



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Schrijftherapie bij posttraumatische stress

Een overzicht van therapeutische procedures, theoretische achtergrond en effectonderzoek

Alvorens op schrijftherapie bij posttraumatische stress (PTS) en bij de posttraumatische stressstoornis (PTSS) in te gaan, moet worden opgemerkt dat de *mate van PTS* iets anders is dan de *diagnose PTSS*. Omwille van de leesbaarheid wordt in het vervolg van dit artikel alleen de term 'PTS' gebruikt, die echter naar beide begrippen kan verwijzen.

Schrijftherapie bij PTS vindt haar oorsprong in een experimentele studie van Pennebaker en Beall (1986). In deze studie onder studenten leidde het schrijven over traumatische feiten en emoties tot een hogere bloeddruk en een negatievere stemming direct na het schrijven, maar tot een afname van het aantal doktersbezoeken in het halfjaar na het schrijven. De effecten van het schrijven volgens dit zogenaamde 'Pennebaker-paradigma' zijn vervolgens veelvuldig onderzocht. Kleine variaties daargelaten omvat dit paradigma een reeks korte schrijfp opdrachten (doorgaans drie tot vijf schrijfsessies van elk vijftien tot twintig minuten) waarin deelnemers hun gedachten en gevoelens over een pijnlijke of traumatische ervaring beschrijven. In de regel wordt het geschrevene niet gelezen of besproken met de onderzoekers, en wordt er geen feedback op het geschrevene gegeven. De schrijfp opdrachten zijn immers vooral gericht op het verbeteren van de lichamelijke gezondheid louter door het uiten van de traumatische feiten en emoties, en niet op het behandelen van PTS. In een meta-analyse was het effect ervan op PTS dan ook niet significant (Frattaroli, 2006).

Aan het begin van deze eeuw verschenen de eerste onderzoeken naar uitgebreidere schrijfparadigma's die wel expliciet gericht waren op het behandelen van PTS. De onlinebehandeling *Interapy* staat onmiskenbaar aan de basis van deze ontwikkeling (Lange, van de Ven, Schrieken, Bredeweg, & Emmelkamp, 2000; Lange, van de Ven, Schrieken, & Emmelkamp, 2001; Lange et al., 2003). Inmiddels bestaan face-to-facevarianten van deze behandeling voor getraumatiseerde volwassenen (van Emmerik, Kamphuis, & Emmelkamp, 2008) en kinderen (van der Oord, Lucassen, van Emmerik, & Emmelkamp, 2010). Dit artikel beschrijft het therapeutische model

dat aan deze behandelingen ten grondslag ligt, en de therapeutische procedures en instructies bij de verschillende fasen van dit model. Daarnaast geven wij een beknopt overzicht van de theoretische achtergronden van schrijftherapie en het effectonderzoek ernaar.

THERAPEUTISCH MODEL

Het therapeutisch model van schrijftherapie bestaat uit drie fasen. Inhoudelijk kennen deze fasen waarschijnlijk enige overlap. Imaginaire exposure aan traumatische herinneringen (fase 1) bijvoorbeeld zal niet alleen leiden tot extinctie van angst en van andere negatieve emoties, maar mogelijk ook tot meer realistische en functionele traumagerelateerde cognities. Omgekeerd is schrijven over deze cognities en over coping (fase 2) niet mogelijk zonder enige imaginaire exposure aan traumatische herinneringen. Niettemin heeft elke fase een eigen inhoudelijke focus, die hieronder nader wordt beschreven. Om hen zich aan deze focus te laten houden, worden patiënten inhoudelijk (be)geleid door de schrijfinstructies bij elke fase en in de bespreking van de resulterende schrijfopdrachten in de wekelijkse behandelsessies. Het schrijven zelf vindt dus plaats buiten deze behandelsessies en zonder *realtime* begeleiding door de behandelaar.

¶ *Imaginaire exposure aan traumatische herinneringen (fase 1)*

Het doel van deze eerste fase is het bewerkstelligen van extinctie van de angst, en wel door imaginaire exposure aan de traumatische herinneringen. Net als bij gesproken imaginaire exposure wordt de patiënt geïnstrueerd de traumatische ervaring, in het bijzonder de meest pijnlijke aspecten ervan, in zoveel mogelijk detail te beschrijven. Ook schrijft de patiënt net als bij gesproken imaginaire exposure in de eerste persoon tegenwoordige tijd, met aandacht voor de lichamelijke en zintuiglijke gewaarwordingen tijdens de traumatische ervaring, en voor eventuele feiten en emoties die de patiënt eerder heeft vermeden.

