

Sacha Lucassen: ‘Schrijven geeft een extra dimensie aan therapie.’

Sacha Lucassen heeft op basis van twintig jaar praktijkervaring een behandelprotocol ontwikkeld voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten: *WRITEjunior*. Aan *PsychoPraktijk* vertelt ze hoe deze schrijftherapie werkt en hoe ze samen met dr. Saskia van Oord op het idee kwam.

door Carlie van Tongeren

Er bestaan meer therapieën waarin geschreven wordt. Waarin verschilt WRITEjunior dat je samen met dr. Saskia van Oord ontwikkelde?

‘De werkzame elementen zijn: exposure, cognitieve herstructurering, coping en social sharing (zie casus kader 2). Een belangrijk verschil is dat wij het hele verhaal chronologisch beschrijven en direct doorvragen naar gevoelens en gedachten. Kinderen vertellen vaak heel feitelijk: “En toen greep hij me bij de keel en toen viel ik op de grond en toen...” Maar dan stop je en vraag je: “Wat voelde je? Wat dacht je?” Je stimuleert ter plekke de exposure. Vervolgens kunnen kinderen het op een goede manier rangschikken in hun hoofd. Aan de hand van cognitieve herstructurering zorg je dat kinderen anders tegen de traumatische gebeurtenis aan kijken. Als de dood van mijn moeder als een blok op mijn maag ligt,

dan maken we daar in het verhaal een edelsteen van waar ik blij mee ben. Een belangrijk onderdeel is het beschrijven van copingmechanismen: hoe reageer ik als ik de jongen die mij verkracht heeft tegenkom? Hierin is veel aandacht voor psycho-educatie. Je normaliseert het gedrag: PTSS is een normale reactie op een abnormale gebeurtenis. Je kunt vragen en angsten wegnemen: word ik ook manisch-depressief zoals mijn moeder? Daardoor zijn de verhalen die wij maken veel uitgebreider. Wat ook anders is: je werkt letterlijk samen achter de computer. Dat is voor de hulpverlener minder belastend en ook kinderen vinden het prettig. De computer is onderdeel van hun dagelijks leven en ze kunnen zich volledig op het scherm focussen zonder oogcontact met je te maken. Met name seksueel misbruikte pubers vinden dat fijn. Ten slotte laat het kind het verhaal aan anderen lezen (social

sharing). Daar zitten wel beperkingen aan. Andere kinderen mogen het niet lezen, alleen volwassenen in de omgeving die goed te vertrouwen zijn. Pubers mogen zelf kiezen; soms willen ze niet dat iemand het leest of niet het hele verhaal. In dat laatste geval maken we een samenvatting. Het voordeel dat je het aan anderen laat lezen is dat je het niet hoeft te vertellen, maar wel steun en erkenning krijgt. Ook krijg ik vaak terug dat kinderen het prettig vinden dat ze hun eigen verhaal na afloop kunnen nalezen. Volwassen cliënten schrijven vaak niet tijdens therapie, maar krijgen schrijfp opdrachten mee naar huis. Voor kinderen is dat te moeilijk.’

In deze rubriek vertelt iemand uit de GGZ of de academische wereld over zijn of haar ervaringen. Carlie van Tongeren is journaliste (carlievantongeren@gmail.com).



Zijn er ook contra-indicaties voor deze therapie?

'In principe is de therapie geschikt voor alle kinderen met PTSS. Kinderen met type 1 trauma (een eenmalige gebeurtenis) hebben gemiddeld drie tot vijf sessies nodig en kinderen met type 2 trauma (een aaneenschakeling van traumatische gebeurtenissen) vijf tot tien. Tijdens de intake kijken we naar een aantal contra-indicaties. In een huiselijk geweldsituatie waarin het kind feitelijk nog gevaar loopt, moet je niet gaan moreren aan het overlevingsmechanisme, maar eerst zorgen dat het kind veilig is. Voor KOPP-kinderen –bij wie er tussendoor allerlei nare dingen gebeuren– hebben we een aparte variant gemaakt

die gemiddeld langer duurt dan tien sessies. Ook als een cliënt nog juridische of medische actie wil ondernemen, kun je beter wachten met behandeling. Vroeger vond ik deze therapievorm niet geschikt bij een IQ lager dan 80, maar daar ben ik van teruggekomen. Waarvoor? Ik behandelde een meisje met een laag IQ, dat lang seksueel misbruikt was door haar stiefvader. Een vraag die ik bij misbruik altijd stel is: welk scheldwoord past bij hem? Dat meisje noemde hem 'pornokabouter'. Dat vond ik het mooiste scheldwoord dat ik ooit had gehoord. Als je van iemand een kabouter maakt, dan betekent dat eigenlijk dat je boven hem staat. Zo haalde ze zichzelf uit de slachtofferrol, en dat is een van de din-

gen die je bij verwerking van misbruik wilt bewerkstelligen. Je kunt bij een laag IQ het simpelere protocol voor jongere kinderen gebruiken en je beperken tot de basisemoties: blij, boos, bang en bedroefd.'

