sociaal-emotioneel gebied.

Anna

'Later dacht ik, ik ben blij dat mama meteen is overleden, daardoor heeft ze geen pijn gehad. Als ze was blijven leven na al die kogels in haar hoofd, was ze niet goed bij haar hoofd geweest, zo had mama nooit verder willen leven, dan was ze meer een soort plant geweest. De dokter heeft alle goede dingen van mama's lijf zoals haar hart en nieren er uitgehaald en bij andere zieke mensen in hun lijf gedaan. Papa zei dat mama dat zo wilde dat had ze op een papier geschreven. Nu leeft mama door in andere mensen, ze heeft die mensen heel blij gemaakt, dat vind ik heel goed. Maar het allerliefste wil ik dat mama weer levend wordt, maar dat gaat niet meer. Eerst voelde het als een steen op mijn maag. Maar nu heb ik er een mooie rode robijn

edelsteen van gemaakt, die wil ik juist voor altijd bewaren in mijn maag. Dan kan niemand er bij en hij is heel mooi. Maar het blijft heel oneerlijk dat mijn mama zo jong is overleden, het is de schuld van die gestoorde buurman, hij is gewoon gek in zijn hoofd. Als ik rechter was zou ik hem zijn hele leven in de gevangenis doen. Ik vind hem een lul, klootzak en alle scheldwoorden bij elkaar. Gelukkig heeft de rechter hem ook een hele lange straf gegeven, de rechter zei ook dat de buurman heel erg gek in zijn hoofd was. Ik blijf gewoon voor altijd kwaad op hem eigen schuld dikke bult.'

Daarna vindt de fase plaats waarin de *coping* centraal staat. In deze fase beschrijft het kind samen met de therapeut hoe het in het heden met het trauma kan omgaan. Om bij het voorbeeld van Anna te blijven: beschreven wordt welke tastbare herinneringen er zijn en hoe ze die kan koesteren, zodat haar moeder ook in haar doorleeft. Ook wordt beschreven waar ze steun kan vinden als ze zich erg verdrietig voelt of haar moeder erg mist. Ten slotte wordt aandacht besteed aan positieve aspecten van het trauma, bijvoorbeeld dat Anna zich realiseert dat ze graag iets van haar leven wil maken, omdat ze denkt dat haar moeder dat belangrijk zou vinden, en dat de familieband sterker is geworden na dit verlies.

Tot slot vindt de *social sharing* plaats. Dit houdt in dat het kind het opgeschreven verhaal laat lezen aan belangrijke volwassenen in zijn omgeving, en op die manier extra erkenning en steun kan ervaren. In het geval van Anna lezen haar oma en haar leerkracht haar verhaal. Ze vertellen haar dat ze ontroerd waren door Anna's openheid over haar gevoelens en dat ze altijd bij hen terecht kan voor steun. Ook schrijven ze daar een stukje over, dat Anna bij haar verhaal bewaart zodat ze het altijd weer kan lezen als ze daar behoefte aan heeft. In de praktijk gebeurt het vaak dat kinderen hun verhaal, of delen daarvan, herlezen op momenten dat ze steun zoeken.

Bij Writejunior wordt net als bij Interapy (Lange e.a., 2003, een cognitief-gedragstherapeutische internetbehandeling van volwassenen met PTSS) gebruikgemaakt van *exposure*, cognitieve herstructurering en *social sharing*. Bij Writejunior wordt nog extra aandacht besteed aan psycho-educatie en copingvaardigheden. Bij Interapy worden schrijfp opdrachten via Internet gegeven, die thuis door de cliënt worden gemaakt. Bij Writejunior zit de therapeut samen met het kind tijdens de zittingen aan de computer en maken zij samen een chronologisch verhaal. Verschil met andere cognitief-gedragstherapeutische behandelingen voor kinderen met PTSS (o.a. traumagerichte cognitieve gedragstherapie [TG-CGT]; Cohen e.a., 2008) is dat in TG-CGT andere behandel-elementen zoals relaxatie gebruikt worden en in Writejunior niet. Verder bevat TG-CGT weliswaar een behandelmodule waarin het traumaverhaal gereconstrueerd wordt (voornamelijk bij

exposure). Dat kan zijn door middel van schrijven, al dan niet op de computer, of door het maken van tekeningen of andere expressieve methoden, maar bij Writejunior wordt *altijd* en gedurende de hele behandeling gebruikgemaakt van een op de computer geschreven traumaverhaal. In dit verhaal worden alle elementen van de behandeling (*exposure*, cognitieve herstructurering en *social sharing*) geïntegreerd.

