

1

Overzicht van Traumagerichte CGT voor Jonge Kinderen (TG-CGT-JK)

Waarom is behandeling nodig?

De natuurlijke gang van zaken

Blootstelling aan levensbedreigende, traumatische gebeurtenissen komt veel voor. Ruim twee derde van de kinderen hebben voor hun zestiende jaar minstens één levensbedreigende traumatische ervaring gehad (Copeland, Keeler, Angold & Costello, 2007). Van die kinderen maakt ruim een derde meer dan één traumatische gebeurtenis mee. Het goede nieuws is dat bijna 70% behoorlijk veerkrachtig lijkt te zijn. Het slechte nieuws daarentegen is dat de 70% die gevoelig is voor het ontwikkelen van traumagerelateerde symptomen vaak een chronisch verloop vertoont en een specifiek type therapie nodig heeft om te herstellen.

Uit prospectief longitudinale studies is gebleken dat er behoefte bestaat aan behandelingen zoals beschreven in deze handleiding, want een posttraumatische stressstoornis (PTSS) verdwijnt gewoonlijk niet na korte tijd of zelfs niet na lange tijd. Onderzoekers schatten dat het voorkomen van PTSS bij jonge kinderen 6 maanden na een auto-ongeluk (Meiser-Stedman, Smith, Glucksman, Yule & Dagleish, 2008) of na het oplopen van een brandwond (De Young, Kenardy, Cobham & Kimble, 2012) 10% is, 6 maanden na een gasexplosie in Japan 25% (Ohmi et al., 2002), 9 à 12 maanden na 11 september (DeVoe, Bannon & Klein, 2006) 17%, 15 maanden na het oplopen van brandwonden (Graf, Schiestl & Landolt, 2011) gemiddeld 13% en twee of meer jaar na een scala aan traumatische gebeurtenissen 23% (Scheeringa, Zeanah, Myers & Putnam, 2005).

Prospectief onderzoek bij jonge kinderen

Er zijn diverse zorgvuldig uitgevoerde onderzoeken naar het langetermijnverloop van PTSS-symptomen bij jonge kinderen. Wij hebben het eerste prospectief vervolgonderzoek naar PTSS-symptomen uitgevoerd in een cohort van kinderen van 1 tot 6 jaar (Scheeringa et al., 2005). Het ging om gezinnen die geen hulp hadden gezocht en diverse traumatische ervaringen hadden meegemaakt, waaronder ongelukken, misbruik en getuige zijn van huiselijk geweld. Aanvankelijk zaten er 62 kinderen in de onderzoeksgroep met een gemiddelde van 3,6 PTSS-symptomen; 26% voldeed aan de volledige PTSS-diagnose. Na twee jaar hadden de 35 kinderen die nog in de onderzoeksgroep zaten een gemiddelde van 2,9 symptomen en 23% voldeed nog steeds aan de volledige PTSS-diagnose. Aangezien er geen significante bewijzen waren voor een natuurlijk herstel, leek bijna de hele onderzoeksgroep te voldoen aan een chronisch verslechterende verloop.

Meiser et al. (2008) voerden een diagnostisch onderzoek uit bij 62 kinderen tussen 2 en 6 jaar oud, twee à vier weken na een auto-ongeluk, en vonden een prevalentie van 7% van PTSS. Bij een herhalingsonderzoek 6 maanden later was de prevalentie gestegen tot 10%. Bemoedigender was een onderzoek van De Young et al. (2012); zij onderzochten 130 kinderen tussen 1 en 6 jaar nadat ze brandwonden hadden opgelopen. Een maand na het trauma vonden ze 25% prevalentie van PTSS, die afnam tot 10% na 6 maanden.

Het langetermijnverloop van PTSS-symptomen is hoofdzakelijk beschreven voor volwassen slachtoffers van een trauma. Langetermijnvervolgonderzoeken hebben een aantal verschillende verlopen

aangetoond (Bonanno et al., 2012). Een *matig tot gemiddelde* groep vertoont gemiddeld-ernstige PTSS-symptomen en enig geleidelijk natuurlijk herstel. Een *ernstige* groep vertoont zeer ernstige PTSS-symptomen en enig geleidelijk natuurlijk herstel. De *chronisch-verergerende* groep vertoont matige tot ernstige symptomen en wordt in de loop van de tijd niet beter of slechter. Betrekkelijk weinig mensen in deze groepen komen van nature tot een volledige symptoomreductie. Een substantiële verbetering is voor sommige mensen wel weggelegd, maar zodra zich PTSS ontwikkelt, is het een nagenoeg chronisch probleem.

Uit deze data wordt duidelijk dat PTSS niet uit zichzelf verdwijnt en dat interventie nodig is. Wanneer moet die interventie beginnen? Behandeling is geïndiceerd als symptomen langer aanhouden dan een maand. Het National Institute for Clinical Excellence publiceerde in 2005 een rapport waarin werd vermeld dat bij milde symptomen binnen de eerste maand ‘watchful waiting’ wordt aangeraden, terwijl bij ernstige PTSS behandeling binnen de eerste maand moet worden overwogen (in het rapport waren de experts het daarover eens). Deze aanbeveling baseerde men op een zeer uitgebreide hoeveelheid bewijzen dat symptomen die na een maand nog aanwezig zijn grote kans maken om voort te duren, dat ze iemands functioneren hinderen en dat ze zonder een wetenschappelijk onderbouwde behandeling niet zullen verdwijnen.

