

Schrijftherapie voor *getraumatiseerde* kinderen en adolescenten

SAMENVATTING

Therapie voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten hoeft niet langdurig te zijn. De hier beschreven schrijftherapie is een kortdurende, directieve behandeling.

Het op schrift stellen van de traumatische gebeurtenis met inherent daaraan de exposure aan het trauma, de cognitieve herstructurering en de *social sharing* worden verondersteld de werkzame factoren te zijn.

Sacha Lucassen

INLEIDING

Wanneer een kind een of meerdere traumatische ervaringen opdoet, kan dit gevolgen hebben op emotioneel, cognitief en sociaal gebied. Ontwikkelingsachterstanden of psychopathologie als depressie, angsten en een negatief zelfbeeld kunnen het gevolg zijn. Bij een kwart van de kinderen zou de verwerking stagneren (De Roos, 2004).

Uit neurobiologisch onderzoek blijkt dat chronische stress door kindermishandeling mogelijk schadelijk is voor de ontwikkeling van het brein. Bepaalde hersenstructuren ontwikkelen zich volumetrisch en functioneel anders dan normaal (Bicanic, 2002). Gezien de mogelijk verstrekende gevolgen van traumatisering pleit De Roos (2004) ervoor al in een vroeg stadium traumabehandeling in te zetten.

Opvangprogramma, EMDR, schrijftherapie

Er bestaat een aantal behandelmethoden voor kinderen en adolescenten die geconfronteerd zijn met een traumatische gebeurtenis. De schrijftherapie is er één van. Een andere behandelmethode is het 'opvangprogramma'. Deze geprotocolleerde behandeling bestaat uit vier gestructureerde bijeenkomsten voor ouders en kind, in een periode van drie maanden. Tijdens deze bijeenkomsten wordt de traumatische ervaring gerecon-

strueerd, psycho-educatie gegeven, betekenis aan het trauma gegeven en het copinggedrag van het kind versterkt. Daarnaast wordt het sociale netwerk geactiveerd door ouders en school te begeleiden en te adviseren (Eland e.a., 2000).

Ook EMDR vormt een geprotocolleerde en gestructureerde wijze van behandelen, die de verwerking van herinneringen aan identificeerbare traumatische ervaringen stimuleert. Het pijnlijkste gedeelte van de traumatische herinnering wordt in de herinnering opgeroepen en tegelijkertijd wordt de cliënt afgeleid doordat ondertussen beide hersenhelften gestimuleerd worden door oogbewegingen of een andere vorm van stimulatie. EMDR is het meest empirisch onderzocht en blijkt succesvol (Beer & De Roos, 2004; De Roos & Beer, 2003). Chemtob e.a. (2002) vergeleken het effect van EMDR met een wachtlijstgroep bij 32 kinderen die een orkaan hadden meegemaakt. De experimentele groep verbeterde significant meer op maten van PTSS, angst en depressie.

Schrijftherapie voor volwassenen met een posttraumatische stress is beschreven door Lange (1994). In Lange's behandeling worden drie fasen onderscheiden: zelfconfrontatie, cognitieve herstructurering en social sharing. Cliënten worden

Drs. S.J.M. Lucassen, GZ-psycholoog/groepspsychotherapeut, Jeugdafdeling GGZ Dijk en Duin, Westzijde 120/Postbus 1227, 1500 AE Zaandam.
E-mail: slucassen@dijkenduin.nl

aangemoedigd om vrijuit en gedetailleerd te schrijven over feiten, gedachten en gevoelens die met de traumatische gebeurtenis samenhangen. Vooral de meest pijnlijke gedachten en beelden mogen niet worden vermeden. Cognitieve herstructurering wordt werkstellend door cliënten te helpen hun niet-functionele, automatische gedachten te onderzoeken op hun houdbaarheid en deze uit te dagen. Afsluitend schrijven cliënten een brief, die zij aan een belangrijke ander kunnen sturen of geven. Deze brief onderstreept het afscheid nemen van het trauma en geeft tevens een mogelijkheid de ervaringen met anderen te delen. Ernstig getraumatiseerde cliënten die deze behandeling kregen, verbeterden meer dan cliënten uit een wachtlijstgroep (Lange e.a., 2004).