Het verloop van de behandeling

Voorafgaand aan de behandeling vindt altijd een intake plaats met ouders en kind. Tijdens de intake wordt het trauma in grote lijnen gereconstrueerd en worden de PTSS-klachten geïnventariseerd. Ook wordt de steun in de omgeving (ouders, familie, vrienden en school) in kaart gebracht. Er is altijd een gezamenlijk gesprek met ouders en kind, en afhankelijk van de leeftijd en het soort trauma wordt er ook een apart gesprek met ouders en kind gevoerd. Er worden vragenlijsten afgenomen over de traumaklachten en eventuele comorbiditeit (bijvoorbeeld: de Schokverwerkingslijst: Eland & Kleber, 1996; Child Behavior Check List: Verhulst e.a., 1996). Naar aanleiding van de informatie uit de intake en de vragenlijsten wordt geïnventariseerd of het kind voldoende veilig is en of er nog andere stappen (zoals juridische of medische) stappen nodig zijn. Als er bijvoorbeeld sprake is van seksueel misbruik en ouders willen aangifte doen, dan kan beter eerst de aangifte plaatsvinden voordat de behandeling start; dan staat men juridisch sterker. En stel dat oom Piet de dader van het misbruik is, dan moet er voor gezorgd worden dat het kind niet op familiefeesten plotseling met hem wordt geconfronteerd – dat zou heel onveilig zijn.

De noodzakelijke voorwaarden om te kunnen starten met de Writejunior-behandeling zijn: 1) voldoende veiligheid, stabiliteit en steun in de omgeving, 2) PTSS-klachten van het kind staan op de voorgrond en de eventuele comorbiditeit interfereert daar niet hinderlijk mee, en 3) alle nodige juridische en medische stappen zijn ondernomen. Als aan deze voorwaarden is voldaan kan de behandeling starten.

De behandeling bestaat uit zeven stappen. De eerste stap is psycho-educatie over de behandeling en over PTSS. Doel hiervan is de betrokkenheid bij en motivatie voor de behandeling te vergroten, hoop geven op verbetering en transparant te zijn (ouders en kinderen begrijpen heel goed wat de stappen in de behandeling zijn en wat ze inhouden). Bij deze uitleg wordt gebruikgemaakt van de metafoor van de kist die opgeruimd wordt.

De tweede stap is het betrekken van de ouders bij de behandeling. Bij Writejunior worden ouders altijd betrokken. Er bestaan individuele behandelingen (Deblinger e.a., 1996) of groepsbehandelingen (March e.a., 1998; Stein e.a., 2003) waarbij de

ouders niet betrokken worden en er voldoende resultaten worden geboekt bij het verminderen van de PTSS-klachten. Onderzoek naar de specifieke rol van ouders in de behandeling wijst echter uit dat ouders daadwerkelijk kunnen bijdragen aan het verminderen van de depressieve, externaliserende gedragsymptomen van kinderen en angst voor misbruik (Deblinger e.a., 1996; King e.a., 2000). Ouders kunnen door hun steun, hun doeltreffende opvoeding en hun goede communicatie bijdragen aan blijvend herstel bij kinderen met PTSS.

Bij Writejunior worden de ouders van kinderen die ouder zijn dan zes jaar meestal betrokken door middel van een aparte ouderbegeleiding (lieftst door dezelfde therapeut). Uitzonderingen worden bijvoorbeeld gemaakt als ouders en kind een te symbiotische band hebben en daardoor niet gescheiden kunnen worden. Ook kan er sprake zijn van een nevendoeel van de behandeling waarin de stagnerende communicatie over het trauma tussen ouders en kind vlotgetrokken moet worden door middel van systemische interventies. Of ouders zijn nodig als informanten over het trauma aangezien het al langer geleden plaatsvond. In al deze gevallen wordt de behandeling met ouders en kind tegelijk uitgevoerd.

Bij kinderen onder de zes jaar wordt altijd een van de ouders of verzorgers bij de behandeling betrokken. Hij of zij geeft het kind steun en helpt de therapeut aan ontbrekende informatie. De ouders of verzorger fungeert dan als co-therapeut. Belangrijk is wel dat het kind zich voldoende veilig voelt om zijn verhaal te vertellen in het bijzijn van deze ouder of verzorger.