Dus, in tegenstelling tot de alom levende veronderstelling dat kinderen wel ‘over PTSS heen zullen groeien’ (Cohen & Scheeringa, 2009) wijzen deze uitkomsten erop dat een substantieel deel van de aan een trauma blootgestelde jonge kinderen lijdt aan chronische PTSS-symptomen en beperkingen, en behandeling behoeft. Verder bleek uit ons follow-up onderzoek dat 17 kinderen weliswaar een behandeling hadden ondergaan, maar niet vooruit waren gegaan. Daaruit viel af te leiden dat deze non-specifieke behandeling ineffectief was en dat er een effectievere behandeling nodig was (Scheeringa et al., 2005). Deze en andere overwegingen waren voor ons aanleiding om onderstaand behandelingsprotocol te ontwikkelen.

Ontwikkeling van TG-CGT-JK

Voordat een PTSS-behandeling voor jonge kinderen werd ontwikkeld, waren er slechts twee onderzoeken uitgevoerd die zich richtten op traumagerelateerde symptomen bij jonge kinderen en beide hadden zich beperkt tot kinderen die waren blootgesteld aan seksueel misbruik. Cohen en Mannarino (1996a) deelden 39 seksueel misbruikte kinderen tussen 3 en 6 jaar willekeurig in om deel te nemen aan twaalf individuele sessies traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TG-CGT) of aan een niet-directieve ondersteunende therapie. Op de schaal Totale Problemen en de schaal Internaliserend of the Child Behavior Checklist (CBCL) ging de groep die deelnam aan TG-CGT significant meer vooruit dan de ondersteunende therapiegroep; in dit onderzoek werd geen PTSS-maat gebruikt. Deblinger, Stauffer en Steer (2001) wezen willekeurig 44 kinderen tussen 2 en 8 jaar toe aan elf sessies groeps-TG-CGT of aan een ondersteunende educatieve groepsbehandeling. Beide groepen boekten vooruitgang wat de PTSS-symptomen betreft; de TG-CGT-groep vertoonde geen grotere vooruitgang dan de ondersteunende educatieve groep, misschien omdat de leden van de TG-CGT-groep niet gevraagd werd over hun eigen ervaringen te praten, gezien hun jonge leeftijd.

Beide gerandomiseerde onderzoeken met jonge kinderen waren bemoedigend, maar bepaalde beperkingen verdienden extra aandacht. Om te beginnen werd alleen bij het onderzoek van Deblinger et al. (2001) een maatstaf gebruikt voor PTSS en daar werd geen verschil gevonden tussen TG-CGT en ondersteunende groepen. Het bewijs voor de reductie van de PTSS-symptomen bij jonge kinderen was daarom mager. In de tweede plaats beperkten beide onderzoeken zich tot kinderen die seksueel waren misbruikt. Dus toen de eerste door de Amerikaanse overheid gefinancierde programma's werden op-

gezet om behandelaren op te leiden voor de behandeling van kinderen met PTSS – na de aanslag op het World Trade Center in 2001 en de orkanen in Florida van 2004 – bleven jonge kinderen buiten deze omvangrijke en belangrijke programma's vanwege de veronderstelling dat er voor deze leeftijdsgroep niet voldoende rampenprotocollen bestonden (Allen, Saltzman, Brymer, Oshri & Silverman, 2006; CATS Consortium, 2007).

Een bijkomende leemte was de afwezigheid van haalbaarheidsgegevens met betrekking tot het vermogen van jonge kinderen om de essentiële technieken van cognitieve gedragstherapie (CGT) te begrijpen en eraan mee te werken. Cohen en Mannarino (1996a) en Deblinger et al. (2001) gebruikten weliswaar strenge methoden om de trouw van therapeuten aan de behandelingsprotocollen te waarborgen (de zogenoemde 'treatment integrity'), maar ze hadden geen gegevens over de werkelijke haalbaarheid van de CGT-technieken voor de kinderen. Met andere woorden: de therapeuten volgden keurig de protocollen, maar er waren geen aparte scores voor de mate waarin kinderen elk element van het behandelingsprotocol leken te begrijpen. De treatment integrity van de therapeut en de haalbaarheid voor kinderen kunnen elkaar behoorlijk overlappen, of juist niet. Een andere belangrijke doelstelling bij het ontwikkelen van TG-CGT-JK was om een behandelingsmethode te ontwikkelen waarvan was aangetoond dat ze taken bevatten die jonge kinderen echt konden uitvoeren (dat wil zeggen: die qua ontwikkeling haalbaar waren).

