

SLAPENDE HONDEN? WAKKER MAKEN!

EEN STABILISATIEMETHODE VOOR VROEGKINDERLIJK CHRONISCH GETRAUMATISEERDE KINDEREN

ARIANNE STRUIK

De standaardbehandelingen voor getraumatiseerde kinderen zijn *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing* (EMDR) en cognitieve gedragstherapie (CGT) (zie: 'Trimbos Multidisciplinaire richtlijnen GGZ'). Meestal is een dergelijke behandeling voldoende. Er is echter een groep kinderen, meestal vroegkinderlijk chronisch getraumatiseerd, bij wie deze behandelingen onvoldoende of geen effect hebben, niet geschikt zijn of zelfs de klachten verergeren. De stabilisatiemethode, die in dit artikel beschreven wordt, is speciaal voor hen ontwikkeld, zodat ook voor deze kinderen een behandeling gericht op verwerking van traumatische ervaringen mogelijk wordt (Struik, 2010). In dit artikel heb ik mij beperkt tot het beschrijven van het theoretisch kader van deze methode; hierdoor worden de achtergronden van de methode verduidelijkt.

SLAPENDE HONDEN

De kinderen die niet eenvoudig via EMDR of CGT te behandelen zijn, willen of kunnen dikwijls niet over hun traumatische ervaringen praten of beweren dat ze er geen last meer van hebben. Terwijl behandelaren een sterk vermoeden hebben of weten dat deze kinderen mishandeld, misbruikt en/of verwaarloosd zijn, zeggen de kinderen zelf dat ze het zich niet kunnen herinneren. Ook kan het gebeuren dat behandelaren bang zijn om het kind te ontregelen of ze weten niet goed hoe en waar te beginnen. Behandelaren interpreteren dan: 'het kind is er nog niet aan toe' en adviseren om te wachten tot het kind er wel aan toe is. Dat gebeurt echter bijna nooit vanzelf. Het trauma raakt 'op de achtergrond', wordt ook wel gezegd. 'Hij praat er nooit meer over, dus ik

denk dat hij het wel verwerkt heeft. Het is al zo lang geleden.' Geadviseerd wordt, het verleden te laten rusten en 'geen slapende honden wakker te maken'.

Door die slapende honden blijven deze kinderen jarenlang onnodig met ernstige klachten rondlopen. Dikwijls hebben zij al op jonge leeftijd langdurig in traumatiserende omstandigheden geleefd; ze zijn vroegkinderlijk chronisch getraumatiseerd. Deze vroegkinderlijke chronische traumatisering kan deformatie van de persoonlijkheid en verregaande moeilijkheden in het aangaan van stabiele relaties met anderen gedurende het verdere leven tot gevolg hebben (Van der Kolk, 2005; Hall, 1999). Als traumatisering plaatsvindt op jonge leeftijd, dan is dat vaak binnen het gezin en is er ook sprake van verwaarlozing. De gevolgen daarvan zijn ingrijpend en ingewikkelder in vergelijking tot traumatisering buiten het gezin of op latere leeftijd. Bij traumatisering op jonge leeftijd in het gezin kunnen zowel posttraumatische stressklachten als relationele en hechtingsproblemen ontstaan, die elkaar weer kunnen versterken (Crittenden, 1997). Soms hebben deze kinderen verschillende 'mislukte' pleeggezinplaatsingen achter de rug en worden ze langdurig in een leefgroep geplaatst, want ze worden 'niet geschikt geacht voor een gezinssituatie' en 'zouden niet in staat zijn zich te hechten'. Er zijn kinderen die al op vierjarige leeftijd dit levenslange vonnis krijgen.

De stabilisatiemethode is ontwikkeld om die slapende honden gecontroleerd en veilig wakker te maken. Het doel is, kinderen zo snel mogelijk zover te krijgen dat ze aan traumaverwerking kunnen beginnen. Deze methode is een bewerking van de



trefwoorden
chronische traumatisering
hechting
stabilisatiefase
testen

over de auteur Drs. A. Struik, gz-(ontwikkelings)psycholoog/systeemtherapeut en EMDR-supervisor, werkzaam als behandelaar en programmaleider emotionele stoornissen op Herlaarhof, centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie, onderdeel van de Reinier van Arkelgroep te Vught.
www.ariannestruik.com. E-mail: ariannestruik@hotmail.com.

methode van *De drie testen voor volwassenen* van Spierings (2008). Aangezien kinderen afhankelijk zijn van hun ouders is de methode voor kinderen aangepast op verschillende punten, zoals veiligheid, de overtuigingen van ouders en de hechting. Aan de hand van zes testen (veiligheid, dagelijks leven, hechting, emotieregulatie, zelfbeeld, notendop) kan worden ingeschat of een kind voldoende stabiel is. Ook wordt helder welke interventies en oefeningen nodig zijn om het kind verder te stabiliseren. De zes testen zijn geen echte 'testen' of vragenlijsten, maar voorwaarden waaraan het kind en zijn omgeving moeten voldoen om te kunnen starten met traumaverwerking.

Er zijn meerdere stabilisatiemethodes in ontwikkeling. Silberg (2010) en Wieland (2007) beschrijven ook trajecten waarbij gedeeltelijk dezelfde elementen terugkomen.

