

## **Interventie**

### **WRITEjunior**

---

## Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 30 september 2022

Oordeel: Effectief volgens goede aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: Lucassen, van der Oord (13 mei 2022).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'WRITEjunior'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies).

## Inhoud

<b>Inhoud</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
Doelgroep .....	4
Doel.....	4
Aanpak.....	4
Materiaal .....	4
Onderbouwing .....	4
Onderzoek .....	5
<b>1. Uitgebreide beschrijving</b> .....	<b>6</b>
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel.....	7
1.3 Aanpak.....	8
<b>2. Uitvoering</b> .....	<b>13</b>
<b>3. Onderbouwing</b> .....	<b>15</b>
<b>4. Onderzoek</b> .....	<b>20</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	20
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	21
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b> .....	<b>26</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur</b> .....	<b>27</b>

## Samenvatting

WRITEjunior is een cognitief gedragstherapeutische schrijftherapie voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten van 4-18 jaar. Het heeft als doel dat posttraumatische stress (PTS) klachten verdwijnen of sterk afnemen. De behandeling heeft een cognitief gedragsmatige aanpak. Tijdens de sessies schrijft de jeugdige samen met de therapeut het traumaverhaal op de computer.

### Doelgroep

Kinderen en adolescenten van 4-18 jaar die kampen met PTS-klachten of een posttraumatische stressstoornis (PTSS) als gevolg van het meemaken van één of meerdere ingrijpende gebeurtenis(sen).

### Doel

Doel is dat de PTS-klachten (of de PTSS) verdwijnen of sterk verminderen doordat de herinneringen aan de ingrijpende gebeurtenissen, die het kind hebben getraumatiseerd, zijn verwerkt.

### Aanpak

De behandeling bestaat uit reconstrueren van het trauma door het schrijven van een verhaal waarin gedachten en gevoelens beschreven worden (exposure), gedachten geherstructureerd (cognitieve herstructurering), strategieën om in de toekomst om te gaan met problemen (coping) aan bod komen en het opgeschreven verhaal wordt gedeeld met belangrijke personen (social sharing). Bij eenmalige traumatische ervaringen zijn meestal 3-5 sessies nodig, voor jeugdigen die meerdere traumatische ervaringen hebben meegemaakt meestal 5-10 sessies.

### Materiaal

Voor therapeuten is er een protocol in boekvorm met therapievoorbeelden voor verschillende trauma's en verschillende leeftijdsgroepen. Ook is er een website ([www.writejunior.nl](http://www.writejunior.nl)) met een apart gedeelte voor cliënten en therapeuten.

### Onderbouwing

Volgens de meest recente GGZ-standaarden (Akwa GGZ, 2020) zijn traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) en Eye Movement Desensitisation Reprocessing (EMDR) de eerste keus behandelingen voor PTSS. Dit wordt ook bevestigd door richtlijnen van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie en komt overeen met internationale richtlijnen van bijvoorbeeld het National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2018) en een recente meta-analyse (Bastien, Jongasma, Kabadayi & Billings, 2020). De werkzame traumagerichte CGT-technieken bij WRITEjunior zijn: exposure, cognitieve herstructurering, coping en social sharing. Door het schrijven van het verhaal van de traumatische gebeurtenis vindt er een imaginaire blootstelling (exposure in vitro) plaats. Daardoor wordt gewenning aan de aversieve gebeurtenis bewerkstelligd, wat ertoe leidt dat deze minder angst opwekt. Door cognitieve herstructurering worden trauma gerelateerde disfunctionele cognities vervangen door meer helpende of functionele gedachten. Ook wordt beschreven welke coping mechanismes een kind kan inzetten. Bij social sharing wordt het verhaal gedeeld met voor het kind belangrijke volwassenen, zodat hij/zij extra steun en erkenning krijgt en makkelijker kan communiceren met hen.

## Onderzoek

Zowel een pilotstudie ( $n = 23$ ) als een Randomized Controlled Trial (RCT;  $n = 103$ ) laten significante afnames in PTS-klachten zien na behandeling met WRITEjunior bij kinderen en jongeren met één- of meermalig trauma. Medium tot zeer grote effecten zijn zichtbaar direct na de behandeling, en op verschillende follow-up momenten tot een jaar later. WRITEjunior is net zo effectief als de (inter)nationale gouden standaard voor traumabehandeling EMDR; in beide condities voldoet > 90% van de kinderen na behandeling niet meer aan de PTSS-classificatie (De Roos et al, 2017; de Roos et al., 2021).

# 1. Uitgebreide beschrijving

## 1.1 Doelgroep

### Uiteindelijke doelgroep

Jeugdigen van 4-18 jaar, die een PTSS (of PTS-klachten) ontwikkeld hebben naar aanleiding van traumatische ervaringen die ze hebben meegemaakt. De jeugdige kan zijn getroffen door een acute, schokkende, eenmalige gebeurtenis zoals eenmalige verkrachting, het plotseling overlijden van een dierbare, een ongeluk, een technische- of natuurramp. Maar er kan ook sprake zijn van een aaneenschakeling van trauma's over een langere tijd, bijvoorbeeld langdurig seksueel misbruik, mishandeling, vluchtelingenproblematiek. WRITEjunior kan (met kleine aanpassingen) ook gegeven worden aan: hele jonge kinderen, jeugdigen met een Lichte Verstandelijke Beperking (LVB), kinderen met een pre-verbaal trauma, jeugdigen met uitgestelde PTSS en Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP-kinderen).

### Intermediaire doelgroep

Intermediaire doelgroep zijn de ouders/verzorgers van de jeugdigen met een PTSS of PTS-klachten.

### Selectie van doelgroepen

WRITEjunior kan in principe gebruikt worden voor alle 4-18-jarige jeugdigen met PTSS of met PTS-klachten gebaseerd op criteria van de DSM-5 (APA, 2013) die zijn doorverwezen voor diagnostiek en/of behandeling vanuit de huisarts of andere medisch specialist. Ook voor jeugdigen met uitgestelde PTSS (subtype PTSS met uitgestelde expressie waarbij de PTSS zich langer dan zes maanden na het trauma aandient) en de in DSM-5 nieuw toegevoegde restcategorieën, andere gespecificeerde trauma- of stressor gerelateerde stoornis en ongespecificeerde trauma- of stressor gerelateerde stoornis, kan WRITEjunior ingezet worden. De indicatie wordt in een multidisciplinair overleg (MDO) gesteld onder leiding van een BIG-geregistreerde professional. Contra-indicaties (die tijdens intake naar boven kunnen komen) zijn een acuut onveilige leefsituatie/zeer onrustige thuissituatie, ernstige psychiatrische co-morbiditeit die op de voorgrond staat (bijv. suïcidaliteit of dermate ernstige gedragsproblemen waardoor behandeling nog] niet mogelijk is) of een zeer beperkte mate van zelfreflectie (niet in staat om met hulp van de behandelaar middels een GGGG-schema te praten over de gebeurtenis, gevoelens, gedachten en gedrag) bij het kind. Als de traumatisering die de aanleiding was voor de PTS-problematiek niet gestopt is, bijvoorbeeld als de mishandeling, het huiselijk geweld of het seksueel misbruik nog doorgaan, kan niet begonnen worden met behandeling. Dan dient eerst gewerkt te worden aan het stoppen van de traumatisering, hetgeen bijvoorbeeld kan blijken wanneer Veilig Thuis niet meer in het gezin betrokken is (uiteraard is dit nooit 100% zeker te weten). Alvorens de behandeling gestart kan worden, dient de behandelaar dus een inschatting te maken van de veiligheid van de jongere. Als bijvoorbeeld de ouders niet tot steun in staat zijn omdat ze zelf ernstig getraumatiseerd zijn, moeten eerst de ouders behandeling krijgen. Of in het geval van gebrek aan essentiële levensvoorwaarden zoals geen huisvesting of voldoende voedsel, moeten die eerst gerealiseerd worden. En indien er sprake is van ernstige co-morbiditeit zoals suïcidaliteit of psychose dient dit mogelijk eerst behandeld te worden. In principe zijn beperkte taalvaardigheid, verbale expressie en (hele hoge of lage) intelligentie geen contra-indicaties want in deze gevallen kan het WRITEjunior protocol daar op aangepast worden.

## Betrokkenheid doelgroep

WRITEjunior is in de afgelopen tien jaar bijgesteld en er zijn nieuwe toepassingen ontwikkeld aan de hand van ervaringen met cliënten en therapeuten. De procedure om feedback te vragen aan therapeuten is via het feedback formulier dat na elke training door de therapeuten wordt ingevuld, maar ook door de ervaringen van de opleider S. Lucassen als zij de "huiswerk verhalen" van de cursisten na leest en de training zelf geeft en merkt welke onduidelijkheden ze tegen komt. Van cliënten komt bijvoorbeeld feedback over hoe bepaalde doelgroepen beter benaderd kunnen worden. De hierna volgende aanpassingen zijn daardoor gedaan. Concrete aanpassingen zijn het gebruik van de tijdlijn duidelijker uitgelegd, psycho-educatie over ontstaan van kerncognities toegevoegd, voorbeeldverhalen chronologisch weergegeven en de verhalen zijn uitgebreider, extra aandacht voor het gebruik van metaforen en CGT-technieken, zoals denkfouten, socratische dialoog en de 'rotte vis brief', veranderingen in DSM-5 en er is duidelijker gemaakt dat de rationale voor behandeling echt samen met de cliënt in een socratische dialoog gemaakt moet worden. Resultaten van nieuw wetenschappelijk onderzoek naar WRITEjunior zijn toegevoegd evenals de beschrijving in vijf hoofdstukken van de lichte aanpassingen in het gebruik van WRITEjunior bij aparte doelgroepen (hele jonge kinderen, jeugdigen met een LVB, kinderen met een pre-verbaal trauma, jeugdigen met uitgestelde een PTSS en KOPP-kinderen). Bij de groep van kinderen met een pre-verbaal trauma wordt de ouder als informant gebruikt en worden signalen van PTSS uit het gedrag van het kind afgeleid (bijv. plotselinge ontwikkeling van slecht slapen, separatieangst, regulatieproblemen, woedebuien), conform de richtlijnen uit de diagnostische classificatie van psychische en ontwikkelingsstoornissen in de baby- en vroege kindertijd (DC: 0-5; Visser, 2020).