Het TG-CGT-JK-protocol werd in eerste instantie ontwikkeld op basis van de relevante literatuur over het gebruik van CGT voor de behandeling van PTSS, mijn onderzoeksbevindingen bij de diagnostiek van jonge kinderen en mijn klinische ervaringen met pogingen om PTSS te behandelen bij jonge kinderen. Bij het schrijven van de handleiding nodigde ik Judith A. Cohen en Lisa Amaya-Jackson uit om me te assisteren als coauteurs. Cohen en Anthony P. Mannarino hadden ervaring met het ontwikkelen en testen van TG-CGT bij oudere kinderen. Daarnaast hadden ze het eerder genoemde onderzoek uitgevoerd met toepassing van CGT bij kinderen tussen 3 en 6 jaar die seksueel waren misbruikt (Cohen & Mannarino, 1996a), met onder andere technieken als een training om angst te beheersen (het rechtstreeks bespreken van zaken die aan het trauma herinneren met behulp van progressieve ontspanning en positieve beelden), het opsporen van verstoorde betekenisverlening en tijd doorbrengen met de moeders – dit in de loop van een individuele therapie die twaalf sessies omvatte. Samen met John March had Amaya-Jackson een handleiding geschreven en uitgetest voor een groeps-CGT voor oudere kinderen (March, Amaya-Jackson, Murray & Schulte, 1998), in een uit veertien sessies bestaande groepstherapie, met onder meer technieken als leren omgaan met angst met zowel narratieve als imaginaire exposure, de stressthermometer, een stimulushiërarchielijst, positieve zelfspraak, het opsporen van negatieve gedachten, huiswerkopdrachten voor in vivo-exposure en terugvalpreventie. Judy en Lisa waren me zeer behulpzaam in de eerste fasen van het ontwikkelen van een handleiding en het oplossen van problemen bij de eerste casussen.

Op basis van mijn research (Scheeringa, Peebles, Cook & Zeanah, 2001; Scheeringa & Zeanah, 2001; Scheeringa, Zeanah, Drell & Larrieu, 1995) en mijn klinische ervaring met deze populatie paste ik deze technieken aan voor gebruik met drie- tot zesjarigen die wat voor soort trauma dan ook hadden meegemaakt. Daarnaast nam ik ook veel nieuwe technieken op die nog niet waren gestandaardiseerd in eerdere traumabehandelingen, waaronder psycho-educatie met behulp van plaatjes, systematische bespreking van weerstand, een sessie over grenzen stellen, het toepassen van vrijwel alle oefeningen en narratieve exposureoefeningen via tekeningen, een gepersonaliseerde map om daarin tekeningen en werkbladen te verzamelen, systematische desensitisatie (te beginnen bij weinig angst oproepende exposureoefeningen en daarna verder omhoog naar exposureoefeningen die heel veel angst oproepen), veiligheidsplannen, ouders erbij betrekken (die naar de sessies konden kijken via een gesloten televisiecircuit) en bij elke sessie tijd inruimen om met de ouders het protocolmateriaal door te nemen.

Wetenschappelijke onderbouwing

We hebben tussen 2005 en 2008 TG-CGT-JK getest in een onderzoek met drie- tot zesjarigen die een heel scala van trauma's hadden ervaren (gefinancierd door het National Institute of Mental Health, R34 MH70827). Kinderen moesten tussen 36 en 83 maanden oud zijn ten tijde van het meest recente trauma en bij aanmelding. Er waren maar weinig uitsluitingscriteria (die zaken omvatten als een matige verstandelijke beperking, een autisme spectrum stoornis, blindheid, doofheid en gezinnen die geen Engels spraken). Kinderen van wie het enige trauma was dat ze seksueel waren misbruikt werden ook niet opgenomen, aangezien de eerdere twee studies al hadden aangetoond dat CGT effectief was bij de behandeling van jonge slachtoffers van seksueel misbruik (Cohen & Mannarino, 1996a; Deblinger et al., 2001).

Het onderzoek omvatte twee fasen. In fase 1 behandelden we de eerste zes kinderen aan de hand van een geprotocolleerde handleiding. Deze fase was nuttig om empirisch te achterhalen dat talrijke kleine bijstellingen zinvol waren (zo werd 'veilige plek' niet altijd even goed begrepen, dus werd die term veranderd in 'fijne plek'). In fase 2 wezen we willekeurig de helft van de onderzoeksgroep aan om onmiddellijk behandeld te worden en kwam de andere helft op een wachtlijst van twaalf weken. De duur van deze wachtlijst was opzettelijk even lang als de duur van de groepsbehandeling. Kort nadat fase 2 was opgestart sloeg orkaan Katrina toe in New Orleans, waardoor de behandeling van diverse proefpersonen werd onderbroken en elke activiteit bijna een half jaar werd stopgezet, omdat onze kliniek weer bewoonbaar moest worden gemaakt. Vanwege dit oponthoud besloten we de volgende tien proefpersonen onmiddellijk te behandelen, om zo weer de onderzoeksgroep op te bouwen voordat we het randomiseren zouden hervatten. Het resultaat was dat er meer kinderen werden toegewezen aan de lijst voor onmiddellijke behandeling ($n = 51$) dan aan de wachtlijst van twaalf weken ($n = 24$). 32 kinderen voltooiden op zijn minst één sessie in de TG-CGT-JK-groep, 20 kinderen voltooiden alle twaalf sessies en 11 kinderen voltooiden de wachttijd in de wachtlijstgroep.