Doelgroep

De stabilisatiemethode is geschikt voor getraumatiseerde kinderen van nul tot achttien jaar bij wie standaardtraumabehandeling niet mogelijk is. Ze hebben omstandigheden meegemaakt zoals:

- psychische en lichamelijke mishandeling;
- seksueel misbruik;
- emotionele, pedagogische en/of lichamelijke verwaarlozing (mogelijk door ouders met psychiatrische problematiek);
- pijnlijke medische ingrepen of ziektes;
- huiselijk geweld, bedreigingen en/of conflicten tussen ouders waar ze getuige van waren;
- discontinuïteit in de hechting (bijvoorbeeld het overlijden van een ouder, adoptie, langdurige ziekenhuisopnames of een ouder die emotioneel niet beschikbaar was).

Deze kinderen kunnen bij (één van) hun ouders wonen, in een pleeg- of adoptiegezin of op een leefgroep. Als deze kinderen traumagerelateerde klachten hebben ontwikkeld, is het belangrijk hen daarvoor te behandelen. Ze kunnen uiteenlopende traumagerelateerde klachten en symptomen hebben op vrijwel alle ontwikkelingsgebieden, die volgens van der Kolk e.a. (2009), in vier clusters zijn samen te vatten:

- affectieve en fysiologische disregulatie, waaronder problemen in affectregulatie, regulatie van lichaamsfuncties, over/onderreactiviteit op geluid en aanraking, verminderd bewustzijn / dissociatie van lichaamssensaties, emoties en lichaamstoestand;
- disregulatie van aandacht en gedrag, waaronder preoccupatie met gevaar, teveel of te weinig zelfbescherming, zichzelf niet goed kunnen geruststellen, zelfbeschadiging, zich niet doelgericht kunnen gedragen;
- disregulatie van zichzelf en relaties, negatief zelfbeeld, wantrouwen, agressie ten opzichte van anderen, niet passende manieren van intimiteit zoeken, onvermogen om empathie te reguleren;
- posttraumatische stresssymptomen.

DRIE ZELFCAPACITEITEN ALS BASIS: INNERLIJKE VERBONDENHEID, AFFECTREGULATIE EN ZELFBEELD

TRAUMAVERVERKING

Voor het opzetten van een behandeling is het noodzakelijk te begrijpen wat het verwerken van een traumatische ervaring inhoudt en hoe dit aan kinderen uit te leggen. Traumaverwerking is volgens de theorie van Van der Hart en collega's (2006) te zien als het integreren van traumatische ervaringen in het zelfbeeld, de herinneringen en het leven. Dat zou echter alleen mogelijk zijn als de vermogens om na te denken, te evalueren en te ordenen gebruikt kunnen worden. Bij zeer stressvolle ervaringen lukt dit niet.

Hoe traumaverwerking precies werkt is nog onvoldoende onderzocht. Bij gebrek aan een sluitende theorie gebruik ik in de behandeling de volgende uitleg: Om zichzelf te verdedigen komt het lichaam in zeer stressvolle situaties automatisch terecht in een toestand van verhoogde arousal (hyper-arousal) of verlaagde arousal (hypo-arousal), een toestand waarin de hierboven genoemde vermogens tijdelijk niet beschikbaar zijn. Er zijn aanwijzingen dat die ervaring dan in het geheugen wordt opgeborgen zonder dat deze geïntegreerd is. Een verklaring voor het ontstaan van herbelevingen zou kunnen zijn dat het brein deze onverwerkte ervaringen in de vorm van herbelevingen blijft presenteren net zo lang totdat ze geïntegreerd zijn, omdat het integreren van ervaringen noodzakelijk is om te kunnen overleven. Dit kan een vicieuze cirkel veroorzaken, omdat er volgens de theorie van Van der Hart en collega's (2006, p. 52) tijdens zo'n herbeleving opnieuw een toestand van hyper- of hypo-arousal optreedt. Om traumatische ervaringen te kunnen verwerken, moet men dan in staat zijn om de stress die een traumatische ervaring veroorzaakt, te verdragen en de ervaring onder ogen te zien als een ervaring die men *zelf en in het verleden* heeft meegemaakt. Daarvoor moet men voldoende *stabiel* zijn.

Gevolgen van chronische traumatisering

Vroegkinderlijk chronisch getraumatiseerde kinderen zijn meestal niet stabiel genoeg om traumatische ervaringen te verwerken. Dat heeft te maken met de gevolgen van die traumatisering op hun ontwikkeling. Nicolai (2008) zegt hierover: 'We weten uit de gehechtheidstheorie en de ontwikkelingstheorie dat de afwezigheid van een veilige volwassene ten koste gaat van de ontwikkeling van het emotionele brein, de weerbaarheid van het biologische stresssysteem, het vermogen tot emotieregulatie en het vermogen

tot mentaliseren.' Deze kinderen hebben eerst een stabilisatiefase nodig. Om te kunnen bepalen wat er in welke volgorde nodig is om hen te stabiliseren, is het noodzakelijk iets meer te weten over die gevolgen van chronische stress. Daarom volgt er een beknopte uitleg over een aantal elementen.

Het brein van vroegkinderlijk chronisch getraumatiseerde kinderen kan zich niet goed ontwikkelen, omdat de hersenen van een baby een stimulerende, voorspelbare en rustige omgeving nodig hebben om goed tot ontwikkeling te kunnen komen. Het brein van de baby wordt gevormd door de patroonmatige, herhaalde stimulansen van de uitwisselingen met zijn moeder, volgens Perry & Szalaviz (2007). Als het brein van de ouder kalm en georganiseerd is, stemmen de hersenen van de baby af op de hersenen van de ouders. Ze synchroniseren daarmee op een onbewust niveau en worden ook rustig. Als dit goed verloopt, ontwikkelt het brein gedurende de eerste levensjaren de vaardigheden om zichzelf te reguleren en heeft het de ouder daar niet meer voor nodig. Om het proces van synchroniseren te laten slagen, is een veilige hechting nodig. Bij traumatisering binnen het gezin diegene van wie het kind afhankelijk is voor stressregulatie ook de bron van stress. Het kind wordt bang voor de ouder in plaats van de ouder te gebruiken om rustig te worden. Dit kan een gedesorganiseerde hechting tot gevolg hebben. Deze kinderen worden dan verscheurd door angst en een gelijktijdig optredende heel sterke behoefte om dichtbij de ander te zijn. Een veilige hechting is de basis voor het leren reguleren van stress en zonder een veilige hechting blijft het kind *overleven* in plaats van leven.