## 1.2 Doel

### Hoofddoel

Het primaire doel van WRITEjunior is dat het kind (4-18 jaar) de traumatische ervaringen verwerkt zodat de PTS-klachten verdwijnen of sterk afnemen. Herbelevingen komen niet meer voor of zijn hanteerbaar, er is geen sprake meer van vermijding en negatieve cognities en stemming en de hyperarousel zijn verdwenen. Na afloop van de behandeling wordt gevraagd naar de PTS-klachten, hiervoor hoeft geen specifieke meting ingezet te worden.

### Subdoelen

Onderstaande subdoelen helpen om het primaire doel te realiseren. Deze subdoelen zijn hetzelfde voor de subgroepen waarbij WRITEjunior met kleine aanpassingen kan worden gegeven. Om te bepalen of een doel bereikt is worden voor en na behandeling door ouders en kind verschillende vragenlijsten ingevuld en de behandeling wordt geëvalueerd.

*Kennis over trauma en toegenomen coping vaardigheden bij kind.* Tijdens WRITEjunior wordt o.a. ook verteld over wat PTSS is, hoe de reactie van het kind normaal gedrag in een abnormale situatie betreft. Door het schrijven van het traumaverhaal waarin ook aandacht voor de toekomst en coping vaardigheden is, is het kind daarna weer beter in staat te functioneren binnen zijn verschillende levensdomeinen.

*Optimaliseren steun, structuur en pedagogische vaardigheden van ouders.* Na de ouderbegeleiding binnen WRITEjunior hebben ouders kennis van PTSS waardoor zij de

klachten bij hun kind beter begrijpen. Tijdens het social sharing element horen ouders ook het hele traumaverhaal. Tevens zijn zij in staat hun kind beter te helpen in de verwerking van het trauma doordat zij meer leren emoties bij hun kind te herkennen, gevoelens te verwoorden, hem te troosten, gerust te stellen of psycho-educatie te geven over de gevoelens/gedachten/gedrag van het kind. Zo leren ze bijvoorbeeld over gebeurtenis-gevoel-gedrag-gevolg (GGGG) schema's en kunnen dit meer toepassen in de praktijk.

## **1.3 Aanpak**

### **Opzet van de interventie**

Tijdens individuele sessies schrijft de jeugdige samen met de therapeut het traumaverhaal op de computer. Voor deze start wordt eerst de rationale hierachter aan het kind vertelt, meestal met gebruikmaking van een metafoor (sessie 0). In het kort wordt het als volgt, middels de metafoor van de kist, aan kind uitgelegd: 'De nare dingen die jij hebt meegemaakt, noemen wij trauma's. Die herinneringen wil je zo snel mogelijk kwijt zijn en daarom gooi je die nare dingen in je geheugen zo snel mogelijk in een kist en houdt de deksel dicht. Soms lukt het om de deksel lange tijd op de kist te houden, maar soms springt de kist open. De nare herinneringen kunnen dan als een golf over je heen komen. Dat de kist openspringt komt omdat het rommelig is in de kist, je had maar heel weinig tijd om alles netjes neer te leggen. In deze behandeling gaan we samen stukje voor stukje kijken wat er in de kist ligt en gaan we alles netjes neerleggen. Als het netjes is in de kist zal hij ook niet zo snel meer open springen'. Als alternatief kan de metafoor van volgepropte koffer gebruikt worden. Kinderen onder de 8 jaar maken, in het bijzijn van hun ouders, tekeningen van de traumatische gebeurtenissen terwijl de therapeut meeschrijft. Bij kinderen van ongeveer 8-12 jaar schrijft de therapeut het verhaal direct op de computer terwijl het kind tekeningen maakt en vanaf ongeveer 12 jaar typt een kind het verhaal helemaal zelf. Bij eenmalige traumatische ervaringen zijn meestal 3-5 sessies nodig, voor jeugdigen die meerdere traumatische ervaringen hebben meegemaakt meestal 5-10 sessies. Sessies duren 45 minuten per stuk. In het geval van jeugdigen met PTS-klachten naar aanleiding van KOPP-problematiek en/of complexe traumatische ervaringen zijn 10-20 sessies gebruikelijk. In sessie 1 wordt de tijdslijn gemaakt, zo nodig worden hier 2 sessies aan besteed. Daarna wordt er per sessie, veelal in chronologische volgorde, een stuk van het verhaal geschreven, waarbij de tijdslijn als leidraad fungeert. Sessie 2-3 kan dan bijvoorbeeld de inleiding zijn maar het tempo varieert met leeftijd, aantal en ernst van de traumatische gebeurtenissen. Psycho-educatie wordt door alle sessies heen gegeven, afhankelijk van wanneer zich hiervoor geschikte momenten aandienen. Naast de schrijftherapie van de jeugdige vindt altijd ouderbegeleiding plaats. Bij kinderen van 4-8 jaar is dit meestal meteen aansluitend op de sessie met het kind. Bij kinderen van 8-12 jaar is dit ongeveer één sessie ouderbegeleiding op drie sessies van het kind zelf, afhankelijk van de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Bij adolescenten is er vaak alleen aan het begin en aan het eind van de behandeling een ouderbegeleidingssessie. De behandelaar schat in wanneer het einde van de interventie nadert, dit valt samen met de sessie van social sharing. Daarna is er 6-8 weken later nog een terugkombijeenkomst om te evalueren hoe het dan met de PTS-klachten en in het algemeen gesteld is. Als er naast de PTS-klachten (of PTSS) dan nog resterende andere hulpvragen aanwezig zijn, kan behandeling daarvoor voortgezet worden.



## Inhoud van de interventie

Technieken of therapeutische principes die in alle varianten van WRITEjunior een rol spelen zijn: exposure, cognitieve herstructurering, social sharing en coping. Middelen die daarbij gebruikt worden zijn o.a. een visuele tijdlijn, psycho-educatie en ouderbegeleiding.

### Therapeutische principes

*Exposure en cognitieve herstructurering.* Na het schrijven van de inleiding en de rationale volgt ofwel een beschrijving van de situatie kort vòòr het trauma (bv. bij een ongeluk) ofwel wordt gestart aan de hand van de levenslijn met leuke herinneringen van voor het trauma. Dat laatste gebeurt als het gaat om het overlijden van een dierbare of meerdere traumatische gebeurtenissen. Daarna volgt de exposure fase waarin een deel van de cognitieve herstructurering door de exposure heen gevlochten kan worden. Voorbeeld jongen, 12 jaar, zelfmoord vader: 'Toen mama me in de avond naar bed bracht voelde ik me in de war (gevoel), ik dacht hoe kan het nou dat papa zo opeens dood is (gedachte) en vroeg ik of papa dan ziek was en waar hij dan aan dood was gegaan (gedrag). Want dat snapte ik eigenlijk nog niet: 'Papa was toch helemaal niet ziek?'. Mama vertelde toen dat papa heel verdrietig was en dat dat depressief heet. Dat hij niet meer wilde leven en daarom met zijn auto de spoorbaan opgereden was om onder een trein te komen. Dat mama dit vertelde was het meest vreselijke moment. Ik schrok heel erg Toen zag ik ineens een beeld van papa in allemaal kleine stukjes uiteen gespat: 'Of zou hij nog aan de rails vastgeplakt zitten? Oh nee, hij was nog even in het ziekenhuis geweest zeiden ze. Maar hoe dan? Hadden ze hem daar dan weer aan elkaar geplakt?'. Ik werd helemaal misselijk toen ik daar aan dacht en was verlamd/verstijfd van schrik , mijn keel zat dicht ik was er stil van, zo naar was het (exposure naarste herinnering)'. Taak van de therapeut is om de feiten te koppelen aan de bijbehorende gevoelens en gedachten, zodat exposure ontstaat en er ruimte komt om een coherent en helpend verhaal te gaan maken, door cognitieve herstructurering toe te passen. Voorbeeld jongen, 12 jaar, zelfmoord vader: 'Papa is dus doodgegaan omdat hij dat zelf wilde. Toen ik op school ineens hoorde dat papa dood was verstijfde ik helemaal en ik zat mijn keel dicht van de schrik kon niks zeggen. Daar voelde ik me later naar mama wel rot over, ik dacht dat het daardoor net leek alsof het mij niks deed. Maar dat was wel zo, ik was op dat moment verstijfd van schrik omdat het zo erg was te horen dat papa opeens dood was (cognitieve herstructurering). Later in de therapie heeft Rachel me uitgelegd dat dit heel normaal is, het heet VVV; vechten, vluchten of bevriezen. Als mensen in een extreme stresssituatie zitten, een noodsituatie, dat kan dus bijvoorbeeld zijn dat we totaal overvallen worden door iets heel naars zoals de zelfmoord van mijn vader, dan reageren we op 1 van die 3 manieren (psycho-educatie). Mijn lijf koos uit zichzelf voor bevriezen. En op dat moment was dat ook de slimste manier van overleven als je zulk naar nieuws hoort. Als ik was gaan schreeuwen of vechten of wegrennen was dat onhandig geweest, dan had ik ook niet goed gehoord hoe papa nou dood is gegaan. En door te bevriezen beschermdde ik mijzelf ook, dan werd ik niet helemaal overspoeld door al mijn emoties (cognitieve herstructurering)'. Bij exposure wordt het GGGG-model toegepast. Telkens als de jeugdige een feit noemt vraagt de therapeut na wat de jeugdige daarbij voelde, dacht en wat hij deed. Het is hierbij belangrijk om de naarste momenten goed aan bod te laten komen. Bij cognitieve herstructurering worden de negatieve cognities met behulp van technieken, zoals socratische dialoog, metaforen, denkfouten opsporen, zodanig bewerkt dat de jeugdige uit de slachtofferrol komt indien nodig en het trauma een plaats kan geven in zijn leven.