De eerste doelstelling van het onderzoek was om de effectiviteit te testen van het protocol voor het reduceren van PTSS-symptomen. De behandeling werkte overduidelijk en de verschillen tussen deze groepen waren uiterst significant (Scheeringa, Weems et al., 2011). De TG-CGT-JK-groep had voor behandeling gemiddeld 7,9 symptomen en dat nam af tot gemiddeld 3,6 symptomen. De wachtlijstgroep vertoonde geen significante vooruitgang tijdens de wachttijd (een gemiddelde van 7,7 PTSS-symptomen voorafgaand aan wachttijd, tegenover 7,2 symptomen na wachttijd). Daarnaast werd het kwalitatieve gebruik van de handleiding beschreven aan de hand van twee gevalsanalyses (Scheeringa et al., 2007).

Vervolgens voldeden tien van de elf kinderen die de wachttijd hadden afgemaakt nog steeds aan de criteria voor opname in het onderzoek, dus kregen zij de TG-CGT-JK-behandeling. Zes van deze tien kinderen maakten alle twaalf sessies af, waarna ze werden gecombineerd met de TG-CGT-JK-groep, om zo één groep te vormen om de effectgrootten te schatten van de behandeling. De effectgrootte voor het terugdringen van de PTSS-symptomen was naar conventionele maatstaven groot: $d = 1.01$. Het aantal symptomen nam ook significant af voor klinische depressie, oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) en separatieangststoornis (SAS), maar niet voor aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD). De effectgrootten voor depressie, SAS en ODD waren eveneens groot: respectievelijk $d = 0.92$, 0.72 en 0.89 .

Toen degenen die de behandeling hadden afgerond na 6 maanden een follow-up kregen ($n = 16$), waren de effectgrootten opnieuw gemiddeld tot groot voor alle stoornissen (behalve ADHD) en dat wijst op een uitstekende stabiliteit van de met de behandeling bereikte resultaten.

De tweede doelstelling van het onderzoek was het nagaan van de haalbaarheid van elk van de CGT-technieken die we hadden gebruikt bij de jonge kinderen. 46 kinderen namen op zijn minst deel aan

één behandelingssessie en werden beoordeeld op haalbaarheid van de TG-CGT-technieken. Over het geheel genomen werd geconcludeerd dat de kinderen 83,5% van de beoordeelde items begrepen en hadden voltooid (van de 1793 mogelijke items in een totaal van 388 behandelingssessies). Een onafhankelijke beoordelaar beoordeelde 30,7% van de behandelingssessies op video ($n = 116$ sessies, 530 items), en deze beoordelaar was het in 96,2% van de gevallen eens met de beoordelingen van de therapeuten. De interbeoordelaarsovereenstemming (kappa) was met 0,86 substantieel. De haalbaarheidsgegevens voor specifieke technieken presenteren we later, nadat we de technieken hebben beschreven.

Daarna is TG-CGT-JK in mijn kliniek toegepast door mensen in opleiding onder mijn supervisie en onder de supervisie van collega's aan Tulane University, en ook wereldwijd. In de afgelopen vijf jaar heeft feedback geleid tot kleine verfijningen. TG-CGT-JK is in 27 trainingen verspreid onder ruim 800 behandelaren over de hele wereld, waaronder Engeland en Australië, en is daarnaast via internet gedistribueerd onder nog eens honderden andere behandelaren.

Wie komt voor behandeling in aanmerking?

In onze gerandomiseerde trial luidden de criteria dat kinderen een levensbedreigende traumatische gebeurtenis hadden meegemaakt en minstens vier PTSS-symptomen hadden; minstens één daarvan moest een herbelevingssymptoom van DSM-criterium B zijn of een vermijdingssymptoom van DSM-IV-criterium C. Een herbelevings- of vermijdingssymptoom was vereist, wilden de exposureoefeningen betekenis hebben in TG-CGT. De kinderen hoefden niet te voldoen aan de criteria voor de volledige stoornis.

De leeftijdsondergrens voor kinderen werd bepaald door de leeftijd waarop zij een autobiografisch narratief geheugen voor gebeurtenissen hebben ontwikkeld en over een adequate verbale taal beschikken. Dat is gemiddeld rond de 36 maanden (Fivush, 1993; Terr, 1988), al kan het in speciale omstandigheden eerder zijn. De bovenste leeftijdsgrens voor dit protocol is flexibeler. In onze gerandomiseerde trial liepen de leeftijden uiteen van 3 jaar en 0 maanden tot 6 jaar en 11 maanden op het moment van het jongste trauma en op het moment van inschrijving, maar buiten deze trial hebben we het protocol ook bij oudere kinderen gebruikt.

Een relatieve contra-indicatie om deze behandeling uit te proberen betreft kinderen met onbehandelde ADHD. In mijn ervaring kan men vaak beter eerst de ADHD met medicatie behandelen en dan met dit protocol beginnen. Bij ambigue gevallen waarin de ADHD mild is of als het vermoeden bestaat dat de ADHD-symptomen met PTSS samenhangen, is het zinvol om met het protocol te beginnen en na te gaan of de kinderen kunnen meewerken.

Hoe werkt de behandeling volgens de theorie?