SCHRIJFTHERAPIE VOOR GETRAUMATISEERDE KINDEREN EN ADOLESCENTEN

In een kleine zeven jaar zijn bij benadering een kleine honderd kinderen en adolescenten door de auteur behandeld met de hieronder geïntroduceerde therapievorm. Van methodologisch onderbouwde bevindingen is echter geen sprake. Er is een overeenkomst met de schrijftherapie van Lange (1994). De

schrijftherapie bestaat, net als Lange's schrijftherapie, uit drie fasen, te weten de zelfconfrontatie, de cognitieve herstructurering en de social sharing. Verschil met de schrijftherapie voor volwassenen is dat het hier geen aparte schrijfofdrachten betreft maar dat de fasen vloeiend in elkaar overgaan en één verhaal vormen.

Wie schrijft die blijft

Indicaties en contra-indicaties

In principe is de behandeling geschikt voor alle kinderen en adolescenten die een of meerdere traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt en worden aangemeld bij een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. De minimumleeftijd is vier jaar, dit omdat kinderen zich wel enigszins verbaal en via tekeningen moeten kunnen uitdrukken. Een bijdehante driejarige is soms ook al goed te behandelen, vooral in samenwerking met een ouder die de therapie ondersteunt met het verhaal over het trauma.

Wat betreft het intelligentieniveau van de kinderen en adolescenten kan gesteld worden dat de ondergrens ongeveer bij een totaal IQ van 80 ligt.

Voorafgaand aan de schrijftherapie vindt altijd een intake plaats met de

jongere en zijn ouders. Uitzondering daarop is het gebruik van de schrijftherapie gedurende een al lopende behandeling, waarbij een trauma deel uitmaakt van andere problematiek waarvoor reeds behandeling is gestart.

In de intake wordt het trauma in kaart gebracht en worden de posttraumatische stressreacties geïnventariseerd. Bij dit laatste kan goed gebruik worden gemaakt van de Schokverwerkingslijst, ontwikkeld door Eland en Kleber (1996a; 1996b). De score op deze lijst geeft aan in hoeverre er aanwijzingen zijn voor een posttraumatische stressstoornis. De lijst kan ook worden gebruikt als effectmaat, om de mate van klachtreductie vast te stellen. Allereerst wordt beoordeeld of de huidige situatie veilig is, en er wordt nagegaan hoe het functioneren van de jongere voorafgaand aan het trauma was. Als de situatie waarin een jongere zich bevindt nog niet veilig is, bijvoorbeeld omdat seksueel misbruik niet is gestopt, is dit een contra-indicatie voor behandeling. Ook als er dreiging bestaat van herhaling van huiselijk geweld is dit in principe een contra-indicatie. Wanneer een jongere op dat moment in een relatief veilige situatie verkeert, bijvoorbeeld in een blijf-van-mijn-lijfhuis, dan kan wel voor behandeling worden gekozen. Omdat de dreiging van geweld nog wel in de lucht hangt zijn de behandelresultaten niet optimaal.

Een andere contra-indicatie is veel onrust in de directe omgeving van de jongere. Als er sprake is van ernstige verwaarlozing, ernstige psychiatrische problematiek van (een van) de ouders of op stapel staande rechtszaken die ingrijpende gevolgen hebben voor de jongere, zal de jongere zich onvoldoende kunnen richten op de therapie. Dan wordt de schrijftherapie uitgesteld terwijl middels ouderbegeleiding getracht wordt een rustiger omgeving te bewerkstelligen.

