

Cognitief gedragstherapeutische schrijftherapie bij kinderen met een posttraumatische stressstoornis. Resultaten van een ongecontroleerde behandelstudie

Saskia van der Oord, Sacha Lucassen, Arnold van Emmerik en Paul Emmelkamp

Terwijl bij volwassenen met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) de effectiviteit van cognitief gedragstherapeutische schrijftherapie veelvuldig is aangetoond, is die behandeling bij kinderen met PTSS nog helemaal niet onderzocht. In het huidige onderzoek werden 23 kinderen (8-18 jaar) met PTSS, als gevolg van verschillende traumatische gebeurtenissen (o.a. verlies van belangrijke anderen, seksueel misbruik, ongeluk), behandeld door middel van cognitief gedragstherapeutische schrijftherapie. Deze therapie maakt gebruik van verschillende elementen, namelijk *exposure*, cognitieve herstructurering en *social sharing*. Voor en na behandeling werden PTSS-klachten, depressie, traumagerelateerde cognities, internaliserende en externaliserende problemen en algemeen probleemgedrag gemeten. De kinderen verbeterden significant op alle uitkomstmaten en kinderen én ouders waren tevreden over de behandeling. De gemiddelde behandelduur was 5,5 sessies. Uit dit eerste onderzoek blijken aanwijzingen voor de effectiviteit van deze kortdurende cognitief gedragstherapeutische schrijftherapie. De volgende stap is evaluatie van deze behandeling in een gerandomiseerde klinische trial.

Er is inmiddels veel onderzoek verricht naar de behandeling van PTSS bij volwassenen. Cognitieve gedragstherapie en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) komen uit dit onderzoek naar voren als effectieve psychologische behandelingen (Trimbos-instituut, 2003). Daarnaast wordt veel onderzoek gedaan naar nieuwe, innovatieve behandelwijzen van PTSS bij volwassenen, zoals schrijfopdrachten via Internet (Lange e.a., 2003) of in face-to-facecontacten (Van Emmerik e.a., 2008). In deze laatste studie waren schrijfopdrachten even effectief als reguliere cognitieve gedragstherapie bij PTSS (Van Emmerik e.a., 2008).

De kennis over effectieve behandelingen van PTSS bij kinderen staat hiermee in schril contrast. Een beperkt aantal studies (Deblinger e.a., 1996; Cohen e.a., 2004, 2006; King e.a., 2000; Smith e.a., 2007; Stein e.a., 2003) laat zien dat cognitieve gedragstherapie bij kinderen met PTSS op korte en lange termijn effectiever is dan niet behandelen, *community treatment*, steunende behandeling of kindgerichte therapie. De meeste van deze studies includeerden kinderen met PTSS na een specifiek type trauma, zoals eenmalig seksueel misbruik (Deblinger e.a., 1996; Cohen e.a., 2004; King e.a., 2000), geweld (Stein e.a., 2003) of de dood van een ouder (Cohen e.a., 2006). Slechts één studie includeerde kinderen die verschillende typen eenmalige trauma's (seksueel misbruik, huiselijk geweld, ongelukken) hadden meegemaakt (Smith e.a., 2007). Er zijn nog geen behandelstudies gepubliceerd die ook kinderen met herhaalde of langdurige trauma's (type II) includeerden.

Ook is er nauwelijks onderzoek gedaan naar andere

INLEIDING

Bij kinderen kunnen ook andere dan de gebruikelijke gebeurtenissen bij volwassenen leiden tot de ontwikkeling van een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Als de ouder plotseling uit het leven van het kind verdwijnt (bijvoorbeeld doordat ouders overlijden, in een psychiatrische inrichting worden opgenomen, of gevangens worden genomen) kan dit een mogelijke veroorzaker zijn van PTSS (Cuffe e.a., 1998).

behandelwijzen van PTSS bij kinderen. Eén studie heeft de effecten onderzocht van Narratieve Exposure Therapie (NET), waarbij het verhaal van het trauma bij kinderen die een oorlogstrauma hadden meegemaakt wordt opgeschreven (Onyut e.a., 2005). Bij zes kinderen met ernstige PTSS-symptomen resulteerde NET in een afname van de PTSS-gerelateerde en comorbide depressieve symptomen. Bij NET worden exposure-technieken gebruikt; andere cognitief-gedragstherapeutische technieken, zoals cognitief herstructureren en het delen van de traumatische herinneringen met anderen, worden echter niet gebruikt.