De therapie is geschikt voor kinderen vanaf vier jaar. Hoe leg je hun uit wat er gaat gebeuren?

'Daarvoor gebruiken we een metafoor: een kist. Als je iets naars hebt meegeemaakt, dan wil je het kwijt en stop je het in een kist. Hup, deksel erop. Dat is hartstikke goed bedacht van je, want je moest het snel kwijt om andere dingen te kunnen doen. Maar het ligt nu wel rommelig in de kist, en als het stil is in de klas of als je 's avonds in bed ligt, dan kan die deksel weer helemaal opengaan. Je moet er met je billen op gaan zitten om de kist weer dicht te krijgen. Het is fijner als we het netjes neerleggen. Ook dan gaat de kist nog af en toe open, maar dan maar een heel klein stukje en kun je 'm gewoon met je hand weer dichtdoen.'

Hoe kwam je op het idee voor dit behandelprotocol?

'Dat begon zo'n twintig jaar geleden vorm te krijgen. In andere landen zie je sinds die tijd soortgelijke stromingen ontstaan. Dat komt omdat de post-traumatische stressstoornis vrij laat in de DSM is gekomen, voor kinderen

1 Wie is Sacha Lucassen?

Drs. S. Lucassen (1958) is als teamleider, gedragstherapeut en GZ-psycholoog werkzaam bij UvA Minds (Academisch Behandelcentrum voor Ouder en Kind). Na haar afstudeerrichting ontwikkelingspsychologie aan de Universiteit van Amsterdam heeft ze meer dan twintig jaar gewerkt op diverse jeugdafdelingen van ambulante GGZ-instellingen. Vanuit haar praktijkervaring met het behandelen van getraumatiseerde kinderen en adolescenten heeft ze het behandelprotocol WRITEjunior (2008, 2011) ontwikkeld en wetenschappelijk onderzocht, in samenwerking met dr. Saskia van Oord (www.writejunior.nl). Naast haar werk bij UvA Minds verzorgt Lucassen trainingen voor het gebruik van deze schrijftherapie en colleges aan de Universiteit van Amsterdam en postacademisch onderwijs. Ze is als redacteur verbonden aan het tijdschrift *Kind en Adolescent Praktijk*.

pas in 1987. Destijds werkte ik in een tweedelijns GGZ-adolescententeam in Rotterdam, waar we met vier personen alle aangemelde seksueel misbruikte meisjes behandelden. Op een gegeven moment werd de ene na de andere collega langdurig ziek en kreeg ik al die meisjes in mijn behandelkamer. Van 9 tot 5 alleen maar seksueel misbruik behandelen is behoorlijk zwaar. Ik dacht: straks krijg ik ook nog een burn-out... Als copingmechanisme moest ik een efficiëntere methode bedenken, een manier die niet zo hard bij jezelf binnenkomt. Ik begon het trauma met de kinderen op te schrijven –toen nog zonder computer. Door henzelf meer aan het werk te laten gaan, maak je het voor jezelf als behandelaar lichter. Ook doordat er een hele duidelijke weg is: we beginnen hier en we eindigen daar. Toen ik merkte dat het werkte, ben ik het verder gaan uitdenken en heb ik een raamwerk per trauma geformuleerd. Op aanraden van een toenmalig collega schreef ik er een artikel over voor *Kind en Adolescent Praktijk*, waarna ik Saskia van Oord tegenkwam. Zij vroeg of ik het samen met haar wetenschappelijk wilde

onderzoeken. Ja, dacht ik, leuk. En dat heeft in 2008, dankzij subsidie van onder meer *Kinderpostzegels*, geresulteerd in een behandelprotocol en dvd.'

Wat kwam er uit dat wetenschappelijke onderzoek?