De derde stap houdt in dat er afspraken worden gemaakt over het verloop van de behandeling. Deze afspraken zijn: het verhaal wordt altijd afgemaakt, het kind bepaalt of een door de therapeut aangeboden zin goed of fout is, scheldwoorden mogen als ze passen in het verhaal, het kind kan altijd stoppen tijdens het schrijven als hij dat wil, en het kind weet dat het na afloop van een behandelsessie extra herbelevingen of nachtmerries kan krijgen.

Tijdens de vierde stap wordt een levenslijn annex spieklíjstje gemaakt waarin alle gebeurtenissen worden neergezet die een plaats moeten krijgen in het verhaal. In het voorbeeld van Anna zijn dit bijvoorbeeld: hoe ouders elkaar hebben leren kennen, de geboorte van Anna, de leuke herinneringen aan moeder, de moord op moeder, de begrafenis, de reacties van anderen op het overlijden, de dader, de rol van de rechter. Zo'n levenslijn geeft duidelijkheid en maakt het schrijfwerk overzichtelijk. In de praktijk vinken kinderen aan het eind van de zitting vaak de gebeurtenissen af die dan beschreven zijn: klaar. Overigens mogen gaande weg altijd nog extra items worden toegevoegd als dat waardevol is.

In de vijfde stap wordt daadwerkelijk begonnen met het schrijven van het verhaal. Er wordt een titel bedacht en een inleiding gemaakt. In de inleiding staan de wetenswaardigheden over de schrijver (bijvoorbeeld naam, leeftijd, gezins-

samenstelling en de meegemaakte traumatische ervaring) en de reden waarom hij het verhaal schrijft. Daarna volgen de eerder genoemde elementen van de behandeling: *exposure*, cognitieve herstructurering en *coping*. Deze elementen worden samen met het kind opgeschreven. Iedere zitting begint met de inventarisatie van de huidige PTSS-klachten en eventuele belangrijke recente gebeurtenissen, vervolgens wordt de laatste pagina van het geschreven verhaal herlezen, en dan wordt er weer verder geschreven.

Gedurende de zesde stap vindt de *social sharing* plaats. Het kind laat zijn verhaal dan aan belangrijke volwassenen in zijn omgeving lezen en zij geven mondeling en liefst ook schriftelijk commentaar. De laatste, zevende, stap is de *follow-up* waarin het resultaat van de behandeling geëvalueerd wordt en geïnventariseerd wordt of er nog aanvullende behandeling nodig is.

Gebruik van de computer

Bij Writejunior wordt gedurende de hele behandeling gebruikgemaakt van de computer. Een computer is een onmisbaar deel van het dagelijks leven van een kind; ze beleven er plezier aan en het is vertrouwd. Veel kinderen melden dat ze, ondanks het emotioneel zware werk dat ze hebben moeten verrichten, de therapie *an sich* als heel prettig ervaren hebben, zowel door het gebruik van de computer als door het afnemen van hun PTSS-klachten.

Daarnaast zijn er andere voordelen aan het gebruik van de computer. Er kan bijvoorbeeld altijd nog informatie aan het verhaal worden toegevoegd. Het kan zo zijn dat een kind pas tijdens latere therapiesessies informatie durft prijs te geven over bijvoorbeeld seksueel misbruik. Verder hoeven kinderen aan de computer weinig tot geen oogcontact te maken als ze over moeilijke of nare momenten moeten schrijven. Vooral bij thema's die schaamte oproepen, zoals seksueel misbruik, kan dit prettig zijn. Ze duiken dan als het ware met hun hele hoofd in de computer, terwijl ze dapper verder schrijven.

Ook zorgt de computer ervoor dat het eindproduct een heel mooi en leesbaar geheel wordt; dat eruit ziet als een boek. Veel kinderen knutselen, al dan niet op de computer (gescande foto's etc.) een mooie voorkant voor hun verhaal. In de praktijk blijkt het leesbare document niet alleen heel geschikt voor de bovengenoemde *social sharing*, maar ook voor het kind zelf. Veel kinderen lezen hun verhaal geregeld opnieuw. Dit kan zijn om de herinnering van een overledene te koesteren, maar ook om de beschreven copingmechanismen als het gaat om seksueel misbruik of psychiatrische problematiek van een ouder, voor zichzelf weer even helder neer te zetten. Tot slot is het schrijven zelf voor de kinderen een goede techniek om te gebruiken als ze in de toekomst andere nare, al dan niet traumatische ervaringen

meemaken. Veel kinderen melden dat ze sinds de behandeling het schrijven vaker toepassen; dat kan overigens ook voor het vastleggen van de leuke of fijne dingen.

