

Forum

Iva Bicanic, I., de Roos, C., Beer, R., Visser, M., van Dijke, A., en Mooren, T. (2013). Evidence based traumabehandeling te weinig toegepast. Tijdschrift kinder – en jeugd psychotherapie, 40(2), 68-72.

Inleiding

Bij het kiezen van een behandelmethode voor kinderen met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) kunnen behandelaars terugvallen op internationale richtlijnen, die zich baseren op empirische evidentie (AACAP, 2010; NICE, 2005). Deze richtlijnen bevelen Eye Movement Desensitisation Reprocessing (EMDR) en traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) aan als eerste keuze behandelmethoden met daarbij parallelle of geïntegreerde ouderbegeleiding. Toch zien wij in de praktijk regelmatig dat getraumatiseerde kinderen in de hulpverlening geen toegang krijgen tot deze voorkeursbehandelmethode of worden behandeld met non-directieve speltherapie, hetgeen niet wordt aanbevolen in de richtlijnen.

In deze forumbijdrage betogen wij dat het niet evidence based behandelen van getraumatiseerde kinderen onnodig en zorgelijk is. Het kan nadelige gevolgen hebben voor het kind. Zo kunnen traumagerelateerde klachten onnodig lang aanhouden en is er meer risico op het optreden van comorbiditeit, stagnatie in de ontwikkeling en revictimisering (AACAP, 2010).

De vraag is waarom behandelaars afwijken van de richtlijnen. Wij hopen een antwoord te vinden op deze vraag door een discussie binnen de VKJP te genereren over de toepassing van non-directieve speltherapie en evidence based traumabehandeling; een klinisch relevante discussie op de juiste plek, omdat bij de VKJP zowel therapeuten zijn aangesloten, die speltherapie uitvoeren of onderwijzen, als therapeuten die vooral cognitieve gedragstherapie of EMDR uitvoeren.

Spel als middel in traumabehandeling versus speltherapie als methode

Uit onderzoek blijkt dat getraumatiseerde kinderen vooral profiteren van een directieve en traumagerichte behandeling (Schneider e.a., 2013). De blootstelling aan de traumatische herinneringen (door het trauma-narratief te vertellen, schrijven, tekenen of na te spelen) wordt hierin essentieel geacht voor het verminderen van PTSS-symptomen en het verbeteren van het algemeen functioneren (Cohen e.a., 2012; Nixon e.a., 2012). Deze blootstelling of 'exposure' gaat gepaard met structurend en directief optreden van de therapeut, waarbij corrigerende betekenisverlening kan plaatsvinden en zo nodig ook ontbrekende vaardigheden kunnen worden aangeleerd (Beer & de Roos, 2012).

Non-directieve behandelvormen, zoals speltherapie, die in Nederland nog vaak worden toegepast bij kinderen, zijn op basis van onderzoek minder geschikt voor de behandeling van PTSS en zijn om die reden niet opgenomen in de richtlijnen (NICE, 2005). De waarschijnlijke verklaring hiervoor is dat het kind in non-directieve speltherapie de kans krijgt om te volharden in vermijdingsgedrag waardoor geen directe confrontatie plaats kan vinden met de traumatische herinnering(en) en traumagerelateerde klachten niet of onvoldoende verminderen.

Iets anders is het als spel gebruikt wordt als middel om traumatische ervaringen te reconstrueren (Beer & de Roos, 2012), zoals ook gebeurt in het opvangprotocol (Eland e.a., 2002), of om het kind toegang te laten krijgen tot de verschillende componenten van traumagerichte CGT, zoals trauma-focused cognitive behavior therapy, ontwikkeld door Cohen en haar groep (Cohen e.a., 2012). Door middel van het spel communiceert het kind over wat er is gebeurd, komt een trauma-narratief tot stand en kunnen fantasieën over een andere afloop van de traumatische gebeurtenis

(rescripten) worden uitgespeeld. Spel als middel in evidence based traumabehandeling biedt wel perspectief op snelle klachtenreductie (Cohen e.a., 2012).