De huidige behandeling van PTSS bij kinderen met schrijfopdrachten is gebaseerd op het Interapy-model, waarbij posttraumatische stress bij volwassenen wordt behandeld met schrijfopdrachten via internet (Lange e.a., 2003). Imaginaire exposure en cognitieve herstructurering hebben in dit model een belangrijke plaats, net als bij reguliere cognitieve gedragstherapie bij PTSS. Bij imaginaire exposure vindt habituatie aan traumatische herinneringen plaats; bij cognitieve herstructurering worden traumagerelateerde disfunctionele cognities vervangen door meer functionele cognities. Deze mechanismen worden verondersteld werkzaam te zijn bij zowel imaginaire exposure door middel van schrijfopdrachten, als bij reguliere imaginaire exposure of exposure in vivo (Sloan e.a., 2005). Imaginaire exposure door middel van schrijfopdrachten heeft bovendien als voordeel dat het een tastbaar product oplevert, de kinderen kunnen hun verhaal laten lezen aan belangrijke anderen. Deze *social sharing* (Lange e.a., 2003) is vooral van belang omdat het niet delen van de ervaring na een trauma een belangrijke voorspeller kan zijn van de ontwikkeling van PTSS bij kinderen (Ozer & Weinstein, 2004). De huidige behandeling van PTSS met schrijfopdrachten is aangepast voor toepassing bij kinderen. De behandeling is uitgebreid beschreven in een eerder artikel (Lucassen, 2005), ook is er een Nederlandstalig protocol beschikbaar waar de specifieke behandeling voor verschillende typen trauma en bijbehorende casuïstiek uitgebreid beschreven staat (Lucassen & Van der Oord, 2008; www.writejunior.nl). Er is een belangrijk verschil. Terwijl volwassenen schrijfopdrachten doorgaans thuis uitvoeren (Van Emmerik e.a., 2008; Lange e.a., 2003), worden kinderen in de behandelsessies door de therapeut geholpen bij het uitvoeren van de schrijfopdrachten op de computer.

Dit is de eerste studie naar de effectiviteit van schrijfopdrachten bij kinderen en adolescenten met PTSS na het meemaken van verschillende typen eenmalige (type I) en herhaalde of langdurige (type II) trauma's, in een reguliere klinische setting. Er wordt verwacht dat kinderen na de

schrijfopdrachten minder PTSS-symptomen en depressieve, emotionele en gedragsproblemen vertonen.

METHODE

Deelnemers

Kinderen in de leeftijd van acht tot achttien jaar, verwezen naar een ggz-instelling voor traumagerelateerde problematiek, namen deel aan het onderzoek. Zijzelf of hun ouders rapporteerden minimaal vijf PTSS-symptomen (op de Anxiety Disorders Interview Schedule; ADIS), waarvan één in elk van de drie symptoomclusters (herbeleving, vermijding en hyperarousal). Alle kinderen ondervonden ernstige beperkingen in hun functioneren als gevolg van de klachten. In totaal voldeed 87% van de kinderen aan de diagnostische criteria van PTSS. Kinderen werden van het onderzoek uitgesloten als er nog een voortdurende dreiging van het trauma was, als de thuisituatie onstabiel was, als andere comorbide psychiatrische stoornissen eerdere behandeling vereisten, of als ze een IQ van 80 of lager hadden.

Meetinstrumenten

De ADIS (Silverman & Albano, 1996; Nederlandse vertaling: Sievelink & Treffers, 2001) werd afgenomen om PTSS en andere angststoornissen bij kinderen te meten. Om de belasting voor ouders en kinderen in de klinische setting te minimaliseren, werden alleen de ADIS-secties van bij kinderen veel voorkomende angststoornissen afgenomen (namelijk: de separatieangststoornis, gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie, specifieke fobie en PTSS).