Tijdens de intake wordt ook uitgebreid psycho-educatie gegeven over de

Box 1: type-I- en type-II-trauma's

De schrijftherapie is toepasbaar bij zowel type-I- als type-II-trauma's. Van type-I-trauma spreekt men als de jongere getroffen wordt door een acute, schokkende, eenmalige gebeurtenis. Deze schokkende gebeurtenis is onverwacht, overweldigend en gevaarlijk. Er is een duidelijk te onderscheiden begin en einde. Degene die 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 technische ramp.

Van type-II-trauma's spreekt men als er sprake is van een aaneenschakeling van trauma's over een langere tijd. Voorbeelden hiervan zijn: langdurig seksueel misbruik, emotionele verwaarlozing, meerdere verliezen van dierbaren.

posttraumatische stressreacties die een logisch gevolg zijn van de traumatische gebeurtenis die de jongere heeft meege- maakt, alsook over hoe een verwerkings- proces in het algemeen verloopt. Ouders en kinderen worden hierdoor gerust- gesteld en krijgen hoop op verbetering. (Als de traumatische gebeurtenis seksu- eel misbruik betreft, is de brochure 'Reacties van kinderen en ouders na seksueel misbruik' van Wulfers (1994) goed bruikbaar.)

Na de intake wordt besloten of er direct met de schrijftherapie begonnen kan worden of dat er nog een aanvul- lende screening van de jongere nodig is. Vaak wordt in het geval van type-II- trauma gekozen voor een screening voorafgaand aan de behandeling.

Noodzakelijke voorwaarde is dat ou- ders of de verzorgers van de jongeren akkoord gaan met behandeling en de behandeling ook daadwerkelijk onder- steunen. Jongeren zelf zijn zo goed als altijd vanzelf al gemotiveerd voor behan- deling, dit omdat ze graag van hun klachten af willen komen.

Werkwijze

Bij voorkeur doet de intaker ook de behandeling van de jongere. Dat werkt drempelverlagend en komt de continui- teit van de behandeling ten goede. Tege- lijk met de behandeling van de jongere start de ouderbegeleiding. Of deze ook in handen van dezelfde therapeut is, hangt van een aantal zaken af. Het kan praktischer zijn om twee therapeuten te hebben, dan kunnen ouders tegelijk met hun kind terecht en kost het hun min- der tijd. Als het voor de behandeling van het kind beter is als een ouder daarbij aanwezig is, dan kan het juist prettig zijn om de behandeling bij één therapeut te houden. Belangrijk is om binnen één à twee weken na de intake van start te gaan met de behandeling. De zittingen zijn over het algemeen tweewekelijks en duren afhankelijk van de leeftijd van de jongeren een half uur tot drie kwartier.

Box 2: de metafoor van de kist

Als je iets heel erg naars hebt meegemaakt, noemen wij 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 om die kist uit je hoofd te krijgen. Je zal wel hebben gemerkt dat het niet lukt om die kist uit je hoofd te gooien, 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 opspringt, bijvoorbeeld als je net in bed ligt. Op zo'n moment voel je je heel naar en dan komen er allerlei gevoe- lens en plaatjes die je doen denken aan wat er is gebeurd, als een grote golf over je heen. Dat die kist opspringt, 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 aan en als hij opengaat springt de deksel meteen helemaal open. Je moet er dan vaak bij wijze van spreken met je billen op 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 erin ligt en dat netjes neerleggen. Als het netjes ligt, springt de kist niet meer zo gauw open en als hij een keer opengaat doordat iets je doet denken aan wat er is gebeurd, 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 (of te tekenen).

Uitleg en afspraken

De schrijftherapie begint met de uit- leg aan de hand van een metafoor. Ik ge- bruik daar de metafoor van de kist voor (zie box 2). Vervolgens bekijk ik of ik samen met de jongere en een van de ou- ders ga schrijven of liever met de jon- gere alleen (zie box 3).

Belangrijk is van te voren de afspraak te maken dat het karwei wordt afge- maakt. Als je half opruimt, kan je net zo goed niet opruimen. Na een beetje opruimen heb je vaak nog meer troep. Hoeveel sessies er nodig zijn verschilt per kind en per problematiek. Bij type-I- trauma is drie keer meestal genoeg, bij type-II-trauma's kan het aantal oplopen tot tien keer.

