

## H.1 De gevolgen van trauma en rouw voor het kind en zijn gezin

### 1.1 Wanneer is er sprake van trauma bij een kind?

Veel kinderen<sup>1</sup> hebben tijdens hun jeugd te maken met gebeurtenissen die voor hen grote spanningen met zich meebrengen. Ze worden geconfronteerd met pijnlijke situaties, zoals scheiding van hun ouders of het overlijden van een dierbaar familielid, die niet allemaal even gemakkelijk zijn en in verschillende mate spanningen geven. Toch worden deze ervaringen gewoonlijk niet als traumatisch, dat wil zeggen, als een kwalitatief andere ervaring beschouwd. Kenmerken die onderscheidend zijn voor traumatische gebeurtenissen zijn onder andere: het gebeurt plotseling of onverwacht, het schokkende karakter van de gebeurtenis, overlijden of bedreiging met dood of verwonding en/of het subjectieve gevoel van hevige angst, ontzetting of hulpeloosheid (American Psychiatric Association (AAP), 2000, p. 463). Enkele voorbeelden zijn: lichamelijke mishandeling of seksueel misbruik van een kind, getuige of rechtstreeks slachtoffer zijn van geweld thuis, op school of op straat, een ernstig verkeersongeluk of ander ongeval, mogelijk levensbedreigende medische condities zoals kanker, verbranding of een orgaantransplantatie, natuurrampen en rampen door menselijk falen, plotseling overlijden van een ouder, broer of zus, oorlog, terrorisme en moeten vluchten. Ook na het meemaken van een dergelijke traumatische gebeurtenis behouden veel kinderen hun veerkracht en ontwikkelen zij geen blijvende traumasymptomen. Verscheidene factoren – zoals ontwikkelingsniveau, aangeboren of aangeleerde veerkracht en beschikbare steun van buitenaf – kunnen mede bepalen welke kinderen problemen zullen krijgen en welke niet.

De reactie van een kind op een traumatische gebeurtenis wordt mede bepaald door de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van het kind. Zo blijkt dat jonge kinderen, wanneer het gaat om een kortdurend trauma, afhankelijker zijn van de reactie van hun ouders op dat trauma dan oudere kinderen (los van de vraag hoe sterk zij aan dat trauma zijn blootgesteld); als hun ouders goed tegen dat trauma zijn opgewassen, krijgen jonge kinderen meestal geen ernstige of langdurige traumasymptomen (Laor, Wolmer & Cohen, 2001). Wel kan een voortdurend trauma dat al vroeg in het leven begint, het ontwikkelingstraject

<sup>1</sup> Met 'kinderen' bedoelen wij steeds zowel kinderen als adolescenten.

van een kind in aanleg veel drastischer ombuigen dan een chronisch trauma dat later in de adolescentie begint. Onder bepaalde traumatische omstandigheden kan een jongere leeftijd dus een beschermend effect hebben, terwijl het onder andere omstandigheden misschien meer risico met zich meebrengt.

Op dezelfde manier geldt dat de gevolgen van dezelfde stressor tussen het ene kind en het andere aanzienlijk kunnen verschillen, afhankelijk van de natuurlijke veerkracht en de aangeleerde coping-mechanismen van het kind en zijn externe bronnen van fysieke, emotionele en sociale steun. Zelfs stressoren die algemeen als traumatisch worden aangemerkt (bijv. getuige zijn van een meervoudige moord of slachtoffer zijn van verkrachting) worden door sommige kinderen als minder traumatisch ervaren dan door andere. Wij hebben deze opmerkelijke variatie in de reactie op hetzelfde trauma vaak gezien bij kinderen uit één gezin die dezelfde afschuwelijke gebeurtenissen hadden meegemaakt. Een voorbeeld daarvan was een gezin waar al heel lang huiselijk geweld plaatsvond en waar de vader de moeder doodschoot voor de ogen van de kinderen, daarna de jongste zoon doodde en vervolgens zichzelf om het leven bracht. Alle andere kinderen van het gezin waren daarbij aanwezig. Maar deze drie kinderen vertoonden opmerkelijk verschillende reacties. Het jongste kind dat dit trauma meemaakte, een meisje van zeven jaar, had ernstige symptomen van posttraumatische stressstoornis (PTSS), de zoon van veertien had geen duidelijke symptomen van PTSS of depressie maar wel ernstige problemen met agressie, waarvoor hij moest worden opgenomen, en de twaalfjarige dochter had slechts gematigde depressieve symptomen en concentreerde zich op het zorgen voor en troosten van haar zusje. Hoe het trauma wordt ervaren hangt dus niet alleen af van de mate waarin het kind met een traumatische gebeurtenis wordt geconfronteerd, maar ook van de reactie van het individuele kind op die gebeurtenis.

Deze variatie in reactie treedt voor een deel op omdat ieder kind een unieke manier heeft om traumatische gebeurtenissen te begrijpen, de zin van die gebeurtenissen te duiden in relatie tot zichzelf, toegang te krijgen tot steun van familie en anderen, om te gaan met de psychische en fysiologische spanningen die met die gebeurtenissen gepaard gaan en het gebeurde te integreren in zijn bredere zelfbesef. De in dit boek beschreven behandelaanpak biedt interventies om elk van die stappen zo goed mogelijk te laten verlopen en het kind al doende te helpen traumatische gebeurtenissen te verwerken; de behandeling kan volledig worden afgestemd op de behoeften van het individuele kind.

Het behandelmodel dat wij in dit boek presenteren, traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TG-CGT), is ontwikkeld voor kinderen die getraumatiseerd zijn, zoals blijkt uit de symptomen die in de volgende paragraaf worden beschreven. Het model is mogelijk niet geschikt voor kinderen die deze symptomen niet hebben. Met name kinderen die geen symptomen van PTSS, depressie of angst vertonen, zullen waarschijnlijk niet alle onderdelen nodig hebben die onze behandelmethode bestrijkt. Bijvoorbeeld: een kind dat naar aanleiding

van een traumatische ervaring weinig symptomen van verhoogde prikkelbaarheid en vermijding, weinig angst en geen depressie vertoont, zal er waarschijnlijk weinig behoefte aan hebben om in therapie een traumaverhaal te maken; zo'n kind heeft waarschijnlijk weinig aanmoediging nodig om al vroeg in de behandeling gemakkelijk over zijn ervaringen met het trauma te kunnen praten. Een dergelijk kind zou wel baat kunnen hebben bij een afgezwakte vorm van TG-CGT met bijvoorbeeld psycho-educatie, relaxatietraining, affectmodulatie en misschien enkele modules voor cognitieve verwerking. Dat wil niet zeggen dat het voor deze kinderen niet waardevol zou zijn om onomwonden te bespreken wat er is gebeurd, maar alleen dat zij daar in therapie niet zoveel tijd aan hoeven te besteden.