Behalve met de ADIS, werden PTSS en andere bij kinderen veel voorkomende reacties op trauma's bij voor- en nameting

over de auteurs

Dr. Saskia van der Oord, psycholoog/gedragstherapeut, werkzaam als Universitair Docent bij de programmagroep klinische psychologie van de Universiteit van Amsterdam. **Drs. Sacha Lucassen**, GZ-psycholoog/groepspsychotherapeut, werkzaam bij UvA-Virenze, Amsterdam. **Dr. Arnold van Emmerik**, psycholoog/gedragstherapeut, werkzaam als onderzoeker en coördinator academisch ambulatorium programmagroep klinische psychologie van de Universiteit van Amsterdam. **Prof. dr. Paul Emmelkamp**, hoogleraar programmagroep klinische psychologie van de Universiteit van Amsterdam en akademiehoogleraar KNAW.
E-mail: s.vanderoord@uva.nl. www.writejunior.nl



Foto: Aleid Dentier van der Gon

gemeten met de Schokverwerkingslijst (SVL; Eland & Kleber, 1996). De SVL heeft vier subschalen voor intrusie (zeven items), vermijding (vijf items), arousal (zes items) en overige bij kinderen veel voorkomende reacties op trauma's (acht items, bijvoorbeeld: 'Huil je meer dan voor de gebeurtenis?' of 'Vind je het nu moeilijker wanneer je moeder en/of vader weggaat dan voor de gebeurtenis?').

Kinderen kunnen hun verhaal laten lezen aan belangrijke anderen

Gedrags- en emotionele problemen van het kind werden door ouders of verzorgers van het kind gerapporteerd door middel van de Child Behavior Check List (CBCL; Verhulst e.a., 1996). Met de Child Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992;

Nederlandse vertaling; Braet & Timbremont, 2002) werden depressieve symptomen gemeten.

Om de traumagerelateerde cognities te meten, werd speciaal voor deze studie een kindversie (PTCI-C; Van Emmerik e.a., 2007) van de Posttraumatische Cognities Inventarisatielijst voor volwassenen ontwikkeld (PTCI; Van Emmerik e.a., 2007). Voorbeelditems van deze vragenlijst zijn 'ik kan niet op andere mensen vertrouwen', 'een ander kind zou de gebeurtenis hebben kunnen stoppen', en 'ik vind de wereld maar gevaarlijk'.

Ten slotte rapporteerden ouders en kinderen hun tevredenheid over de huidige behandeling op vier items: 'Voel jij je beter na behandeling?', 'Denk je dat je kind zich beter voelt na behandeling?', 'Denk je dat de behandeling heeft gewerkt?' en 'Denk je dat de behandeling voor je kind heeft gewerkt?'

Procedure

Potentiële deelnemers aan de huidige studie waren kinderen die werden aangemeld bij een ambulante ggz-instelling.

Wanneer in de intake bleek dat er sprake was van PTSS-symptomen, werden ouders en kinderen geïnformeerd over de huidige studie. Nadat ouders daarvoor hun toestemming hadden gegeven, werd een afspraak gemaakt met de onderzoeksassistent voor afname van de ADIS en de vragenlijsten bij ouders en kind. Na deze voormeting hadden kinderen ten minste elke twee weken een behandelsessie. Binnen twee weken na de laatste behandelsessie vond de nameting plaats.

Het behandelprotocol (Lucassen & Van der Oord, 2008; Lucassen, 2005) biedt naast een algemene richtlijn voor de behandeling van PTSS ook secties met specifieke richtlijnen voor de behandeling van PTSS na seksueel misbruik, het verlies van een belangrijk persoon en traumatische ervaringen door psychische problemen van de ouders (bijvoorbeeld een suïcidopoging van een ouder met een borderline persoonlijkheidsstoornis). De belangrijkste elementen van de behandeling zijn psycho-educatie, imaginaire exposure, cognitieve herstructurering, het aanleren van adequate copingtechnieken en *social sharing*. De behandeling bevat geen ontspanningsoefeningen of angstmanagementtechnieken.