Bij het begin van elke zitting ga ik na hoe de jongere functioneert in het dagelijks leven; zijn er meer of minder posttraumatische stressklachten, is er iets bijzonders gebeurd? Het moet de jongere duidelijk zijn dat hij kan stop-

pen wanneer hij dat verlangt. 'Ik kijk goed naar jouw lichaam en als ik merk dat je veel gaat zitten draaien of je aan- dacht er op een andere manier niet zo goed bij kan houden, zal ik je vragen of het genoeg is voor vandaag. Maar ik kan niet dwars door jou heen kijken, dus als je zelf het gevoel hebt dat het genoeg is, kan je het ook rustig zeggen. We hebben geen haast, maar maken het verhaal wel af.' Over het algemeen maken jongeren zeer zelden gebruik van de mogelijkheid om snel te stoppen en als ze dat wel doen, hebben ze daar een goede reden voor.

Schrijven

Dan gaan we over tot het schrijven. Dat gebeurt meestal op de computer (zie ook box 3). Allereerst bedenken wij samen een titel. Vaak wordt dat 'Mijn verhaal', maar ook 'Het ergste wat er is gebeurd' of een andere mooie titel. Bijna altijd kiezen de jongeren ervoor het ver-

haal in de ik-vorm te schrijven. Als dat echt te moeilijk is, kunnen ze ook in de hij/zij-vorm schrijven, dat schept wat meer distantie. Ook kan er gekozen worden voor een – al dan niet te versturen – brief. Dat gebeurt nog wel eens door jonge jongens die seksueel misbruikt zijn. Zij kiezen daarvoor omdat het korter is en ze iets minder hun emoties hoeven te beschrijven. Maar over het algemeen kiezen jongeren ervoor om hun eigen verhaal te schrijven.

De opbouw van elk verhaal is altijd hetzelfde: een korte inleiding, de beschrijving van het trauma, de herstructurering en het copinggedrag in de toekomst.

In de korte inleiding wordt het kader geschapen waarbinnen het verhaal geschreven wordt, met daarbij wat wetenswaardigheden over de schrijver.

Bijvoorbeeld: *'Dit verhaal gaat over de nare dingen die er gebeurd zijn in mijn leven. Ik ben seksueel misbruikt door mijn buurjongen van mijn zesde tot mijn negende jaar toen ik in Amsterdam woonde. Ik woonde daar met mijn vader en moeder en mijn kleine broertje. De buurjongen heette Bart en was vijf jaar ouder dan ik. Hij woonde twee huizen verderop.'*

Vervolgens worden het trauma of de trauma's beschreven. Belangrijk is daarbij dat behalve de feiten vooral ook de gevoelens en bijbehorende gedachten worden beschreven. Zeker wat betreft het pijnlijkste gedeelte van het trauma. Bijvoorbeeld: *'Toen ik de schoten hoorde, voelde ik mij helemaal in de war. Ik voelde mij verlamd van schrik, ik dacht: het zal toch niet mijn oom zijn die schiet. Ik was bang dat mijn moeder dood zou zijn. Ik was verdrietig omdat er hierdoor nog meer narigheid kwam. En later werd ik ook boos, het is toch idiotie dat je oom je moeder doodschiet.'* Belangrijk is dat het pijnlijkste gedeelte van het trauma niet altijd het gedeelte is dat het meest voor de hand lijkt te liggen. Vooral bij ongelukken ligt dat vaak anders. Zo had een negenjarige jongen een akelige trap van een paard in zijn gezicht gekregen, waardoor zijn halve ge-

zicht open lag. Zijn naaste herinnering was echter dat de arts hem maar liefst vijftien injecties gaf in zijn gezicht. De pijnlijkste herinnering lijkt in zulke gevallen vaak de tweede keer te zijn waarop het kind zich slachtoffer voelt.