In dit boek beschrijven we ook een behandeling voor kinderen die te maken hebben met traumatische rouw, dat wil zeggen, het verlies van een dierbare onder traumatische omstandigheden. Wanneer er naar aanleiding van het overlijden van een dierbare sprake is van traumasymptomen, moeten kind en ouder niet alleen voor die symptomen een oplossing zien te vinden, maar ook voor het feit dat die traumasymptomen vaak verstorend inwerken op of botsen met hun mogelijkheden om met typische rouwprocessen om te gaan. Als hieraan geen aandacht wordt besteed, kunnen kinderen door deze extra factor soms nog jaren met onverwerkte rouw blijven zitten. Bij de behandeling van traumatische rouw die in dit boek wordt beschreven, worden traumagerichte en rouwgerichte modules in een zodanige volgorde met elkaar geïntegreerd dat het kind en de ouder aan het rouwproces kunnen beginnen zodra de traumasymptomen zijn afgenomen. De traumagerichte behandelmodules worden in deel II van het boek beschreven, terwijl we in deel III ingaan op de rouwgerichte behandelmodules. Kinderen die naast hun traumasymptomen ook op verscheidene andere gebieden ernstige vormen van disfunctioneren vertonen (zoals hierna beschreven), hebben mogelijk ook andere soorten interventies of strategieën nodig om een nieuw evenwicht te vinden.

Tot slot zijn er nog situaties waarin kinderen gebeurtenissen meemaken die bijzonder veel spanningen oproepen, maar waarin ze zich toch goed kunnen aanpassen met de hulp en begeleiding van hun verzorgers of anderen uit hun omgeving. Helaas heeft een aanzienlijk deel van de kinderen die een trauma hebben meegemaakt ook emotionele en gedragsmatige symptomen die tot in de adolescentie en volwassenheid voortduren.

## 1.2 Wat zijn traumasymptomen?

Met de term 'traumasymptomen' doelen we in dit boek op de cognitieve, lichamelijke, emotionele en/of gedragsproblemen die direct verband houden met een traumatische gebeurtenis. Meestal komen deze symptomen overeen met de symptomen van PTSS, maar ze kunnen ook andere depressieve, angst- of

gedragssymptomen omvatten, bijvoorbeeld zelfverwonding, middelenmisbruik, beschadigd vertrouwen in anderen en affectieve instabiliteit. Kinderen met traumasymptomen kunnen een diepgaande verandering ondergaan in de wijze waarop zij zichzelf, de wereld en/of andere mensen zien nadat ze met een of meer traumatische gebeurtenissen geconfronteerd zijn geweest. Er zijn steeds meer aanwijzingen dat veel van deze kinderen ook psychobiologische veranderingen doormaken die mogelijk bijdragen aan het ontstaan en in stand houden van deze psychologische symptomen. We hebben deze traumasymptomen in enkele algemene categorieën verdeeld: *affectief, gedragsmatig, cognitief, complexe PTSS* en *psychobiologisch*. Zoals hieronder duidelijk zal worden, is dit een enigszins willekeurige indeling aangezien de probleemgebieden elkaar overlappen en voortdurend op elkaar inwerken.

#### **Affectieve traumasymptomen**

Veelvoorkomende affectieve traumasymptomen zijn angst, depressie, woede en affectontregeling (i.e. regelmatige stemmingswisselingen en/of moeite met het tolereren van een toestand van negatief affect). *Angst* is tegelijkertijd een instinctieve en aangeleerde reactie op beangstigende situaties. Kinderen worden vaak automatisch bang in een levensbedreigende situatie; het autonome zenuwstelsel reageert op dit waargenomen gevaar met het afgeven van grote hoeveelheden adrenerge neurotransmitters, die de angst nog kunnen verheiligen. Angstige herinneringen worden in de hersenen ook anders gecodeerd dan niet-traumatische herinneringen. Sommige kinderen vertonen dezelfde fysiologische en psychologische angstreacties wanneer zij later nogmaals geconfronteerd worden met iets dat hen aan de traumatische gebeurtenis herinnert (bijv. een kind dat een ernstig verkeersongeluk heeft meegemaakt waarbij misschien een dode is gevallen, staat steeds weer doodsangsten uit als het voorbij de plaats van het ongeval fietst). Deze angstreactie kan zodanig gegeneraliseerd worden dat op zich onschuldige mensen, plaatsen, voorwerpen of situaties die het kind aan het traumatische gebeuren herinneren, evenveel angst oproepen als het oorspronkelijke trauma (bijv. dit kind zou een hevige angst kunnen voelen wanneer het in een auto zit). Zich opdringende beangstigende herinneringen zijn een typerend kenmerk van PTSS; kinderen kunnen overdag beangstigende gedachten hebben die ze niet van zich af kunnen zetten of ze hebben 's nachts enge dromen. Bij jongere kinderen zijn die enge dromen inhoudelijk soms niet duidelijk in verband te brengen met de traumatische gebeurtenis en gaan ze over andere dingen die beangstigend zijn; het ontstaan van nieuwe angsten (zonder ander duidelijk verband met het trauma dan dat ze er in de tijd dichtbij liggen) kan bij zeer jonge kinderen een PTSS-symptoom zijn (Scheeringa, Zeanah, Myers & Putnam, 2003).

Naast specifieke angsten kan er ook *algemene angst* ontstaan vanwege het plotselinge, onverwachte en beangstigende van het trauma. Dit kan ertoe leiden dat het kind zich in het algemeen niet veilig voelt en bijzonder waakzaam

is, erop gespist om zich 'niet nog eens te laten verrassen'. Een gevoel van naderende dreiging (alsof het zwaard van Damocles boven zijn hoofd hangt) kan het kind belemmeren in zijn mogelijkheden om bij zijn ontwikkeling passende taken te vervullen en kan ertoe bijdragen dat het kind verantwoordelijkheden op zich neemt die zijn werkelijke leeftijd ver te boven gaan. Algemene angst kan leiden tot parentificering van een kind of ertoe bijdragen dat een kind alles in het werk stelt om 'volmaakt' te zijn en zo een eventuele dreiging in de toekomst af te weren. Ook kan het kind in de ban raken van een constante waakzaamheid voor mogelijke tekenen van toekomstige dreiging en andere vormen van door angst ingegeven gedrag. Al dit gedrag belemmert een gezonde aanpassing en kan leiden tot het ontstaan van een comorbide gegeneraliseerde angststoornis en andere comorbide stoornissen.