De behandelsessies worden in beginsel individueel gegeven. Wanneer nodig kunnen de ouders aanwezig zijn (bijvoorbeeld als het kind ernstige separatieangst vertoont). In de eerste sessie wordt psycho-educatie gegeven over PTSS-symptomen en worden de rationale en procedure van de behandeling besproken. Ook spreekt de therapeut met het kind af dat de behandeling in beginsel wordt afgemaakt. Tijdens de sessies beschrijft het kind samen met de therapeut het verhaal van het trauma op de computer. De therapeut zit naast het kind. Samen met de therapeut bedenkt het kind eerst een titel voor het verhaal (bijvoorbeeld: 'Het verhaal van mijn moeders dood'). Vervolgens helpt de therapeut het kind met een gedetailleerde beschrijving van de gedachten en gevoelens en het gedrag tijdens het trauma (imaginaire exposure) door het stellen van expliciete directieve vragen en het geven van voorbeelden van wat andere kinderen tijdens een vergelijkbaar trauma zouden kunnen voelen of denken. Tijdens het schrijven van het verhaal identificeert en herstructureert de therapeut maladaptieve gedachten van het kind over zichzelf, het trauma, andere mensen, of de wereld (cognitieve herstructurering). In elke volgende behandelsessie herleest het kind het verhaal (imaginaire exposure) en gaat het verder met het schrijven van het verhaal. Aan het einde van het verhaal verzinnen de therapeut en het kind mogelijke copingstrategieën voor de toekomst (bijvoorbeeld: wat doe ik als ik diegene die mij heeft misbruikt tegenkom?). Deze copingstrategieën worden opgenomen in het verhaal. Het kind wordt geïnstrueerd om het verhaal zorgvuldig te bewaren en te herlezen als de PTSS-symptomen terugkomen. Wanneer het verhaal af is,

bespreken het kind en de therapeut wie goede kandidaten zijn om het verhaal te lezen (*social sharing*). Deze personen lezen het verhaal zonder dat het kind daarbij aanwezig is en geven vervolgens een schriftelijke en/of mondelinge reactie op het verhaal, eventueel onder begeleiding van de therapeut. De behandeling is pas afgelopen wanneer al deze stappen zijn doorlopen. Sommige kinderen hebben daarvoor slechts enkele sessies nodig, andere kinderen meer. In de huidige studie liep het aantal benodigde sessies uiteen van drie tot elf ($M=5,47$; $SD=2,20$).

Behandelintegriteit¹

De behandelingen in deze studie werden uitgevoerd door psychologen, maatschappelijk werkers en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. De behandelaars kregen elke twee weken supervisie van de tweede auteur (S. Lucassen), een seniorpsycholoog met twintig jaar ervaring in de behandeling van traumagerelateerde problematiek bij kinderen. Deze gaf ook feedback op de geschreven verhalen.

Statistische analyses

Verschillen in de scores op de meetinstrumenten voor en na de behandeling werden getoetst met gepaarde t-tests. De grootte van de verschillen werd uitgedrukt in Cohens *d* effectgrootten. Effectgrootten tussen 0,2 en 0,5 wijzen op kleine effecten, tussen 0,5 en 0,8 op middelmatige effecten en boven 0,8 op grote effecten (Cohen, 1988).

RESULTATEN

Demografie

Drieëntwintig kinderen, met een gemiddelde leeftijd van 11,87 jaar ($SD=2,47$), namen deel aan het onderzoek, waaronder zes (26,1 %) jongens en zeventien (73,9%) meisjes. Dertien (56,5%) kinderen waren het slachtoffer van een eenmalig trauma (type I), tien (43,5%) kinderen van herhaalde of langdurige trauma's (type II). Zestien (69,6%) kinderen hadden de Nederlandse nationaliteit, zeven (30,4%) kinderen hadden een buitenlandse nationaliteit (2 Turks, 1 Marokkaans, 1 Egyptisch, 1 Nigeriaans, 1 Antilliaans, 1 Boliviaans). Drie (13%) moeders hadden een laag, elf (47,8%) een gemiddeld en vijf (21,6%) een hoog opleidingsniveau (het opleidingsniveau van twee moeders was onbekend). Van de vaders hadden zeven (30,4%) een laag, zeven (30,4%) een gemiddeld en drie (13%) een hoog opleidingsniveau (van vijf vaders was het opleidingsniveau onbekend).