Waarom afwijken van de richtlijnen?

Het valt ons op dat richtlijnen in de kinder- en jeugd-GGZ bij getraumatiseerde kinderen te weinig in acht worden genomen. De vraag is waarom. Uit onderzoek in de VS blijkt dat bijna een derde van de behandelaren niet goed op de hoogte is van evidence based behandelingen (Allen e.a., 2012). Tevens blijken behandelaren die cognitief-gedragstherapeutisch zijn opgeleid een voorkeur te hebben voor het toepassen van psycho-educatie en ontspanningsoefeningen boven trauma-specifieke technieken zoals exposure en cognitief herstructureren (Allen & Johnson, 2012). In Nederland komt de traumagerichte CGT niet aan de orde in de basisopleiding en veel cognitieve gedragstherapeuten kennen deze behandelmethodes onvoldoende. Mogelijk zijn behandelaren bang om kinderen te hertraumatiseren of hen te ontregelen. Behandelaren vrezen vaak dat exposure leidt tot verslechtering of voortijdige uitval van hun cliënten, terwijl er geen aanwijzingen zijn dat dit bij een traumagerichte behandeling vaker gebeurt dan bij andere interventies (Hembree e.a., 2003; Taylor e.a., 2003).

Ten slotte wordt de complexiteit van de casuïstiek aangedragen als argument om van de richtlijnen af te wijken. 'Deze casus is te complex om een "simpele" protocollaire behandeling op los te laten.' Onderzoek bij kinderen toont echter aan dat comorbiditeit uiteindelijk niet het verschil in behandelingsresultaat bepaalt (Ollendick e.a., 2008); cliënten met een angststoornis en comorbiditeit profiteren even goed van een protocollaire behandeling als cliënten met enkelvoudige problematiek. Wel kan de behandeling langer duren en is soms meer exploratie en motivatie nodig om de traumatische herinneringen te identificeren.

Suggesties voor de toekomst

Voor de effectieve behandeling van PTSS is het essentieel dat behandelaren de bestaande op wetenschappelijke onderzoek gebaseerde richtlijnen volgen en dat de toepassing van EMDR en CGT bij kinderen vanzelfsprekend wordt. Dit kan onder andere worden bereikt door het overdragen van kennis over wetenschappelijke onderzoeksresultaten aan behandelaren en supervisoren, zowel binnen GGZ-instellingen alsook in de opleidingen tot GZ-psycholoog, klinisch psycholoog en psychotherapeut. Daarnaast is het zaak om voldoende gekwalificeerde therapeuten op te leiden, die tevens makkelijk vindbaar zijn bijvoorbeeld via een verwijzingslijst van behandelaren, zoals op de website van Vereniging EMDR Nederland (www.emdr.nl).

Verder kunnen psychotherapieverenigingen een bijdrage leveren aan de verspreiding en implementatie van wetenschappelijk kennis in de praktijk door de richtlijnen te omarmen en behandelaren attent te maken op de nadelige gevolgen van niet evidence based behandelen. Als we erin slagen om getraumatiseerde kinderen (en hun gezin) in de hulpverlening adequate traumabehandeling te bieden, kan dat de tijd waarin het kind minder goed functioneert op school of binnen het gezin verkorten en de behoefte aan langdurige hulpverlening terugdringen. Daarnaast werken we hiermee aan preventie van revictimisering en psychopathologie later in de jeugd en volwassenheid.