Het leren reguleren van emoties hangt ook samen met synchronisering tussen ouder en kind. De baby leert wat er in hem omgaat, doordat de ouder dat voor hem benoemt: 'je hebt honger', 'je bent boos of bang'. Hierdoor leert het kind zijn lichaamssensaties herkennen en erover reflecteren. De ouder weerspiegelt als het ware de binnenwereld van het kind. Een kind kan hier alleen van leren als het zich veilig en vertrouwd voelt en niet bezig is met overleven. Ook voor het leren herkennen, benoemen en reguleren van emoties is dus een veilige hechting nodig. De langdurige afwezigheid van externe regulatie en de ervaring van overweldigende gebeurtenissen en heftige angst als gevolg van bedreiging, laat het kind overgeleverd aan intense emoties, zonder de benodigde hulp om deze te reguleren en te integreren (Van der Kolk, 2003). Dissociatie kan dan een manier zijn om aan die heftige emoties te ontsnappen, wat kan leiden tot een dissociatieve stoornis. De emotieregulatie en hechting zijn dan ernstig verstoord geraakt.

Naarmate een kind ouder wordt, ontwikkelt zich het vermogen tot mentaliseren. Fonagy en collega's (2002) beschrijven mentaliseren als 'het permanent aanwezige en onbewuste proces waardoor mensen in staat zijn de uitingen en handelingen van zichzelf en de ander te zien als gemotiveerd door interne

gedachten, intenties en overtuigingen'. Om traumatische ervaringen te kunnen evalueren en begrijpen, is dat mentaliserend vermogen nodig. Naast de veilige hechting is er voorspelbaarheid en continuïteit nodig om de samenhang tussen oorzaak en gevolg te leren en ervaringen te leren interpreteren en dus het mentaliserend vermogen te ontwikkelen. Getraumatiseerde kinderen hebben daarom meestal een beperkt mentaliserend vermogen en kunnen zichzelf niet in het perspectief van hun omgeving zien. Ze zijn in hun beleving dan ook het centrum van de wereld. Ze worden egocentrisch genoemd, maar in hun ogen *heeft* alles wat er gebeurt ook betrekking op henzelf. Zo geven ze dikwijls zichzelf de verantwoordelijkheid of schuld van de traumatiserende gebeurtenissen, met als gevolg een negatief zelfbeeld (Bateman & Fonagy, 2004).

Een veilige hechting, stress- en emotieregulatie en het zelfbeeld zijn sterk met elkaar verbonden. Op volwassen leeftijd ontwikkelen deze zich tot drie zogenoemde zelfcapaciteiten: innerlijke verbondenheid, affectregulatie en zelfbeeld (Deiter e.a., 2000). De drie zelfcapaciteiten kennen een gemeenschappelijke oorsprong en samenhang: de vroege ouder-kindinteractie (Spierings, 2008). Daarom zijn de gevolgen van een verstoring van de vroege ouder-kindinteractie zo ingrijpend. Deze samenhang vormde de basis voor de ontwikkeling van de stabilisatiemethode van De zes testen.

Een gefaseerd model voor traumabehandeling

Voor de behandeling van getraumatiseerde kinderen wordt doorgaans het gefaseerde model gebruikt dat voor de behandeling van volwassenen ontwikkeld is en is beschreven door onder andere Herman (1992). Het model kent drie fasen. De eerste fase, de fase van stabilisatie, heeft als doel het kind in die mate te stabiliseren dat het de stress behorende bij de traumatische ervaringen onder ogen kan zien en zijn vermogens om na te denken, te evalueren en te ordenen, kan gebruiken. In de volgende fase, traumaverwerking, worden de traumatische ervaringen verwerkt. In de laatste fase, de integratie, werkt het kind aan betere manieren om met stress om te gaan om toekomstige traumatisering te voorkomen.

De methode van De zes testen geeft vorm aan de eerste fase, stabilisatie, en is systeemgericht. Het woord 'testen' wordt gebruikt om op een speelse manier aan ouders en kinderen duidelijk te maken dat er niet meteen met traumaverwerking gestart kan worden en om de voortgang inzichtelijk te maken ('geslaagd'). Er wordt gewerkt met kind, ouders en omgeving aan de volgende zes testen:

1. Veiligheid
2. Dagelijks leven
3. Hechting
4. Emotieregulatie
5. Zelfbeeld
6. Notendop

Deze testen hebben een vaste volgorde, die is gebaseerd op de samenhang tussen de zelfcapaciteiten.

Bij de testen horen interventies die gedaan kunnen worden om meer stabiliteit te bereiken als het kind of de ouders niet ‘slagen’ voor de testen. Voor elk kind kan een eigen behandeling samengesteld worden, die precies biedt wat nodig is. De methode is dus geen protocol dat volledig moet worden afgewerkt. Het hoofddoel blijft echter om zo snel mogelijk met traumaverwerking te kunnen starten. Niet slagen voor de testen hoeft dus geen belemmering te zijn om met de therapie te starten.