Kinderen kunnen na een trauma ook *depressieve gevoelens* ervaren, die kunnen ontstaan wanneer zij plotseling het vertrouwen in andere mensen en de wereld in het algemeen verliezen (bijv. verlies van onschuld, vertrouwen, geloof of hoop op de toekomst). Veel getraumatiseerde kinderen voelen hun verlies heel concreet; zo kan een kind dat is neergeschoten of door een auto is overreden een tijdelijk of blijvend functieverlies ervaren of het gevoel hebben dat zijn uiterlijk beschadigd is. Een kind dat seksueel misbruikt wordt, kan zijn/haar 'maagdelijkheid' verliezen of andere pijnlijke verwondingen aan de geslachtsdelen ervaren. Een brand of een natuurramp kan tot gevolg hebben dat kinderen persoonlijke spulletjes en hun huis kwijt zijn of zelfs een dierbare moeten missen. De egocentrische wereldvisie die zo normaal is voor de ontwikkeling van een kind kan ertoe leiden dat het kind zichzelf de schuld geeft van de traumatische gebeurtenis, wat weer kan leiden tot depressieve symptomen zoals schuldgevoel, schaamte, verminderd zelfrespect, het gevoel waardeloos te zijn of zelfs neigingen tot zelfdoding. Een negatief zelfbeeld – een belangrijk punt voor veel getraumatiseerde kinderen – kan bijdragen tot het kiezen van de verkeerde vrienden en intieme partners en tot zelfdestructief gedrag zoals misbruik van alcohol en drugs, zich snijden, onveilige seks en pogingen tot zelfdoding, die allemaal sterk samenhangen met een verleden van kindermisbruik en andere trauma's. Het uiteindelijke resultaat: depressieve stoornissen treden vaak op in combinatie met PTSS-symptomen.

*Woede* kan het gevolg zijn wanneer het kind beseft dat de traumatische gebeurtenis niet eerlijk was, dat wil zeggen, dat het kind niets heeft misdaan waardoor het dat trauma zou hebben 'verdiend'. Andere kinderen, met name kinderen die lichamelijk mishandeld of gepest worden, kunnen kwaad worden wanneer zij zien dat bijvoorbeeld degenen die hen verzorgen niet fatsoenlijk kunnen omgaan met problemen en frustraties. Bij kinderen die huiselijk geweld meemaken kan 'traumatische bonding' ontstaan (Bancroft & Silverman, 2002, p. 39-41), waarbij zij beseffen dat zij voor hun veiligheid afhankelijk zijn van een alliantie met de dader (verderop in dit hoofdstuk nader uitgewerkt). Woede bij getraumatiseerde kinderen kan de vorm aannemen van ongehoor-

zaam gedrag, onvoorspelbare driftbuien en woedeaanvallen of fysiek geweld tegen anderen of andermans eigendom. Kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt, kunnen vervolgens zelf seksueel agressief worden tegenover anderen. Het is van belang om in gedachten te houden dat sommige getraumatiseerde kinderen misschien al woede- of gedragsproblemen hadden voordat de traumatische gebeurtenissen plaatsvonden – die daar dus niets mee te maken hebben.

Ernstig of chronisch getraumatiseerde kinderen kunnen uiterst *gevoelig* worden voor en *overdreven reageren* op gedrag of situaties die zij met een eerder trauma associëren. Zo bleek in een onderzoek dat kinderen die lichamelijk mishandeld waren, veel eerder een boos gezicht zagen (vermoedelijk een signaal voor kinderen die lichamelijk mishandeld zijn) dan kinderen die niet lichamelijk mishandeld waren (Pine et al., 2005). Chronisch mishandelde kinderen kunnen een disfunctionele mate van overgevoeligheid voor subjectief ervaren afwijzing ontwikkelen, omdat afwijzing door een ouder of anderen in hun beleving in het verleden samenging met – en een voorbode was van – mishandeling of ander traumatiserend gedrag. Ernstig getraumatiseerde kinderen geven vaak blijk van *ontregeld affect*, dat wil zeggen, plotselinge veranderingen in affect en/of moeilijk kunnen omgaan met een toestand van negatief affect. De indruk bestaat dat een affectontregeling meer voorkomt bij kinderen die interpersoonlijk geweld hebben meegemaakt, bijvoorbeeld kindermishandeling of huiselijk geweld, dan bij kinderen die een eenmalige, onbedoelde traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt. Chronisch getraumatiseerde kinderen zijn vaak niet met koestering en troost door anderen opgevangen tijdens of onmiddellijk na hun traumatisering; in tegendeel, deze kinderen hebben juist meegemaakt dat hun angst, verdriet en woede gebagatelliseerd, genegeerd of afgewezen werden door de dader en/of anderen. Een kind dat getuige is van huiselijk geweld, kan bijvoorbeeld te horen krijgen dat het ‘zijn kop moet houden’, niet alleen van de gewelddadige ouder, maar ook van de ouder die het slachtoffer is (omdat die bang is om de dader weer kwaad te maken). En zo gebeurt het misschien dat geen van beide ouders de legitieme emoties van het kind erkent, troost en geruststelling biedt of een juiste affectmodulatie ten voorbeeld stelt. Chronisch getraumatiseerde kinderen blijken ook neurobiologische veranderingen te ondergaan, waaronder een chronische toename van stresshormonen en adrenerge neurotransmitters zoals epinefrine (adrenaline), die de neiging hebben de affectmodulatie verder te bemoeilijken (DeBellis et al., 1999). Er kunnen dus zowel psychologische als neurobiologische elementen meespelen in de affectontregeling van chronisch getraumatiseerde kinderen.

#### **Gedragmatige traumasymptomen**

In een poging om pijnlijke gevoelens uit de weg te gaan kunnen kinderen gedrag ontwikkelen dat weliswaar bedoeld is om hen tegen pijn te beschermen, maar in feite misschien tot nog meer problemen leidt. Het *vermijden* van herin-

neringen aan het trauma is een essentieel kenmerk van PTSS. Om te ontsnappen aan negatieve gevoelens die hen overweldigden, kunnen kinderen proberen om alle gedachten, mensen, plaatsen of situaties uit de weg te gaan die aan hun traumatische ervaringen herinneren. Als daarin een uitgebreide generalisatie optreedt, kan dat leiden tot een aanzienlijke beperking van activiteiten die bij de ontwikkeling van het kind passen. Een kind dat 's avonds bijvoorbeeld seksueel wordt misbruikt, kan voor de nacht een algemene angst ontwikkelen waardoor het 's avonds niet graag in een onbekende omgeving verkeert (bijv. bij een vriendje logeren). Een adolescent wiens broer door een auto is geschept, wil misschien helemaal geen rijles nemen of een kind dat op de speelplaats in elkaar is geslagen, probeert niet naar school te hoeven gaan. In veel gevallen is het onmogelijk voor het kind om alles wat aan het trauma herinnert te mijden. Bijvoorbeeld: als een kind lange tijd getuige van huiselijk geweld is geweest, kunnen beide ouders aan dat trauma herinneren; als een kind voortdurend overal met geweld geconfronteerd wordt in de buurt, dan kan zijn hele leefomgeving aanleiding zijn om het trauma weer op te roepen. Als kinderen hun trauma zozeer gegeneraliseerd hebben dat zij overal dingen zien die hen aan dat trauma herinneren, dan is vermijding zelden een strategie die op de lange termijn echt werkt. Wanneer kinderen er niet in slagen om zich door middel van vermijding tegen overweldigende negatieve emoties te beschermen, kan er op den duur emotionele *verdoving* of, in ernstiger gevallen, *dissociatie* ontstaan. Momenteel is er discussie over de vraag of vermijding (vrijwillige gedrags symptomen) en verdoving (automatische, onbeheersbare reacties) eigenlijk niet als twee afzonderlijke PTSS-clusters beschouwd moeten worden, omdat verdoving niet onder de gedragscontrole van het individu valt (Asmundson, Stapleton & Taylor, 2004).