De belangrijkste taak van de behandelaar in deze eerste fase is samen met de patiënt vast te stellen wat deze meest pijnlijke feiten en emoties precies zijn, na te gaan of er feiten en emoties zijn die bij het schrijven zijn vermeden, en de patiënt aan te moedigen zich in het vervolg van fase 1 juist op deze meest pijnlijke of tot dan toe vermeden feiten en emoties te richten.

KADER 1: GEPSEUDONIMISEERD FRAGMENT VAN EEN
SCHRIJFOPDRACHT UIT FASE 1

Het is een dinsdag. Ik ben gehaast en zeg tegen de kinderen dat ze op moeten schieten, want we moeten naar mijn zus in het ziekenhuis, zodat we bij haar kunnen zijn tijdens het eten. Ze eet namelijk erg slecht als er niemand bij is.

Ik rij de stad uit en draai links de A2 op, heb even het idee dat de auto vreemd aanvoelt, denk dat het komt omdat de choke nog uitstaat, druk hem terug. Rijd van de A2 de A9 op. Ga van linkerbaan naar rechterbaan. In mijn hoofd weet ik dat er iets niet klopt. Op hetzelfde moment begint de auto te slingeren. Ik denk dat ik het gaspedaal loslaat. Ik heb geen controle meer over de auto. Ik bots tegen de linkervanrail en word als een soort flipperbal naar de rechtervanrail gelanceerd. Ik zie een grote betonnen pijler op me af komen en denk, o god, we gaan dood, ik rij mijn kinderen te pletter. O jee, mijn kindjes gaan dood. Als ik dit als enige overleef, vergeef ik me dit zelf nooit meer.

We komen tot stilstand tegen de rechtervanrail. In eerste instantie durf ik niet om te kijken. Gelukkig, zo op het oog is er niets aan de hand. Er staan verschillende jongens bij de auto-deur. Ze maken hem open en vragen hoe het met mij en de kindjes gaat. (Het is ongelooflijk, ze hebben niet eens geschreeuwd of zo). Chrissie zegt: mama, ik heb in mijn broek geplast. Ik zeg, geeft niet kindje. Pieter zit achterin alsof er niets is gebeurd. Een van de jongens zegt dat ze achter me reden en dat ze zagen dat ik een klapband had. We gaan de auto uit. Ik haal de kinderen eruit en zeg: we moeten achter de vangrail gaan staan, dat is veiliger (...)

¶ *Cognitiefherstructureren en coping (fase 2)*

De tweede fase richt zich op de disfunctionele cognities en manieren van omgaan met de traumatische ervaring die aan de klachten van de patiënt ten grondslag liggen. De patiënt wordt geïnstrueerd een advies te schrijven aan een denkbeeldige vriend (of vriendin) die eenzelfde traumatische ervaring heeft meegemaakt als de patiënt. Het advies moet betrekking hebben op hoe deze vriend het beste met de traumatische ervaring en de gevolgen ervan kan omgaan, waarbij de patiënt gebruikmaakt van wat hem daarbij het meeste heeft geholpen. Hij kan de vriend bijvoorbeeld adviseren om na te gaan of er onderbelichte aspecten van de traumatische ervaring zijn die een ander, positiever licht op de gebeurtenis kunnen werpen. Verder kan hij adviseren om na te denken over andere

interpretaties van de gebeurtenis, of over wat de gebeurtenis heeft betekend voor het leven van de denkbeeldige vriend. Ook kan hij gedragsmatige adviezen geven. In het tweede deel van fase 2 wordt de patiënt vervolgens gevraagd het advies, en dus de bijbehorende functionele cognities en manieren van omgaan met de traumatische ervaring, naar zichzelf uit te breiden.

De rol van de behandelaar in deze tweede fase is eventuele disfunctionele adviezen te benoemen en uit te dagen, en de patiënt aan te moedigen het advies op zichzelf toe te passen.