Cognitieve herstructurering

Daarna komt de cognitieve herstructurering aan bod. Als het gaat om seksueel misbruik is het bijna altijd zo dat de herinneringen aan het naaste gedeelte, bijvoorbeeld de penetratie, vaag zijn. Ik leg dan uit dat dat komt omdat ze in hun hoofd zijn 'ontsnapt' door alsmaar te denken: ik wil weg, ik wil hier niet zijn, laat het gauw ophouden. *'Dat ontsnappen heet met een deftig woord dissociatie en dat is de slimste manier van overleven als je ergens bent waar je geen kant meer op kan. En het zorgt ervoor dat de naaste herinneringen gelukkig vaag zijn gebleven.'* Al pratend tijdens de zitting vindt de herstructurering plaats. Deze wordt dan

ook daadwerkelijk opgeschreven in het verhaal. De therapeut doet suggesties voor herstructurering waarvan hij denkt dat ze goed bij de jongere zullen kunnen passen. Wanneer de jongere niet instemt, wordt de suggestie meteen teruggenomen. Meestal wordt dit direct duidelijk gemaakt. Ook andere manieren van positieve coping meten we breed uit in het verhaal. *'Ik was zo slim om telkens keihard in zijn piemel te knijpen als hij mijn hoofd naar beneden duwde om me hem te laten pijpen, daarom lukte het hem niet.'* Of: *'Ik heb me meteen met mijn handen opgevangen toen ik werd weggeslingerd door die auto, waardoor ik niet met mijn hoofd tegen de stoep aankwam. Mezelf goed opvangen kan ik goed want ik zit al heel lang op judo'.* Om de angst voor de dader van het seksueel misbruik te verminderen en liefst geheel te doen verdwijnen, wordt de dader klein gemaakt: *'Eigenlijk is hij gestoord, ik vind hem een pornokaboutert'.*

Box 3: voor elke leeftijd anders

Stripverhaal, (zelf) schrijven, computergebruik

Afhankelijk van de leeftijd van het kind pas ik de manier van schrijven aan. Bij kinderen van drie tot zeven jaar maken wij samen een stripverhaal. Zij maken de tekeningen en ik schrijf er een tekst bij. Bij kinderen c.q. adolescenten van zeven tot een jaar of vijftien zit ik samen met hen voor de computer. Soms typen zij het hele verhaal zelf, soms typ ik ook stukken. Dat hangt af van hun typvaardigheid en concentratie. Bij adolescenten vanaf zestien jaar schrijf ik op een blocnote en vervolgens nemen zij het geschrevene mee naar huis om het daar uit te typen.

De reden waarom ik samen met kinderen op de computer schrijf is niet alleen omdat ik heb gemerkt dat de computer iets is wat ze leuk vinden en dat een vertrouwd deel uitmaakt van hun leven thuis en op school. Belangrijker is dat het ook vaak makkelijker voor ze is, omdat ze geen oogcontact hoeven te maken op moeilijke momenten, bijvoorbeeld wanneer ze beschrijven wat er gebeurde tijdens het seksueel misbruik. Daarnaast is het vaak prettig voor jongere of drukke kinderen, zoals ADHD'ers, dat ze af en toe een plaatje vanuit de computer bij hun verhaal kunnen zetten, dat verluchtigt zowel het verhaal als de sessie.

Adolescenten vinden het vaak juist prettig om wel goed oogcontact te maken. En voor hen is het thuis overtypen van de tekst nog een manier om de zaken nog eens extra op een rijtje te zetten. Bovendien kunnen ze, indien gewenst, wijzigingen in hun verhaal aanbrengen.