Traumagerelateerd gedrag kan ook ontstaan als reactie op modellering of traumatische bonding (Bancroft & Silverman, 2002). Modellering vindt plaats wanneer kinderen opgroeien met misbruik en geweld thuis en in de buurt en veel mogelijkheden hebben om *onaangepaste vormen van gedrag* en coping-strategieën te zien en te leren. Misschien zien ze zelfs dat dit gedrag herhaaldelijk wordt beloond. Een kind dat lichamelijke mishandeling en huiselijk geweld meemaakt, kan bijvoorbeeld de onjuiste conclusie trekken dat kwaad worden en iemand mishandelen algemeen geaccepteerde manieren zijn om met frustratie om te gaan. Als dit kind verder ziet dat de mishandelende ouder de bezigheden, de emotionele sfeer, de financiële uitgaven enzovoort van het gezin bepaalt, terwijl de mishandelde ouder regelmatig gewond en machteloos is, dan kan het kind misschien concluderen dat mishandelen een aanvaardbare en zelfs voordelige optie is. Een ander voorbeeld is dat modellering van *geseksualiseerd gedrag* plaatsvindt tijdens seksueel misbruik: als het seksueel misbruikte kind leert dat dit gedrag loont (hetzij vanwege de macht die de dader daarmee over de ander krijgt hetzij omdat het fysiek stimulerend is), kan dit kind blijvend geseksualiseerd gedrag ontwikkelen. Een laatste voorbeeld betreft de drugsdealer of

iemand die de schrik van de buurt is. Als die persoon gezien wordt als iemand die macht heeft en door anderen bewonderd wordt en die beloond wordt voor zijn getreiter en zijn gewelddadige of illegale gedrag, dan kunnen kinderen concluderen dat dit wenselijk gedrag is en hen gaan kopiëren, tenzij er in hun onmiddellijke omgeving alternatieve beloningsmodellen voorhanden zijn.

Bij *traumatische bonding* gaat het om modelling van ongepast gedrag en de dynamiek van onaangepaste hechting. Ook het accepteren van een onjuiste verklaring voor ongepast gedrag speelt een rol. In de psychoanalytische literatuur wordt dit omschreven als identificatie met de agressor en in de criminologie wordt dit het Stockholm-syndroom genoemd. Wanneer een kind is overgeleverd aan een gewelddadige of agressieve ouder terwijl de andere ouder niet in staat is zichzelf of het kind te beschermen, raken de natuurlijke behoeften van het kind aan hechting en aan een band met zijn ouders vervormd en met elkaar in conflict. Dan is het moeilijk om met beide ouders een even goede band te onderhouden zonder in grote verwarring te raken en in conflict te komen. Vaak zijn deze kinderen tegelijk bang voor de mishandelende ouder en houden zij van die ouder en soms worden ze ook zelf mishandeld als zij de mishandelde ouder proberen te verdedigen. Deze kinderen kunnen uit zelfbehoud een verbinding aangaan met de gewelddadige ouder. Om geen last te hebben van het schuldgevoel en de cognitieve dissonantie die samengaan met de beslissing om zich tegen de mishandelde ouder te keren, nemen deze kinderen soms de opvattingen, de houding en het gedrag van de gewelddadige ouder tegenover het slachtoffer over en gaan zij zelf mishandelen en geweld gebruiken. Zo kan een ouder die zijn of haar partner mishandelt, de mishandelde ouder de schuld van die mishandeling geven (bijv. 'Als je het eten op tijd klaar had gehad, zou dit nooit gebeurd zijn') en kan een kind met traumatische bonding zich kwaad of agressief uiten naar de mishandelde ouder omdat die 'ervoor gezorgd heeft' dat de dader de mishandeling heeft uitgevoerd. Het is dan ook duidelijk dat modelling en traumatische bonding kunnen bijdragen aan agressief gedrag bij getraumatiseerde kinderen.

Ook ontstaat bij getraumatiseerde kinderen vaak ander problematisch gedrag dat met het trauma kan samenhangen. Zo kunnen deze kinderen soms gezonde en bij hun leeftijd passende contacten met leeftijdgenoten uit de weg gaan en de voorkeur geven aan vriendjes die emotionele en/of gedragsproblemen hebben. Deze keuze kan te maken hebben met het negatieve zelfbeeld dat bij veel getraumatiseerde kinderen ontstaat, zoals hierboven is aangegeven; of het ontstaat uit angst voor afwijzing door 'normale' leeftijdgenoten en/of omdat het voor kinderen die voortdurend samenleven met mensen die elkaar slecht behandelen, misschien vertrouwer of prettiger is om met leeftijdgenoten om te gaan die zelf ook problemen hebben. Zoals hierboven opgemerkt, ontwikkelen veel getraumatiseerde kinderen een *woede* die tot uiting komt in opstandig, agressief of destructief gedrag. Getraumatiseerde kinderen lopen ook een grotere kans om *alcohol* en *drugs* te misbruiken, wat een strategie kan



zijn om niet aan het trauma herinnerd te worden of met een negatief zelfbeeld om te gaan; maar het kan ook ontstaan door het contact met andere kinderen die problemen hebben. *Zelfverwonding*, zoals snijden, branden en andere vormen van zelfverminking en suïcidaal gedrag, wordt ook in verband gebracht met een trauma dat men als kind heeft opgelopen. Sommige jongeren die zichzelf verwonden omschrijven dit als een methode om de verdoving die zij voelen te doorbreken. Zo zei een jongere: 'Als ik pijn heb omdat ik mezelf heb gesneden, is dat het enige moment dat ik weet dat ik echt besta.' Anderen zijn misschien op zoek naar aandacht die zij op een meer aangepaste manier niet denken te kunnen krijgen; weer anderen reageren misschien op de wanhoop en de ondraaglijke pijn die zij voelen door te proberen zichzelf echt te beschadigen. Sommige jongeren beschrijven dit snijden als een middel om hun angst te bezweren. Het gevaarlijke karakter van het gedrag van sommige kinderen maakt een behandeling noodzakelijk die zich in eerste instantie niet concentreert op de achterliggende traumatische etiologie van dat gedrag, maar op het terugdringen van dat gedrag en het garanderen van hun veiligheid.