*Social sharing.* Met kind en ouders wordt besproken wie het verhaal mag lezen en hoe dat wordt aangepakt. Volwassenen die door de jeugdige vertrouwd worden mogen het verhaal lezen en moeten er zowel mondeling als schriftelijk commentaar op geven. Adolescenten kiezen er soms voor om het verhaal niet aan hun ouders te laten lezen, maar wel aan een andere belangrijke volwassene. Social sharing is over het algemeen het einde van de behandeling.

*Coping.* Er wordt geschreven over dingen als: Hoe gaat de jeugdige verder in zijn leven waar het trauma een plaats in heeft gekregen? Wat te doen als het verdriet of het gemis (bijv. in geval van overlijden dierbare) opspeelt?, Wat heeft het trauma je geleerd voor je verdere leven?. Voorbeeld meisje, 16 jaar, seksueel misbruik: 'Over een tijdje komt Harry weer uit de gevangenis. Als ik hem op straat tegen zal komen, zou ik hem het liefst heel hard willen slaan, maar ik ga geen energie verspillen aan hem dus ik doe net alsof hij lucht is. Als hij naar me toe komt, ren ik meteen weg en zeg ik het tegen mijn moeder en tegen de politie. Ik kan altijd bellen, dat geeft een veilig gevoel. Ook weet ik dat hij bang voor mij zal zijn, want ik weet dat hij een pedofiel is en dat hij gevangen heeft gezeten daarvoor. Daarover blijf ik kwaad op hem, dat is ook strafbaar. Ik denk gelukkig heel weinig aan hem. Mocht ik me toch weer naar of verdrietig voelen, dan ga ik naar mijn kamer en draai ik mijn lievelingsmuziek of bel ik mijn beste vriendin'.

#### Praktische middelen

*Tijdlijn.* Deze wordt samengesteld als hulpmiddel bij het schrijven van het verhaal. De tijdlijn is als het ware de inhoudsopgave van het verhaal, wordt voorafgaand aan het schrijven gemaakt. Hij visualiseert voor het kind waar het verhaal begint en waar het eindigt. Op deze tijdlijn staan naast de traumatische ervaringen ook leuke gebeurtenissen die belangrijk zijn om in het verhaal te verwerken. Het is van groot belang om de naaste momenten (destijds en nu) op de tijdlijn te zetten, zodat de therapeut er zeker van kan zijn dat er later in het verhaal voldoende exposure zal plaatsvinden. Deze naaste momenten zijn al uitgevraagd in de intake, dus de therapeut kan helpen de juiste plaats hiervoor te vinden op de tijdlijn. Ze hoeven alleen met een steekwoord genoemd te worden. De tijdlijn begint altijd met een positief gedeelte. Het gaat hierbij om een korte beschrijving van de tijd voordat de traumatische gebeurtenis plaatsvond. Bij meermalig trauma is het beter om het verhaal al voor de geboorte van het kind te laten beginnen. Dan kan een positief begin van zijn leven makkelijker ruimte krijgen. Dit scheidt de mogelijkheid voor positieve herinneringen en om meer context in het verhaal te krijgen en daarop goed aan te kunnen sluiten met de cognitieve herstructurering. De tijdlijn wordt elke sessie op tafel gelegd en aan het eind van de sessie wordt afgekruid welke items zijn beschreven.

*Psycho-educatie.* Uitleg over wat PTSS is (en eventuele andere psychische problemen) wordt in elk verhaal verweven zodat zowel ouders als kinderen meer context en begrip kunnen ontwikkelen als sprake is van bepaalde stoornissen die een rol in het verhaal spelen (bijv. suicide door een ouder als trauma voortkomend uit een depressieve stoornis bij ouder).

*Ouderbegeleiding.* Ouders worden altijd betrokken maar de vorm waarin varieert. Bij kinderen onder de 8 jaar fungeert de ouder als co-therapeut. De ouder helpt bij het verduidelijken van gebeurtenissen, gevoelens en gedachten, helpt met de verhaallijn. Bij kinderen vanaf 8 jaar zijn ouders co-therapeut als er sprake is van een overlijden, of meermalig trauma, dan wordt vaak het eerste gedeelte van de behandeling samen geschreven. Daarnaast vindt ouderbegeleiding plaats. Bij jeugdigen vanaf ongeveer 8

jaar vindt de ouderbegeleiding in aparte gesprekken met ouders plaats. De ouderbegeleiding bestaat uit psycho-educatie over PTSS en WRITEjunior. Verder heeft de ouderbegeleiding tot doel om ouders goed te laten functioneren als steunbronnen voor het kind zodat ze het kind kunnen helpen zijn emoties te reguleren. Ouders vergroten hun opvoedingsvaardigheden daardoor en zijn in staat om met hun kind te communiceren over de traumatische ervaringen. Daarbij worden basisprincipes uit de gedragstherapie uitgelegd en geoefend d.m.v. huiswerkopdrachten voor de ouders, bijvoorbeeld effectief opdracht geven, bekrachtigen van gewenst gedrag (evt. m.b.v. beloningssysteem), negeren of time-out toepassen bij ongewenst gedrag, duidelijke regels over taken, bedtijden, huiswerk, tv en computertijden etc.

Bovenstaande elementen kennen lichte aanpassingen voor onderstaande doelgroepen.

#### WRITEjunior – Hele jonge kinderen

Bij kinderen van 4-7 jaar wordt een stripverhaal gemaakt waarbij het kind tekent en de therapeut per tekening in de ik-vorm het verhaal erbij schrijft. En er is altijd een ouder/verzorger bij als co-therapeut.

#### WRITEjunior – kinderen met een LVB

Aanpassingen voor kinderen met een LVB zijn dat de therapeut schrijft terwijl het kind vertelt, er wordt meer met beelden i.p.v. metaforen gewerkt, in de tijdslijn kunnen meer pictogrammen gebruikt worden, taalgebruik is eenvoudiger en concreter, er worden door de therapeut meer vragen gesteld, er wordt extra tijd besteed aan emoties herkennen en benoemen en zo nodig zijn de sessies iets korter. Als bij ouders ook sprake is van een LVB is ook in de communicatie naar ouders van belang om duidelijk en directief te zijn in wat er verwacht wordt.

#### WRITEjunior – Pre-verbaal trauma

In deze variant schrijven de ouders/verzorgers samen met de therapeut het verhaal voor het kind.

#### WRITEjunior – uitgestelde PTSS

Voor het behandelen van uitgestelde PTSS kan WRITEjunior gewoon gebruikt worden. Het is dan wel belangrijk dat eerdere traumatische ervaringen goed gelinkt worden met de huidige klachten zodat een rationale ontstaat waarin de jeugdige en ouders zich kunnen vinden.

#### WRITEjunior – KOPP kinderen

Bij KOPP-kinderen is er de kans dat de jeugdige opnieuw blootgesteld wordt aan een traumatische ervaring aangezien de psychiatrische problematiek van de ouder vaak nog voort duurt. Het is daarom belangrijk om in deze variant extra aandacht te besteden aan de coping. Hoe gaat een kind ermee om als er weer een traumatische gebeurtenis plaatsvindt en met name ook welke hulp kunnen jeugdigen inschakelen als het niet goed gaat met hun ouders/broer/zus, zodat ze er niet alleen voor staan en er ook geen rolomdraaiing plaatsvindt (kind dat de ouder verzorgt). Er wordt in deze variant extra aandacht besteed aan psycho-educatie over de betreffende stoornis. Veel KOPP-kinderen zijn bang dezelfde stoornis als hun ouders te krijgen. Jeugdigen die goed zijn ingelicht over het ziektebeeld van hun vader of moeder kunnen beter inschatten wat zij wel en niet van hun zieke ouder kunnen verwachten. Ook hier is het weer van belang dat alles op schrift staat in het boek van de jeugdige zodat de jeugdigen hun boek kunnen raadplegen als ze zich in een moeilijke situatie met hun ouder bevinden. Uiteraard zal bij

deze ouders de ouderbegeleiding ook enige aanpassing kennen; bijvoorbeeld meer letten op eigen grenzen en draagkracht van ouders, hen stimuleren eigen hulpverleningstraject te volgen als dit nog niet het geval is etc.

