

Klinische Fasenbehandeling van vroegkinderlijke traumatisering bij kinderen en ouders

De klinische Fasenbehandeling is een innoverend programma voor vroegkinderlijk, chronisch getraumatiseerde kinderen waarbij bovendien de problematiek van het kind sterk verweven is met ouderschapsproblematiek en/of met persoonlijkheidsproblematiek van de ouder(s). Ervaring leert dat bij traumabehandeling voor uitsluitend het kind, elkaar versterkende traumatisering van kind en ouder blijft plaatsvinden. Als het contact met de mishandelende ouder verbroken wordt, stopt die vorm van mishandeling. De psychische mishandeling of verwaarlozing stopt echter vaak niet, omdat de andere, verzorgende ouder zelf ook getraumatiseerd is en daardoor niet (meer) in staat is om een veilige hechtingsrelatie met het kind aan te gaan. Bovendien zal een getraumatiseerde ouder die eigen traumatische ervaringen nog niet verwerkt heeft, zijn kind moeilijk kunnen helpen bij het geven van betekenis aan traumatische ervaringen en het begrijpen en verwoorden van eigen intenties en de intenties van anderen (mentaliseren). De ouder is bijvoorbeeld niet in staat om te reageren op het kind of verleent een verkeerde betekenis aan het trauma van het kind. In de hier beschreven Fasenbehandeling wordt het kind maximaal anderhalf jaar opgenomen en zowel kind als ouders worden behandeld. Naast stabilisatie en traumaverwerking van ouder en kind, worden ook mogelijkheden tot het opdoen van correctieve hechtingservaringen geboden, waardoor de hechting kan verbeteren. Die combinaties 'kind en ouder' en 'trauma en hechting' vormen de bouwstenen en kernthema's voor dit behandelprogramma. Aan de hand van een casusbeschrijving worden de fasen en de werkwijze van het programma toegelicht.

Arianne Struik

gezin. Omdat er verder niets verandert, blijft de oorsprong van de ontregeling bestaan en ontregelen deze kinderen vaak thuis opnieuw, of verblijven ze vervolgens langdurig in jeugdhulpverleningsinstellingen, omdat thuisplaatsing niet mogelijk is.

De klinische Fasenbehandeling is een innoverend programma waarin het kind één tot maximaal anderhalf jaar wordt opgenomen en waarin zowel het kind als een of beide ouders worden behandeld. Naast stabilisatie en traumaverwerking van ouder en kind, worden ook mogelijkheden tot het opdoen van correctieve hechtingservaringen en het verbeteren van de hechting geboden. Die combinaties 'kind en ouder' en 'trauma en hechting' vormen de bouwstenen en kernthema's voor dit behandelprogramma. Door de expliciete aandacht voor de verwevenheid van problematiek bij volwassene en kind wordt getracht een brug te slaan tussen de kinder- en jeugdpsychiatrie en de volwassenenpsychiatrie. De Fasenbehandeling is aanvankelijk ontwikkeld door het behandelteam¹ van de kinderkliniek van Fornhese (eerste versie Arum, 1999). Op basis van de ruime ervaring die er vervolgens met deze behandelvorm is opgedaan door behandelteams² in de kinderkliniek van Herlaarhof, is de Fasenbehandeling door deze teams verder uitgewerkt.

INLEIDING

Er komt in Nederland steeds meer aandacht voor de behandeling van getraumatiseerde kinderen. Bij de vroegkinderlijk, chronisch getraumatiseerde kinderen is regelmatig ook sprake van een getraumatiseerde ouder, van ernstige ouder-kindrelatieproblemen, hechtingsproblemen en een forse ontregeling van het kind. Hierdoor is ambulante traumabehandeling niet haalbaar en wordt opname noodzakelijk.

Tijdens opname in een kinderspsychiatrische kliniek wordt vaak uitsluitend, of vooral gewerkt aan *stabilisatie* van kind en

Doelgroep

Het behandelprogramma richt zich op vroegkinderlijk, chronisch getraumatiseerde kinderen tot ongeveer twaalf jaar, van wie de problematiek sterk verweven is met ouderschapsproblematiek en/of met persoonlijkheidsproblematiek van de ouder(s).

Deze verwevenheid kan zijn ontstaan doordat problematiek van het kind 'zwakke plekken' bij de ouder, of persoonlijkheids-

¹ B.J. van Arum, M.G.J.M. Smeets, A.L. Struik en sociotherapeuten team B.