Tot slot. In Nederland is (nog) geen onderzoek verricht naar het naleven van richtlijnen bij de behandeling van getraumatiseerde kinderen. Het zou goed zijn als hier meer zicht op komt evenals op de motieven van behandelaren om van richtlijnen af te wijken. Welke behandelmethodes gebruikt u in de behandeling van PTSS? Welk argument gebruikt u als u

afwijkt van de richtlijn? En welke argumenten vindt u van belang om het gebruik van speltherapie te bepleiten? Wij nodigen u van harte uit uw reactie op deze bijdrage te mailen naar vkjp@hetnet.nl. Op deze manier kan een discussie op gang komen over traumabehandeling, die u het komende jaar kunt volgen in deze forumrubriek.

Iva Bicanic is GZ-psycholoog i.o. tot klinisch psycholoog, onderzoeker en coördinator van het Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren, UMC Utrecht. Email: i.a.e.bicanic@umcutrecht.nl

Carlijn de Roos is klinisch psycholoog/psychotherapeut, onderzoeker en coördinator van het Psychotraumacentrum, GGZ Kinderen en Jeugd, Rivierduinen, locatie Leiden. Email: c.deroos@ggzkinderenenjeugd.nl

Renée Beer is klinisch psycholoog/cognitief gedragstherapeut en was tot 1 juni werkzaam als programma-manager van het Traumacentrum van de Bascule. Email: rbeer@planet.nl

Margreet Visser is psychotherapeut, onderzoeker en coördinator van het Kinder- en Jeugdtraumacentrum Haarlem. Email: mvisser@kjtc.nl

Anke van Dijke is lid van de directie/Raad van Bestuur Fier Fryslan, locatie Leeuwarden. Email: directie@fierfryslan.nl

Trudy Mooren is klinisch psycholoog en senior onderzoeker bij Stichting Centrum '45/Stichting Arq en coördinator van het programma Kind, gezin en trauma, locaties Diemen en Oegstgeest. Email: t.mooren@centrum45.nl

Samen vormen zij de 'Taskforce Effectieve Traumabehandeling Kind en Gezin', die beoogt kennis over effectieve traumabehandeling over te dragen aan collega therapeuten, maar ook aan beleidsmakers en politici. Contact via Iva Bicanic, i.a.e.bicanic@umcutrecht.nl

Literatuur

- Allen, B., Gharagozloo, L., & Johnson, J.C. (2012). Clinician knowledge and utilization of empirically-supported treatments for maltreated children. *Child Maltreatment, 17* (1), 11-21.
- Allen, B., & Johnson, J.C. (2012). Utilization and implementation of trauma-focused cognitive-behavioral therapy for the treatment of maltreated children. *Child Maltreatment, 17* (1), 80-5
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry - AACAP (2010). Practice Parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46* (4), 414-430.
- Beer, R., & Roos, C. de (2012). Psychotherapie bij kinderen en adolescenten: van 'onvoltooid' naar 'voltooid verleden tijd'. In: Vermetten, E., Kleber, R., van der Hart, O. (red.), *Posttraumatische stress-stoornis* (pp. 407-429). Utrecht: de Tijdstroom.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2012). *Trauma-Focused CBT for children and adolescents. Treatment Applications*. New York: Guilford Press.
- Eland, J., de Roos, C., & Kleber, R. (2002). *Kind en trauma: een opvangprogramma*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hembree, E.A., Foa, E.B., Dorfan, N.M., & Street, G. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress, 16*, 555-562.
- NICE (2005). *Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. National Clinical Practice Guideline. Nr 26.

Nixon, R.D., Sterk, J. & Pearce, A. (2012). A randomized trial of cognitive behaviour therapy and cognitive therapy for children with posttraumatic stress disorder following single-incident trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40 (3), 327-337.

Ollendick, T.H., Jarrett, M.A., Grills-Taquechel, A.E., e.a. (2008). Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review*, 28 (8), 1447-1471.

Schneider, S.J., Grilli, S.F. & Schneider, J.R. (2013). Evidence-based Treatments for Traumatized Children and Adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 15 (1), 332.

Taylor, S., Thordarson, D.S., Maxfield, L., e.a. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330-338.