'Het was een pilotstudie onder 23 kinderen; een 'Riagg-populatie' met veel comorbiditeit en ouders met psychische problematiek. We vonden na een gemiddeld aantal van vijf sessies een significante verbetering op alle drie de vragenlijsten: PTSS, depressieve gevoelens en cognities (over jezelf, anderen en de wereld). Ook ouders rapporteerden na afloop geen probleemgedrag meer. In de follow-up na een halfjaar was het positieve effect nog steeds aanwezig. Momenteel zijn we bezig met een gerandomiseerd control design, het 'echte' onderzoek. We maken een vergelijking tussen wachtlijstconditie, EMDR en WRITEjunior bij kinderen met type 1 trauma. De resultaten daarvan laten nog een tijdje op zich wachten; we moeten een voor-en nameting doen en follow-ups na drie, zes en twaalf maanden. Het is niet zozeer bedoeld als wedstrijdje 'wiens

therapie is de beste'. Waar het om gaat, is uitvinden welke therapie het beste past bij welk trauma en bij welk kind. Zodat je beter kunt indiceren; nu doe je dat meer op gevoel.'

Op welke manier worden ouders betrokken bij de therapie van hun kind?

'Dat is afhankelijk van het trauma en de leeftijd. Bij kinderen tussen vier en acht jaar doe ik de therapie altijd samen met de ouder(s); de ouder is dan echt co-therapeut. Dat heb je ook nodig, want bij kleine kinderen is het tijdsbesef er nog niet. Bij kinderen vanaf acht jaar is de therapie in principe zonder ouders, al zijn ze soms aanwezig bij het eerste gedeelte waarin we de leuke herinneringen beschrijven. Dat is altijd een mooi begin, ook al is de situatie daarna vreselijk uit de hand gelopen. Ouderbegeleiding is onderdeel van het protocol. De frequentie bepaal je samen met de ouders. Juridisch gezien mag je als puber bij ons komen zonder dat je ouders het weten, maar dat heb ik liever niet.'

Waarom niet?

'Ik ben heel erg tegen geheimen. Dat is een andere manier waarop ik dit protocol toepas: bij het onthullen van geheimen. Bij heftige dingen als moord of suïcide willen ouders hun kind liever ontzien, want "het is nog zo jong". Dan zeg ik: ja, maar kinderen komen er toch wel achter. Meestal op een nare ma-

'Goede exposure blijkt voor veel hulpverleners lastig, vooral bij seksueel misbruik.'

2 Toepassing van WRITEjunior: casus Marijke

Marijkes vader overlijdt aan een hartaanval waar zij als tienjarig meisje bij staat. Ze meldt zich bij UvA Minds als ze elf jaar is. Ze blijkt een PTSS te hebben. Na een intake wordt bepaald dat WRITEjunior een geschikte therapie is.

Marijke zit naast de behandelaar. Een tijdlijn ligt op het bureau. Marijke vertelt, de behandelaar typt. Marijke maakt tekeningen van de gebeurtenissen, die later bij het verhaal geplakt worden. Het chronologische verhaal begint met een intro waarin alles nog goed was: de eerste ontmoeting tussen de ouders, hoe blij ze waren dat Marijke geboren werd en leuke herinneringen aan vakanties.

Vervolgens werkt de behandelaar toe naar het overlijden. De nare dag wordt tot in detail beschreven, inclusief alle emoties, gedachten en angsten die erbij horen. Dan komt de begrafenis aan bod en hoe Marijkes leven verder gaat zonder vader (exposure, cognitieve herstructurering en coping). Achterin het document dat Marijke meekrijgt, zijn pagina's toegevoegd waarop lezers hun reactie verwoorden (social sharing).

Marijke: 'Ik durfde nooit over mijn vader te praten, nu wel. Door een verhaal te maken heb ik de nare dingen letterlijk uit mijn lichaam geschreven.' Marijkes moeder: 'Eerst was er veel ruzie thuis; papa mocht niet besproken worden. Laatst begon ze spontaan een leuk verhaal over hem te vertellen. Ik heb een ander kind terug: een 'gewone' puber in plaats van een puber met een trauma.'

Marijke is een gefingeerde naam.

Bron: dvd behandelprotocol WRITEjunior, uitgeverij SWP.

nier, dat de buurvrouw tussen neus en lippen door zegt dat je vader zelfmoord heeft gepleegd. Ik vind het beter om het op een goede manier te vertellen, in een verhaal waar ruimte is voor alle gevoelens en angsten. Ik heb een artikel geschreven over een casus van een vierjarig meisje wiens vader haar moeder in haar bijzijn had vermoord toen ze achttien maanden oud was. Ze herinnerde het zich niet bewust, maar vertoonde wel allerlei PTS-klachten. Het verhaal is samen met betrokkenen naar waarheid opgesteld en aan het meisje voorgelezen door een pleegzorgwerker, gevolgd door een afscheidsritueel. Heftig, maar ook mooi.'