² S. Harmsen, A. Scholte, A.L. Struik en groepsleiding team Flipper en Fjoerie.

problematiek van de ouder activeert. Door de stress van het trauma van het kind gaan deze ouders disfunctioneren. Ouders kunnen het gevoel hebben te falen, omdat ze hun kind niet voldoende hebben kunnen beschermen of ze zijn zelf gelijktijdig getraumatiseerd door dezelfde pleger, zoals bij huiselijk geweld. Andersom kan de persoonlijkheidsproblematiek van de ouder 'zwakke plekken' bij het kind activeren en op kritieke momenten interfereren met de ontwikkeling van het kind. Bij ouders is vaak sprake van (ernstige) persoonlijkheidsproblematiek, dissociatie, stemmings-, angst-, of posttraumatische stressklachten die niet zijn gediagnosticeerd.

Omdat voor de Fasenbehandeling het vermogen van de ouder om te werken aan eigen traumata noodzakelijk is, wordt dit voorafgaand aan de indicatiestelling met de ouder besproken. De ouder krijgt uitleg over wat het effect kan zijn van de behandeling van alleen het kind en van een behandeling van beiden. Ook de noodzaak om bij ouders in te schatten of eigen behandeling wel tot de mogelijkheden behoort, wordt voorgelegd. Omdat het lastig kan zijn om onderscheid te maken tussen sterke afweer van het trauma en onvermogen en/of onwil van een ouder om de verwevenheid te ontwarren, is diagnostiek van zowel ouder als kind noodzakelijk.

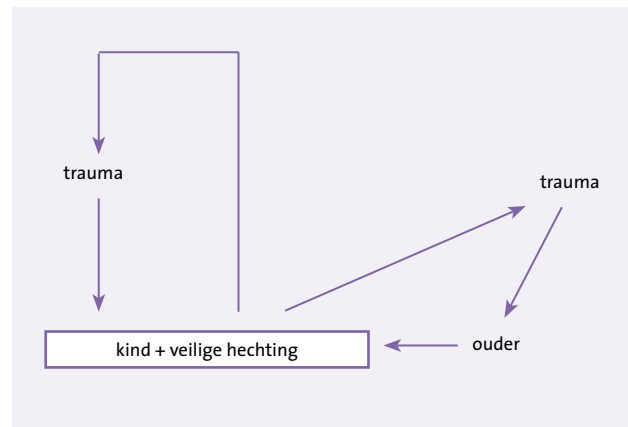
Psychotrauma en onveilige hechting

Vroegkinderlijk, chronisch getraumatiseerde kinderen zijn blootgesteld aan herhaalde en meervoudige traumatisering, zoals lichamelijke en/of psychische mishandeling, getuige zijn van geweld, misbruik, emotionele en/of pedagogische verwaarlozing, gevaar en dreiging. Als traumatisering plaatsvindt door ouders is er vaak ook sprake van verwaarlozing en zijn de gevolgen vaak ingrijpender en ingewikkelder. Dan kunnen zowel posttraumatische stressklachten als relationele en hechtingsproblemen ontstaan, die elkaar weer kunnen versterken (Crittenden, 1997b). Sociale steun, temperament en een veilige hechting kunnen bij kinderen beschermende factoren zijn, terwijl het ontbreken van sociale steun en een veilige hechting een risicofactor op traumatisering vormt (Greenwald, 2005).

Het trauma kan de kwaliteit van de hechtingsrelaties (na de traumatische gebeurtenissen) aantasten, omdat het kind de ervaring heeft opgedaan dat de volwassenen niet in staat zijn geweest hem voldoende te beschermen. Traumatisering binnen een afhankelijkheidsrelatie met ouders vergroot en compliceert juist de gevolgen daarvan door loyaliteit, schuld- en onmachtgevoelens. Als het contact met de mishandelende ouder verbroken wordt, stopt die vorm van mishandeling. Ervaring leert echter dat de psychische mishandeling of verwaarlozing vaak niet

stopt, omdat de verzorgende ouder zelf ook getraumatiseerd is en daardoor niet (meer) in staat is om een veilige hechtingsrelatie met het kind aan te gaan.