KADER 2: GEPSEUDONIMISEERD FRAGMENT VAN EEN
SCHRIJFOPDRACHT UIT FASE 2

Lieve Jacqueline,

Ik schrijf je dit advies omdat ik aan je zie dat je nog steeds erg met het ongeluk bezig bent en dat gaat me zeer aan het hart. Iedereen reageert anders, maar ik hoop dat ik je uit eigen ervaring een hart onder de riem kan steken en dat je wat minder onzeker zult zijn. Het belangrijkste is dat je jezelf geen verwijten maakt, want het had iedereen kunnen overkomen. Trek je niks aan van het oordeel van andere mensen en het gezeur van de verzekeringsmaatschappij. Bovendien ben je zeker geen aanstelster als je angstzweet in je handen krijgt tijdens het rijden. Mensen weten niet waar ze het over hebben als ze het niet zelf meegemaakt hebben.

Ik weet dat dit ongeluk net de druppel is die je niet meer kunt hebben na de hectische jaren die je achter de rug hebt, na de geboorte van je dochtertje. Eerst natuurlijk een spannende zwangerschap, eindigend met je verblijf in het ziekenhuis. Daarna de dood van je schoonmoeder in je kraamperiode. Het lijkt wel of jullie voor eeuwig en altijd met ziekenhuizen geconfronteerd worden. De dood van je vader, de hartoperaties van je zus, de dood van je lievelingstante, de eenmalige opnamen van diverse andere familieleden nog niet eens meegerekend. (...)

¶ *Delen van de traumatische ervaring en symbolische afsluiting (fase 3)*

Het doel van fase 3 is tweeledig. Ten eerste wordt geprobeerd om sociale steun in de omgeving van de patiënt te mobiliseren, en wel door de traumatische ervaring in een brief te delen met anderen. De brief moet beschrijven welke aspecten van de traumatische ervaring de patiënt het belangrijkste vindt en welke impact de ervaring op zijn leven heeft gehad. Ook moet de brief duidelijk maken waarom hij is geadresseerd aan juist deze persoon, wat het doel is

van de brief, en wat de patiënt verwacht van de geadresseerde in reactie op de brief.

Ten tweede is fase 3 gericht op het symbolisch afsluiten van de periode van de traumatische ervaring. Dit gebeurt door het uitvoeren van een symbolisch afscheidsritueel. Voorbeelden van veel gekozen rituelen zijn het begraven of verbranden van een voorwerp dat iets met de traumatische ervaring te maken heeft, het bezoeken van een bijzondere plek, of uit eten gaan in een speciaal gekozen restaurant. Van belang is slechts dat het ritueel in de ogen van de patiënt een passende afsluiting vormt van de voorbije periode.

Anders dan bij de schrijfofdrachten in fase 1 en 2, zijn in fase 3 vorm, stijl en taalgebruik wel van belang bij de definitieve brief. De brief kan immers gelezen worden door anderen en moet daarom een leesbaar document worden, waar de patiënt trots op kan zijn. Een taak van de behandelaar is dan ook de brief niet alleen van inhoudelijke feedback te voorzien (zoals de vraag of belangrijke thema's uit eerdere schrijfofdrachten voldoende aan bod zijn gekomen, en of de aandacht goed is verdeeld tussen verleden, heden en toekomst), maar ook te letten op leesbaarheid en vormaspecten, zoals spelling en grammatica. Is het inderdaad een brief waar de patiënt nu en later trots op kan zijn? Tegelijkertijd moet gezegd worden dat schrijftherapie niet uitsluitend bedoeld is voor romanciers of patiënten met een hoger opleidingsniveau. De brief hoeft geen literair hoogstandje te zijn, maar moet qua vorm passen bij de vermogens en persoon van de patiënt. Kortom, de leesbaarheid en vorm van de brief staan ten dienste van zijn doel — het delen van de traumatische ervaring met anderen — en moeten dit doel niet voorbijschieten. De ervaring leert overigens dat dit in praktijk zelden een probleem vormt.

Patiënt en behandelaar besluiten vervolgens of de brief verstuurd zal worden of niet. Dit is vanzelfsprekend geen verplichting (sommige patiënten kiezen er bijvoorbeeld voor de brief te bewaren, begraven of verbranden), maar het wordt in het algemeen wel aanbevolen. De verwachting is namelijk dat de brief veel sociale steun kan mobiliseren, waarvan bekend is dat die een goed herstel van traumatische ervaringen voorspelt (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). Een andere taak voor de behandelaar in fase 3 is met de patiënt de passendheid van het afscheidsritueel te beoordelen en de patiënt te ondersteunen bij het plannen en voorbereiden van het ritueel.