Uit een bespreking van studies met betrekking tot de behandeling van PTSS kwamen drie factoren naar voren die een rol spelen in alle typen traumabehandelingen:

- 1 Emotionele betrokkenheid bij de herinnering aan het trauma.
- 2 Organiseren en uitspreken van een traumaverhaal.
- 3 Aanpassing van kernovertuigingen over de wereld en de persoon zelf (Zoellner, Fitzgibbons & Foa, 2001).

In een CGT-structuur richt TG-CGT-JK zich op alle drie factoren. De uitdaging bij het werken met jonge kinderen is hoe je deze technieken toepast, rekening houdend met het niveau van zowel het kind als de ouder, zodat ze er beiden gebruik van kunnen maken.

CGT VOOR PTSS

CGT lijkt een effectieve behandelingsmodaliteit voor PTSS te zijn vanwege de focus op leertheorieën en cognitieve vervormingen (Foa, Keane & Friedman, 2009; Silverman et al., 2008; Zoellner et al., 2001). Het is weliswaar niet duidelijk wat PTSS veroorzaakt op het niveau van de neurale verbindingen, maar wel duidelijk is dat dit nieuw gedrag en nieuwe gedachten en gevoelens zijn die voorafgaand aan een trauma niet aanwezig waren en samen lijken te hangen met verhevigde, automatische cognitieve processen.

Gedragstherapie berust in de eerste plaats op de aanname dat het meeste gedrag zich ontwikkelt en in stand wordt gehouden door leerprincipes (Rimm & Masters, 1979). Een bepaald type leren, de zogenoemde operante conditionering (Skinner, 1953), is met name nuttig voor behandeling, omdat het werkt door spontaan gedrag (operanten) dat versterkt wordt door consequenties (respons). In theorie is gedragsverandering gerelateerd aan de kracht en de frequentie van de responsen. Deze kenmerken kunnen in behandelingsprotocollen worden aangepast.

Cognitieve therapie berust op de primaire aanname dat individuen de wereld interpreteren via cognitieve structuren (schema's) die een secundaire invloed hebben op veranderde gevoelens en gedrag (Beck, 1967). Cognities en gedragingen zijn uiteraard niet onafhankelijk, en theoretici hebben gezocht naar een realistischer mengeling van de twee, zoals in de sociale leertheorie (Bandura, 1969).

CGT is de rationele versmelting van beide modaliteiten, die zich de afgelopen dertig jaar heeft ontwikkeld in een uiteenlopende groep interventies (Thase & Wright, 1997). De op empirie gebaseerde theorie en praktijk van CGT lenen zich uitstekend voor systematische en gestructureerde behandelprotocollen.

CGT-technieken kunnen worden vereenvoudigd tot twee componenten: (1) exposure (systematische desensitisatie en langdurige exposure of imaginaire exposure); (2) een training om angst te leren beheersen (ontspanning, cognitieve herstructurering en biofeedback). Voor beide categorieën bestaat empirische ondersteuning en hetzelfde geldt voor gecombineerde behandelpakketten (zie de bespreking in Rothbaum & Foa, 1996). In TG-CGT-JK worden beide technieken in een gecombineerd behandelpakket gebruikt. Exposure en een training om angst te leren beheersen zijn weliswaar de primaire technieken waarvan wordt aangenomen dat ze PTSS verminderen, maar er zijn vele andere aspecten van TG-CGT-JK die thuis horen in een geslaagd behandelpakket; deze aspecten komen hierna aan bod.

De componenten van TG-CGT-JK

De twaalf sessies van TG-CGT-JK staan in onderstaande lijst. De sessies borduren op elkaar voort volgens de filosofie van de graduele exposure-therapie. Dus de vaardigheden die vereist zijn voor sessie 2 worden in sessie 1 onderwezen enzovoort. Wat de exposureopdrachten in de sessies 6 tot 10 betreft, daar is het de bedoeling dat de eerdere exposureopdrachten minder angst wekken dan de latere, waardoor de vaardigheden van het kind gaandeweg worden opgebouwd om te kunnen omgaan met de exposureopdrachten die de meeste angst oproepen.

Sessie 1: Psycho-educatie – overzicht

Sessie 2: Gedragsbeheersing bij opstandigheidsmodule

Sessie 3: CGT-hulpmiddelen leren – gevoelens herkennen

- Sessie 4: CGT-hulpmiddelen leren – ontspanningsoefeningen
- Sessie 5: Het verhaal vertellen
- Sessie 6: Een gemakkelijke narratieve exposure
- Sessie 7: Een gemiddelde narratieve exposure
- Sessie 8: Een gemiddelde narratieve exposure
- Sessie 9: Een narratieve exposure met betrekking tot het naaste moment
- Sessie 10: Een narratieve exposure met betrekking tot het naaste moment
- Sessie 11: Terugvalpreventie
- Sessie 12: Terugblik en diploma-uitreiking

De titels van deze sessies beschrijven alleen de belangrijkste focus van elke sessie. Er vinden tijdens elke sessie diverse activiteiten plaats; die worden in detail beschreven in deel II. Vaste elementen die door de hele behandeling heen voorkomen en technieken die steeds worden herhaald, worden hieronder besproken om te voorkomen dat ze in deel II voortdurend moeten worden herhaald.