Je geeft ook trainingen aan behandelaars die het protocol willen gebruiken. Is het een moeilijke therapie?

'Ik hoor vaak: "Ach, het is zo'n dun boekje". Maar achteraf geven hulpverleners aan dat ze het toch best moeilijk vonden. Het moeilijke zit hem in de

nuances. Neem je taalgebruik. Een meisje dat in een badhokje bij het zwembad verkracht is, schrijft bij de exposure op: "Toen duwde ik hem weg, maar het lukte niet". Dat kun je beter veranderen in: "Ik duwde hem weg, maar hij luisterde niet". Voel je het verschil? Met dergelijke nuances zet je ter plekke de cognitieve herstructurering in. Ook goede exposure blijkt voor veel mensen lastig, vooral bij seksueel misbruik. Om echt de naaste momenten te pakken, moet je niet bang zijn om vragen te stellen als: moest je ook zijn piemel in je mond doen? Bij kinderen of adolescenten moet je behoorlijk directief zijn; je moet ze een beetje op weg helpen door moeilijke emoties zoals "schaamte" of "in de steek gelaten voelen" te benoemen en voorbeelden te geven. Gesloten vragen vinden kinderen

'Het woord 'trauma' wordt niet minder waard door het veelvuldige gebruik ervan.'

meestal fijner; bij open vragen kunnen ze dichtklappen. Dat vinden behandelaren lastig, omdat ze voor hun gevoel woorden in iemands mond leggen. Nou, als het echt niet waar is, dan merk je dat vanzelf. Als ik vraag: ging hij ook met zijn piemel in je billen? Dan zie je ze schrikken: nee, echt niet!'

Het woord 'trauma' duikt tegenwoordig steeds vaker op. Loopt het daardoor het risico een leeg begrip te worden?

'Nee, ik denk niet dat het woord 'trauma' minder waard wordt door het veelvuldige gebruik ervan. Het gaat in mijn ogen niet zozeer om hoe je het noemt. Waar het om gaat is: ontwikkel je een posttraumatische stressstoornis? Als iemand die symptomen niet heeft,





FOTOGRAFIE: ALEID DENIER VAN DER OOM

dan kun je het wel een trauma noemen, maar dan is het geen PTSS. Ik denk eerder dat er soms sprake is van onderdiagnose. Ik geloof dat in een zandbak begraven of aan een boom vastgebonden worden -zeker als dergelijke pesterijen lang aanhouden- heel ingrijpend kan zijn. Dat soort trauma's worden nog niet zo snel herkend en erkend. Ik verbaas me soms als ik verhalen lees in de krant over volwassenen die al heel lang kampen met een PTSS. Dan denk ik: nou, waarom laten ze zich niet (eerder) behandelen? Want PTSS is heel goed te behandelen.'

Wat fascineert je in het werken met getraumatiseerde kinderen?

'Dat ik kinderen leuker vind dan volwassenen was al vrij snel duidelijk;

kinderen zijn speelser en houden van grappen. Ik vind het belangrijk dat kinderen zich goed kunnen ontwikkelen en een PTSS werkt enorm stagnerend. Hoewel het zwaar is, vind ik het ook heel fascinerend. Dat je door een aantal goede interventies -en of dat nou EMDR of WRITEjunior is- die gestagneerde ontwikkeling weer vlot kunt trekken. Dat je het vreselijke dat je hebt meegemaakt toch een plekje kunt geven en weer verder kunt. Die veerkracht vind ik mooi. Ik houd ervan de eigen kracht van kinderen -en hun ouders- aan te spreken. In de toekomst zou ik willen kijken of ik een speciale variant van WRITEjunior kan maken voor een medische setting. Ik denk namelijk dat schrijven goed kan werken bij chronisch zieke of terminale kinderen. Recent heb ik al wel geëxperi-

menteerd met het protocol bij kinderen met een terminaal zieke ouder. Ook wil ik de toepassing van het protocol bij het onthullen van geheimen verder uitwerken. Het schrijven blijft ik toepassen in veel van mijn behandelingen, bijvoorbeeld ook bij de psycho-educatie over ADHD en PDD-NOS. Ik vind het een prettige manier van werken en het geeft een extra dimensie.'