KADER 3: GEPSEUDONIMISEERD FRAGMENT VAN EEN
SCHRIJFOPDRACHT UIT FASE 3

Lieve Jan,

Je zult wel verbaasd zijn een brief van me te ontvangen. De laatste was waarschijnlijk in onze verkeringstijd, behalve dan een enkele kaart als ik weer eens op studiereis was.

Deze brief is bedoeld als afsluiting van de schrijfbehandeling. Ik schrijf hem aan jou, aangezien jij degene bent die me het meest na staat (buiten de kindjes natuurlijk) en jij ook zeer betrokken bent bij het ongeluk. Hoewel we samen veel gesproken hebben over het ongeluk, kan ik op deze manier misschien ook beter verwoorden wat ik voel.

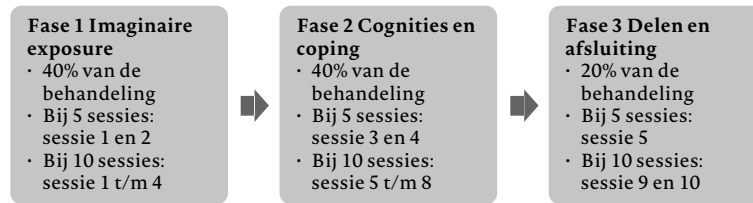
Het ongeluk heeft een diepe impact gehad op ons allemaal. Chrissie en Pieter waren diep onder de indruk van het hele gebeuren, wat mij natuurlijk ook diep aan het hart ging, want een moeder wil haar kinderen het liefst voor alle onheil behoeden. Zelf heb ik ook een flinke mentale klap opgelopen. Het was voor mij de spreekwoordelijke druppel die de emmer deed overlopen, na de afgelopen hectische jaren waarin we naast vreugde ook heel wat verdriet hebben gekend. Ook jij was natuurlijk erg geschrokken toen je hoorde dat we een klapband hadden gekregen in de bocht op de A9, wij per ambulance waren afgevoerd naar het ziekenhuis en de auto total loss was. Gelukkig waren Chrissie, Pieter en ik er goed vanaf gekomen. (...)

ALGEMENE OVERWEGINGEN EN INSTRUCTIES

Naast de specifieke inhoudelijke schrijfinstructies in elke fase van het therapeutisch model, gelden de volgende meer algemene overwegingen en instructies bij het uitvoeren van de schrijfopdrachten.

¶ *Fasering van het therapeutisch model*

Een van de overwegingen betreft het aantal weken dat aan elke fase van de schrijftherapie wordt besteed. Wij stellen voor om uit te gaan van de verhouding 2:2:1 die de oorspronkelijke Interapy-behandeling aangeeft en die ook gevolgd is in de meeste onderzoeken waarin dit model effectief is gebleken. Figuur 1 illustreert wat dit betekent voor de verdeling van de beschikbare behandelsessies over de drie fasen van het therapeutisch model in het concrete geval van 5 of 10 behandelsessies.



FIGUUR 1

Fasering van het therapeutisch model van schrijftherapie

Hoewel in de meeste onderzoeken strikt aan deze fasering van het therapeutische model is vastgehouden, staat de praktijk enige flexibiliteit toe wat betreft het verlengen of verkorten van specifieke fasen, afhankelijk van de beschikbare tijd en de vooruitgang die de patiënt in elke fase boekt. Evengoed raden wij aan om terughoudend te zijn, zowel met het snel verlengen als met het verkorten (of zelfs overslaan) van een bepaalde fase, om te voorkomen dat disfunctionele vermijding die daarbij eventueel een rol speelt wordt bekrachtigd.

¶ *Psycho-educatie*

Zoals bij elke psychologische behandeling moet ook bij schrijftherapie voldoende aandacht worden besteed aan uitleg over PTS, hoe PTS kan ontstaan en voortbestaan, en hoe schrijftherapie wordt verondersteld PTS te verhelpen of te verminderen. Wij bevelen aan deze uitleg te baseren op een van de hieronder beschreven theorieën, te beperken tot de belangrijkste onderdelen van de meer complexe modellen, aan te passen aan de intelligentie en draagkracht van de patiënt, en te illustreren aan de hand van de klachten en omstandigheden van de patiënt zelf.