De getoonde empathie voor het kind komt dan bijvoorbeeld voort uit een besef van verantwoordelijk zijn en wordt als het ware geforceerd opgebracht, terwijl bij de ouder zelf op onbewust niveau nog een verwaarloosd kind 'schreeuwt om zorg'. Het is moeilijk voor deze ouder om empathie op te brengen voor het kind, omdat de ouder zelf nog veel empathie behoeft. Als deze onbewuste, oude gevoelens geactiveerd worden, is de bewust geproduceerde empathie snel onvoldoende. De ouder kan dan, getriggerd door het kind, dat kind onbewust of onbedoeld belasten met gevoelens die niet bij het kind horen, zoals heftige (oude, niet verwerkte) woede of schuld. Ook kan het kind onvoldoende worden begrensd in niet passend overlevingsgedrag of gedrag waarin het de traumatisering herhaalt. Het inzicht van deze ouders, dat de traumatisering zich in de interactie met henzelf blijft herhalen, ontbreekt echter vaak en het kind wordt dan afgewezen als de veroorzaker van de pijn (zie figuur 1).



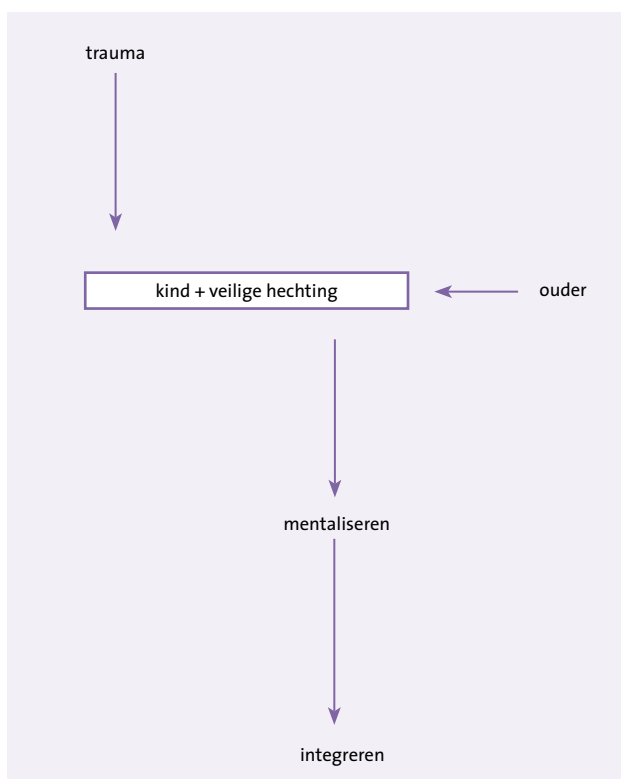
Figuur 1. Verwevenheid van traumatisering.

over de auteurs

Drs. A.L. Struik, gz-psycholoog, programmaleider emotionele stoornissen, Centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie Herlaarhof, een Top Referent Trauma Centrum, aangesloten bij het Landelijk Centrum Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (LCVT).
E-mail: A.Struik@rvagroep.nl.



Foto: Aleid Denier van der Gon



Figuur 2. Traumaverwerking.

Mentaliseren

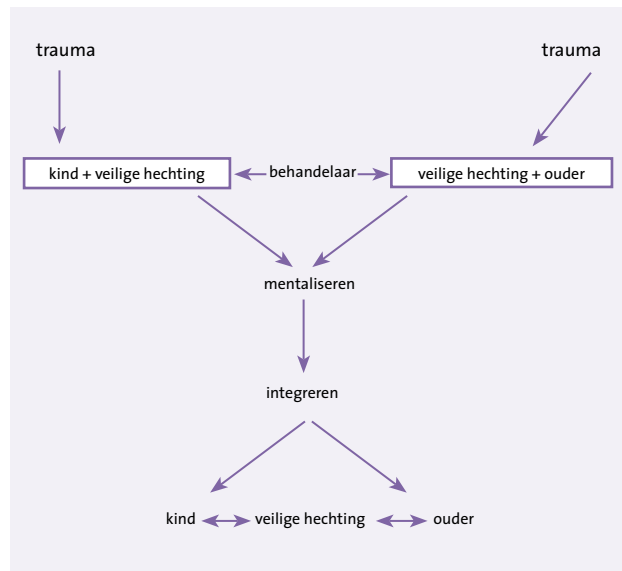
De kwaliteit van de relatie met de primaire verzorger speelt een bepalende rol bij het leren mentaliseren. Onder mentaliseren wordt verstaan het permanent aanwezige en onbewuste proces dat mensen in staat stelt de uitingen en handelingen van zichzelf en de ander te zien als gemotiveerd door interne gedachten, intenties en overtuigingen (Fonagy e.a., 2002). Het mentaliseren van traumatische herinneringen is nodig om deze te kunnen integreren (het verwerken van een herbeleving tot een herinnering die geen heftige emoties meer oproept en waar een levensles uit geleerd is, zie figuur 2). Bij de hier beschreven kinderen stagneert dat proces.