Ook voor de therapeut biedt het gebruik van de computer voordelen. De therapeut vindt de behandeling vaak minder belastend dan reguliere CGT, door de duidelijke structuur van de behandeling en de digitale verwerking. De supervisie kan vlot en goed op maat gegeven worden door het concrete bestaan van een digitale versie van het verhaal, de supervisie kan zelfs via e-mail gegeven worden. Het is van belang dat de therapeut een gedragstherapeutische achtergrond heeft en enige kennis van traumabehandeling. Er bestaat de mogelijkheid om een driedaagse training te krijgen in het hanteren van het protocol. Dit is zeker aan te raden voor therapeuten die nog onvoldoende ervaring hebben in traumabehandeling (www.writejunior.nl).

Effectonderzoek

Tussen 2006 en 2008 hebben we onderzoek gedaan naar de effectiviteit en bruikbaarheid van Writejunior in de klinische praktijk van GGZ Dijk en Duin (nu Lucertis Kinder- en Jeugdpsychiatrie, locaties Zaandam & Beverwijk).

Drieëntwintig kinderen, met een gemiddelde leeftijd van ruim elf jaar namen deel aan het onderzoek; zes jongens en zeventien meisjes. Ze hadden verschillende traumatische ervaringen meegemaakt. Dertien kinderen waren het slachtoffer van een eenmalig trauma (type I), tien kinderen van herhaalde of langdurige trauma's (type II). Ongeveer driekwart van de kinderen had de Nederlandse nationaliteit, ongeveer een derde van de kinderen had een andere nationaliteit. De helft van de moeders had een gemiddeld opleidingsniveau, een kwart een hoog en een zesde deel een laag opleidingsniveau, de rest was onbekend. Van de vaders had een derde een laag en een derde een gemiddeld opleidingsniveau, een zesde deel had een hoog opleidingsniveau en de rest was onbekend.

De kinderen hadden gemiddeld ruim 27 maanden last van PTSS-symptomen, waarbij de minimale duur van de symptomen een maand was, en de maximale duur 96 maanden. Er waren veel kinderen met comorbiditeit, zestien (69,6%) kinderen hadden ten minste één andere angststoornis dan PTSS: acht (34,7%) een sociale fobie, zeven (30,3%) een generaliseerde angststoornis, negen (39,1%) een specifieke fobie, acht (34,8%) een separatieangststoornis. Drie (12,9%) kinderen hadden een pervasieve ontwikkelingsstoornis (PDD-NOS), een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD), of een oppositioneel opstandige stoornis (ODD). Negen (39,1%) ouders gaven aan een psychiatrische stoornis te hebben (verslaving, PTSS, paniekstoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis of depressie) en daarvoor in behandeling te zijn (geweest).

Drie kinderen maakten de behandeling niet af vanwege uiteenlopende redenen. Deze kinderen hadden al ernstige gedrags- en emotionele problemen en verkeerden in onstabiele thuissituaties voordat de behandeling was gestart.

Het ervaringsniveau van de therapeuten verschilde. De meeste therapeuten hadden jarenlange ervaring in cognitieve gedragstherapie, maar ook minder ervaren therapeuten gaven de behandeling. Alle therapeuten waren van te voren uitgebreid getraind door de auteurs van het Writejunior-protocol. Na elke sessie scoorde de therapeut welke elementen van de behandeling (psycho-educatie, *exposure*, cognitieve herstructurering en *social sharing*) werden gebruikt in de zitting en mailde hij het geschrevene naar de supervisor. Deze gaf feedback via de mail. Ook kregen de therapeuten tweewekelijkse *face to face*-supervisie. Op die manier werd er op toegezien dat de therapeuten alle belangrijke elementen van het protocol hanteerden.