## 2. Uitvoering

### Materialen

WRITEjunior is uitgegeven in boekvorm inclusief casuïstiek ter illustratie (Lucassen & van der Oord, 2018). Verder is er een website: [www.writejunior.nl](http://www.writejunior.nl). Deze site heeft een apart gedeelte voor cliënten en behandelaars. Op de site zijn alle (wetenschappelijke) artikelen over WRITEjunior gratis te downloaden. Ook kunnen er vragen worden gesteld en staan de data voor de WRITEjunior opleiding vermeld. Het is noodzakelijk dat de therapeut deze training in het toepassen van WRITEjunior heeft gevolgd. Ook op de website van UvA minds ([www.uvaminds.nl](http://www.uvaminds.nl)) is informatie over WRITEjunior te vinden.

### Locatie en type organisatie

WRITEjunior is ontwikkeld in de SGGZ, maar kan ook aangeboden worden in de BGGZ en andere instellingen waar hulp aan kinderen en adolescenten wordt aangeboden.

- ✓ Basisvoorziening voor alle kinderen en jongeren
- ✓ Voorziening voor lichte hulp en ondersteuning
- ✓ Gespecialiseerde hulp

### Opleiding en competenties van de uitvoerders

De therapeut moet minimaal een (HBO) vooropleiding van psycholoog of pedagoog hebben gevolgd en liefst een opleiding tot gedragstherapeut of GZ-psycholoog (i.o.). Uitzondering vormen therapeuten met een hbo-opleiding die al veel ervaring hebben in traumagerichte-CGT behandeling en in een team werken met een edragswetenschapper. Sowieso is het noodzakelijk dat er altijd een BIG-geregistreerde regiebehandelaar eindverantwoordelijk is. Het is belangrijk dat de therapeut reeds beschikt over voldoende kennis van CGT-technieken als exposure, socratische dialoog, cognitieve herstructurering etc. Dit wordt op het aanmeldformulier geverifieerd en bij twijfel wordt een deelnemer vooraf gebeld. De training bestaat uit een tweedaagse cursus die ook in company wordt aangeboden. Het is noodzakelijk deze training te volgen voor het goed kunnen uitvoeren van WRITEjunior. Na de training zijn er supervisiemogelijkheden die worden aanbevolen. Supervisies worden ook gegeven in het kader van GZ- en VGCT-opleiding. Als de WRITEjunior behandelaar niet zelf BIG-geregistreerd is, zal hij/zij moeten zorgen dat de behandeling altijd wordt uitgevoerd met een BIG-geregistreerde regiebehandelaar op de achtergrond, die tevens de eindverantwoordelijkheid draagt.

### Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit van de behandeling wordt niet landelijk bewaakt. Er is wel het getuigschrift wanneer de therapeut de training in het WRITEjunior protocol heeft gevolgd en er wordt een lijst bijgehouden van getrainde opleidingen door de jaren heen. De WRITEjunior opleiding is geaccrediteerd bij verschillende verenigingen: VGCT, NIP (K&J), NVO (OG), FGzP, VEN, SKJ en NVvP. In wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van WRITEjunior wordt behandelintegriteit nauwkeurig gemonitord. Alleen in WRITEjunior opgeleide therapeuten geven het programma, sessies worden opgenomen op video en therapeuten krijgen maandelijks supervisie. Random geselecteerde video-opnames (33% van het totale aantal therapeutische sessies) werden gescoord voor 'treatment adherence' door blinde, onafhankelijke scorers. 'Treatment adherence' was extreem hoog, voor zowel WRITEjunior (100%) als EMDR (97%) (de Roos, van der Oord, Zijlstra, Lucassen, Perrin, Emmelkamp et al., 2017).

## Randvoorwaarden

In de tweedaagse training komen indicaties (o.a. kinderen 4-18 jaar, eenmalig trauma, meermalig trauma) en contra-indicaties aan bod (bijv. acute dreiging, zeer grote onrust in directe omgeving kind, zeer op de voorgrond staande overige psychiatrische problematiek die eerst aandacht verdient), die de deelnemers zelf moeten vertalen naar de mogelijkheden in de eigen werkpraktijk. Er wordt sterk aangeraden om intervisie/supervisie regulier in te stellen en in ieder geval de mogelijkheid als therapeut te hebben om te overleggen met collega's bij complexere problematiek. Als de WRITEjunior behandelaar zelf geen BIG-geregistreerde professional is, wordt benadrukt dat het noodzakelijk is dat een BIG-geregistreerde professional de eindverantwoordelijkheid draagt.

## Implementatie

De implementatie vindt plaats middels de tweedaagse training en daarna zijn er supervisiemogelijkheden. In de training worden verschillende leervormen afgewisseld: presentatie van theorie en wetenschappelijke evidentie, demonstratie technieken d.m.v. rollenspel van trainers, zelf oefenen van technieken in subgroepjes met feedback van trainer, bekijken van filmpjes van oud-cliënten die WRITEjunior behandeling gevolgd hebben, oefenen in subgroepjes met verschillende onderdelen van het traumaverhaal opschrijven, verhalen van anderen bekijken en feedback geven. En tot slot wordt tussenliggend aan de twee trainingdagen door deelnemers een volledig eigen (fictief) traumaverhaal geschreven vanuit het perspectief van een kind (max. 10 pagina's) en hierop ontvangt elke deelnemer uitgebreide mondelinge en schriftelijke feedback. Het WRITEjunior protocol is verkrijgbaar in de boekhandel.

## Kosten

Kosten tweedaagse training, inclusief persoonlijke mondeling en schriftelijke feedback op eigen verslag: 725 euro, exclusief eventuele supervisie en reiskosten. Kosten WRITEjunior boek: 41 euro.

De tijdsinvestering van de therapeuten (uitgaande van één therapeut per kind/gezin) varieert enorm doordat de aard en ernst per traumatische situatie enorm verschillen. Het aantal sessies varieert daarmee grofweg van 5 tot 20 (45, max 60 minuten per sessie). Naast deze directe tijd varieert ook de indirecte tijd (voorbereiding, nabespreking, eventueel begeleiding en verslaglegging) afhankelijk van de ervaring van de therapeut. Gemiddeld genomen gaan we hiervoor uit van 1 uur per sessie. Dus in geval van 5 sessies WRITEjunior schatten we het totaal op 10 uur per therapeut en in het geval van 20 sessies op 40 uur per therapeut. Vergoeding voor deze behandeling valt onder de Jeugdwet en wordt daarmee door gemeenten gefinancierd.

## 3. Onderbouwing

### Probleem

Traumatische gebeurtenissen, en daaruit volgende PTS-klachten of PTSS, komen veel voor in het leven van kinderen en WRITEjunior is hiervoor een kortdurende effectieve behandeling. Uit een meta-analyse onder 6-18-jarigen komt naar voren dat de prevalentie van PTSS rond de 16% ligt, variërend met geslacht en het type trauma. Het minst voorkomend waren interpersoonlijke trauma's bij jongens (8.4%) en interpersoonlijk trauma bij meisjes had de hoogste prevalentie (32.9%) (Alisic, Zalta, van Wesel, Larsen, Hafstad, Hassanpour et al., 2014). Uit een recente systematische review en meta-analyse komt naar voren dat bij voorschoolse kinderen (2-6 jaar) de prevalentie van PTSS vergelijkbaar is met die van oudere kinderen en volwassenen, variërend met het type trauma (Woolgar, Garfield, Dalgleish, & Meiser-Stedman, 2021). PTS-symptomen kunnen zich bij jeugdigen anders uiten dan bij volwassenen. Specifieke symptomen voor jeugdigen zijn bijvoorbeeld separatieangst, rusteloosheid, verwardheid, regressieverschijnselen of woedeaanvallen. Ook kunnen jeugdigen (aspecten van) de traumatische gebeurtenis naspelen in hun spel. Daarnaast hebben jeugdigen vaker gevoelens van schuld, schaamte en woede. Uit een TNO-rapport over ingrijpende jeugdervaringen van 11- en 12-jarigen in Nederland (2016) blijkt dat bijna de helft (45.5%) van de kinderen ( $n = 600$ ) aangeeft zo'n ingrijpende jeugdervaring te hebben gehad. Voor het grootste deel van deze kinderen (23.1%) betreft dat één ingrijpende gebeurtenis, voor bijna één op de negen kinderen zijn dit zelfs drie of meer ingrijpende gebeurtenissen (11.4%). Voorbeelden van traumatische gebeurtenissen zijn directe blootstelling aan levensbedreiging, scheiding van ouders en kinderen tijdens of vlak na de ramp, zwaar lichamelijk letsel, verliezen van een dierbare persoon, getuige zijn van wreedheden en/of geweld, bedreigingen gedurende langere tijd, erg onverwachte gebeurtenis, gebruik van wapens, schenden van de lichamelijke integriteit van een kind, het feit dat de dader een bekende is, negatieve intentie van de dader. Niet behandelde PTSS bij kinderen en adolescenten leidt tot hoge kosten voor de samenleving, vanwege hogere zorgkosten en verminderde productiviteit (Ziegler, Greenwald, DeGuzman & Simon, 2005).