#### **Cognitieve traumasymptomen**

Een trauma in de kindertijd kan de cognities (gedachten) van het kind over zichzelf, de dader(s) van het trauma, andere mensen, het sociale contract en de wereld in het algemeen vervormen. Na een traumatische gebeurtenis zullen kinderen gewoonlijk op zoek gaan naar een verklaring waarom er zo iets verschrikkelijks is gebeurd met hen zelf of met iemand van wie ze houden. Als er geen rationele verklaring wordt gevonden, kan een kind *irrationele opvattingen* over oorzakelijke verbanden ontwikkelen om het leven weer enigszins onder controle te krijgen en voorspelbaar te maken. Het is onze ervaring dat de meest voorkomende irrationele opvatting inhoudt dat kinderen zichzelf de schuld geven, hetzij door zelf de verantwoordelijkheid voor het gebeurde op zich te nemen ('Hij heeft mij seksueel misbruikt omdat ik die kleren aanhad') hetzij omdat ze het gebeurde niet hebben voorzien en ontweken (bijv. 'Ik had moeten weten dat papa in een kwade bui zou zijn; waarom heb ik mama niet gewaarschuwd dat ze weg moest gaan zodat hij haar niet in elkaar kon slaan?', 'Ik had mijn broer niet naar school moeten laten gaan vandaag, dan was hij onderweg niet neergeschoten'). Een andere mogelijkheid is dat kinderen zichzelf niet rechtstreeks de schuld geven van de traumatische gebeurtenis, maar wel gaan denken dat zij slecht zijn, zich moeten schamen of anderszins op de een of andere manier tekortschieten, zodat het 'terecht' is dat hun vervelende dingen overkomen (bijv. 'Er moet wel iets mis met mij zijn dat dit mij is overkomen'). Zo blijft de wereld rechtvaardig en voorspelbaar en klopt het allemaal; alleen zij verdienen die pech. Kinderen die langdurig te maken hebben met interpersoonlijk trauma (kindermishandeling of verwaarlozing, huiselijk geweld) lijken bijzonder geneigd om dit soort cognities te vertonen, misschien omdat het gaat om welbewuste, persoonlijk gerichte handelingen die gewoonlijk worden uitgevoerd

door ouders of andere volwassenen van wie je eigenlijk zou verwachten dat zij het kind eerder beschermen dan kwaad doen. Het kan bijzonder moeilijk en pijnlijk zijn voor deze kinderen om realistische cognities over verantwoordelijkheid te ontwikkelen (bijv. de dader de schuld geven).

Cognitieve vervorming kan ook ontstaan met betrekking tot andere mensen (i.e. niet-daders). Kinderen kunnen het verraad dat zij van iemand hebben ondervonden zodanig generaliseren dat *niemand* in hun ogen meer te vertrouwen is. Deze overtuiging kan problemen geven in relaties met leeftijdgenoten of in de hechting van het kind met de ouder die geen misbruik pleegt of met andere volwassenen, wat vervolgens opnieuw bijdraagt aan het beschadigde zelfbeeld van het kind (i.e. het kind ondermijnt deze relaties en wijt zijn daaropvolgende teleurstelling aan eigen falen). Een andere mogelijkheid is dat kinderen, wanneer hun vertrouwen wordt beschaamd, daarop reageren door herhaaldelijk te proberen die ervaring te 'corrigeren' of terug te draaien door te streven naar overdreven nauwe relaties met leeftijdgenoten of volwassenen, die in dit opzicht misschien niet veilig zijn. Deze strategie brengt vaak nog meer pijnlijke ervaringen met zich mee in de vorm van herhaalde mishandeling of omdat het kind met zijn ongepaste of ongerechtvaardigde hoop op nabijheid wordt afgewezen. Getraumatiseerde kinderen kunnen ook cognities ontwikkelen die ertoe bijdragen dat zij hun vertrouwen in gerechtigheid, God of een goede toekomst verliezen. Deze manier van denken kan tot een gedragskeuze leiden waarmee zij hun voorspellingen zelf waarmaken. Een tiener die zijn oudere broer en een aantal vrienden had verloren door geweld op straat, ging denken dat hij zelf zijn twintigste verjaardag niet zou halen. Het gevolg was dat hij drugs ging gebruiken, zich bij een bende aansloot en de school voor gezien hield. Dit gedrag betekende een aanzienlijke vermindering van zijn kansen op een positieve toekomst en bracht een verhoogd risico op trauma voor hem mee. Juist zijn eigen negatieve verwachting of 'voorspelling' dat hij zou mislukken leidde tot de mislukking waar hij bang voor was.

In sommige gevallen hebben kinderen wel juiste cognities, maar hebben zij daar toch weinig aan omdat ze niet in een context zijn geplaatst of alleen gericht zijn op de negatieve aspecten van een situatie. De cognitie: 'Je weet nooit wie jou seksueel zal misbruiken,' kan bijvoorbeeld best waar zijn in een bepaalde omgeving, maar net zo waar is de omgekeerde cognitie: 'De meeste mannen maken geen seksueel misbruik van kinderen.' Het is duidelijk dat de eerste gedachte waarschijnlijk angst en vermijding zal oproepen terwijl de tweede, even correcte gedachte meer geruststelt en meer hoop geeft. Getraumatiseerde kinderen concentreren zich vaak op onjuiste en/of onnutte cognities die hun negatieve verwachtingen over anderen en hun destructieve zelfopvatting versterken. Deze cognitieve symptomen dragen aanzienlijk bij tot het in stand houden van PTSS, andere vormen van angst, depressie en gedragsproblemen.