¶ *Algemene schrijfinstructies*

Zoals gezegd zijn naast de fasegebonden inhoudelijke schrijfinstructies de volgende meer algemene instructies en suggesties nuttig gebleken:

- ▶ Uitgangspunt is het uitvoeren van drie schrijfoopdrachten van elk 45 minuten per week. De eerste vijf minuten van elke opdracht kunnen worden gebruikt om zich in te leven in de traumatische ervaring. Het verdient aanbeveling om aan het einde van elke behandelsessie de schrijfoopdrachten van de komende week met de patiënt samen in te plannen, om de kans dat zij worden uitgevoerd zo groot mogelijk te maken.
- ▶ Omdat de schrijfoopdrachten soms heftige emoties teweeg kunnen brengen, dient het schrijven ruim voor het slapen gaan te zijn

afgerond. Ook verdient het aanbeveling om direct na het schrijven ten minste een kwartier te reserveren voor een ontspannende activiteit, zoals een korte wandeling, een bad nemen, of iets dergelijks.

- ▶ Om afleiding te voorkomen moeten patiënten alleen zijn tijdens het schrijven en maatregelen nemen om niet gestoord of afgeleid te worden, zoals het uitschakelen van deurbel en telefoon, en het vooraf leegmaken of opruimen van bureau of schrijftafel.
- ▶ Patiënten wordt aangeraden een speciaal schrift, een boek met blanco bladzijden, of iets dergelijks aan te schaffen. Zij mogen dit uitsluitend gebruiken voor de schrijfopdrachten en moeten het bewaren op een veilige plaats, die niet toegankelijk is voor anderen.
- ▶ Behalve bij het schrijven van de definitieve versie van de brief in fase 3, moet patiënten op het hart worden gedrukt geen rekening te houden met stijl, spelling, grammatica of andere vormaspecten. Ook vloeken, scheldwoorden en schuttingtaal zijn prima, zolang deze maar de gevoelens en gedachten van de patiënt uitdrukken.
- ▶ Bij voorkeur stuurt de patiënt de schrijfopdrachten ruim voor elke sessie naar de behandelaar, zodat deze ze voor de sessie kan lezen, en de sessie zelf gebruikt kan worden voor het inhoudelijk bespreken van de opdrachten en de ervaringen van de patiënt met het schrijven in de voorafgaande week.

THEORIE

Net als bij veel andere psychische klachten en stoornissen, bestaan er verschillende theoretische verklaringen voor het ontstaan, voortbestaan en herstel van PTS. Deze verklaringen zijn in meer of mindere mate ook van toepassing op de werkzaamheid van schrijftherapie. Sommige van deze theorieën dateren van vóór de opname van PTSS in de DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) en zijn niet tot deze stoornis beperkt, zoals de leertheorie en de cognitieve theorie. Andere theorieën hebben wel specifiek betrekking op PTS en haar behandeling, zoals de *stress-response-theorie* (Horowitz, 1976, 1986), de *emotional-processing-theorie* (Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998; Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989), en de *dual-representation-theorie* (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996). Een uitgebreide beschrijving van al deze theorieën valt buiten het bestek van dit artikel (maar zie bijvoorbeeld: Brewin & Holmes, 2003). Wij beperken ons hier tot een korte beschrijving van de meest recente 'grote' PTS-theorie, te weten het cognitieve model van Ehlers en Clark (2000).

Centraal in dit cognitieve model staat het voor PTS zo kenmerkende gevoel van een actuele dreiging waarvoor objectief gezien geen aanleiding is. Dit gevoel van dreiging wordt volgens het model in stand gehouden door (1) een aantal kenmerken die specifiek zijn voor traumatische herinneringen (in tegenstelling tot niet-traumatische herinneringen), zoals hun relatief gefragmenteerde karakter en gebrekkige integratie met het autobiografisch geheugen, en door (2) disfunctionele cognities over de traumatische ervaring en de gevolgen daarvan. Het gevoel van dreiging gaat gepaard met specifieke PTS-symptomen als intrusies, verhoogde *arousal*, en angst en andere negatieve emoties. In een (begrijpelijke) poging om dit gevoel van dreiging te verminderen, ontwikkelen patiënten vervolgens gedragsmatige en cognitieve vermijdingen, die het gevoel van dreiging onbedoeld juist in stand houden of versterken. Zo kan het vermijden van het denken aan de traumatische ervaring de integratie van de traumatische herinneringen in het autobiografisch geheugen belemmeren, of kan het vermijden van bepaalde situaties het corrigeren van disfunctionele traumagerelateerde cognities in de weg staan.