### Oorzaken

De veronderstelling is dat PTSS (of PTS-klachten) zich ontwikkelt(en) als de verwerking van de traumatische gebeurtenis is vastgelopen. Deze stagnatie zorgt ervoor dat het traumatisch geheugen actief blijft. Dit geheugen dringt zich vaak op in de vorm van herbelevingen, zonder een coherent verhaal. Herbelevingen zorgen ervoor dat de persoon het gevoel heeft dat de gebeurtenis weer opnieuw plaatsvindt en veroorzaken veel angst-gerelateerde klachten, dysfunctionele gedachten en vermijding van trauma-gerelateerde zaken (Ehlers & Clark, 2000). Zo goed als alle slachtoffers hebben vlak na een traumatische gebeurtenis last van herbelevingen, maar de mate waarin de herbelevingen catastrofaal/negatief geïnterpreteerd worden ('Ik word gek' of 'Ik ben de controle over mezelf kwijt') lijkt samen te hangen met ervaren spanning, vermijdingsgedrag en het voortduren van PTS-klachten (Engelhart et al., 2011). Deze catastrofale of negatieve interpretatie van herbelevingen kan verschillende vormen aannemen. Ten eerste kan er sprake zijn van negatieve opvattingen over deze herbelevingen die leiden tot angst en vermijding van de herbelevingen. Ten tweede kan er sprake zijn van assimilatie, waarbij de herinnering aan de traumatische gebeurtenis

wordt vervormd. Een voorbeeld is dat de gebeurtenis zo wordt vervormd dat een verkrachting niet als zodanig wordt waargenomen, maar bijvoorbeeld als seksueel contact dat het slachtoffer zelf wilde. Deze vervorming kan gevoelens van schaamte en schuld teweegbrengen. Ten derde kan er sprake zijn van overaccommodatie waarbij bestaande opvattingen over zichzelf, andere mensen en de wereld veranderen ('Ik ben mishandeld omdat ik toch niets waard ben', 'Alle jongens willen altijd seks met je') (Engelhart et al., 2011).

Als een kind door een traumatische ervaring in beslag wordt genomen, komt het niet meer toe aan zijn ontwikkelingstaken. Dat kan leiden tot achterstanden op emotioneel, cognitief of sociaal gebied (o.a. Dye, 2018). Risicofactoren bij het kind zijn het ontwikkelingsniveau, temperament, kwaliteit van gehechtheidsrelaties, schuldgevoel over wat het kind gedaan heeft of juist niet gedaan, eerdere traumatische ervaringen, heftigheid emotionele reactie meteen na de gebeurtenis en bestaande problematiek of psychopathologie (o.a. van der Kolk, 2007). Risicofactoren in het gezin/ouders of de omgeving zijn tekortkomingen in opvoedingsvaardigheden en eigen coping vaardigheden van ouders, grote materiële verliezen, gebrek aan elementaire voorzieningen, verhuizing of een schokkende gebeurtenis met lange nasleep van stress (o.a. van der Kolk, 2007). Onderzoek laat zien dat psychiatrische klachten bij de ouder, bijvoorbeeld een depressie of een ouder die zelf PTSS heeft, de kans op PTSS bij het kind vergroten (o.a. Goodman & Gotlib, 2002; Morris, Gabert-Quillen & Delahanty, 2012; Sroufe, Engeland, Carlson & Collins, 2005). Beschermende factoren zijn naast de afwezigheid van bovenstaande risicofactoren een goed functioneren voorafgaand aan het trauma en beschikbaar zijn van ouders en andere steunpunten. Aangeboren of aangeleerde veerkracht en beschikbare steun van buitenaf kunnen mede bepalen welke kinderen een PTSS ontwikkelen en welke niet (Sroufe e.a., 2005).

## **Aan te pakken factoren**

Primaire doel van WRITEjunior is dat het kind de traumatische ervaringen verwerkt zodat de PTS-klachten verdwijnen of sterk afnemen. Door het schrijven en daarna delen (social sharing) van het traumaverhaal wordt o.a. de risicofactor schuldgevoel bij kind verminderd en kennis over PTSS neemt toe en er wordt een plan gemaakt voor coping in de toekomst. WRITEjunior werkt middels de ouderbegeleiding ook aan het verstevigen van de beschermende factoren van opvoedvaardigheden en coping vaardigheden van ouders.

## **Verantwoording**

### Algemeen

Volgens de GGZ-richtlijnen (Akwa, 2020) zijn traumagerichte CGT en EMDR de eerste keus behandelingen voor een PTSS. In CGT wordt door middel van gesprekken het verhaal van het trauma gereconstrueerd (exposure in vivo), en worden de dysfunctionele gedachtes over zichzelf, anderen of de wereld veranderd (cognitieve herstructurering). Schrijftherapie is een voorbeeld van effectieve CGT bij volwassenen. Uit onderzoek bij volwassenen is deze behandeling even effectief gebleken als reguliere CGT (Greeven & van Emmerik, 2020). In de schrijftherapie voor volwassenen wordt de cliënt gevraagd in huiswerkopdrachten de traumatische gebeurtenis op te schrijven. Bij dit schrijven zijn, net als bij de reguliere CGT, het reconstrueren van het trauma en het veranderen van de dysfunctionele gedachtes de belangrijke elementen. Voordeel van behandelingen met schrijftherapie is dat het eindproduct, het verhaal van het trauma, gedeeld kan worden met belangrijke anderen; social sharing. Ook op de lange termijn zijn er positieve



effecten van deze schrijftherapie te zien (o.a. Lange, Rietdijk, Hudcovicova, van de Ven, Schrieken & Emmelkamp, 2003).

Meta-analyses en reviews geven aan dat voor kinderen en adolescenten met een PTSS CGT-behandeling de effectiefste behandeling is, waarbij deze behandeling op de korte en lange termijn effectiever is dan treatment as usual, wachten op behandeling, psychodynamische kindgerichte behandeling of steunende behandeling (Bastien et al., 2020; Gillies, Maiocchi, Bhandari, Taylor, Gray & O'Brien, 2016; Morina, Koerssen & Pollet, 2016; Silverman, Ortiz, Viswesvaran, Burns, Kolko, Putnam et al., 2008). WRITEjunior voor jeugdigen bevat dezelfde CGT-elementen als de schrijftherapie voor volwassenen, echter de behandeling is aangepast aan de ontwikkelingsfasen van de jeugdige. Bij kinderen onder de 8 jaar blijft het bij gevoelens opnoemen meestal beperkt tot de 4 B's (blij, boos, bedroefd, bang) en het denken nogal zwart-wit en egocentrisch. Kinderen op de basisschool kunnen al veel meer gevoelens verwoorden, metaforen gebruiken, kunnen beter het perspectief van een ander meenemen in hun redenties, genuanceerder denken lukt al aardig en ze kunnen al enigszins reflecteren op hun eigen gedrag. In de adolescentie worden deze kwaliteiten nog verder ontwikkeld (Lucassen & Van der Oord, 2020). WRITEjunior is een CGT-behandeling van een PTSS of PTS-klachten, waarbij de behandeling via schrijven plaatsvindt. Tijdens de WRITEjunior behandeling wordt de traumatische gebeurtenis gekaderd in een coherent narratief; het traumaverhaal van het kind. Hierdoor wordt de coherentie van de herinneringen aan de meegemaakte traumatische gebeurtenis bevorderd, waardoor de verwerking wordt vlot getrokken (Lucassen & van der Oord, 2009).

### Specifiek

Primaire doel van WRITEjunior is grote vermindering van de PTS-klachten. Door de behandeling verdwijnen herbelevingen of worden ze sterk verminderd (en als ze opspelen wordt het kind niet "overspoeld"). Ook wordt het vermijdingsgedrag doorbroken, het kind durft zich weer vrij te bewegen in zijn leven, heeft meer zelfvertrouwen en heeft een positievere stemming. Ook verminderen de arousal symptomen, het kind slaapt beter, kan zich beter concentreren, heeft een betere emotieregulatie, is niet meer overdreven waakzaam en alert en zijn lichaamsbeleving is weer positief. Elementen in de aanpak die hierbij horen zijn exposure, cognitieve herstructurering en social sharing.

- *Exposure en cognitieve herstructurering.* Door het schrijven vindt er een imaginaire blootstelling aan de traumatische gebeurtenis plaats (exposure). Daardoor wordt een gewenning aan de aversieve gebeurtenis bewerkstelligd, wat ertoe leidt dat deze minder angst opwekt. Vervolgens worden door cognitieve herstructurering trauma-gerelateerde disfunctionele cognities vervangen door meer helpende of functionele gedachten. Hierbij worden de traumatische gebeurtenissen opgenomen in bestaande cognitieve schema's en/of er worden nieuwe functionele schema's ontwikkeld. Met verwerken wordt niet alleen angst voor de traumatische herinneringen minder, maar worden ook gefragmenteerde herinneringen omgezet in een betekenisvol, coherent verhaal (Ehlers & Clark, 2000; Engelhart, Arntz & Kindt, 2011). Voor jeugdigen is het te moeilijk om schrijfofdrachten zelf thuis te maken, zoals dat bij schrijftherapie voor volwassenen vaak gedaan wordt, zeker als het de bedoeling is daar goed exposure in te verwerken. Daarom wordt alleen tijdens de sessies in het bijzijn van de therapeut geschreven. Op deze wijze kan de therapeut de CGT- technieken goed verwerken in het verhaal. Er wordt op de computer geschreven aangezien jeugdigen dit aantrekkelijk vinden en het een vertrouwd deel van hun leven thuis en op school is. Bovendien werkt het dikwijls prettiger om op de computer te

schrijven tijdens het vertellen; op die manier hoeven de jeugdigen geen oogcontact te maken op moeilijke momenten. De jongere kinderen die nog niet zelf typen maar tekeningen maken, krijgen extra exposure door het maken van de tekeningen.