**'Complexe PTSS'**

Wanneer kinderen (met name adolescenten) herhaaldelijk of voortdurend geconfronteerd worden met traumatische gebeurtenissen in hun leven, kunnen zij ernstige moeilijkheden krijgen op meerdere belangrijke terreinen, zoals affectregulering, sociale relaties, zelfwaardering en zelfredzaamheid, opleiding en beroep en het beschermen van hun persoonlijke veiligheid. Zulke kinderen kunnen een hele constellatie van problemen te zien geven met bijvoorbeeld sterk instabiele stemming of prikkelbaarheid, sterk conflictueuze relaties en moeite met het houden van vrienden, geringe zelfachting en weinig vertrouwen in anderen, leerproblemen (slechte cijfers, spijbelen, vroegtijdig de school verlaten of probleemgedrag op school) en zelfbeschadigend gedrag (waaronder alcohol en drugs). Deze constellatie van problemen wordt ook wel aangeduid als complexe PTSS. Voor zover wij weten is er slechts één gecontroleerd klinisch onderzoek naar de behandeling van deze jongeren afgerond (Najavits, 1998) en is er één gestart (Cloitre, Davis & Mirvis, 2002); helaas zijn uit deze studies nog geen gegevens beschikbaar. In deze onderzoeken wordt behalve met TG-CGT-modules ook gewerkt met intensieve modules voor het opbouwen van relaties en het vergroten van de veiligheid (Najavits, 2002). Andere onderzoeksteams hebben veelbelovende behandelingen voor chronisch getraumatiseerde tieners beschreven, maar deze behandelingen zijn nog niet op hoofdlijnen getoetst (DeRosa, 2004). Hoewel in onze behandelstudies ook enkele van deze jongeren voorkomen, hebben we de doeltreffendheid van TG-CGT voor deze populatie chronisch getraumatiseerde adolescenten niet systematisch geëvalueerd. In ons onderzoek bij meerdere instellingen onder meervoudig getraumatiseerde kinderen uit arme gezinnen met verschillende problemen (Cohen, Deblinger, Mannarino & Steer, 2004) reageerden de chronisch getraumatiseerde jongeren heel goed op behandeling met TG-CGT. De resultaten van de follow-upanalyses lijken er zelfs op te wijzen dat kinderen die voorafgaand aan de behandeling aangeven dat zij meervoudige trauma's en meer depressie hebben, sterker op hun behandeling met TG-CGT reageren dan op een minder gestructureerde, cliëntgerichte benadering (Cohen, Deblinger, Mannarino & Steer, 2004).

Onze opvatting is dat de effecten van trauma kunnen worden afgezet op een continuüm van *geen of minimaal waarneembare* problemen tot *overweldigende* problemen op meerdere gebieden van functioneren. Hoewel eerdere blootstelling aan een trauma een risicofactor is voor ernstiger psychopathologie na nieuwe traumatisering (Pine & Cohen, 2002), geven veel kinderen blijk van een opmerkelijke veerkracht, zelfs wanneer zij met ernstig en herhaald trauma worden geconfronteerd. De invloed van het trauma op het kind blijkt door andere factoren gemedieerd te worden, bijvoorbeeld door de steun en de mate van ontzetting van de ouders en de traumagerelateerde attributies en cognities van het individuele kind (Cohen & Mannarino, 1996b, 2000; Deblinger, Steer & Lippmann, 1999; Kliewer, Murrelle, Mejia, Torresde & Angold, 2001; Laor et al., 2001). Hoewel we geen invloed hebben op de eerdere blootstelling van het kind aan een

trauma, proberen we met ons TG-CGT-model wel zodanige invloed uit te oefenen op het functioneren van de ouders en de traumagerelateerde cognities van het kind dat de kans op ernstiger en langduriger problemen kleiner wordt. Wij onderkennen dat deze behandelmethode voor sommige getraumatiseerde kinderen en adolescenten misschien niet toereikend is, maar wij denken dat de belangrijkste modules op het merendeel van deze populatie kunnen worden toegepast.

#### ***Het psychobiologische effect van trauma***

De hersenen en het lichaam van een kind zijn integraal betrokken bij het tot stand komen en zich manifesteren van emoties, cognitieve processen en gedrag. Het is van belang om te begrijpen dat alles wat iemand doet, denkt of voelt gepaard gaat met een activiteit in de hersenen, hoe vluchtig of onbeduidend ook. Het is daarom geen verrassing dat traumatische gebeurtenissen de mogelijkheid in zich hebben om een wijziging in het functioneren van de hersenen teweeg te brengen. Wanneer zo'n verandering in het functioneren van de hersenen gedurende een lange periode aanhoudt (soms nog lang nadat de traumatische gebeurtenissen voorbij zijn), kan zij ertoe bijdragen dat verschillende van de eerder beschreven traumasymptomen blijven voortbestaan. In sommige gevallen kunnen deze chronische functionele veranderingen ook bijdragen aan structurele veranderingen in de hersenen.

Veel mensen zijn zich niet bewust van het feit dat de fysieke structuur van de hersenen dynamisch is, hetgeen betekent dat de hersenstructuur binnen bepaalde grenzen in interactie met het functioneren van de hersenen tot stand komt. Het aantal receptoren in de hersenen voor verscheidene neurotransmitters kan bijvoorbeeld toe- of afnemen als reactie op verschillende factoren, bijvoorbeeld stress. Van stress is bekend dat het de activiteit van neurotransmitters en hormonen verandert zowel in de hersenen als in andere delen van het lichaam (bijv. de bijnieren), hetgeen op zijn beurt weer fysiologische reacties oproept zoals een verhoogde hartslag, versnelde ademhaling, verhoogde bloeddruk, meer bloedtoevoer naar de skeletspieren en verhoogde waakzaamheid. Trauma bij kinderen, met name PTSS, gaat samen met chronische veranderingen op deze gebieden van de fysiologie; dit wil zeggen dat getraumatiseerde kinderen in rust een snellere pols, een hogere bloeddruk en meer lichamelijke spanning hebben en bijzonder waakzaam zijn. Ook andere wijzigingen in het functioneren en de structuur van de hersenen zijn aangetoond bij getraumatiseerde kinderen, met name bij kinderen die een interpersoonlijk trauma hadden meegemaakt zoals kindermishandeling of huiselijk geweld. Zo bleek in een studie dat kinderen die in het verleden te maken hadden gehad met seksueel misbruik, kindermishandeling of blootstelling aan huiselijk geweld, een geringer intracraniaal volume (hersenvolume), een lager IQ, slechtere schoolcijfers, een kleiner corpus callosum (het deel van de hersenen dat de verbinding tussen linker- en rechterhersenhelft vormt) en hogere dissociatiescores hadden dan

kinderen die niet zo'n traumatisch verleden hadden. Verder hield de ernst van deze veranderingen verband met de tijdsperiode waarover de mishandeling had plaatsgevonden (DeBellis et al., 1999).

Gezien het feit dat het functioneren en de structuur van de hersenen mede bepaald worden door onze ervaringen in het leven en onze gedachten, gevoelens en gedrag, zou het logisch lijken dat een terugkeer naar een beter aangepast psychisch functioneren zou samengaan met een daarmee corresponderende normalisering van het functioneren en misschien ook de structuur van de hersenen. Deze redenering suggereert dat therapeutische of andere interventies die uitmonden in een hernieuwde regulering van het emotionele, cognitieve en gedragsmatige functioneren van een kind, de schadelijke gevolgen van het trauma voor de hersenen en het lichaam van het kind tot een minimum kunnen beperken of zelfs helemaal teniet kunnen doen.