1) *Behandelintegriteit = de garantie dat de behandeling competent en betrouwbaar wordt uitgevoerd.*

Diagnostiek

Twintig (87%) kinderen voldeden aan de diagnose PTSS en drie (13%) kinderen hadden ten minste vijf PTSS-symptomen, verdeeld over de drie symptoomclusters (herbeleving, vermijding, hyperarousal). 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 gegeneraliseerde 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).

Drop-out

Drie (13,0%) kinderen maakten de behandeling niet af. Een kind viel uit nadat haar seksueel misbruiker onverwacht uit de gevangenis werd vrijgelaten en ze in een pleeggezin werd geplaatst. Een kind viel uit vanwege ernstige gedragsproblemen en werd in een pleeggezin geplaatst nadat de moeder de vader had geprobeerd te vermoorden en werd gedetineerd. Een kind viel uit na opname in een psychiatrische inrichting

vanwege suïcidepogingen. Deze drie kinderen hadden al ernstige gedrags- en emotionele problemen en verkeerden in onstabiele thuissituaties voordat de behandeling was gestart.

Trauma's

De twintig kinderen die de behandeling afmaakten, hadden verschillende soorten trauma's meegemaakt: plotseling overlijden van een ouder of broer (6; 30%), eenmalig seksueel misbruik (3; 15%), herhaald seksueel misbruik (2; 10%), ernstig en langdurig huiselijk geweld en emotionele mishandeling (2; 10%), plotseling overlijden van de moeder en verdwijnen van de vader (1; 5%), plotseling verdwijnen van de vader na een beschuldiging van moord (1; 5%), plotseling overlijden van de vader en poging tot gijzeling door diens familie (1; 5%), langdurig pesten en herhaalde fysieke en emotionele mishandeling door leeftijdgenoten (1; 5%), getuige zijn van een dodelijk ongeluk (1; 5%) en getuige zijn van ernstige mishandeling van de vader (1; 5%). Deze trauma's vonden gemiddeld zo'n 33 maanden eerder plaats (variërend van een maand eerder tot 108 maanden eerder).

Uitkomsten

Er was een significante afname van de gemiddelde scores op alle uitkomsten en hun subschalen tussen de voor- en nameting. De effecten op alle uitkomsten en hun subschalen waren gemiddeld tot groot (Cohen, 1988). Tabel 1 laat de gemiddelden en standaarddeviaties zien bij de voor- en nameting, alsook de resultaten van de gepaarde t-tests en de ef-

| Uitkomstmaat | Voormeting | Nameting | 95 %-BI | | t | df | Cohens d |
|-----------------------|---------------|---------------|---------|---------|--------|----|----------|
| | M (SD) | M (SD) | Laagste | Hoogste | | | |
| Schokverwerkingslijst | 49,48 (9,56) | 33,05 (9,57) | 10,46 | 22,40 | 5,76** | 19 | 1,72 |
| Herbeleving | 14,05 (3,56) | 8,95 (2,54) | 3,33 | 6,87 | 6,03** | 19 | 1,65 |
| Vermijding | 11,63 (2,44) | 7,95 (2,91) | 2,00 | 5,37 | 4,57** | 19 | 1,38 |
| Arousal | 10,15 (2,92) | 6,25 (2,24) | 2,39 | 5,41 | 5,41** | 19 | 1,50 |
| Niet-specifiek | 13,65 (3,08) | 9,90 (3,14) | 1,93 | 5,57 | 4,32** | 19 | 1,21 |
| PTCI-C | 18,05 (11,88) | 9,47 (10,83) | 4,33 | 12,83 | 4,24** | 18 | 0,75 |
| CDI | 10,52 (6,60) | 6,01 (5,75) | 1,84 | 7,16 | 3,54** | 19 | 0,73 |
| CBCL-total | 61,21 (6,99) | 51,74 (8,65) | 4,67 | 14,27 | 4,15** | 18 | 1,21 |
| CBCL- internalizing | 65,32 (7,36) | 53,63 (11,54) | 6,17 | 17,20 | 4,45** | 18 | 1,21 |
| CBCL- externalizing | 56,11 (7,87) | 50,11 (8,90) | 1,76 | 10,24 | 2,98** | 18 | 0,71 |

* p<0,05, ** p<0,001.

PTCI-C= Post Traumatic Cognitions Inventory-Child version, CDI= Child Depression Inventory, CBCL= Child Behavior Check List.