- *Social sharing*. Het verhaal wordt aan het einde van de behandeling gedeeld met ouders of andere belangrijke mensen in het leven van een kind, waardoor het kind steun en erkenning kan krijgen voor de moeilijke tijd die het heeft doorgemaakt. Uit gecontroleerd onderzoek naar het effect van social sharing bij de behandeling van volwassenen met een PTSS middels een internet-based vorm van schrijftherapie bleek dat de conditie waarbij cognitieve herstructurering gecombineerd werd met social sharing effectiever te zijn dan de cognitieve herstructurering zonder social sharing (Schoutrop, Lange, Hanewald, Davidovich & Salomon, 2002). Tevens dient social sharing nogmaals als een exposure moment waardoor de PTS-klachten verder zullen afnemen.

Subdoel van WRITEjunior is dat het kind meer kennis van PTS-klachten krijgt en dat zijn coping vaardigheden versterkt worden. Elementen in de aanpak die hierbij horen zijn psycho-educatie en copingplan maken.

- *Psycho-educatie*. Tijdens psycho-educatie leert kind meer over trauma en bijbehorende klachten en dat dit een normale reactie op een abnormale gebeurtenis is (normaliseren).
- *Coping*. Tijdens de behandeling wordt samen met het kind een blijvend document geschreven op de computer. Hierin worden belangrijke coping vaardigheden beschreven, zodat die kunnen worden toegepast in het dagelijks leven en in de toekomst. Tijdens de coping wordt een terugvalplan gemaakt ('Als ik mij weer verdrietig voel dan denk ik... en doe ik....'). Terugvalplannen zijn een vast en effectief onderdeel van vele CGT-behandelprotocollen (Bögels & Van Oppen, 2019). Daarnaast blijken veel jeugdigen het boek zelf te herlezen als een vorm van coping als ze verdrietig of bang zijn. Als ze het boek weer lezen weten ze wat ze moeten doen om zich beter te voelen.

Subdoel van WRITEjunior is dat ouders meer kennis van PTS-klachten krijgen en opvoedingsvaardigheden waar nodig verstevigd worden. Elementen in de aanpak die hierbij horen zijn psycho-educatie en ouderbegeleiding gebaseerd op gedragstherapeutische principes.

- *Psycho-educatie*. Tijdens psycho-educatie leren ouders meer over trauma en bijbehorende klachten en dat het gedrag van hun kind een normale reactie op een abnormale gebeurtenis is (normaliseren). Ook het delen van het verhaal (social sharing) zorgt er voor dat de onderlinge communicatie tussen ouders en kind over de traumatische gebeurtenissen en de gevolgen daarvan vergemakkelijkt wordt waarmee meer kennis, steun en begrip bij ouders ontstaat.
- *Ouderbegeleiding*. Als ouders goed in staat zijn te functioneren als steunbronnen voor het kind zodat ze het kind kunnen helpen zijn emoties te reguleren, en in staat zijn om met hun kind te communiceren over de traumatische ervaringen en beschikken over voldoende opvoedvaardigheden zullen naar verwachting traumaklachten sneller afnemen. In ouderbegeleiding worden effectief bewezen basisprincipes uit de gedragstherapie uitgelegd en geoefend d.m.v. huiswerkopdrachten voor de ouders, bijvoorbeeld effectief opdracht geven, bekrachtigen van gewenst gedrag (evt. m.b.v. beloningssysteem), negeren of

time-out toepassen bij ongewenst gedrag, duidelijke regels over taken, bedtijden, huiswerk, tv en computertijden etc.

Het belang van betrekken van ouders bij de behandeling wordt onderbouwd door wetenschappelijk onderzoek. Uit de studie van Nugent et al (2007) blijkt bijvoorbeeld dat er een verband bestaat tussen ouders met een PTSS en kinderen met een PTSS; als de ouder een PTSS had was de kans groter dat een kind ook een PTSS kreeg en wanneer ouders deelnamen aan de behandeling van hun kind dat ook hun eigen PTSS-symptomen afnamen. Ditzelfde effect werd gezien in het onderzoek van de Roos et al (2017). Ouders konden zich daardoor beter focussen op hun ouderrol en tegemoet komen aan de behoeften van hun kind. Vanwege de evidentie voor een samenhang tussen reacties van de ouders en van de kinderen, worden ouders actief ingezet voorafgaand aan, tijdens en na de behandeling (Beer & de Roos, 2017). Dit is een ondersteuning van het verwerkingsproces waarbij exposure en vermijding elkaar afwisselen, zoals in de psycho-educatie aan ouders wordt uitgelegd. Als taken van ouders in de trauma behandeling benoemen zij daarnaast: veiligheid bieden, emotieregulatie bieden, helpen bij het trauma verhaal reconstrueren, schuldgevoel verminderen, rumineren ombuigen en slaaphygiëne bevorderen.

## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering

#### **Onderzoek 1. Haalbaarheid en acceptatie interventie volgens cliënten**

##### a) De titel onderzoek, auteurs en jaar van uitgave

Oord, S. van der, Lucassen, S., Emmerik, A.A.P. van & Emmelkamp, P.M.G. (2008). Behandeling van kinderen met Post Traumatische Stress Stoornis door middel van cognitief gedrags-therapeutische schrijftherapie. Resultaten van een ongecontroleerde behandelstudie. *Kind en Adolescent Praktijk*, 4, 168-174.

##### b) Methode van onderzoek

In deze eerste studie is gekeken naar haalbaarheid, uitval van behandeling, gemiddeld aantal sessies en acceptatie/tevredenheid over WRITEjunior door cliënten. Drieëntwintig kinderen van 8-18 jaar deden mee aan het onderzoek (26.1% jongens en 73.9% meisjes). Dertien kinderen (56.5%) waren slachtoffer van eenmalig trauma en tien (43.5%) van herhaalde of langdurige trauma's. Zijzelf of hun ouders rapporteerden minimaal vijf PTSS-symptomen op de ADIS en alle kinderen ondervonden ernstige beperkingen in hun functioneren als gevolg van de klachten. In totaal voldeed 87% van de kinderen aan de criteria van PTSS. Kinderen werden van het onderzoek uitgesloten als er nog een voortdurende dreiging van het trauma was, als de thuissituatie onstabiel was, als andere co morbide psychiatrische stoornissen eerst behandeling vereisten of als ze een IQ van 80 of lager hadden.

##### c) Samenvatting resultaten

Haalbaarheid interventie. Gemiddelde behandelduur was 5.5 sessies. Drie (13.0%) kinderen maakten de behandeling niet af: Eén kind viel uit nadat haar seksueel misbruiker onverwacht uit de gevangenis werd vrijgelaten en ze in een pleeggezin werd geplaatst. Eén kind viel uit vanwege ernstige gedragsproblemen en werd in een pleeggezin geplaatst nadat de moeder de vader had geprobeerd te vermoorden en werd gedetineerd. Eén kind viel uit na opname in een psychiatrische inrichting vanwege suïcidepogingen.

Acceptatie/tevredenheid interventie. 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% hadden de schrijfpodrachten '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% 'een beetje beter' 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).

#### **Onderzoek 2. Tevredenheid deelnemers trainersopleiding**

##### a) De titel onderzoek, auteurs en jaar van uitgave

Onderstaande betreft geen officiële publicatie, alleen voor intern gebruik gemaakt overzicht.

##### b) Methode van onderzoek

Sinds 2014 worden trainersopleidingen gegeven in WRITEjunior vanuit UvA minds of

soms incompany bij een instelling. Deze worden na afloop geëvalueerd. Inmiddels zijn evaluatiedata van  $n = 349$  deelnemers beschikbaar, bijgewerkt tot en met 2020.

### c) Samenvatting resultaten

Bevindingen zijn als volgt samen te vatten:

- Wat is je mening over het onderwerp van de opleiding/workshop?
- Wat is je mening over de verstreckte literatuur/cursusmateriaal?
- Wat vond je van de verdeling theorie en praktische toepassing?
- Hoe vond je de indeling van de opleiding/workshop?
- Wat vond je van de vorm waarin opleiding/workshop werd gegeven? (plenaire besprekingen, demonstraties/videopresentaties c.q. casuïstiek docent, casuïstiek cursist, rollenspelen, discussiemogelijkheden)
- Wat is je mening over de docent? Wat vond je van het doceren/begeleiding in werkvormen?
- Wat vond je van de interactie met de gehele groep en met de individuele cursisten?

Tabel 1. *Evaluatie deelnemers WRITEjunior opleiding 2014 t/m 2020 (n = 349).*

	Zeer relevant	Relevant	Neutraal	Minder relevant	Niet relevant
Onderwerp opleiding	90%	10%	-	-	-
Literatuur/cursusmateriaal	52%	42%	3%	3%	-
	Evenwichtig	Onevenwichtig			
Verdeling theorie - praktijk	99%	1%			
	Zeer goed	Goed	Neutraal	Slecht	Zeer slecht
Indeling opleiding	31%	66%	3%	-	-
Vorm opleiding	38%	60%	2%	-	-
Docent(en)	72%	29%	1%	-	-
Interactie cursisten	31%	68%	1%	-	-

## 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

### Onderzoek 1. Eerste effecten ongecontroleerde studie

#### Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd;
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant);
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk;
- Er is een voormeting;
- Er is een nameting;
- Er is een follow-up meting van minimaal zes maanden na het einde van de interventie.