Het cognitieve model van Ehlers en Clark benoemt dientengevolge drie gebieden waarop verandering nodig is om PTS te verminderen, te weten (1) het completeren van de traumatische herinneringen en het beter integreren van deze herinneringen in het autobiografisch geheugen, (2) het corrigeren van disfunctionele, niet-realistische traumagerelateerde cognities, en (3) het tegengaan van gedragsmatige en cognitieve copingstrategieën die veranderingen op beide voornoemde gebieden in de weg staan. Schrijftherapie komt hieraan op een aantal manieren tegemoet. Zo bevordert imaginaire exposure de bewustwording van specifieke traumatische herinneringen, die moeilijk op andere manieren tot stand kan komen, en daarmee de coherentie van de 'traumanarratief' en de integratie ervan in het autobiografisch geheugen. Deze integratie verkleint vervolgens de kans dat geïsoleerde traumatische herinneringen ongewenst geactiveerd worden en zich uiten in de vorm van intrusieve symptomen. Een ander voorbeeld is dat imaginaire exposure het contrast kan verscherpen tussen enerzijds de algehele stimulusconstellatie voorafgaand aan of tijdens de traumatische ervaring en anderzijds deze stimulusconstellatie rondom vergelijkbare maar veilige nieuwe situaties. Ook dit verkleint de kans dat veilige nieuwe situaties de traumatische herinneringen ongewenst reactiveren. Het blootleggen en bewerken van disfunctionele cognities en manieren van omgaan met de traumatische ervaring in fase 2 (cognities en coping) sluiten direct aan bij het tweede en derde aanrijpingspunt voor behandeling in dit cognitieve model.

Er zijn ook verschillen tussen schrijftherapie en bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie bij PTS. Zo legt schrijftherapie (in fase 3) een sterke nadruk op het delen van de traumatische ervaring met anderen. Dit vergroot de beschikbaarheid van sociale steun, waarvan bekend is dat de afwezigheid ervan PTS voorspelt (bijvoorbeeld: Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003). De relatieve bijdrage van fase 3 aan de effectiviteit van schrijftherapie is echter onbekend. Een andere onbeantwoorde vraag is in hoeverre aan de effectiviteit van imaginaire exposure middels schrijven andere mechanismen ten grondslag liggen dan aan de traditionele gesproken imaginaire exposure. Een recente studie onderzocht dit door na te gaan of louter het feit dat patiënten kunnen zien en herlezen wat ze schrijven een rol speelt in de effectiviteit van geschreven imaginaire exposure (de zogenaamde ‘visuele-feedback-hypothese’). Er werden echter geen aanwijzingen gevonden dat intrusies en vermijding meer afnamen na ‘gewoon’ schrijven (met visuele feedback) dan na schrijven zonder visuele feedback (Truijens & van Emmerik, 2013). Kortom, nu onderzoek heeft aangetoond dat schrijftherapie effectief is (zie hieronder), is nader experimenteel onderzoek nodig om inzicht te krijgen in de eventuele specifieke werkzame mechanismen ervan. Ontmantelingsonderzoek naar de afzonderlijke bijdrage van elke fase in het therapeutisch model aan de effectiviteit van de schrijftherapie zou een goede eerste stap in die richting zijn.

EFFECTONDERZOEK

Voor zover ons bekend zijn tot op heden vier gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (Knaevelsrud & Maercker, 2007; Lange et al., 2001, 2003; van Emmerik, Kamphuis, & Emmelkamp, 2008), één niet-gerandomiseerd maar wel gecontroleerd onderzoek (Lange & Ruwaard, 2010), en vier ongecontroleerde onderzoeken (de Haas et al., 2009; Lange et al., 2000; Ruwaard, Lange, Schrieken, Dolan, & Emmelkamp, 2012; van der Oord et al., 2010) naar de hier beschreven schrijftherapie uitgevoerd. Over de deelnemers aan deze studies kan gezegd worden dat zij in het algemeen afkomstig waren uit de zogenaamde ‘burgerbevolking’ (en dat het dus niet exclusief (ex-)militairen, politieagenten of andere geüniformeerde beroepen betrof) die het slachtoffer waren geworden van dienovereenkomstige traumatische ervaringen, zoals (verkeers)ongevallen en seksueel of niet-seksueel geweld, al dan niet herhaald of vroegkinderlijk. De aard en ernst van de klachten van de deelnemers kwamen in het algemeen overeen met die in vergelijkbare internationale onderzoeken: deelnemers voldeden doorgaans aan de PTSS-criteria uit de DSM-IV of scoorden boven de cut-off-waarden op gang-

bare zelfbeoordelingslijsten voor PTS. Ook comorbiditeit was gangbaar, met name met eenmalige depressieve stoornissen; verder bleek comorbiditeit uit hoge scores op zelfbeoordelingslijsten voor depressieve klachten.