Werkwijze

Psycho-educatie en motivatie

Voordat een behandeling met ‘De zes testen’ kan starten, is het noodzakelijk een kind en zijn ouders te motiveren en uitleg te geven over zijn problematiek. Meestal moeten deze kinderen gemotiveerd worden voor traumabehandeling, aangezien het voor hen lastig is om het verband te zien tussen hun traumatische ervaringen en hun actuele problemen, zoals extreme woede of angst, concentratieproblemen of het ‘vergeten’ van gebeurtenissen, waardoor ze in de problemen komen. Ook kan het zo zijn dat ze zich niets herinneren. Ze hebben vaak het idee dat ze er geen belang bij hebben om te gaan praten over die traumatische herinneringen, sterker nog, ze kunnen zelfs de verwachting hebben er alleen maar slechter van te worden.

Toegespijst op wat er met het kind aan de hand is, wordt er aan kinderen (al vanaf een jaar of vijf) en ouders psycho-educatie gegeven over de werking van het brein bij stress, (structurele) dissociatie en de ontwikkeling van hechting. Door hun uitleg te geven over de gevolgen van traumatisering, gaan kinderen zichzelf en hun stressreacties beter begrijpen. Ook ouders kunnen daardoor hun kind beter begrijpen en hun gedrag aanpassen. De moeder van de tienjarige Koko die een dissociatieve stoornis bleek te hebben, zei het volgende:

‘Al die tijd heb ik gedacht dat hij een jongen was die loog en niet te vertrouwen was. Als ik zag dat hij zijn broer een stomp gaf en ik confronteerde hem ermee, dan kon hij met een stalen gezicht blijven volhouden dat hij dat niet gedaan had. Regelmatig was er op school speelgoed gestolen van een kind, dat ik dan vervolgens in de tas van Koko vond. Hij bleef ontkennen dat hij dat gedaan had. Nu weet ik dat hij niet met opzet loog, maar dat hij het zich echt niet kan herinneren doordat hij een dissociatieve stoornis heeft. Vanuit het perspectief van Koko krijgt hij regelmatig de schuld van dingen die hij in zijn ogen niet gedaan heeft. Hij moet zich heel erg onbegrepen gevoeld hebben en ik heb hem onbedoeld helemaal verkeerd aangepakt. Koko zegt nu regelmatig dat hij graag zou willen dat hij die dingen niet meer doet. Hij wil ervan af.’

Door de psycho-educatie is er motivatie bij het kind ontstaan voor behandeling. Om uiteindelijk tot traumaverwerking te kunnen komen, wordt gestart met het stabilisatietraject.



Foto Aleid Denier van der Gon

Test 1 Veiligheid

In een behandeling heeft veiligheid de hoogste prioriteit (AACAP, 2005). Het is logisch dat traumaverwerking weinig zin heeft als er steeds nieuwe trauma's bijkomen. Daarnaast is traumaverwerking ook niet mogelijk als een kind zich onveilig voelt. Als een kind dreiging ervaart zal het zijn aandacht automatisch richten op de buitenwereld om zichzelf zo goed mogelijk te beschermen. Voor traumaverwerking daarentegen is het nodig dat het brein zich richt op de binnenwereld, een kwetsbare positie. Dat kan het brein alleen als er geen dreiging van buitenaf wordt ervaren. Veiligheid kan in vier onderdelen worden verdeeld: fysieke, pedagogische, emotionele veiligheid en de veiligheid om in therapie te zijn (Van Schooten, 2007).

Onder fysieke veiligheid wordt verstaan dat de mishandeling of het misbruik is gestopt, er iemand is die



De foto bij dit artikel is illustratief. De afgebeelde persoon is niet dezelfde als die in het artikel.

daar toezicht op houdt en dat er *in de ogen van het kind* geen dreiging meer is dat het zich zal herhalen. De methodiek *Signs of Safety* (Turnell & Edwards, 1999) is een geschikte methode om samen met een gezin te werken aan het vergroten van veiligheid voor het kind.

Daarnaast heeft het kind ook pedagogische veiligheid nodig. Dat betekent dat er een volwassene is die zorgt dat het kind te eten krijgt, op tijd naar bed gaat, voldoende verzorgd wordt en naar school gaat. Deze volwassene moet ook voldoende gezag en controle hebben over het gedrag van het kind; dat geeft het kind een veilig gevoel.

Dan moet het kind zich ook kunnen hechten, waardoor het voldoende steun kan ervaren om zijn moeilijkheden onder ogen te gaan zien. Met emotionele veiligheid wordt bedoeld dat er een veilige hechtingsfiguur fysiek beschikbaar is en continuïteit biedt.

Kinderen zonder hechtingsfiguur zijn (gelukkig) meestal niet te motiveren voor traumaverwerking. Zonder hechtingsfiguur kan het kind overspoeld worden en kunnen zijn klachten verergeren. Bij de zevenjarige Wesley maakte ik deze fout.