#### a) De titel, auteurs en jaar van uitgave

Oord, S. van der, Lucassen S., Emmerik, A.A.P. van & Emmelkamp, P.M.G. (2009). Treatment of post-traumatic stress disorder in children using cognitive behavioural writing therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 240-249.

b) Type onderzoek, meetinstrumenten, doelgroep, omvang onderzoek en responspercentage

Het onderzoek vond plaats bij een reguliere ambulante GGZ-instelling in Zaandam. Bij het onderzoek waren 23 kinderen betrokken, 6 jongens (26.1%) en 17 meisjes (73.9%). De gemiddelde leeftijd was 11 jaar en 10 maanden. Inclusiecriteria waren: 1) een classificatie van een PTSS, en als niet alle criteria voldeden dan tenminste vijf PTS-symptomen gerelateerd aan een traumatische ervaring zoals gerapporteerd door ouder en/of kind; 2) tenminste één symptoom in alle drie de PTSS-clusters; 3) ervaren van klinisch significante beperkingen. In totaal voldeed 87% van de deelnemers aan volledige classificatie van een PTSS. Dertien kinderen (56.5%) hadden een eenmalige traumatische ervaring en bij 10 kinderen (43.5%) was sprake van meermalige traumatische ervaringen (o.a. overlijden van een dierbare, seksueel misbruik, huiselijk geweld). Een aanzienlijk percentage (69.5%) van de jeugdigen had één of meerdere comorbide angststoornissen, 39.1% van de ouders gaf zelf aan psychiatrische problemen te hebben en 30% van de jeugdigen was van niet-Nederlandse afkomst. Dit geeft aan dat het onderzoek plaatsvond bij een representatieve klinische sample, wat indicaties geeft voor de generaliseerbaarheid van deze onderzoeksgegevens naar de dagelijkse klinische praktijk. Alle kinderen werden behandeld met WRITEjunior, de therapeuten waren allen (GZ)psychologen getraind in WRITEjunior. Voor en na de behandeling en bij zes maanden follow-up vulden ouders en jeugdigen vragenlijsten in over PTS-klachten, depressieve klachten, dysfunctionele cognities, internaliserend en externaliserend gedrag. Meetinstrumenten waren: Schok Verwerking Lijst (SVL; Alistic, Eland & Kleber, 2006), Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS; Siebelink & Treffers, 2001), Child Behavior Checklist (CBCL; Verhulst, van der Ende & Koot, 1996), Children's Depression Inventory (CDI; Braet & Timbremont, 2002), Post Traumatic Cognitions Inventory-Child version (PTCI-C; van Emmerik, Schoorl, Emmelkamp & Kamphuis, 2007).

c) Samenvatting meest relevante uitkomsten

Gemiddelde scores op alle uitkomsten tussen voor- en nameting namen significant af. De effecten waren gemiddeld tot zeer groot (Cohens  $d$  van 0.63-1.71). Effecten waren niet significant wanneer follow-up werd vergeleken met nameting (Cohens  $d$  van 0.10-0.49). De aanbeveling was om als volgende stap een methodologisch sterker design in te zetten met ook een controlegroep.

**Onderzoek 2. Randomized Controlled Trial (RCT)**

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd;
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant);
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk;
- Er is een voormeting;
- Er is een nameting;
- Er is een follow-up meting van minimaal zes maanden na het einde van de interventie.

a) De titel, auteurs en jaar van uitgave

Roos, C. de, Oord, S. de, Zijlstra, B., Lucassen, S. Perrin, S., Emmelkamp, P. Jongh, A. (2017).

EMDR and Cognitive Behavioral Writing Therapy versus waiting list in Pediatric PTSD following Single-Incident Trauma: A Multi-Center Randomized Clinical Trial. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi:10.1111/jcpp.12768.

Dit artikel won in 2018 de Francine Shapiro prijs die door EMDR Europe wordt uitgereikt voor het beste artikel in de wereld op dat gebied. De jury roemde onder meer het goede design en de grote impact van het artikel voor de behandelrichtlijnen voor getraumatiseerde kinderen en jongeren.

b) Type onderzoek, meetinstrumenten, doelgroep, omvang onderzoek en responspercentage.

Een single-blind RCT (Nederlands Trial Register: NTR 3870) met drie armen ( $n = 103$ ): WRITEjunior ( $n = 42$ ), EMDR ( $n = 43$ ) en een wachtlijst controle groep ( $n = 18$ ) bij jeugdigen van 8-18 jaar. De jeugdigen uit de wachtlijst conditie werden na zes weken gerandomiseerd over de twee behandelcondities. Alle jeugdigen hadden een PTSS ontwikkeld naar aanleiding van een eenmalige traumatische gebeurtenis. Er vonden voor- en nametingen plaats en follow-up metingen drie en twaalf maanden na afloop van de behandeling. Effect werd bekeken op schokverwerking (SVL; Alistic et al., 2006), PTS-symptomen, gedragsproblemen, angst- en depressieve klachten (ADIS-C; Siebelink & Treffers, 2001), post-traumatische cognities (PTCI-C; van Emmerik et al., 2007), kwaliteit van leven (KIDscreen; Ravens-Sieberer, Auquier, Erhart, Gosch, Rajmil, Bruil et al., 2007), sterke en zwakke kanten (Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ]; Goodman, 2001), somatisatie (Children's Somatisation Inventory [CSI]; Meesters, Muris, Ghys, Reumerman & Rooijmans, 2003). Tevens werd een vragenlijst voor rouwreacties toegevoegd (Inventories of Prolonged Grief [IPG]; Spuij, Prinzie, Zijderlaan, Stikkelbroek, Dillen & Boelen, 2012). EMDR en WRITEjunior behandelingen werden volgens de protocollen toegepast in individuele sessies van maximaal 45 minuten. De therapeuten waren vooraf getraind in beide protocollen en kregen gedurende het onderzoek geregeld supervisie waarbij ook gebruik werd gemaakt van video-opnames die bij elke sessie werden gemaakt. Alle behandelingen werden in zes sessies (of minder) afgerond. Twee kinderen (4.9%) maakten de behandeling niet af. Eén kind in de EMDR conditie werd bij de politie opgegeven als vermist en één kind in de WRITEjunior conditie werd uit huis geplaatst gedurende de behandeling.

c) Samenvatting meest relevante uitkomsten

De behandel-effecten voor de primaire uitkomstmaat PTSS-symptomen waren voor beide actieve condities groot vergeleken bij de controlegroep: EMDR: Cohens  $d = 1.27$  en WRITEjunior: Cohens  $d = 1.24$ . EMDR en WRITEjunior waren, in vergelijking met de wachtlijstcontrolegroep, even effectief in het verminderen van PTS-reacties, angst- en depressieve klachten en gedragsproblemen. Bij nameting voldeed 92.5% van de kinderen in de EMDR conditie, en 90.2% in de WRITEjunior conditie niet langer aan de criteria voor een PTSS. Vergeleken bij de wachtlijstgroep werden in beide condities verder kleine tot grote (Cohens  $d = 0.39 - 1.03$ ) effecten gevonden op nameting voor angst, depressie en gedragsproblemen, en effecten bleven bestaan bij follow-up meting. Geconcludeerd werd dat EMDR en WRITEjunior even effectief zijn met grote remissie van PTSS. Hoewel EMDR de gouden standaard in behandeling van PTSS is, laat deze RCT zien dat WRITEjunior hiervoor, in ieder geval bij eenmalig trauma, niet onderdoet (non-inferiority trial).

**Onderzoek 3. Predictoren en moderatoren**  
Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd;
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant);
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk;
- Er is een voormeting;
- Er is een nameting;
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie.

a) De titel, auteurs en jaar van uitgave

De Roos, C., Zijlstra, B.J.H., Perrin, S., van der Oord, S., Lucassen, S., Emmelkamp, P. & de Jongh, A. (2021). Predictors and Moderators of Treatment Outcome for Single Incident Pediatric PTSD: A Multi-Center Randomized Clinical Trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 1968138.

b) Type onderzoek, meetinstrumenten, doelgroep, omvang onderzoek en responspercentage

Data van bovenstaande RCT zijn gebruikt waarbij predictieve en modererende effecten van socio-demografische en klinische kenmerken op psychopathologie van de ouders, en PTS-symptomen bij het kind werden bekeken. Nameting en follow-up metingen na drie en twaalf maanden werden vergeleken met voormeting. Vragenlijsten staan bij het onderzoek hierboven uitgebreid genoemd.

c) Samenvatting meest relevante uitkomsten

Voor kinderen met ernstigere PTS-symptomen werd in de moderator-analyses gevonden dat de EMDR groep meer verbetering ondervond dan de WRITEjunior groep. Het tegenovergestelde werd gevonden voor kinderen met minder ernstige symptomen. Predictor-analyses toonden vervolgens dat psychopathologie bij de ouders een slechtere behandeluitkomst voorspelde bij hun kinderen, en daarmee werd geconcludeerd dat ouders ook zelf voor behandeling verwezen moeten worden. Gezien de zeer hoge remissie in PTSS in beide condities (>90%) en de korte duur van beide behandelingen (< 4 uur), concluderen deze auteurs dat de focus op implementatie van deze beide effectieve interventies moet liggen i.p.v. op nog heel veel vervolgonderzoek of aanpassingen in de interventies.