De behandelkamer

Bewaar geen speelgoed of tussendoortjes in de therapieruimte (we gebruiken tijdens de sessies wel tussendoortjes, maar hebben er geen voorraadje van in de therapieruimte). Vermijding is een onlosmakelijk onderdeel van PTSS. Twee PTSS-symptomen zijn het vermijden van interne en externe stimuli die mensen doen terugdenken aan traumatische gebeurtenissen. Als er speelgoed of iets te eten in je kamer is, al is het opgeborgen, dan zullen kinderen die afleiding aangrijpen om exposure te vermijden. Daar komt bij dat de hoofdtaak voor kinderen in het leven is om te spelen en dus zullen ze elke kans om te spelen aangrijpen. En het allerbelangrijkste is misschien nog wel dat kinderen door hun ouders worden meegenomen naar de therapie als onwillige deelnemers, maar ze beschikken nog niet over het abstracte inzicht dat therapie een plek is waar je emotionele en gedragsproblemen bespreekt. De manier waarop je de therapieruimte inricht, is voor hen een instructie over hoe ze zich moeten gedragen. Speelgoed en iets te eten nodigen nu eenmaal uit tot een onnodige machtsstrijd.

Een rechtlijnige aanpak

In elke sessie, maar met name helemaal in het begin, is het heel belangrijk om een vanzelfsprekende houding aan te nemen tijdens het bespreken van het trauma, vooral met jonge kinderen. Als het kind duidelijk niet wil praten over het trauma, voelt de therapeut zich er wellicht ongemakkelijk onder om door te vragen over het onderwerp, omdat het verschil in macht qua leeftijd, postuur en verbale vaardigheden hier sterker geldt dan wanneer je werkt met oudere kinderen en volwassenen. Die noodzaak om zich te blijven concentreren op de nare dingen kan voor de therapeut ook ongemakkelijk voelen omdat een ouder elke sessie observeert. Als een ouder heeft verklaard dat hij vermijdt om met het kind over het trauma te praten, heeft de therapeut twee patiënten die misschien overstuur kunnen raken. Je kunt humor gebruiken om de sfeer lichter te maken. Ondanks deze potentiële problemen hangt de kans van slagen van de behandeling af van de vraag in hoeverre het kind, en misschien ook de ouder, in staat is deze herinneringen onder ogen te zien zonder te veel angst.

De therapeutische relatie

Naar mijn mening wordt de zogenoemde therapeutische relatie iets te veel aangeprezen. Natuurlijk is de therapeutische relatie belangrijk. Dat kan ook niet anders bij een activiteit die in wezen interpersoonlijk is. Deze relatie wordt te veel aangeprezen als het gaat om het feit dat ze tot uitdrukking moet komen of anders kunstmatig en ongepast zou zijn. Een warme therapeutische relatie maakt de therapie zeker plezieriger. Maar niet iedereen is intrinsiek geneigd tot affectieve expressies of bijzonder

geïnteresseerd in interpersoonlijke interactie (bijvoorbeeld degenen die aan een vorm van een autisme spectrum stoornis lijden). Behandeling kan even succesvol zijn bij affectief meer afstandelijke relaties die een stevige samenwerkingsbasis hebben. Wanneer de relatie niet gemakkelijk tot stand komt, moet de therapeut in staat zijn om zijn interactieve stijl aan te passen aan het temperament en persoonlijkheidsniveau van elk individu (en niet andersom). Samenwerking is het enige essentiële onderdeel dat in een succesvolle therapie niet kan ontbreken.

Weerstand

Op basis van onderzoeksgegevens waaruit bleek dat ouders van kinderen met PTSS zelf ook veel last van symptomen hebben (zie de bespreking in Scheeringa & Zeanah, 2001) en op basis van de klinische ervaring dat moeders er vaak voor terugschrikken om te denken aan de traumatische ervaringen van hun kinderen, hebben we in elke sessie secties ingeruimd voor motivatie voor de moeders. We raden de therapeut aan er met de moeder op vooruit te lopen dat ze weerstand zal voelen om naar de volgende sessies te komen. Dit gevoel wordt erkend, systematisch wekelijks van een score voorzien en zo nodig wordt er nader aandacht aan besteed.

Benadrukt wordt hoe belangrijk het is dat de therapeut ouders voorbereidt op de mogelijkheid dat zij niet willen terugkomen voor volgende sessies. Die veel voorkomende weerstand doet zich om diverse redenen voor. Om te beginnen willen ouders liever niet de confrontatie aangaan met pijnlijke herinneringen en ze willen hun kinderen die pijnlijke herinneringen niet laten herbeleven. In sommige gevallen gaan de kinderen een beetje vooruit en gebruiken de ouders die vooruitgang als excuus om niet meer te komen. Een andere mogelijkheid is dat ouders zijn begonnen traumatische herinneringen uit hun eigen verleden op te graven. Als een van deze redenen ervoor zorgt dat een gezin niet terugkomt voor behandeling, is het al te laat om daar iets aan te doen. In dit protocol wordt vooruitgelopen op de weerstand tegen terugkomen en het wordt vanaf de eerste sessie in elke sessie aan de orde gesteld. Deze preventieve erkenning van ervaringen die de ouders zelf hebben gehad, heeft het bijkomende voordeel dat het hun vertrouwen in de competentie van de therapeut vergroot. Daarmee wordt aangetoond dat de therapeut op dit gebied ervaring en zelfs expertise heeft en kan voorzien wat er verderop in het traject kan gebeuren.