Tabel 1. Gemiddelde (M), Standaard Deviaties (SD), 95%-Betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI), t-waardes (t), vrijheidsgraden (df), en effectgroottes (Cohens d) van de uitkomstmaten.

fectgrootten (Cohens *d*) voor alle uitkomsten van behandeling.

Op de tevredenheidsvragen gaf 75% van de kinderen aan zich 'erg veel beter' te voelen na behandeling en 20% voelde zich 'veel beter'. Volgens 60% van de kinderen hadden de schrijfpodrachten hun 'heel veel' geholpen, volgens 25% 'veel' en volgens 10% 'een beetje' (5% van de kinderen vulde de tevredenheidsvragen niet in). Van de ouders rapporteerde 60% dat hun kind zich 'veel beter' voelde, 25% dat hun kind zich 'een beetje beter' voelde en 5% dat hun kind zich 'hetzelfde' voelde. Volgens 35% van de ouders hadden de schrijfpodrachten hun kind 'heel veel' geholpen, volgens 40% 'veel' en volgens 10% 'een beetje' (10% van de ouders vulde deze items niet in).

DISCUSSIE

Zoals al vermeld, is dit de eerste studie naar de effectiviteit van een kortdurende behandeling met schrijfpodrachten voor kinderen met PTSS. Na gemiddeld slechts vijf sessies verbeterden kinderen met PTSS op alle uitkomstmaten voor PTSS-symptomen, traumagerelateerde cognities, depressieve symptomen en diverse internaliserende en externaliserende gedragsproblemen. De huidige verbeteringen zijn vergelijkbaar met of groter dan de verbeteringen in de meeste andere studies naar cognitieve gedragstherapie bij kinderen (King e.a., 2000; Deblinger e.a., 1996).

De huidige 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 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 de huidige studie is het ontbreken van een controleconditie. Daardoor kan niet met zekerheid worden gesteld dat de verbeteringen het gevolg zijn van de schrijfpodrachten (in plaats van andere, non-specifieke behandel-elementen) of van behandeling per se (in plaats van natuurlijk herstel), hoewel dit niet waarschijnlijk is, gezien het chronisch beloop van de klachten voor de behandeling en de grote tevredenheid over de behandeling.

In de praktijk blijkt de behandeling van kinderen met PTSS met schrijfpodrachten een aantal voordelen te hebben ten opzichte van conventionele cognitieve gedragstherapie. Ten eerste is het werken met de computer een methode die kinderen aanspreekt en motiverend lijkt te werken. Ten tweede lijkt het voor kinderen gemakkelijker om de meest

bedreigende herinneringen aan het trauma op te schrijven in plaats van te vertellen. Ten derde kan het verhaal van het trauma gemakkelijker gedeeld worden met belangrijke anderen. Ten vierde is de huidige behandeling met schrijfpodrachten relatief kort in vergelijking met andere cognitief-gedrags-therapeutische behandelingen van kinderen met PTSS. Eerder onderzochte cognitief-gedrags-therapeutische behandelingen omvatten tien (Smith e.a., 2007) tot achttien sessies na een eenmalig trauma (March e.a., 1998), terwijl de huidige behandeling een gemiddelde behandelduur van slechts 5,5 sessies kende. Een mogelijke verklaring hiervoor is de nadrukkelijke focus op een aantal essentiële onderdelen van cognitief-gedrags-therapeutische behandeling van PTSS (imaginaire exposure, cognitieve herstructurering, social sharing), die gunstig afsteken bij andere therapeutische technieken waarvan de meerwaarde niet vaststaat (bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen; Bisson e.a., 2007), maar die wel onderdeel zijn van andere cognitief-gedrags-therapeutische protocollen (King e.a., 2000; Cohen e.a., 2004, 2006). Ten vijfde is het relatief eenvoudig gebleken om diverse hulpverleners (psychologen, maatschappelijk werkers en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen) te trainen en te superviseren in deze behandeling en lenen schrijfpodrachten zich gemakkelijk voor gedetailleerde feedback, bijvoorbeeld via e-mail.