**Aanvullende publicaties**

De verwachte promotiedatum van Carlijn de Roos ligt in 2022. In haar studies (zie hierboven) en proefschrift is WRITEjunior één van de onderzochte traumabehandelingen. Verder is bovenstaand onderzoek naar de effecten van WRITEjunior tevens opgenomen in een systematische review en meta-analyse over de effectiviteit van psychologische interventies voor PTSS in kinderen, adolescenten en jongvolwassenen met (Bastien et al., 2020). Daarnaast is WRITEjunior opgenomen in het handboek over exposure (Greeven & van Emmerik, 2020), in de nieuwste versie van de trilogie over protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten (Lucassen & van der Oort, 2020) en in een Vlaams boek over rouw en verlies (Lucassen & van der Oort, 2018). Tot slot zijn er twee publicaties verschenen over casuïstiek waarin WRITEjunior – Onthullen van Geheimen toegepast wordt (Lucassen, 2016; Lucassen & Overdam, 2010). Deze toepassing van WRITEjunior wordt overigens niet in deze erkenning meegenomen aangezien het een net iets andere doelgroep en een net iets ander doel betreft.





## **5. Samenvatting werkzame elementen**

WRITEjunior wordt verondersteld vier werkzame factoren te hebben: exposure, cognitieve herstructurering, versterken coping vaardigheden en social sharing.

## 6. Aangehaalde literatuur

- Akwa GGZ (2020). <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen>
- Alisic, E., Zalta, A.K., van Wesel, F. Larsen, S.E., Hafstad, G.S., Hassanpour, K., & Smid, G.E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 335–340.
- Alistic, E., Eland, J. & Kleber, R.J. (2006). *The Children's Response to Trauma Inventory (CRTI): Development, validation, and preliminary normative data*. Utrecht: Insituut voor Psychotrauma.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder 4th revised edition (DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bastien, R.J-B., Jongsma, H.E., Kabadayi, M., & Billings, J. (2020). The effectiveness of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50, 1598-1612.
- Beer, R. & de Roos, C. (2017). *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren*. Houten: LannooCampus.
- Bögels, S.M. & Braet, C. (2019). *Cognitieve Therapie. Theorie en Praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Braet, C. & Timbremont, B. (2002). *Children's Depression Inventory – Nederlandstalige versie*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.
- Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 28, 381-392.
- Engelhart, I., Arntz, A. & Kindt, M. (2011). *Cognitieve therapie bij Posttraumatische stresstoornis*. In: S. Bögels & P. van Oppen (red.), *Cognitieve therapie*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum, 289-320.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 319-345.
- Emmerik, A.A.P. van. Schoorl, M., Emmelkamp, P.M.G. & Kamphuis, J.H. (2007). Psychometrische kenmerken van de Nederlandstalige Post-traumatische Cognities Inventarisatielijst (PTCI). *Gedragstherapie*, 40, 269-284.
- Gillies, D., Maiocchi, L., Bhandari, A. P., Taylor, F., Gray, C. & O'Brien, L. (2016). Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD012371.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.
- Goodman, S. H. & Gotlib, I.H. (2002). *Children of depressed parents; mechanism of risk and implications for treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greeven, A. & van Emmerik, A. (2020). *Handboek exposure*. Amsterdam: Boom Psychologie & Psychiatrie.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J.-P., Schrieken, B. & Emmelkamp, P.M.G. (2003). Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 901–909.
- Leen-Feldner, E.W., Feldner M.T., Knapp, A., Bunaciu, L., Blumenthal, H. & Amstadter A.B. (2013) Offspring psychological and biological correlates of parental posttraumatic. In: *Clinical Psychology Review*, 33, 1106-1133.

- Lucassen, S. & van der Oord, S. (2009). WRITEjunior: digitaal verwerken van traumatische gebeurtenissen. *Tijdschrift voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 4, 3-10.
- Lucassen, S. & van der Oort, S. (2018). *WRITEjunior. Cognitieve gedragstherapie voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten van 4-18 jaar*. In: Ruimte maken voor verlies en rouw in therapie. Claes, G., Maes, J., & Modderman, H. (Eds.). Antwerpen: Acco.
- Lucassen, S. & van der Oort, S. (2020). *WRITEjunior. Schrijftherapie voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten van 4-18 jaar*. In: Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten. Braet, C. & Bogels, S. (Eds.). Amsterdam: Boom uitgevers.
- Lucassen, S. & Overdam, N. (2010). Trauma? Geheim? Traumatisch geheim? Behandeling van een vierjarig meisje wier moeder door haar vader is vermoord. *Kind en Adolescent Praktijk*, 2, 48-55.
- Lucassen, S. (2016). Robert M. Iedereen kent hem!?! Een pleidooi voor een gezamenlijk narratief over een geheim. *Systeemtherapie*, 28, 149-155.
- Lucassen, S. & Oord, van der, S. (2019). *WRITEjunior, protocol schrijftherapie voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten 4-18 jaar*, vierde druk, Amsterdam: SWP.
- Meesters, C., Muris, P., Ghys, A., Reumerman, T. & Rooijmans, M. (2003). The Children's Somatization Inventory: Further evidence for its reliability and validity in a pediatric and a community sample of Dutch children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 413-422.
- Morina, N., Koerssen, R. & Pollet, T.V. (2016). Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 47, 41-54.
- Morris, A., Gabert-Quillen, C., Delahanty, D. (2012) The association between parent PTSD/Depression symptoms and child PTSD symptoms: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 37, 1076-1088.
- National Institute of Care and Excellence (2018). *Post-traumatic stress disorder (NG116)*. Gedownload van: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861>
- Nugent, N.R, Ostrowski, S., Christopher. N.C. & Delanty, D.L. (2007). Parental posttraumatic stress symptoms as a moderator of child's acute biological response and subsequent posttraumatic stress symptoms in paediatric injury patients. *Journal of Paediatric Psychology*, 32, 309-318.
- Oord, S. van der, Lucassen, S., Emmerik, A.A.P. van & Emmelkamp, P.M.G. (2008). Behandeling van kinderen met Post Traumatische Stress Stoornis door middel van cognitief gedragstherapeutische schrijftherapie: eerste resultaten van een behandelstudie. *Kind en Adolescent Praktijk*, 4, 168-174.
- Oord, S. van der, Lucassen S., Emmerik, A.A.P. van & Emmelkamp, P.M.G. (2009). Treatment of post-traumatic stress disorder in children using cognitive behavioural writing therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 240-249.
- Ravens-Sieberer, U., Auquier, P., Erhart, M., Gosch, A., Rajmil, L., Bruil, J.,....& Kilroe, J. (2007). The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: Psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Quality of Life Research*, 16, 1347-1356.
- Roos, C. de, Oord, S. van der, Zijlstra, B., Lucassen, S. Perrin, S., Emmelkamp, P. & Jongh, A, de. (2017) EMDR and Cognitive Behavioral Writing Therapy versus waiting list in Pediatric PTSD following Single-Incident Trauma: A Multi-Center Randomized Clinical Trial. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi:10.1111/jcpp.12768.
- De Roos, C., Zijlstra, B.J.H., Perrin, S., van der Oord, S., Lucassen, S., Emmelkamp, P. & de Jongh, A. (2021). Predictors and Moderators of Treatment Outcome for Single Incident Pediatric PTSD: A Multi-Center Randomized Clinical Trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 1968138.

- Schoutrop, M.J.A., Lange, A., Hanewald, G., Davidovich, U. & Salomon, H.B. (2002). Structured writing and processing major stressful events: a controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 151– 157.
- 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., Ortiz, C.D., Viswesvaran, C., Burns, B.J., Kolko, D.J., Putnam, F.W. & Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 156-183
- Spuij, M., Prinzie, P., Zijderlaan, J., Stikkelbroek, Y., Dillen, L. & Boelen, P.A. (2012). Psychometric properties of the Dutch Inventories of Prolonged Grief for children and adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19, 540-551.
- Sroufe, L.A., Engeland, B. Carlson, A. & Collins, W.A. (2005). *The development of the person: the Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press
- TNO-rapport (2016) . 'Ik heb al veel meegemaakt'. TNO-rapportnummer CH 2016 R11157. Gedownload van: <https://www.augeo.nl/~media/Files/Jongerentaskforce/161026-Jongereren-rapport-ik-heb-al-veel-meegemaakt.ashx>
- Van der Kolk, B.A. (2007). The Developmental Impact of Childhood Trauma. In L.J. Kirmayer, R. Lemelson, & M. Barad (Eds.), *Understanding trauma: Integrating biological, clinical, and cultural perspectives* (pp. 224–241). Cambridge University Press.
- Verhulst, F.C., van der Ende, J. & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Erasmus MC/Sophia.
- Visser, J. (2020). *DC: 0-5. Diagnostische classificatie van psychische en ontwikkelingsstoornissen in de baby- en vroege kindertijd*. Uitgeverij: Bohn Stafleu van Loghum.
- Woolgar, F., Garfiel, H., Dalgleish, T., & Meise-Stedman, R. (2021). Systematic review and meta-analysis: Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in trauma-exposed preschool-aged children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. doi: 10.1016/j.jaac.2021.05.026.
- Ziegler, M.F., Greenwald, M.H., DeGuzman, M.A. & Simon, H.K. (2005). Posttraumatic stress responses in children: Awareness and practice among a sample of pediatrics emergency care providers. *Pediatrics*, 115, 1261-1267.

## Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Kenniscentrum Sport & Beweging, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