De twintig kinderen die de behandeling afmaakten, hadden verschillende soorten trauma's meegemaakt: plotseling overlijden of verdwijnen van een ouder of broer, eenmalig of herhaald seksueel misbruik, ernstig en langdurig huiselijk geweld en emotionele mishandeling, langdurig pesten en herhaalde fysieke en emotionele mishandeling door leeftijdgenoten, getuige zijn van een dodelijk ongeluk. Uit de onderzoeksresultaten (eerder gepubliceerd in Van der Oord e.a., 2008; 2009) bleek dat er een significante afname was op alle uitkomstmaten (trauma- en depressie symptomen, internaliserend en externaliserend gedrag en traumagerelateerde cognities) tussen voor- en nameting. Daarnaast bleven deze positieve effecten aanhouden tot de zes maanden *follow up*-meting. Het gemiddelde aantal behandel-sessies van Writejunior was 5,5. Ook waren de kinderen en ouders over het algemeen genomen tevreden over de behandeling.

Conclusie

Writejunior is een effectieve cognitieve gedragstherapeutische behandeling voor kinderen van acht tot achttien jaar met PTSS. Uit de pilotstudie bleek dat Writejunior de PTSS-symptomen helpt verminderen, evenals traumagerelateerde cognities, depressieve symptomen en diverse internaliserende en externaliserende gedragsproblemen. De effecten bleven stabiel tot de zes maanden na afloop van de behandeling. Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek dient de verdere effectiviteit nog aan te tonen.

De behandeling heeft veel voordelen ten opzichte van de bestaande cognitieve gedragstherapeutische behandelingen. Allereerst is het werken met de computer een methode die kinderen aanspreekt en motiverend lijkt te werken. De behandeling past in het digitale tijdperk. Het lijkt voor kinderen gemakkelijker om de meest bedreigende herinneringen aan het trauma op de computer op te schrijven in plaats

van te vertellen. Het tweede voordeel is dat de gehele behandeling vanaf de eerste tot de laatste sessie op schrift staat, dit vergemakkelijkt de *social sharing*. Ook geeft het kinderen houvast doordat ze het proces van de behandeling kunnen herlezen in tijden dat ze daar behoefte aan hebben. In de praktijk wordt hier vaak gebruik van gemaakt. Bij andere traumagerichte cognitief-gedragstherapeutische behandelingen staat slechts een deel van de behandeling op schrift. Ten derde is de huidige behandeling met Writejunior relatief kort vergeleken met andere cognitief-gedrags-therapeutische behandelingen van kinderen met PTSS. Eerder onderzochte cognitief-gedragstherapeutische behandelingen twaalf zittingen (Smith e.a., 2010) tien tot twaalf zittingen (Cohen e.a., 2006) of zelfs achttien zittingen (March e.a., 1998), terwijl Writejunior een gemiddelde behandelduur van slechts 5,5 sessies kent. Een mogelijke verklaring voor de kortere duur is de nadrukkelijke focus op een aantal essentiële onderdelen van cognitief-gedragstherapeutische behandeling van PTSS (*exposure*, cognitieve herstructurering, *social sharing*), die gunstig afsteekt bij andere therapeutische technieken waarvan de meerwaarde niet vaststaat (zoals ontspanningsoefeningen; Bisson e.a., 2007), maar die wel onderdeel zijn van andere cognitief-gedragstherapeutische protocollen (King e.a., 2000; Cohen e.a., 2004; 2006).

Onze studie werd, in tegenstelling tot veel andere effectstudies, uitgevoerd in een reguliere klinische setting. Deelnemende kinderen waren het slachtoffer van diverse typen eenmalige en herhaalde of langdurige trauma's en hadden vaak een allochtone achtergrond (30,0%) of een ouder die kampte met psychiatrische problematiek (39,1%). Deze factoren dragen bij aan de representativiteit van de huidige deelnemers voor de jeugdige cliënten en hun problematiek in de klinische praktijk en aan de generaliseerbaarheid van de resultaten. Een beperking van onze studie is het ontbreken van een controleconditie. Binnenkort wordt echter gestart met een gerandomiseerde gecontroleerde studie, waarbij Writejunior, EMDR en een wachtlijstconditie vergeleken worden.

Een vierde voordeel van Writejunior is dat het relatief eenvoudig is om hulpverleners te trainen en te superviseren in deze behandeling. De schrijftherapie leent zich gemakkelijk voor gedetailleerde feedback, bijvoorbeeld via e-mail. Ook melden therapeuten dat ze de behandeling minder belastend vinden dan de reguliere behandelingen, omdat hij kortdurend is en omdat kinderen en ouders erg betrokken zijn tijdens de behandeling.