Wesley groeide tot zijn vijfde jaar op bij zijn moeder die haar kinderen dagelijks lichamelijk en geestelijk mishandelde. Toen Wesley vijf was, ging hij bij zijn vader wonen, omdat zijn moeder veroordeeld werd tot zes jaar detentie. Zijn vader kreeg ineens de zorg voor vier kleine kinderen. Hij slaagde erin voor hen te zorgen, maar hield zichzelf door drugsgebruik op de been. Toen Wesley zeven werd, werd ook zijn vader opgepakt voor een klein vergrijp. De kinderbescherming plaatste alle kinderen in pleeggezinnen. Zijn vader kreeg een jaar de tijd om aan de voorwaarden te voldoen die de kinderbescherming gesteld had om zijn kinderen

terug te krijgen. Of het zijn vader zou lukken, was onduidelijk. Gedurende dat jaar verslechterde het gedrag van Wesley. Hij was agressief en kreeg last van nachtmerries. Hij vertelde steeds meer over het geweld en de mishandelingen in de periode bij zijn moeder. Om hem van zijn klachten af te helpen, was begonnen met EMDR, maar gedurende de tweede sessie werd hij steeds bozer. Wesley wilde niet meer verder en liep de therapiekamer uit. Bij de volgende sessie kwam Wesley al boos binnen. Hij was door zijn pleegouders onder druk meegenomen en zei meteen dat hij niet meer verder wilde. Hij zei: 'Ik wil niet meer. EMDR helpt niet, die plaatjes (traumatische beelden) gaan toch niet uit mijn hoofd.' Op de vraag waarom niet, antwoordde hij: 'Ik kan alleen van die plaatjes afkomen als ik weer bij mijn vader woon.'

En daar had Wesley helemaal gelijk in. Hij kon nu helemaal geen traumaverwerking doen, omdat hij dan veel te kwetsbaar zou moeten zijn. Zijn belangrijkste hechtingsfiguur was nog steeds zijn vader en

XX XX XXXX XXXX
XXX XXXXXX XXX XXX

de onduidelijkheid over zijn perspectief belemmerde hem om zich aan een andere hechtingsfiguur te hechten. Hij had steun nodig van zijn vader en die was er nu niet voor hem. In zo'n geval is het dan beter om te wachten tot er een hechtingsfiguur beschikbaar is, of tot het kind oud genoeg is om zichzelf te reguleren.

De laatste vorm van veiligheid is therapieveligheid: een kind moet ervaren dat hij toestemming heeft om in therapie te vertellen over wat hij heeft meegemaakt, veiligheid om in therapie te zijn. De situatie van Eva is daar een voorbeeld van.

De zesjarige Eva is regelmatige getuige geweest van zware mishandeling van haar moeder door haar vader. Haar vader is veroordeeld en wordt behandeld voor zijn agressie, die een gevolg is van de ziekte van Huntington. Haar ouders zijn inmiddels gescheiden en Eva heeft een onbegeleide weekendregeling met haar vader. Hij is dol op zijn dochter (en zij op hem) en zal haar nooit iets aandoen, bezweert hij. Zijn behandelaar, Jeugdzorg en zelfs zijn ex-vrouw zijn daar ook van overtuigd en stemmen in met deze omgangsregeling. Het meisje heeft post-traumatische stressklachten en wordt aangemeld voor traumaverwerking. Ze weigert echter te praten over wat ze heeft meegemaakt en raakt in paniek als haar moeder haar daartoe wil dwingen. Ze blijkt uiteindelijk bang te zijn dat haar vader boos wordt als ze zou vertellen wat hij gedaan heeft.

Met vader is besproken wat onze hypothese was en wat hij ervan zou vinden als zijn dochter ons zou vertellen wat hij gedaan had. Hij begreep goed dat zijn toestemming voor haar belangrijk was en stemde in met een gesprek met haar. Doordat vader aan haar vertelde, in bijzijn van moeder, dat hij het goed vond als ze aan ons zou vertellen wat hij gedaan had en dat hij niet boos op haar zou zijn, maar juist trots op haar dapperheid, kon Eva de stap wel zetten.

Test 2 Dagelijks leven

Naast veiligheid is er ook rust nodig in het dagelijks leven. Het kind moet niet steeds nieuwe problemen tegenkomen voor het aan traumaverwerking begint. Daarnaast kost de fase van traumaverwerking veel energie en kan een tijdelijke verergering van klachten met zich meebrengen. Kind en ouders moeten daarop voorbereid zijn. Anders blijft het kind zich richten op de buitenwereld, terwijl het een voorwaarde voor de volgende testen is dat het zijn aandacht kan richten op de binnenwereld. Daarom is dit de tweede test. Met behulp van deze test wordt er een oplossing gezocht voor de problemen in het dagelijks leven die traumaverwerking in de weg staan, zoals slaapproblemen, nachtmerries, dissociatie, middelenmisbruik, problemen met eten, gedragsproblemen, gebrek aan dagritme. Het voorbeeld van de zevenjarige Eline illustreert dat dat soms nodig kan zijn.

Eline en haar broers zijn door hun ouders verwaarloosd en mishandeld op alle gebieden. Eline was zes jaar toen de kinderbescherming alle kinderen uit huis plaatste. Eline is in een pleeggezin met jonge kinderen geplaatst, waaronder een baby. Eline is een angstig meisje. Ze ligt lang wakker en valt alleen in slaap als haar pleegmoeder bij haar op bed blijft zitten en haar hand vasthoudt. Dat kan soms wel een uur duren. Tijdens de nacht heeft Eline nachtmerries en wordt ze gillend wakker. Haar pleegouders moeten haar dan kalmeren. Vaak wordt dan ook de baby nog wakker, die op zijn beurt begint te huilen. Uiteindelijk nemen pleegouders Eline en de baby soms bij hen in bed, zodat er tenminste rust is. De pleegouders beginnen uitgeput te raken door de gebroken nachten. De pleegvader heeft een zware baan en de vermoeidheid eist ook daar zijn tol. Zijn leidinggevende heeft hem gewaarschuwd dat zijn prestaties achterblijven. Elines pleegouders hebben bij de gezinsvoogd aangegeven dat ze het niet meer aankunnen. Eline is aangemeld voor traumaverwerking, maar haar pleegouders zijn ten einde raad. Er moet op korte termijn iets veranderen. Eline weigert echter om te praten over haar traumatische ervaringen.

