

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

## Twee behandelvormen van posttraumatische stress bij kinderen en jongeren

*Post Traumatic Stress Disorder. Cognitive therapy with children and young people.* P. Smith, S. Perrin, W. Yule en D. M. Clark (2010). New York: Routledge. ISBN13 9780415391641, prijs: €29,99

*Collaborative treatment of traumatized children and teens. The Trauma Systems Therapy approach.* G. N. Saxe, B. Heidi Ellis en J. B. Kaplow (2007). New York: Guilford Press. ISBN13 9781606233498, prijs: €35,99

Arnold van Emmerik<sup>1</sup>

Elk jaar verschijnen tientallen nieuwe boeken over de behandeling van de posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Waarschijnlijk valt zo'n overvloed te verkiezen boven de veel geringere aandacht voor de gevolgen van traumatische ervaringen tot ongeveer 1980, toen de PTSS werd opgenomen in de DSM. Bijna iedereen, ook in Nederland, maakt in zijn of haar leven immers één of meer traumatische gebeurtenissen mee (De Vries & Olff, 2009). Maar het is ook raar, want zoveel bewezen effectieve behandelingen van de PTSS zijn er helemaal niet. Dat roept de vraag op waar al deze boeken over gaan. Als zij de weinige bewezen effectieve behandelingen van de PTSS beschrijven, dan moet hun overlap enorm zijn. Als dat laatste niet het geval is, dan moeten zij dus ook niet-bewezen effectieve behandelingen beschrijven. Ik nam de proef op de som en las twee boeken die in ieder geval op grond van hun titel veel overlap lijken te vertonen: *Post Traumatic Stress Disorder: Cognitive therapy with children and young people* van Smith, Perrin, Yule en Clark (2010), en *Collaborative treatment of traumatized children and teens* van Saxe, Heidi Ellis en Kaplow (2007).

De cognitieve therapie van Smith et al. (2010) valt op door haar sterke theoretische en empirische basis. De theoretische basis van de behandeling wordt gevormd door het cognitieve model van de PTSS bij volwassenen van Ehlers en Clark (2000), dat door Meiser-Stedman (2002) werd aangepast voor kinderen en

<sup>1</sup> Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam, Weesperplein 4, 1018 XJ Amsterdam  
E-mail: a.a.p.vanemmerik@uva.nl

jongeren. Centraal in dit model staat de actuele dreiging die iemand met een PTSS ervaart, hoewel de traumatische ervaring (soms ver) in het verleden ligt. Dit gevoel van dreiging komt onder meer tot uiting in de voor de PTSS zo kenmerkende intrusieve symptomen. Het model poneert vervolgens twee factoren die het gevoel van dreiging in stand houden. De eerste factor wordt uitgemaakt door een aantal kenmerken van het zogenaamde traumageheugen. Zo is het traumageheugen van PTSS-patiënten vaak onvolledig en slecht geïntegreerd in het autobiografische geheugen, waarin we ook de herinneringen aan andere ervaringen uit ons leven opslaan. Het traumageheugen heeft bovendien vaak een sterk sensorisch karakter (beelden, geluiden, geuren), wat verondersteld wordt de verwerking van de traumatische ervaring te bemoeilijken. De tweede in stand houdende factor bestaat uit niet-realistische negatieve cognities over de traumatische ervaring en haar gevolgen. PTSS-patiënten kunnen bijvoorbeeld van mening zijn dat het maar beter is niemand meer te vertrouwen, dat ze kennelijk niet in staat zijn traumatische ervaringen af te wenden, of dat hun flashbacks, schrikreacties en andere symptomen betekenen dat ze gek aan het worden zijn. Het is goed voorstelbaar hoe deze factoren bijdragen aan het gevoel van dreiging dat de PTSS kenmerkt. Een ander belangrijk onderdeel van het cognitieve model zijn de controlestrategieën die PTSS-patiënten toepassen om dit gevoel van dreiging het hoofd te bieden. Wanneer iemand bijvoorbeeld het contact met andere mensen gaat vermijden (controlestrategie), wordt de niet-realistische negatieve cognitie 'het is maar beter niemand te vertrouwen' (in stand houdende factor) niet gecorrigeerd. De controlestrategieën verhinderen zo het herstel doordat zij 'de in stand houdende factoren in stand houden'.

Het cognitieve model van Ehlers en Clark (2000) is onderwerp geweest een grote hoeveelheid empirisch onderzoek, met een voor de klinische psychologie opvallend programmatisch karakter. Het betreft zowel psychometrisch onderzoek naar instrumenten om de diverse constructen binnen het model te kwantificeren, als experimenteel onderzoek naar het model zelf en de effectiviteit van de op het model gebaseerde cognitieve therapie. Het is een schoolvoorbeeld van de manier waarop de ontwikkeling van een psychologische behandeling hoort te verlopen: een theoretisch model inclusief in stand houdende factoren als uitgangspunt, experimenteel onderzoek om het model te ondersteunen en verfijnen, en een eveneens in experimenteel onderzoek effectief gebleken behandeling die zich systematisch richt op het beïnvloeden van de in stand houdende factoren bij de patiënt.