In het geval van seksueel misbruik of een andere wetsovertreding wordt ook ter plekke rechtbank gespeeld. Er wordt een straf voor de dader bedacht en deze wordt beschreven in het verhaal. Vaak is dit levenslange gevangenisstraf. In het geval van overlijden is het belangrijk een herstructurering te maken in de

‘Eigenlijk is hij gestoord, ik vind hem een pornokabouter’

vorm van: ‘Achteraf ben ik blij dat het zo snel is gegaan, mijn moeder heeft daardoor niet echt gemerkt dat zij dood ging en nu heeft ze ook rust, nu kan mijn oom haar nooit meer lastigvallen. Eerst was het als een steen op mijn maag, maar nu is het als een mooie edelsteen die ik voor altijd wil bewaren.’ Of: ‘Het blijft heel erg dat mijn broer er niet meer is, maar als hij was blijven leven was hij zo ongeveer een plant geworden. En nu leven een paar andere mensen door, omdat zij van hem zijn nieren en zijn hart hebben gekregen, dat vind ik cool.’

Vervolgens wordt beschreven hoe de gebeurtenissen na het trauma verliepen. Zowel met de jongere zelf als met de mensen in zijn omgeving. Ook hier is het van belang om zowel de gevoelens als de gedachten bij de feitelijke gebeurtenissen te beschrijven. Bijvoorbeeld: ‘Ik heb het geheim uiteindelijk verteld aan mijn moeder. Ik had mijn dagboek expres open laten liggen en gelukkig vroeg zij toen wat er was. Ik voelde me opgelucht dat het geen geheim meer was. Ik was blij dat mijn moeder mij meteen geloofde, maar ik was ook bang dat hij (de dader) mij nu wat ging doen.’ Of: ‘De begrafenis was een mooi afscheid. Ik denk dat het precies zo was als mijn moeder het mooi had gevonden. Ik voelde mij heel verdrietig, omdat ik haar zo miste. Ik was blij dat er zo veel mensen waren en ook mijn hele klas. En ik was ook wel trots dat ik zelf het gedicht kon voorlezen voor mijn moeder.’

Tot slot wordt het copinggedrag beschreven. Hoe de jongere in het heden kan omgaan met het trauma. ‘Het blijft

heel oneerlijk dat mijn vader zo jong is doodgegaan, maar hij leeft door in mijn hart. Alle herinneringen die ik aan hem heb kan niemand mij ooit meer afpakken en ik kan zo vaak aan hem denken als ik wil. Hij zou ook willen dat ik geniet van mijn leven en verder ga.’ Of: ‘Als ik mijn buurling nog eens tegenkom op straat, ben ik niet meer bang dat

hij mij zal misbruiken. Hij is juist bang voor mij, omdat iedereen het geheim weet. En het liefst gaf ik hem een keiharde schop in zijn ballen, maar die aandacht is hij niet eens waard. Dus ik loop hem voorbij net alsof hij lucht is. Eigen schuld, dikke bult.’ De metafoor van de boom kan toepasselijk zijn: ‘Iedereen begint als een klein boompje dat later uitgroeit. Ik heb als klein boompje al veel tegenwind gehad, maar ben meegebogen in de storm en daarna weer opgeveerd. Dat maakt mij sterker voor tegenwind die ik later tegenkom. Kleine boompjes die nooit tegenwind krijgen, kunnen breken als ze groot zijn en dan pas tegenwind krijgen. Ik kan daar tegen en zal gewoon weer opveren.’ Dit is tevens het einde van het verhaal.

Aan het eind van elke zitting neem ik even tijd om een kort gesprekje te hebben over gewone of leuke dingen, om te zorgen dat jongeren weer rustig mijn kamer verlaten. Met kleine kinderen sluit ik vaak af met een kort stukje spel. Ook voorspel ik van tevoren dat ze na elke zitting wat vaker aan het trauma zullen denken en er wellicht ook over zullen dromen. Dat zal niet even prettig zijn, maar draagt wel bij aan de verdere verwerking van het trauma. Als het verhaal klaar is wordt samen met de ouders en de jongere bepaald wie het verhaal mogen lezen. In de meeste gevallen is het verstandig om af te spreken dat de volwassenen die het verhaal mogen lezen dat niet doen in het bijzijn van de jongere. De volwassenen raken over het algemeen geëmotio-

neerd en dan kan de jongere zich verplicht voelen om de volwassene te gaan troosten. Daarom is het meestal beter als de volwassene achteraf een mondelinge en liefst ook een schriftelijke reactie geeft op het verhaal.