Sommige hulpverleners menen dat alleen bepaalde vormen van therapeutische bemoeienis een ingang voor verandering in de hersenen kunnen vormen (bijv. gerichte oogbewegingen of lichaamstherapeutische technieken) en dat 'gesprekstherapieën' die geen specifieke lichamelijke activiteiten omvatten bij getraumatiseerde kinderen geen verandering van betekenis in hun hersenen of lichaam teweeg kunnen brengen. Wij denken dat het mogelijk is om op verschillende manieren een goed herstel van het psychobiologisch functioneren te bereiken, ook met behulp van de psychotherapeutische modules die in het TG-CGT-model zijn opgenomen. Op dit moment werken wij samen met het National Institute of Mental Health en andere collega's om het psychobiologische effect van TG-CGT op getraumatiseerde kinderen te evalueren en wij verneemen graag wat de resultaten zijn van studies die andere therapievormen voor deze kinderen gebruiken. Maar ook al reageren bepaalde functionele of structurele, door het trauma aangerichte veranderingen in de hersenen niet op psychotherapie, toch menen wij dat dit geen afbreuk doet aan de waarde van psychotherapie voor het verminderen van de symptomen en het bereiken van een beter aangepast functioneren en een betere kwaliteit van leven bij deze kinderen.

### 1.3 Het effect van traumatische rouw bij kinderen

Wanneer kinderen een dierbare verliezen door een onverwachte, gewelddadige of bloederige dood of wanneer zij in alle aanschouwelijkheid geconfronteerd worden met zaken als bloed of verminkte of ontbrekende lichaamsdelen of wanneer zij als eerste het lichaam van een overleden dierbare ontdekken, dan kunnen zij een conditie ontwikkelen die bekend staat als traumatische rouw bij kinderen (TRK; zie volgende paragraaf voor een uitgebreide bespreking van TRK).

Voorbeelden zijn dood door persoonlijk geweld (op straat, thuis of op school), een verkeersongeluk of ander ongeval, zelfdoding van een familielid of leeftijdgenoot, een natuurramp of een daad van terrorisme. In deze gevallen hebben kin-

deren te maken met trauma en verlies en hebben zij naast de modules die in deel II van dit boek worden beschreven, ook de behandelmodules uit deel III nodig zodat zij een begin kunnen maken met het rouwen om hun dierbare. Maar eerst is het misschien zinvol om enkele termen in verband met rouw, overlijden en verlies te definiëren.

*Ongecompliceerde rouw* verwijst naar het normale proces waarin men rouwt om het verlies van een belangrijke relatie. Deze conditie lijkt in verschillende opzichten op de diagnose depressieve stoornis en een depressie wordt meestal niet vastgesteld binnen de eerste twee maanden na het overlijden van een dierbare, tenzij degene die dit verlies te verwerken krijgt:

1. zich schuldig voelt over andere dingen dan wat de achtergeblevene al dan niet heeft gedaan ten tijde van het overlijden;
2. doodsgedachten heeft anders dan het gevoel van de achtergeblevene dat hij of zij dood beter af zou zijn of samen met de overledene had moeten sterven;
3. een morbide preoccupatie met gevoelens van waardeloosheid heeft;
4. een opmerkelijke psychomotorische remming vertoont;
5. een langdurige of aanmerkelijke functionele verslechtering vertoont; en
6. hallucinatoire ervaringen heeft anders dan te denken dat hij of zij de stem van de overledene hoort of vaag een beeld van de overledene ziet. (APA, 2000, p. 741)

Hoewel de eerste publicaties deden vermoeden dat rouw een aantal 'standaardfasen' heeft, zoals beschreven door Kübler-Ross en anderen, wordt dit idee de laatste tijd door andere auteurs bestreden (Simpson, 1997). Er is ook een grote variatie in de tijd die mensen nodig hebben om een 'normaal' rouwproces te doorlopen. Kenmerkende opgaven voor kinderen bij ongecompliceerde rouw zijn beschreven door Worden (1996) en door Wolfelt (1991). Het gaat hierbij om:

- Diepe pijn in verband met het verlies van de dierbare voelen.
- Aanvaarden dat het verlies blijvend is (dit zal enigszins variëren met het ontwikkelingsniveau van het kind).
- Herinneringen ophalen aan de overleden dierbare en deze als gehele persoon accepteren, met alle goede en slechte eigenschappen.
- De relatie omzetten van een contactrelatie in een herinneringsrelatie.
- Belangrijke aspecten van de dierbare in de eigen zelfidentiteit van het kind integreren.
- Zich inzetten voor nieuwe relaties.
- Weer een gezond ontwikkelingstraject oppakken.

Gecompliceerde rouw verwijst naar rouw die gepaard gaat met symptomen van separatieangst en trauma (Prigerson, Shear & Jacobs, 1999; Prigerson et al., 1997); voor volwassenen wordt deze term verwisselbaar met de term 'traumatische rouw' gebruikt (Prigerson et al., 1997). Gecompliceerde rouw bij volwassenen treedt gewoonlijk op na een sterfgeval dat objectief gezien niet als 'traumati-

sch' zou worden aangemerkt (d.w.z. niet het gevolg is van een onvoorziene afschuwelijke gebeurtenis) en waarbij de betrokkene de volgende symptomen heeft: 1 extreme intensiteit bij drie van de vier symptomen van 'lijden door separatie' (de overledene niet uit gedachten kunnen zetten, verlangen naar de overledene, zoeken naar de overledene en buitensporige eenzaamheid sinds het overlijden) en 2 extreme intensiteit bij vier van de acht symptomen van 'traumatisch lijden' (doelloosheid van de toekomst; verdoving, onthechting of ontbreken van emotioneel reageren; moeite met geloven in of erkennen van het overlijden; het gevoel dat het leven leeg en zinloos is; het gevoel dat een deel van het zelf is doodgegaan; een verbrijzelde wereldvisie; het overnemen van symptomen van schadelijk gedrag van de overledene; bovenmatige prikkelbaarheid, verbittering of woede in verband met het overlijden) (Prigerson & Jacobs, 2001). Daarnaast moeten deze symptomen minstens zes maanden aanhouden (criterium C) en tot een aanzienlijke functionele verslechtering leiden (criterium D). Gecompliceerde rouw is te meten met de Inventory of Complicated Grief (ICG; Prigerson et al., 1995) en wordt in verband gebracht met een verhoogde kans op psychiatrische comorbiditeit en somatische aandoeningen bij volwassenen.

De term *traumatische rouw* wordt enigszins verschillend gebruikt in de literatuur over kinderen. In dit boek bedoelen we met traumatische rouw bij kinderen (TRK) een conditie waarbij sprake is van zowel onverwerkte rouw als PTSS-symptomen, vaak nog in combinatie met depressieve symptomen. De symptomen van onverwerkte rouw zijn vergelijkbaar met de symptomen die beschreven zijn voor gecompliceerde rouw bij volwassenen (i.e. verlangen naar en zoeken van de overledene en moeite met het accepteren van het overlijden). De PTSS-symptomen omvatten: gedachten die de betrokkene niet van zich af kan zetten en de betrokkene volledig in beslag nemen; dromen over of herinneringen aan het traumatische overlijden en/of de overledene; het vermijden van dingen die aan de overledene doen denken; en/of de herinneringen aan het trauma in verband met het overlijden; emotionele verdoving of onthechting; en symptomen van verhoogde prikkelbaarheid, waaronder woede en verbittering om het overlijden (Brown & Goodman, 2005; Layne, Saltzman, Savjak & Pynoos, 1999; Nader, 1997; Melham et al., 2004; Pynoos, 1992; Rando, 1996).