Ouders krijgen directieve adviezen om te rapporteren op wat voor manier ze hun weerstand hebben genegeerd en toch weer zijn gekomen. Ze krijgen de vraag om te vertellen wat voor trucs ze hebben gebruikt om toch terug te komen. Sommige 'trucs' die ouders ons hebben gemeld, zijn:

- 'Ik kom gewoon omdat mijn kind dit nodig heeft.'
- 'Ik heb een alprazolam genomen.'
- 'Ik heb gebeden.'
- 'Ik wil niet dat mijn dochter hetzelfde moet doormaken als ik' (de moeder was als kind seksueel misbruikt, net als haar dochter, maar zij had nooit enige therapie of steun gekregen).
- Diverse moeders van zoons die getuige waren geweest van ernstig huiselijke geweld dat door hun vader was gepleegd, zeiden: 'Ik wil niet dat hij net zo wordt als zijn vader.'

Uit de meeste van deze opmerkingen komt naar voren dat de ouders hun eigen ongemak niet uit de weg gingen zodat hun kinderen hulp konden krijgen.

Lekkers

Het gebruik van etenswaren is een techniek om kinderen te helpen een beetje plezier te beleven aan de verder onaangename bezigheid om over hun traumatische ervaringen te praten. Het is wel verstandig om eerst met de ouders te overleggen wat het kind mag hebben. Met iets te eten wordt het ijs gebroken

en voelen kinderen zich beter op hun gemak. Aan het begin van elke sessie wordt een crackertje of een doosje rozijntjes aangeboden en ongeveer halverwege elke sessie bijvoorbeeld iets te drinken.

Deze traktaties worden aangeboden zonder voorwaarden. Ze mogen nooit worden gebruikt als beloning of worden ontzegd om zo tot deelname aan de therapie sessies te verleiden. Mochten de ouders spontaan proberen etenswaren in te zetten voor andere doeleinden, dan moeten de therapeuten vriendelijk tussenbeide komen. Het aanbieden van tussendoortjes en iets te drinken aan de ouders moet een flexibeler optie zijn. Het is niet aan te bevelen om de ouder bij elke sessie steevast iets te drinken of te eten aan te bieden. Mocht het achterwege blijven van zo'n traktatie een probleem worden voor ouders, dan valt niet te verwachten dat het aanbieden van een kleine versnapering een ernstige bedreiging vormt voor de integriteit van het behandelprotocol.

Mijn Reisboek

Mijn Reisboek is een eenvoudige, goedkope map waar je alle werkbladen in kunt stoppen. Dit boek is een van de methoden die je kunt gebruiken om het kind te helpen een samenhangend verhaal van het trauma te ontwikkelen, zonder cognitieve en geheugenvervalsingen. In de loop van de behandeling wordt *Mijn Reisboek* – dat sessie na sessie in chronologische volgorde is georganiseerd – gevuld met tekeningen en huiswerk. De kinderen krijgen het verzoek om hun boek te personaliseren door de omslag te versieren en het een naam te geven.

Mijn Reisboek kan ook een belangrijke functie vervullen als kluis: alle herinneringen die stress veroorzaken bij het kind kunnen daarin worden opgeborgen. Exposure is weliswaar een fundamentele component van CGT, maar een exposure die overweldigende proporties aanneemt, is niet vruchtbaar. Het boek kan ook symbolisch worden gebruikt om herinneringen in te bewaren tot het kind er klaar voor is om ermee om te gaan. *Mijn Reisboek* – en symbolisch gezien de herinneringen – blijft in de behandelkamer. Aan het eind van de behandeling wordt aan de kinderen gevraagd of ze hun boek mee naar huis willen nemen.

Plan voor het leren begrenzen van gedrag

Opstandig gedrag na een trauma komt veel voor bij jonge kinderen. Zo vonden we bijvoorbeeld in ons onderzoek van 62 aan trauma blootgestelde jonge kinderen opstandig gedrag bij 75% van de kinderen met PTSS en was het de meest voorkomende comorbide stoornis (Scheeringa, Zeanah, Myers & Putnam, 2003).

Onze eigen ervaring is dat destructief gedrag vanuit de meest voorkomende reden is waarom ouders besluiten hun jonge kinderen na een trauma te laten behandelen (en dus niet PTSS-symptomen). Daarom is het begin van sessie 2 aan dit probleem gewijd, waarna er in de volgende sessies op wordt teruggekomen. Als er bij een kind geen sprake is van opstandigheid als problematisch verschijnsel, sla je deze sessie over en ga je door naar sessie 3.