Het verhaal blijft een document dat de jongere zijn leven lang kan bewaren en opnieuw kan doorlezen als hij in een andere levensfase komt. Het komt ook voor dat jongeren het verhaal regelmatig nog eens nalezen. Dat zie je nogal eens in het geval van verlies van een ouder. Het verhaal herlezen geeft dan troost.

Alleen of met de ouders?

Of de schrijftherapie met de jongere alleen wordt gedaan of samen met een van zijn ouders of een andere dierbare, hangt van een aantal zaken af. Als het gaat om hele kleine kinderen tot een jaar of vijf is het meestal raadzaam om samen met een ouder te schrijven. De ouder is dan ook voor een deel een co-therapeut. De ouder zorgt ervoor dat het kind zich veilig voelt en kan ook goed aanvullingen geven op het verhaal van het trauma.

Bij kinderen van zes jaar en ouder moet het per geval bekeken worden. Vaak kan er wel alleen met het kind gewerkt worden, maar in sommige gevallen is het beter de ouder erbij te betrekken. Bijvoorbeeld als het gaat om een trauma dat lang geleden heeft plaatsgevonden, dan kan de ouder veel feiten en eventuele gevoelens en gedachten aandragen. Of als er sprake is van zeer sterke symbiose, waarbij het uit elkaar halen van ouder en kind contraproductief werkt. Wanneer een stagnerende communicatie tussen ouder(s) en kind over het trauma gestimuleerd moet worden, kies ik ervoor de ouders mee te laten schrijven. Adolescenten geven er over het algemeen de voorkeur aan om alleen te komen voor de schrijftherapie. Voorwaarde voor de aanwezigheid van de ouder is wel dat het kind zich vrij

voelt om zich in het bijzijn van zijn ouder te uiten. Als het kind zijn ouder niet wil belasten en daardoor niet durft te vertellen wat hij voelt of denkt, werkt de aanwezigheid van de ouder contra-productief.

Houding van de therapeut

In het proces van het bedenken van de zinnen voor het verhaal neemt de therapeut een vrij directieve houding aan. Behalve dat hij het raamwerk van het verhaal in zijn achterhoofd heeft en uiteindelijk door het verhaal heen vlecht, geeft hij ook zinnen aan. De jongere beoordeelt wat een goede of een foute zin is als de therapeut een voorstel doet. Anders dan op school waar de leerkracht bepaalt wat goed of fout is. Ook mogen op school geen scheldwoorden gebruikt worden. Tijdens het schrijven mag dat wel.

Drie pijlers: zelfconfrontatie, cognitieve herstructureren en 'social sharing'

De therapeut kan gerust directief zijn. Jongeren geven heel goed aan wat wel of niet past in hun verhaal. En de meeste komen wel op gang met hun verhalen als je ze in het begin even op weg helpt door vragen te stellen, of door voorbeelden te noemen van andere kinderen die zoiets hebben meegemaakt. Het leuke is dat ze vaak zelf erg verrast zijn dat ze zo goed hun verhaal op papier kunnen zetten.

Een dertienjarige jongen die lange tijd seksueel misbruikt was door een oom, was geen echte prater. Een gesprek over iets dat hij als zeer schaamtevol ervoer, het misbruik, zou dus allerminst vlot verlopen. Op grond van het proces-verbaal dat ik van zijn ouders had gekregen, hielp ik hem de zinnen te for-

muleren. Hij zei vooral ja of nee, maar maakte zelf nauwelijks zinnen. Na afronding vroeg ik hem hoe hij het had gevonden. Hij zei dat hij nu erg opgelucht was en dat het goed had geholpen, maar dat hij het wel moeilijk had gevonden dat hij zoveel had moeten praten. De stagiaire die de therapie had gevolgd viel van haar stoel en zei na afloop: 'Maar hij heeft bijna niks gezegd!'