Volgens Fonagy ligt de kern van preventie van psychopathologie van jonge kinderen in het vergroten van het mentaliserend vermogen van de ouder (Fonagy e.a., 1991). Een getraumatiseerde ouder die eigen traumatische ervaringen nog niet verwerkt heeft, kan het kind moeilijk helpen bij het geven van betekenis aan traumatische ervaringen en het begrijpen en verwoorden van eigen intenties en de intenties van anderen (mentaliseren). De ouder zal door eigen traumatisering bijvoorbeeld niet kunnen reageren op het kind, waardoor het kind het trauma niet kán mentaliseren. Of de ouder kan een eigen betekenis verlenen aan het trauma van het kind, in plaats van de betekenis die het voor het kind zou kunnen hebben.

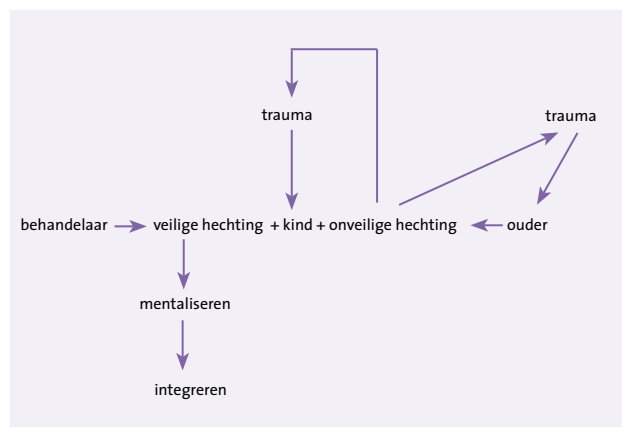
Het kind ziet dan zijn eigen mentale inhoud niet terug in de betekenis die de ouder verleent, vanwege de bedreiging die van die gedachte uitgaat voor de ouder (Verheugt-Pleiter e.a., 2005). Het kind kan dan achterblijven met onjuiste ideeën ten aanzien van eigen intenties (bijvoorbeeld 'ik ben schuldig / ik heb het verdiend') of die van de pleger, zoals: 'hij vindt mij een slecht kind / hij is almachtig'.

Omdat zowel de hechtingsrelatie als het mentaliserend vermogen van de ouder een bepalende rol speelt bij het leren mentaliseren door het kind, richt de Fasenbehandeling zich op beide: herstel van de hechtingsrelatie met de ouder en het leren mentaliseren van traumatische herinneringen van kind en ouder. Voorwaarde voor het verbeteren van die hechting is dat traumatisering stopt, desnoods door fysieke scheiding (klinische behandeling) van ouder en kind. Omdat bij fysieke scheiding de contactmomenten tussen ouder en kind gedoeseerd en gereguleerd zijn, houden ouders voldoende energie en ruimte over om 'bewuste' empathie te produceren. Door dat het kind en de ouder een affectieve relatie aangaan met behandelaars, kunnen de mentale inhoud die de ouder ten gevolge van eigen traumatisering niet verdraagt en herkent in het kind, door behandelaars wel worden gerepresenteerd en gespiegeld. De ouder kan eigen traumata integreren, waardoor de mogelijkheid tot vasthouden van een veiliger hechtingsrelatie met het kind ontstaat (zie figuur 3). De contactmomenten tussen kind en ouder kunnen dan langzamerhand worden uitgebreid, tot uiteindelijk het moment dat het kind weer thuis gaat wonen. Naast het verwerken van negatieve ervaringen is juist ook het vervolgens opdoen van positieve ervaringen en het vergroten van het zelfvertrouwen en van vertrouwen in elkaar een essentieel onderdeel van de behandeling binnen de kliniek. Hierdoor wordt de klinische behandeling noodzakelijkerwijs vaak langdurig.