Als Eline zou starten met traumaverwerking, kunnen haar angsten en nachtmerries tijdelijk heviger worden. Dat zou een beëindiging van de pleeggezinplaatsing kunnen betekenen. Eline zal daarom proberen te voorkomen dat ze meer nachtmerries krijgt en alles uit de weg gaan wat haar klachten kan verergeren. Traumaverwerking is nu een veel te groot risico voor haar. Dan zou de druk nog meer toene-

men bij Eline, terwijl het juist noodzakelijk is dat er zo min mogelijk druk op haar ligt om de traumatische ervaringen te verwerken.

Met ouders en Eline werd eerst gewerkt aan een nachtmerrieplan, waarin een slaapritueel was opgenomen. Eline maakte een opbergdoos naast haar bed en elke keer als ze een nachtmerrie had maakte ze een tekening van die nachtmerrie, die ze in de doos stopte. Bij haar bed kwam een recente foto te staan van Eline samen met haar pleegouders, die haar er 's nachts aan kon herinneren dat ze nu veilig was. Pleegmoeder maakte een geluidsopname van haar stem terwijl ze ontspanningsoefeningen voorlas. Eline kon die 's nachts beluisteren, waardoor pleegmoeder niet uit bed hoefde te komen, maar toch bij haar was. Zo ontstond er voldoende ruimte voor traumaverwerking.

Test 3 Hechting

De volgende test richt zich op het verbeteren van de hechting van het kind. Als er een hechtingsfiguur beschikbaar is, moet het kind deze ook gebruiken als hulp bij het reguleren van stress tijdens de fase van traumaverwerking. Als dat niet het geval is, gaat het kind zelf de stress reguleren door bijvoorbeeld te dissociëren of de traumaverwerking af te breken. Het verbeteren van de hechting heeft twee kanten. Ten eerste is het noodzakelijk dat de hechtingsfiguur voldoende afgestemd is op het kind. De volwassene moet zelf voldoende kalm kunnen blijven als het kind in paniek is en zijn eigen behoeften moeten niet (meer) op de voorgrond staan.

Als de ouders van deze kinderen zelf ook getraumatiseerd zijn, kan deze test extra moeilijk zijn. De ouder kan zich dan onvoldoende richten op de binnenwereld van het kind, waardoor er geen afstemming plaatsvindt. Het kind wordt belast met emoties van de volwassene die niet voor hem bestemd zijn, zoals woede, afwijzing en angst. Er kan dan, in meer of mindere mate, sprake zijn van onbedoelde emotionele verwaarlozing of psychische mishandeling. In het eerste deel van de test wordt hieraan gewerkt en dat kan nogal wat tijd in beslag nemen. Soms is ook een fysieke scheiding tussen ouder en kind noodzakelijk. De klinische Fasenbehandeling (Struik, 2009) kan voor deze gezinnen een geschikt programma zijn.

Pas als de hechtingsfiguur een kalm brein heeft, kan hij zijn manier van omgaan met het kind leren aanpassen en zo het hechtingssysteem van het kind meer activeren. Door middel van oefeningen voor kind en hechtingsfiguur die in de therapie worden aangeleerd en thuis dagelijks worden herhaald, wordt getracht de hechting te verbeteren. Kinderen hebben een veilige hechting nodig voordat ze kunnen leren emoties te reguleren en daarom is dit de derde test.

Test 4 Emotieregulatie

Als er voldoende hechting is, kan het kind meer experimenteren en risico's nemen. Dan kan er gewerkt worden aan de emotieregulatie. Een kind

dat onvoldoende vaardigheden heeft om zijn emoties te reguleren, loopt vast tijdens de traumaverwerking. Heftige gevoelens als woede, angst en schaamte schrikken het kind zo af dat het niet meer verder wil. Het kind keert in zichzelf en verbreekt het contact met jou of dissocieert tijdens de traumaverwerking, waardoor het ook niet verder kan. Of het kind wordt na de traumaverwerking zo overspoeld door gevoelens dat zelfbeschadiging of middelenmisbruik nodig is om de emoties te reguleren. In deze test leren kinderen hun emoties voldoende herkennen en reguleren om de sessies traumaverwerking te kunnen aangaan. Er kan in therapie, maar ook door groepsleiding, gebruik worden gemaakt van psycho-educatie, oefeningen om lichaamssensaties te herkennen, 'smileys' om gevoelens te gaan benoemen, een 'boosplan', enzovoort.

Test 5 Zelfbeeld

Getraumatiseerde kinderen trekken meestal automatische verkeerde conclusies over zichzelf

XX XX XXXX XXXX
XXX XXXXXX XXX XXX

zoals: 'het is mijn eigen schuld' of 'ik ben een slecht kind'. Deze conclusies veranderen als traumatische ervaringen worden verwerkt; het kind maakt een 'cognitieve shift' (verschuiving in gedachten). Bij vroegkinderlijk chronisch getraumatiseerde kinderen komt het regelmatig voor dat de traumaverwerking stagneert. Naar mijn idee voelt het voor deze kinderen waarschijnlijk te gevaarlijk om die cognitieve shift te maken. Op deze manier zal de traumaverwerking hen nog meer klem zetten, aangezien het kind niet weg kan gaan of zichzelf kan beschermen als de traumatisering binnen het gezin plaatsvindt. Het kind heeft zijn ouders nodig om voor hem te zorgen en te overleven en kan niet riskeren dat het alleen komt te staan (Van der Kolk, 2005). Het kind kan dan beter denken dat het aan hem ligt – dat hij een slecht kind is of schuldig is – dan dat zijn ouders iets niet goed doen. Anders zou het emotioneel afstand van zijn ouders nemen, wat vanuit overlevingsperspectief erg gevaarlijk is. Want 'de hand die voedt' moet je te vriend houden, anders ga je dood. Kinderen zijn dus als het ware geprogrammeerd om de ouder als 'absoluut goed' en 'beter wetend' te zien. Als de ouder hen pijn doet, gaan ze eerst bij zichzelf na wat zij gedaan hebben om dat te veroorzaken, wat vanuit overlevingsperspectief logisch en nuttig is. Deze kinderen hebben dus vaak negatieve cognities over zichzelf.