#### **1.4 Waarom traumatische rouw onderscheiden van andere vormen van rouw bij kinderen?**

Ook bij het verlies van een ouder blijkt ongecompliceerde rouw tijdens de kindertijd geen verhoogd risico op een langdurige psychische aandoening met zich mee te brengen voor het kind, mits het kind na het overlijden goed wordt opgevangen door de andere ouder of andere verzorgers (Harrington & Harrison, 1999). Maar wanneer er in de kindertijd sprake is van aanzienlijke PTSS-symptomen, loopt het kind het risico om andere ernstige psychiatrische condities te

ontwikkelen, bijvoorbeeld depressie, middelenmisbruik of een borderline persoonlijkheidsstoornis, die voortduren tot in de volwassenheid en daarna (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), 1988). Wij denken dat wanneer PTSS-symptomen vergezeld gaan van symptomen van onverwerkte rouw, het mogelijk niet voldoende is om alleen een traumagerichte of rouwgerichte interventie aan te bieden. Het is daarom mogelijk van belang om na te gaan of bij deze kinderen sprake is van traumatische rouw en hun vervolgens een gecombineerde traumagerichte en rouwgerichte behandeling aan te bieden, zodat hun PTSS-symptomen niet te lang aanhouden en zij eindelijk een begin kunnen maken met de noodzakelijke rouwverwerking.

### 1.5 Fasegerichte behandeling

Op grond van onze eigen klinische ervaring en het werk van verschillende andere auteurs blijkt dat het, wanneer symptomen van zowel trauma als rouw aanwezig zijn, raadzaam en vaak zelfs essentieel is om eerst de problemen met het trauma aan te pakken en in elk geval gedeeltelijk op te lossen voordat de problemen met rouwverwerking met succes kunnen worden aangepakt (Nader, 1997; Rando, 1996; Layne et al., 1999). Dit uitgangspunt geldt mogelijk vooral voor bepaalde traumatische herinneringen of obsessies, bijvoorbeeld wanneer een kind gefixeerd is op de meest schokkende aspecten van het dode lichaam, niet over de juiste informatie beschikt over hoe de overledene is gestorven en zich herhaaldelijk het ergste scenario voorstelt. Vaak lopen zelfs positieve herinneringen aan de overledene (een belangrijk aspect in het rouwproces) bij zulke kinderen als vanzelf over in traumatische herinneringen – dat wil zeggen, het kind kan niet aan de overledene denken zonder zich de afschuwelijke bijzonderheden van diens overlijden te herinneren. Verder kunnen kinderen met vermijdingssymptomen soms zo sterk afstand nemen van hun eigen gevoelens dat zij geen rouw ervaren. Om deze redenen worden sommige traumagerichte interventies meestal aan het begin van een behandeling van TRK gebruikt en komt het rouwprobleem later in de behandeling aan de orde. Maar elk kind heeft zijn eigen tempo en zijn eigen weg. Sommige kinderen zullen een oplossing vinden voor de meeste of alle traumasymptomen voordat ze de stap zetten naar rouwverwerking, maar bij veel kinderen is het nodig om de behandeling van trauma en rouw af te wisselen, afhankelijk van de vraag wat op verschillende momenten de meeste problemen geeft. De behandelfasen van trauma en rouw kunnen dus door elkaar lopen, zoals de klinische praktijk uitwijst.

Ook externe factoren kunnen de fasering van de behandeling beïnvloeden. Onderzoekingen, aandacht van de media, een rechtszaak in verband met het overlijden of een tussentijds plaatsvindende traumatische gebeurtenis of een ander sterfgeval in de familie (ook met een natuurlijke doodsoorzaak) kunnen aanleiding zijn voor het opnieuw opduiken van traumatische herinnerin-



gen, buitensporig vermijdingsgedrag, woede of andere PTSS-symptomen die eerst waren verdwenen. In een dergelijke situatie kan het nodig zijn om terug te keren naar traumagerichte interventies.

Om trauma en rouw na elkaar te kunnen behandelen presenteren wij de traumagerichte modules en de rouwgerichte modules in dit boek apart van elkaar. De rouwgerichte interventies die wij beschrijven gaan niet over de vraag hoe we kinderen moeten behandelen die te maken hebben met ongecompliceerde rouw of hoe we kinderen moeten behandelen die traumatische ervaringen en scheiding van de ouders hebben meegemaakt zonder dat daarbij iemand is overleden (bijv. plaatsing in een pleeggezin). Hoewel sommige interventies in de rouwgerichte modules misschien wel van toepassing zijn, is verlies door overlijden een unieke ervaring omdat er geen hoop meer is op hereniging in dit leven, wat wel het geval is wanneer een kind in pleegzorg wordt geplaatst of zelfs geadopteerd wordt. Wel moet worden opgemerkt dat kinderen in pleegzorg goed hebben gereageerd op TG-CGT wanneer daarbij speciaal rekening werd gehouden met hun speciale omstandigheden (bijv. door de pleegouders bij de behandeling te betrekken en/of in te gaan op stressoren in verband met plaatsing in een pleeggezin).

### 1.6 Samenvatting

Hoewel sommige kinderen die traumatische gebeurtenissen meemaken heel veerkrachtig blijven, krijgen vele anderen traumasymptomen die een diepgaande en blijvende invloed op hun ontwikkeling, hun gezondheid en hun veiligheid kunnen hebben. Deze traumasymptomen omvatten affectieve, cognitieve en gedragsproblemen en kunnen uitmonden in een diagnose PTSS, depressie of angststoornis of 'complexe PTSS'; en ook als de symptomen niet voldoen aan de criteria voor deze stoornissen, kunnen zij nog steeds een sterke negatieve uitwerking hebben op het functioneren van het kind en zijn gezin. Vele van deze kinderen zullen ook psychobiologische veranderingen vertonen als reactie op het trauma. Bij kinderen die hebben meegemaakt dat een dierbare onder traumatische omstandigheden is overleden, kan TRK ontstaan, een conditie waarbij het kind blijft 'vastzitten' aan de traumatische omstandigheden van dat overlijden en zich niet volledig kan overgeven aan het rouwen om deze dierbare. Vaak helpen de traumagerichte en rouwgerichte CGT-modules die in dit boek worden beschreven wanneer kinderen dit soort problemen hebben. In het volgende hoofdstuk concentreren we ons op de diagnostiek van kinderen die reacties op traumatische stress en/of traumatische rouw te zien geven en op de vraag hoe we kunnen nagaan of TG-CGT de beste behandelmethode is voor een specifiek kind.