Op de weergave van al dit moois door Smith et al. (2010) is niet veel aan te merken. Het boek begint met een vrij complete beschrijving van de PTSS en andere veel voorkomende psychische klachten na een traumatische ervaring. De auteurs hebben daarbij veel oog voor de specifieke uitingen van deze klachten bij kinderen en jongeren en de problemen in het vaststellen van deze klachten met de gangbare instrumenten. Uit de vele praktische suggesties voor het omgaan met allerlei situaties in de behandeling, spreekt hun rijke klinische

ervaring. Men zou hooguit kunnen opmerken dat belangrijke onderdelen van de cognitieve therapie, zoals *exposure* en cognitieve herstructurering, ons al veel langer ter beschikking staan dan het cognitieve model van Ehlers en Clark (2000) en de resultaten van het experimenteel onderzoek naar dit model. De verbanden tussen deze interventies, model en onderzoek zijn dus in feite grotendeels *post hoc* gelegd. Anders gezegd: ook zonder het cognitieve model werden veel PTSS-patiënten al met *exposure* en cognitieve herstructurering behandeld.

Het boek beschrijft kortom een ideale psychologische behandeling zoals die zou kunnen en moeten worden uitgevoerd in (vrijwel) ideale omstandigheden. Toegegeven, een enkel kind is niet meteen bereid in detail te vertellen wat het heeft meegemaakt. Sommige ouders zijn niet in staat of bereid in te zien hoe de eigen klachten het herstel van hun kind in de weg staan en moeten worden gemotiveerd zelf in behandeling te gaan. In het achtste hoofdstuk (*Real-world hurdles in treatment*) komen deze en een aantal andere omstandigheden aan bod die de behandeling kunnen bemoeilijken, waaronder het gebruik van tolken, de aanwezigheid van reële actuele bedreigingen voor het kind en overbelasting en *burnout* van de behandelaar. Een andere 'real-world hurdle' lijkt me dat de cognitieve therapie bestaat uit behandelsessies van 90 minuten, terwijl de Nederlandse (maar vermoedelijk ook de Britse) behandelaar zich vandaag de dag gelukkig mag prijzen met de helft daarvan.

De therapiebelemmerende omstandigheden waarvoor Smith et al. (2010) misschien wat weinig oog hebben, zijn in feite de *raison d'être* van de door Saxe et al. (2007) beschreven *Trauma Systems Therapy* (TST). Hun jeugdige patiënten in het Boston University Medical Center, een ziekenhuis in de binnenstad van Boston, zijn overwegend afkomstig uit achterstandswijken en het slachtoffer van ernstige traumatische ervaringen, vaak binnen het ouderlijk gezin of wat daar nog van over is. Pogingen deze kinderen te behandelen met de gangbare psychologische interventies (zoals de hiervoor beschreven cognitieve therapie) sorteren volgens de auteurs weinig tot geen effect. Zij wijzen daarvoor tenminste drie oorzaken aan. Ten eerste richten deze interventies zich op het verwerken van traumatische ervaringen in het verleden, terwijl veel kinderen hun handen vol hebben aan het voorkomen van of omgaan met nieuwe traumatische ervaringen. Verwerking is voor hen nog niet aan de orde en bescherming heeft prioriteit boven behandeling. Een tweede veelvoorkomend probleem is het onvermogen, soms de onwil, van het kind of de ouders om behandeling te volgen of toe te staan. Voor een alleenstaande moeder met een slecht betaalde baan die toch al op de tocht staat, is een afspraak tijdens kantooruren met een psycholoog aan de andere kant van de stad soms echt geen oplossing. Ten derde is ook de omgeving van het kind (scholen, zorginstellingen, maatschappelijk werk) door een gebrek aan middelen vaak niet in staat de aandacht en zorg te bieden die nodig is.

De grootste verdienste van Saxe et al. (2007) is het expliciet benoemen van deze problematiek. Ook de oplossingen zoeken zij in de juiste richting: psychologische interventie alleen, als zij al van de grond komt, is voor deze doelgroep ontoereikend. Deze kinderen zijn waarschijnlijk meer, of uitsluitend, gebaat bij een multidisciplinaire aanpak, waarin behalve psychologen en psychiaters ook leraren en juristen een rol spelen. Daarnaast dienen hulpverleners bereid en in staat te zijn hun spreekkamer te verlaten voor interventies in de leefomgeving (gezin, school, wijk) van het kind.