Om te komen tot een cognitieve shift (bijvoorbeeld 'het is niet mijn schuld'), is het noodzakelijk dat het kind de verantwoordelijkheid bij de pleger (meestal de ouder) kan leggen, zonder het risico te lopen om 'de hand die voedt' te verliezen. Dat kan alleen als de pleger die verantwoordelijkheid erkent en voor het kind blijft zorgen. Of er is een andere 'hand die het kind voedt', zoals een pleegouder. Dan kan het

XX XX XXXX XXXX
XXX XXXXXX XXX XXX

kind zich hechten aan een andere volwassene, maar loopt daarmee dus wel het risico om verstoten te worden door de pleger-ouder.

Als er binnen het gezin mishandeling of verwaarlozing heeft plaatsgevonden door één ouder, is, naast de mishandelende ouder, ook de andere ouder pleger. Die ouder had het kind namelijk moeten beschermen en heeft daarin gefaald. Vaak wordt bij huiselijk geweld of incest, ook door hulpverleners, de ene ouder als pleger gezien en de andere ouder als slachtoffer. Voor het kind zijn echter beide ouders verantwoordelijk, want de niet-pleger had het kind behoren te beschermen en is dus ook pleger. Dit was weliswaar niet met opzet, maar een kind hoeft daar geen begrip voor te hebben. Dat is een moeilijke boodschap voor de niet-plegers, vaak de moeders, die zich toch al zo schuldig voelen. Hulpverleners zijn dan geneigd om die schuld te bagatelliseren of de verantwoordelijkheid van die ouder zelfs te ontkennen. Daardoor kan een kind tijdens traumaverwerking in de problemen komen. Door mee te gaan in de ontkening van die verantwoordelijkheid blijft er een omkering in verantwoordelijkheid en zal het kind de overtuiging behouden dat hij niet beschermd wordt en hij voor zijn eigen veiligheid moet zorgen.

Met behulp van deze test wordt helder welke cognitieve shift het kind moet maken en wat de gevolgen daarvan zijn. Het kind kan pas starten met traumaverwerking als het die cognitieve shift veilig kan maken. Dat kan betekenen dat er met de pleger (en medepleger) gesproken moet worden over de mate waarin hij verantwoordelijkheid kan nemen ten opzichte van het kind. Door bijvoorbeeld uitleg te geven over de impact van traumatisering op het zelfbeeld van het kind en de gevolgen daarvan, kan een pleger soms na verloop van tijd meer verantwoordelijkheid op zich gaan nemen en dat ook aan het kind uitleggen.

Test 6 De Notendop

Als er sprake is van chronische traumatisering zijn er veel verschillende traumatische herinneringen. Om die ervaringen te kunnen verwerken, is het noodzakelijk dat het kind één ervaring kan bewerken zonder

gelijktijdig de andere ervaringen te activeren. Om voor deze test te slagen, moet het kind een overzicht kunnen maken van de herinneringen waaraan gewerkt moet worden, zonder daardoor te zeer te ontregelen. Anders zal er meer gewerkt moeten worden aan de voorgaande testen.

PLANNING EN VORM

De stabilisatiefase kan erg verschillend worden ingevuld. Soms is het nodig om aan alle testen te werken met behulp van oefeningen, soms is er maar één test waar echt aan gewerkt moet worden. De leeftijd is bepalend voor wat er nodig is. Voor hele jonge kinderen kunnen bijvoorbeeld sommige testen worden overgeslagen en kan het werken aan een test sneller gaan. De stabilisatiefase kan bij kinderen onder de zes jaar heel kort zijn, soms zelfs maar enkele sessies. Bij kinderen tussen zes en twaalf jaar kan deze fase enkele sessies tot enkele maanden duren en bij jongeren enkele sessies tot soms zelfs een jaar. Als er sprake is van dissociatie is er vaak meer tijd nodig om een kind te stabiliseren. 'De zes testen' is een methode die je in een individuele therapie van een kind gecombineerd met ouderbegeleiding of systeemtherapie kunt gebruiken. Als een kind is opgenomen, kan groepsleiding een deel van de interventies uitvoeren. Ook behandelcoördinatoren van een leefgroep of begeleiders van pleegouders of gezinshuisouders kunnen deze methode gebruiken als leidraad.

BESCHOUWINGEN

De methode 'De zes testen' is ontwikkeld op basis van literatuur over de stabilisatie van vroegkinderlijk chronisch getraumatiseerde volwassenen en mijn ervaringen uit de praktijk met de behandeling van deze kinderen. Enerzijds vormt deze methode wellicht een antwoord op vragen, anderzijds roept ze ook vragen op. Omdat deze methode maar voor een kleine groep kinderen noodzakelijk is en de behandeling een lange tijd duurt, is het lastig om onderzoek te doen naar de effectiviteit ervan. Er zijn veel behandelaars nodig op veel verschillende locaties om een redelijke onderzoeksgroep te kunnen samenstellen. Door deze methode te beschrijven, hoop ik een eerste aanzet te doen tot het uiteindelijk ontwikkelen van een effectieve interventie voor deze kinderen.