Kortom, deze eerste studie naar de effectiviteit van schrijfpodrachten bij een groep kinderen met PTSS die representatief is voor de ernst en verscheidenheid van de jeugdige patiënten en hun problematiek in de klinische praktijk, laat veelbelovende resultaten zien en rechtvaardigt verder gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek.

LITERAATUUR

- 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.
- Braet C., & Timbremont, B. (2002). *Children's Depression Inventory - Nederlandstalige versie*, Amsterdam: Harcourt test Publishers.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd ed.). New York: Academic Press.
- 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., & Staron, V.R. (2006). A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1465-1473.

LITERATUUR

- Cuffe, S.P., Addy, C., Garrison, C.Z., Waller, J.L., Jackson, K.L., McKeown, R.E., & Chilappagari, S. (1998). Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 147-154.
- 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*. 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.
- Emmerik, A.A.P. van, Kamphuis, J.H., Oord, S. van der, Lucassen, S., & Emmelkamp, P.M.G. (2007). A child version of the Dutch version of the Post Traumatic Cognitions Inventory (PTCI-C). *In voorbereiding*.
- Emmerik, A.A.P. van, Schoorl, M., Emmelkamp, P.M.G., & Kamphuis, J.H. (2007). Psychometrische kenmerken van de Nederlandstalige Posttraumatische Cognities Inventarisatielijst (PTCI). *Gedragstherapie*, 40, 269-284.
- 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.
- Kovacs, M. (1992). *The Children's Depression Inventory manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health systems, Inc. 1992.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., Van de Ven, J-P., 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. (2005). Schrijftherapie voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten. *Kind en Adolescent Praktijk*, 1, 38-43.
- Lucassen, S., & Oord, S. van der (2008). *WRITEjunior; protocol schrijftherapie voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten van 4-18 jaar*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- March, J.S., Amaya-Jackson, L., Murray, M.C., & Schulte, A. (1998). Cognitive-behavioral 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.
- Ozer, E.J., & Weinstein, R.S. (2004). Urban adolescents' exposure to community violence: the role of support, school safety, and social constraints in a school-based sample of boys and girls. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 463-476.
- Onyut, L.P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M., & Elbert, T. (2005). Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry*, 5, 1-9.
- Siebelink, B.M., & Treffers, Ph.D.A. (2001). *Dutch translation of Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV Child Version*. Lisse/Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Silverman, W.K., & Albano, A.M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Child Version, Child Interview Schedule*. San Antonio, The Psychological Corporation.
- Sloan, D.M., Marx, B.P., & Epstein, E.M. (2005). Further examination of the exposure model underlying the efficacy of written emotional disclosure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 549-554.
- 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.
- 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.

TUSSENDOOR

Armbandje

Anneke Eenhoorn,
psycholoog/psychotherapeut

Mirjam is een meisje van vijftien jaar. Ze is verlegen en bang om afgewezen te worden. In haar klas zitten twee meiden, die haar vaak even te grazen nemen. Zo trekken ze gedurende een busreis steeds even aan haar haar, of lachen haar uit als ze net een verkeerde trui aan heeft. Ze moet er wat van leren zeggen. We oefenen in de therapiekamer. Ze bedenkt een helpende gedachte. Ze doet echt haar best, maar iedere keer als de meiden weer iets akelig verzinnen, slaat ze dicht.

Thuis vertel ik het verhaal tijdens het eten aan mijn kinderen. 'Misschien werkt het als je iets tastbaars bij je hebt, waar je kracht aan ontleent op het moment dat je iets

moeilijks moet doen', stelt m'n dochter voor. 'Zoiets als het veertje van Dombo, maar dan bijvoorbeeld een armbandje'. De armbandjes zijn snel gevonden en ik mag er een paar meenemen naar mijn werk, om uit te proberen.

Wat later die dag loop ik met m'n zoon naar school. 'Weet je mam, dat is nou precies de reden waarom ik nooit armbandjes zal dragen'. Ik begrijp even niet waar het over gaat en kijk hem wat wazig aan. 'Van die armbandjes voor je werk, bedoel ik.' 'Hoezo?', vraag ik wat onnozel. 'Nou, als ik die om heb dan moet ik altijd iets doen wat ik eigenlijk niet wil en daar heb ik dus mooi geen zin in.'