TST biedt de hulpverlener een zoekschema en structuur om een dergelijke multidisciplinaire samenwerking tot stand te brengen. De feitelijke interventie bestaat uit zeven modules, waarvan de eerste (*Ready-Set-Go!*) in alle gevallen wordt toegepast en is bedoeld voor onder meer triage en het gezamenlijk formuleren van een interventieplan. De overige zes modules (stabilisatie, belangenbehartiging, psychofarmacologie, emotieregulatie, cognitieve verwerking en betekenisgeving) worden ingezet op basis van een beoordeling van de emotionele regulatie van het kind (gereguleerd, emotionele disregulatie, of gedragsmatige disregulatie) en de stabiliteit van de omgeving (stabiel, gespannen, of bedreigend). De psychologische interventie in engere zin is dus beperkt tot de modules over emotieregulatie en cognitieve verwerking.

Ondanks dit alles legt het boek het af tegen het vorige. Multidisciplinair samenwerken is iets wat veel hulpverleners inderdaad meer en beter zouden moeten doen. 'Multidisciplinair samenwerken' is echter geen therapievorm en rechtvaardigt daarom geen eigen label (*Trauma Systems Therapy*). De vrij uitgebreide bespreking van de neurobiologische achtergrond van traumatische stress in het tweede hoofdstuk geeft een indruk van volledigheid, maar heeft in feite weinig van doen met de eigenlijke interventie. Sommige belangrijke beslissingen binnen TST zijn gebaseerd op bij mijn weten arbitraire criteria, bijvoorbeeld de beoordeling van de emotionele regulatie van het kind en daarmee de keuze van de modules. Er zou sprake zijn van emotionele disregulatie wanneer er tenminste een keer per maand een periode van disregulatie optreedt, en van gedragsmatige disregulatie wanneer een kind zich onder stress tenminste een keer per drie maanden gevaarlijk gedraagt. Het streven van de auteurs de interventie op een toegankelijke manier te beschrijven, trekt bovendien een (te) zware wissel op de inhoud en stijl van het boek. Het boek biedt een beetje van alles, maar van niets genoeg. De hoofdstukken over bijvoorbeeld emotieregulatie en cognitieve verwerking bevatten weliswaar geen onjuistheden, maar schieten evengoed rijkelijk te kort voor wie met deze modules aan de slag wil gaan. Gevreesd moet worden dat dit ook geldt voor de beschrijvingen van de overige modules. Zo zal het hoofdstuk over psychofarmacologie voor de psychiater weinig nut hebben, terwijl men toch mag hopen dat het niet voor anderen dan de psychiater bedoeld is.

Sommige materie (bijvoorbeeld de neurobiologische en cognitieve achtergrond van traumatische stress) laat zich nu eenmaal niet eenvoudig beschrij-

ven, en dan moet je dat misschien ook niet proberen. De afsluiting van het voorwoord (“*So, welcome to the world of TST. You are now a member of a community of innovators. Use it. Change it. Make it better and do your best with the Geraldts, Denises, and Roberts in your practice and in your lives.*”) kan nog worden beschouwd als een kwestie van (slechte) smaak. Kwajijker is het introduceren van nieuwe, vage terminologie (bijvoorbeeld *survival-in-the-moment states*) voor iets waarvoor preciezere, helemaal niet zo moeilijk te begrijpen termen beschikbaar zijn (intrusieve en dissociatieve symptomen). Sommige formuleringen wijzen - hopelijk - op een onderschatting van de TST professional (“*Our intervention intensively targets the trauma system. That is why we call our intervention trauma systems therapy.*”) of bieden een soort schijnlogica (“*The inability to regulate emotional states also implies an inadequacy in the system of care to help the child contain emotions or behaviors. This inadequacy has three possible causes: (1) the child has not yet accessed the system of care, (2) the child is “falling through the cracks,” or (3) the services the child is receiving are insufficient in some way to help contain emotions or behavior.*”) Het kan nuttig zijn informatie te herhalen, maar de definitie van een traumasysteem (een getraumatiseerd kind dat niet in staat is zijn of haar emoties te reguleren, in combinatie met een sociale omgeving of zorgsysteem dat niet voldoende in staat is het kind te helpen deze emoties te reguleren) kwam ik tenminste negen keer tegen.

Samenvattend: beide boeken richten zich op dezelfde doelgroep (kinderen en jongeren met PTSS), maar beschrijven twee zeer verschillende interventies. Het eerste boek zou misschien iets meer oog mogen hebben voor de beperkingen van sommige patiënten en behandelsettings; het tweede slaat daarin echter te ver door. Theorie, empirie en leesbaarheid: *Post Traumatic Stress Disorder: Cognitive therapy with children and young people* van Smith et al. (2010) wint het van *Collaborative treatment of traumatized children and teens* van Saxe et al. (2007) op alle fronten.

#### LITERATUUR

- De Vries, G.J., & Olff, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and post-traumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 259-267.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345.
- Meiser-Stedman, R. (2002). Towards a cognitive-behavioral model of PTSD in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review, 5*, 217-232.
- Saxe, G.N., Ellis, B.H., & Kaplow, J.B. (2007). Collaborative treatment of traumatized children and teens. The Trauma Systems Therapy approach. New York: Guilford Press.
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., & Clark, D.M. (2010). *Post Traumatic Stress Disorder. Cognitive therapy with children and young people*. New York: Routledge.