TOT SLOT

Verondersteld wordt dat een behandeling met EMDR, een behandeling middels het Opvangmodel en de schrijftherapie werkzaam zijn door vergelijkbare mechanismen, namelijk zelfconfrontatie en cognitieve herstructurering. De schrijftherapie kent echter een derde pijler, de 'social sharing'. Zoals eerder beschreven kan de jongere zijn verhaal na de voltooiing aan de voor hem belangrijke volwassenen laten lezen. Mijn erva-

ring is dat jongeren vooral hierdoor nogal eens extra steun en krediet kregen van de mensen in hun omgeving. Zowel doordat men vindt dat de jongere het mooi en knap heeft opgeschreven als door de constatering dat het toch heel traumatisch is geweest wat de jongere heeft meegemaakt. En ten slotte is het een blijvend document. Een document waarvan het prettig is dat je het op een later tijdstip in je leven nog eens over kan lezen. Vooral bij verlieservaringen lijkt dat belangrijk te zijn. Bij follow-upcontacten komt naar voren dat jongeren bij volgende eneroverende of traumatische gebeurtenissen soms uit zichzelf zijn gaan schrijven. Kennelijk is schrijven ook voor kinderen en jeugdigen een

werkzaam copingmechanisme om moeilijke tijden door te komen.

Wie schrijft die blijft.

LITERATUUR

- Bicanic, I. (2002). Geweld in de hersenen: over de neurobiologische gevolgen van kindermishandeling. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, 29, (3), 33-45.
- Beer, R. & Roos, C.J.A.M. de (2004). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bij kinderen en adolescenten. *Kind en adolescent*, 20, (1), 38-53.
- Chemtob, C.M., Nakashima, J. & Carlson, J.G. (2002). Brief treatment for elementary schoolchildren with disaster-related posttraumatic stress disorder: a field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (1), 99-112.
- Eland, J. & Kleber, R.J. (1996a). De schokverwerkingslijst voor kinderen (SVLK). Utrecht: Instituut voor psychotrauma.
- Eland, J. & Kleber, R.J. (1996b). De schokverwerkingslijst voor jonge kinderen (SVLJK). Utrecht: Instituut voor psychotrauma.
- Eland, J., Roos, C.J.A.M. de & Kleber, R.J. (2000). *Kind en trauma, een opvangprogramma*. Lisse: Zwets en Zeitlinger.
- Lange, A. (1994). Writing assignments in the treatment of grief and traumas from the past. In: J. Zeig (red.) *Ericksonian approaches: the essence of the story* (pp. 377-392). New York: Brunner/Mazel.
- Lange, A., Ven, J. van de, Schrieken, B. & Emmelkamp, P. (2001). Interapy.nl, geografische afstand hoeft geen bezwaar te zijn voor psychologische behandeling. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 56 (6), 507-520.
- Lange, A., Ven, J. van de, Schrieken, B. & Emmelkamp, P. (2004). Langetermijneffecten, cognitieve verandering en mediërende variabelen in de korte behandeling van posttraumatische stress via het internet. *Directieve therapie*, 24, maart. 37-53.
- Roos, C.J.A.M. de & Beer, R. (2003). EMDR bij kinderen en adolescenten, de klinische praktijk. *Kind en adolescent praktijk*, 1, 12-18.
- Roos, C.J.A.M. de (2004). Lezing bij de opening van het Psychotraumacentrum van de Rijngesest Groep te Leiden op 11 oktober 2004.
- Roos, C.J.A.M. de, Greenwald, R., Jongh, A. de & Noorthoorn, E. (in voorbereiding). Vergelijkingsstudie EMDR versus Opvangmodel bij kinderen en adolescenten naar aanleiding van de vuurwerkcramp in Enschede.
- Terr, I.C. (1991). Childhood traumas: An Outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Wulfers, M. (1994). *Reacties van kinderen en ouders na seksueel misbruik*, Brochure. Vlaardingen: RIAGG Rijnmond Noord West.