Kortom, de eerste studie naar de effectiviteit van Writejunior laat veelbelovende resultaten zien en rechtvaardigt verder gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek. Het digitaal verwerken van traumatische herinneringen is dus wel degelijk een goede optie; door het gebruik van de computer voelen de kinderen zich 'als een vis in het water'.

Samenvatting

De computer is voor kinderen en jongeren een populair medium en kan volgens de auteurs heel goed worden ingezet bij de behandeling van getraumatiseerde kinderen. De auteurs hebben een nieuwe cognitief-gedragstherapeutische behandeling ontwikkeld, genaamd Writejunior. Gedurende de gehele behandeling wordt gebruik gemaakt van de computer. In dit artikel beschrijven zij de meerwaarde van de computer, de werkzame elementen van de behandeling en de eerste veelbelovende onderzoeksresultaten naar de effectiviteit van de behandeling.

*Mw drs S. Lucassen, GZ-psycholoog/groepspsychotherapeut, is werkzaam bij UvA-Virenze Academisch Behandelcentrum voor Ouder en Kind te Amsterdam.
slucassen@uva-virenze.nl*

mw dr S. van der Oord is psycholoog, gedragstherapeut en universitair docent, werkzaam bij de afdeling Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam en bij UvA-Virenze Academisch Behandelcentrum voor Ouder en Kind te Amsterdam. s.vanderoord@uva.nl

Literatuur

- Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *190*, 97-104.
- Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A.P., & Steer, R.A. (2004). A multisite randomized controlled trial for children with sexual abuse related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*, 393-402.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2008). *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten met de methode traumagerichte cognitieve gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Staron, V.R. (2006). A pilot study of modified cognitive-behavioural therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*, 1465-1473.
- Deblinger, E., Lippman, J., & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, *1*, 310-321.
- Eland, J., & Kleber, R.J. (1996). *Schokverwerkingslijst voor (jonge) kinderen*. (SVL) Utrecht: Instituut voor Psychotrauma.

- Emmerik, A.A.P. van, Kamphuis, J.H., & Emmelkamp, P.M.G. (2008). Treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder with cognitive behavioural therapy or structured writing therapy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy & Psychosomatics*, *77*, 93-100.
- King, N.J., Tonge, B.J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., Martin, R., & Ollendick, T.H. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 1347-1355.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., Ven, J-P. van de, Schrieken, S., & Emmelkamp, P.M.G. (2003). INTERAPY. A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *71*, 901-909.
- Lucassen, S., & Oord, S. van der (2008). *WRITEjunior; protocol schrijftherapie voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten van 4-18 jaar*. Amsterdam: SWP.
- March, J.S., Amaya-Jackson, L., Murray, M.C., & Schulte, A. (1998). Cognitive-behavioural psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*, 585-593.
- Oord, S. van der, Lucassen, S.J.M., Emmerik, A.A.P. van, & Emmelkamp, P.M.G. (2008). Cognitief gedragstherapeutische schrijftherapie bij kinderen met een posttraumatische stressstoornis. Resultaten van een ongecontroleerde behandelstudie. *Kind en Adolescent Praktijk*, *4*, 166-172.
- Oord, S. van der, Lucassen, S., Emmerik, A.A.P. van, & Emmelkamp, P.M.G. (In Press). Treatment of PTSD in children using cognitive behavioral writing therapy: An open trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- Roos, C.J.A.M. de (2004). Lezing bij de opening van het Psychotraumacentrum van de Rijngesest Groep te Leiden op 11 oktober 2004.
- Smith, P., Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dalgleish, T., & Clark, D. (2007). A randomized controlled trial of individual cognitive behaviour therapy for PTSD in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*, 1051-1061.
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., & Clark, D.M. (2010). *Post traumatic stress disorder cognitive therapy with children and young people*. New York: Routledge.
- Stein, B.D., Jaycox, L.H., Kataoka, S.H., Wong, M., Tu, W., Elliot, M.N., & Fink, A. (2003). A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, *290*, 603-611.

Trimbos-instituut (2003). *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Verhulst, F.C., Ende, J. van der, & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Erasmus MC/Sophia.