In een recente meta-analyse van de vijf gecontroleerde onderzoeken (van Emmerik, Reijntjes, & Kamphuis, 2013) resulteerde schrijftherapie, in vergelijking met geen behandeling, in aanzienlijke en significante afnamen van PTS en comorbide depressieve klachten op korte termijn. In een van deze onderzoeken werd een follow-upmeting na een jaar uitgevoerd, waarin de afname van de klachten behouden bleef (van Emmerik et al., 2008). Dit was overigens ook het enige gecontroleerde onderzoek onder volwassenen waarin schrijftherapie face-to-face (in plaats van online) werd aangeboden en waarin het aantal behandelsessies (en daarmee het aantal schrijfoopdrachten) enigszins flexibel was: patiënten die werden geïncludeerd met acute PTS (met klachten gedurende maximaal drie maanden) volgden maximaal vijf sessies (maximaal vijftien schrijfoopdrachten); patiënten die werden geïncludeerd met chronische PTS (met klachten gedurende minimaal drie maanden) maximaal tien behandelsessies (maximaal dertig schrijfoopdrachten). De schrijfoopdrachten werden thuis uitgevoerd en in de behandelsessies besproken. Bovendien was dit het enige gecontroleerde onderzoek waarin schrijftherapie direct vergeleken werd met een al eerder werkzaam gebleken behandeling (in casu: cognitieve gedragstherapie). Er werden geen aanwijzingen gevonden voor een verschil in effectiviteit tussen beide behandelingen.

Ook in de ongecontroleerde onderzoeken ging schrijftherapie gepaard met significante en aanzienlijke afnames van PTS en comorbide depressieve symptomen, behalve in het onderzoek van de Haas et al. (2009), waaraan echter slechts acht patiënten deelnamen en dat te weinig statistische power had. Een van deze ongecontroleerde onderzoeken is interessant, omdat het de behandeling van kinderen en adolescenten betreft (van der Oord et al., 2010). Vergelijkbaar met het oorspronkelijke therapeutisch model richt de zogenaamde *WRITE junior*-behandeling zich op psycho-educatie, imaginaire exposure, cognitieve herstructurering en het delen van de traumatische ervaring met anderen; een en ander is aangepast aan de leeftijd van het kind. Zo zoeken behandelaar en kind in overleg naar een ouder of andere naaste van het kind die na de behandeling op het geschrevene kan reageren. Indien nodig wordt het eigenlijke schrijven gedaan door de behandelaar (bij jongere kinderen) of in aanwezigheid van een ouder (bijvoorbeeld bij kinderen met verlatingsangst). In dit onderzoek besloeg de schrijftherapie gemiddeld 5,5 behandelsessies (range 3-11).

Een andere ongecontroleerde studie onderzocht de online Interapy-behandeling in de dagelijkse praktijk (in plaats van in een academische setting) bij maar liefst 478 patiënten (Ruwaard et al., 2012). Opnieuw leidde schrijftherapie tot een significante en aanzienlijke afname van PTS, een afname die tot ten minste zes weken na de behandeling standhield. 40% van de deelnemers werd beschouwd als hersteld, 20% als verbeterd en 40% als onveranderd.

Samenvattend is online schrijftherapie effectief gebleken in een aantal (al dan niet gerandomiseerde) gecontroleerde studies. Bovendien bleek face-to-face-schrijftherapie effectief in een gerandomiseerde gecontroleerde studie bij volwassenen (waarbij schrijftherapie even effectief was als cognitieve gedragstherapie) en leverde ongecontroleerd onderzoek aanwijzingen op voor de effectiviteit van face-to-face-schrijftherapie bij kinderen en adolescenten. Cognitieve gedragstherapie en EMDR blijven gezien de omvangrijkere evidentie uit effectonderzoek de voorkeursbehandelingen van PTS, maar schrijftherapie vormt onzes inziens een goed alternatief voor patiënten bij wie deze behandelingen niet of onvoldoende aanslaan, of voor patiënten met een al dan niet praktische voorkeur voor onlinebehandeling.

Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de specifieke werkzame mechanismen van schrijftherapie (zie hierboven), maar ook op een aantal andere zaken. Ten eerste vragen de gunstige resultaten van face-to-face-schrijftherapie bij zowel volwassenen, kinderen als adolescenten om replicatie. De meeste onderzoeken werden tot op heden uitgevoerd door Nederlandse onderzoeksgroepen: er is dus in het bijzonder behoefte aan replicatie door onafhankelijke onderzoeksgroepen uit andere landen. Ten tweede is er behoefte aan meer directe vergelijkingen van schrijftherapie met andere behandelvormen, vooral met cognitieve gedragstherapie en EMDR. Ten derde vond onderzoek tot op heden plaats met zogenaamde 'civiele' populaties, waarin de deelnemers het slachtoffer waren geweest van bijvoorbeeld verkeersongevallen, al dan niet seksuele mishandeling, andere vormen van geweldpleging of het plotseling overlijden van een naaste. Hoewel er weinig reden is om er a priori van uit te gaan dat schrijftherapie niet effectief zou zijn in 'geüniformeerde' populaties (zoals militairen), zou het interessant zijn om de huidige bevindingen ook in dergelijke populaties te repliceren.

DR. ARNOLD VAN EMMERIK is onderzoeker aan de Programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.

PROF. DR. JAN-HENK KAMPHUIS is hoogleraar Psychodiagnostiek en Persoonlijkheid aan de Programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.

Referenties

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd edition). Washington, DC: Author.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748-66.
- Brewin C. R., Dalgleish T., & Joseph S. (1996). A dual representation theory of post traumatic stress disorder. *Psychological Review, 103*, 670-686.
- Brewin C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 23*, 339-376.
- de Haas, S., Höing, M., Schrieken, B., Tsagana, A., Wijnker, C., Michels, C., ... Lange, A. (2009). Behandeling via het internet voor jeugdige slachtoffers van seksueel geweld [Internet treatment of young victims of sexual violence]. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 64*, 981-997.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345.
- Foa, E. B., & Riggs, D. S. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. In J. Oldham, M. B. Riba, & A. Tasman, A. (Eds.), *American psychiatric press review of psychiatry*, Vol. 12 (pp. 285-309). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualisation of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20*, 155-176.
- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 132*, 823-865.
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Aronson.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). Northvale: Jason Aronson.
- Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry, 7*, 13.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J. P. Q. R., Schrieken, B. A. L., & 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.
- Lange, A., & Ruwaard, J. (2010). Ethical dilemmas in online research and treatment of sexually abused adolescents. *Journal of Medical Internet Research, 12*, e58.
- Lange, A., van de Ven, J. P. Q. R., Schrieken, B. A. L., Bredeweg, B., & Emmelkamp, P. M. G. (2000). Internet-mediated, protocol-driven treatment of psychological dysfunction. *Journal of Telemedicine and Telecare, 6*, 15-21.
- Lange, A., van de Ven, J. P. Q. R., Schrieken, B. A. L., & Emmelkamp, P. M. G. (2001). Interapy. Treatment of posttraumatic stress through the Internet: A controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 32*, 73-90.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*, 52-73.
- Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 274-281.
- Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B., Dolan, C. V., & Emmelkamp, P. (2012). The effectiveness of online cognitive behavioral treatment in routine clinical practice. *PLoS one, 7*, e40089.

- Truijens, F. L., & van Emmerik, A. A. P. (2013). Visual feedback in written imaginal exposure for posttraumatic stress: A preliminary study. *Journal of Loss and Trauma*, 19, 403-415.
- van der Oord, S., Lucassen, S., van Emmerik, A. A. P., & Emmelkamp, P. M. G. (2010). Treatment of post-traumatic stress disorder in children using cognitive behavioural writing therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 240-249.
- van Emmerik, A. A. P., & Kamphuis, J.-H. (2015). Writing therapies for post-traumatic stress and post-traumatic stress disorder: A review of procedures and outcomes. In C. R. Martin, V. R. Preedy, & V. B. Patel (Eds.), *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder*. Cham: Springer International Publishing AG. doi:10.1007/978-3-319-08613-2_20-1
- van Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J.-H., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). Treating acute stress disorder and posttraumatic stress disorder with cognitive behavioral therapy or structured writing therapy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 93-100.
- van Emmerik, A. A. P., Reijntjes, A., & Kamphuis, J.-H. (2013). Writing therapy for posttraumatic stress: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 82-88.