LITERATUUR

- > AACAP (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 11.
- > Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. New York: Oxford University Press.
- > Crittenden, P.M. (1997). Truth, error, omission, distortion, and deception: The application of attachment theory to the assessment and treatment of psychological disorder. In: S.C.M. Dollinger, & L. F. DiLalla (Eds). (1997). *Assessment and intervention issues across the life span*. (pp. 35-76). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- > Deiter, P., Nicholls, S., & Pearlman, L. (2000). Self-injury and selfcapacities: assisting an individual in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 56(9), 1173-1191.
- > Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- > Hall, D.K. (1999). 'Complex' posttraumatic stress disorder/disorders of extreme stress (CP/DES) in sexually abused children: An exploratory study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 8(4), 51-71.
- > Hart, O. van der, Nijenhuis, E., & Steele, K. (2006). *The haunted self*. New York: Norton.
- > Herman, J.L. (1992). *Trauma en recovery*. New York: Basic Books.
- > Kolk, B.A. van der. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 293-317.
- > Kolk, B. van der, & Courtois, C.A. (2005). Editorial comments: Complex developmental trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 385-388.
- > Kolk, B. van der (2005). Developmental trauma disorder. Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- > Kolk, B. van der, Pynoos, R., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J., Lieberman, A., Putman, F., Saxe, G., Spinazzola, J., Stolbach, B., Teicher, M. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. *Unpublished*. <http://www.traumacenter.org/about/Conference2011.php>.
- > Nicolai, N. (2008). Overdracht en tegenoverdracht bij vroegkindelijke traumatisering. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 34, 06.
- > Perry, B., & Szalavitz, M. (2007). *De jongen die opgroeide als hond en andere verhalen uit het dagboek van een kinderpsychiater*. New York: Basic Books, Perseus Books Group.
- > Schooten, A. van (2007). *Module Gezinsveiligheidsplan*. (Intern beleidstuk Herlaarhof)
- > Silberg, J. (2010). Workshop d.d. 8-04-2010 op het congres van de European Society for Trauma and Dissociation (ESTD) in Belfast.
- > Spierings, J. (2008). Stabilisatie, een gestructureerd programma voor taxatie en interventie. In E. ten Broeke, A. de Jongh & H. Oppenheim (Red.). *Praktijkboek EMDR*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- > Struik, A.L. (2009). Klinische fasebehandeling van vroegkindelijke traumatisering bij kinderen en ouders. *Kind en Adolescent Praktijk*, 1, 10-19.
- > Struik, A.L. (2010). Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- > Trimbos-instituut. (2009). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen*. Beschikbaar via: www.ggzrichtlijnen.nl.
- > Turnell, A., & Edwards, S. (1999). *Signs of Safety: a solution and safety oriented approach to child protection casework*. New York: Norton.
- > Wieland, S. (2007). Working with the child's external world. *International Society for the Study of Trauma and Dissociation News*, 25(4), 6-7.

TUSSENDOOR

AAP

Veel gezinnen met kinderen die gedragsproblemen hebben, al dan niet als gevolg van ADHD-problematiek, komen in wat ik noem de 'mopperspiraal' terecht. Er wordt veel gemopperd, geschreeuwd en strijd gevoerd. Een van mijn manieren om deze mopperspiraal te doorbreken, is het hanteren van de uitleg over de werking van de hersenen zoals ik die ooit van Ariane Struik heb gehoord. De uitleg gaat als volgt: Je hebt drie soorten hersenen: de oeroude 'reptielenhersenen' (die zorgen voor alle automatische responsen), de wat recentere 'zoogdierenhersenen' (die kunnen slechts drie dingen: vluchten, vechten of bevriezen) en de nieuwste 'slimme hersenen' (daar zit het rationele denken). Een erg gesimplificeerd plaatje, maar heel bruikbaar in therapie, kinderen en ouders snappen meteen waar je het over hebt.

Kinderen met gedragsproblemen schieten vaak snel in de zoogdierenhersenen: 'ik mag ook nooit wat...' etc. en het gevolg is vaak dat ouders daar ook in schieten: 'Jij luistert ook nooit...' Eind van het liedje is dat ouder en kind tegen elkaar staan te mopperen en schreeuwen op symmetrisch niveau en er dus geen boodschap overkomt. Dat is niet handig, dus is het van belang om liefst als ouders helemaal niet in de zoogdierenhersenen te schieten en als je kind erin schiet, hem eerst weer terug te proberen te krijgen in de slimme hersenen voordat je verder communiceert. Een heerlijke uitleg in 'libelletaal', die zowel ouders als kinderen aanspreekt, zoals bleek uit de enthousiaste reacties van een gezin met de tienjarige temperamentvolle ADHD-dochter. De ouders gingen er direct mee aan de slag. Ze stelden thuis de regel in dat wanneer de ouders of de kinderen merkten dat iemand van de gezinsleden in de zoogdierenhersenen schoot, er 'aap' werd geroepen en dan moest degene die als zodanig werd aangemerkt een rustig plekje zoeken om weer in zijn slimme hersenen te komen. Het werkte geweldig en de mopperspiraal was doorbroken. Ik vertelde dit succesverhaal aan ouders met een heftige elfjarige zoon. De vader keek mij ontzet aan en deed beeldend voor hoe zijn zoon dan vast en zeker als een aap zou rondspringen en de boel zou slopen. Hij verzekerde mij dat hij hem vervolgens een enorme dreun zou verkopen. Dus zo zie je maar, de praktische uitwerking van de theorie moet je toch echt aan het gezin overlaten.

Sacha Lucassen