Bij ODD is geen sprake van een enkelvoudige, duidelijke etiologie en het ontwikkelt zich waarschijnlijk langs veel verschillende paden. Dat wil zeggen dat het kan voorkomen bij kinderen met een extreem moeilijk temperament (ongeacht hoe hun ouders daarmee omgaan), het kan het resultaat zijn van uitzonderlijk grote stress binnen een gezin of van een combinatie van deze factoren. Onze klinische ervaring is echter dat opstandig gedrag na trauma vaak een heldere ontstaansgeschiedenis heeft. De ouder voelt zich schuldig omdat het kind al genoeg heeft meegemaakt en schrikt er daarom voor terug om het voor het kind nog lastiger te maken door het sancties op te leggen. Ouders zijn zich vaak wel bewust van deze dynamiek en geven dat dan ook onmiddellijk toe. Gelukkig is dit type opstandig gedrag makkelijk te verhelpen door de ouder te trainen.

Wanneer er doelgedrag wordt bepaald voor het leren begrenzen van (opstandig) gedrag, is het van cruciaal belang om elk gedrag toe te spitsen op een meetbare, duidelijke actie waarvan jij (en wat

nog belangrijker is, de moeder) met zekerheid kunt vaststellen dat die zich voordoet. Als de moeder bijvoorbeeld zegt: ‘Hij doet gemeen’, als haar gevraagd wordt naar een doelgedrag, is dat ‘gemeen’ geen meetbare of duidelijk te herkennen actie en zo zijn er meerdere voorbeelden van onacceptabel doelgedrag (‘Hij is agressief’, ‘Hij slaat’, ‘Hij luistert niet’). Duidelijke en meetbare doelgedragingen zijn onder meer:

- ‘Hij knijpt zijn zus de keel dicht.’
- ‘Hij gooit met spullen tegen de muur en/of naar mensen.’
- ‘Hij ruimt zijn speelgoed niet op, ook niet als ik het hem drie keer heb gevraagd.’

Zodra de doelgedragingen zijn vastgesteld, moet er een doel worden bepaald dat in de loop van de week daarop makkelijk haalbaar is. Het is veel belangrijker dat kinderen in de eerste week van een plan voor het begrenzen van gedrag succes hebben dan dat het hele probleem ineens wordt opgelost. Bepaal bijvoorbeeld als doel voor het opruimen van speelgoed dat er slechts twee van de zeven dagen meteen wordt opgeruimd als daar een keer om wordt gevraagd. Als dat doel is bereikt, kan het in de loop van de weken daarop worden opgevoerd. Gegeven de aard van het opstandig gedrag van de betreffende kinderen zullen ze deze haalbare doelen overtreffen, al was het alleen maar omdat ze niet geacht worden dat te doen.

Ten slotte onderhandel je met kinderen en ouders over een beloning. Het moeten kleine beloningen zijn die weinig kosten en daarom direct uitvoerbaar zijn. Kinderen kiezen bijvoorbeeld vaak voor zelf een film mogen uitkiezen, een pizza bestellen of met mama naar de speeltuin gaan.

In de weken daarop, wanneer thuis wordt geoefend met het plan voor het begrenzen van opstandig gedrag, moet je tijdens sessies hier steeds nadrukkelijk op terugkomen. In het algemeen zijn er met betrekking tot dit punt drie mogelijke uitkomsten:

- 1 Het plan is geslaagd. In dat geval moet je ofwel onderhandelen over eventuele wijzigingen voor de week daarop, of het plan ongewijzigd laten.
- 2 De ouder heeft zich aan het plan gehouden, maar het gedrag van het kind is niet verbeterd. Dan zul je moeten beslissen of jullie het nog een week bij hetzelfde plan laten met wat krachtiger beloningen of consequenties, of dat jullie een ander doelgedrag kiezen.
- 3 De ouder heeft zich niet aan het plan gehouden. Dat probleem moet je niet uitstellen, maar meteen aanpakken. Dat wil zeggen dat je de kwestie dat de ouder zich niet aan de afspraak heeft gehouden onomwonden op tafel legt, in plaats van de zaak terzijde te schuiven. De kans is namelijk zeer groot dat het geen toeval is dat de ouder zich niet aan het plan heeft gehouden en dus zal dat in de toekomst ook niet het geval zijn als jij er niet op hamert. De therapeut is nu eenmaal de handhaver. Je moet met enige omzichtigheid ‘de voeten van de ouder tegen het vuur houden’ en hem eraan helpen herinneren dat er consequenties zijn – te weten het opstandige gedrag van het kind – als de ouder zich niet aan het gedragsplan houdt.

Hoeveel weken moeten plannen voor het begrenzen van gedrag worden gebruikt? Zo weinig mogelijk, tot het moment dat de ouder tevreden lijkt met de uitkomst. De gemiddelde duur is een tot vijf sessies. Wij proberen het opvoedplan niet al te veel weken te herhalen, aangezien we vanaf sessie 6 graag zien dat de aandacht bij het huiswerk gericht is op de in vivo-exposureopdrachten.

Een opmerking over time-outs: zowel onder behandelaren als onder ouders leven wijdverbreide misvattingen omtrent de time-out. Ten onrechte wordt een time-out beschouwd als een therapeutische techniek waarmee langdurige gedragsveranderingen bereikt kunnen worden. Het kan zijn dat een time-out op die manier werkt bij een gemiddeld kind zonder stoornissen van een klinisch niveau, maar dat geldt niet voor onze klinische populatie.