Bij traumabehandeling voor uitsluitend het kind bestaat het risico van doorlopende en elkaar versterkende traumatisering van kind en ouder (zie figuur 4). Het ontrafelen van de samenhang tussen deze aspecten en de behandeling en beïnvloeding hiervan is een gecompliceerd, maar zeker niet onmogelijk proces. Dit hoort bij uitstek thuis in de kinder- en jeugdpsychiatrie, waar ook deskundigheid is op het gebied van behandeling van volwassenen. Voor deze gezinnen, waarin de verwevenheid tussen traumatisering van kind en ouder groot is, kan de doorlopende en elkaar versterkende traumatisering van kind en ouder vaak uitsluitend door opname van het kind worden gestopt, waardoor genoeg ruimte en rust kan ontstaan om grip te krijgen op deze kluwen van invloeden, ze te ordenen en te behandelen. Vaak kunnen pas na de stabilisatie van kind en ouder de mogelijkheden en onmogelijkheden tot traumaverwerking zichtbaar worden.



Figuur 3. Traumaverwerking van kind en ouder.



Figuur 4. Traumaverwerking van alleen het kind.

WERKWIJZE

Het belangrijkste gedeelte van de behandeling vindt plaats in de behandelgroep waar het kind is opgenomen, omdat zich daar dagelijks legio voorbeelden en oefensituaties voordoen die de gevolgen van traumatisering voor kind en ouder concreet kunnen maken. Deze groep bestaat uit ongeveer acht jongens en meisjes, begeleid door groepsleiding die het therapeutisch klimaat vormgeeft. Het kind is de ene week één dag in het weekend thuis en de andere week een weekend en gaat naar school. Ook in de context van school en thuis wordt aan de behandeling gewerkt. De begeleiding door groepsleiding en de nieuwe context van de groep ondersteunen het kind om naar zichzelf te kijken, nieuw gedrag aan te leren en cognities over zichzelf en anderen te veranderen, waardoor de ontwikkeling weer op gang wordt gebracht.

Behandeling van de ouder wordt door een systeemtherapeut uitgevoerd. Voor traumaverwerking wordt doorgaans als

deelbehandeling gebruik gemaakt van Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) voor kind en ouder. Er kunnen ook andere vormen van therapie en trainingen worden ingezet, zoals speltherapie of de HORIZON-groepsbehandeling, waarin ook gewerkt wordt met psychomotorische technieken, met onder andere het doorbreken van het isolement en ervaren van steun door de groepsgerichte behandeling als focus (Lamers-Winkelmann & Bicanic, 2000).

De klinische Fasenbehandeling valt uiteen in zes behandel-fasen, die hieronder nader worden omschreven. De fasen in het proces die kind, ouders en gezin doormaken zijn uiteraard niet precies in tijd uit te drukken. De genoemde tijdsduur is dan ook een gemiddelde en de totale klinische behandelduur is twaalf tot achttien maanden. Aan de hand van een beschrijving van de familie Vos wordt deze behandeling geïllustreerd.

Box 1

Het gezin Vos bestaat uit een hoogopgeleide moeder en vier dochters, Suzan van negen jaar, Esther van zeven en de zesjarige tweeling Lotte en Mieke. Vader heeft de oudste kinderen op sadistische wijze mishandeld en seksueel misbruikt en gedwongen tot geheimhouding. Lotte en Mieke waren destijds nog baby. Toen moeder er vijf jaar geleden achter kwam is ze direct gescheiden. Er is geen contact met vader en de kinderen praten niet over vroeger. Moeder is alleenstaand en werkt vier dagen om het gezin te kunnen onderhouden. Ze heeft geen tijd om aandacht te besteden aan haar kinderen, want het huishouden vraagt ook veel van haar, zegt ze. 'Ze moeten zichzelf maar vermaken', vindt moeder.

Suzan is aangemeld voor de Fasenbehandeling met een reactieve hechtingsstoornis, depressieve klachten en gedragsproblemen. Suzan wil niet meer naar school, wat elke ochtend grote strijd oplevert. Suzan moppert over haar moeder, scheldt haar uit en laat zich niet troosten of steunen. Moeder voelt zich door haar afgewezen en Suzan weigert met moeder te praten over wat haar dwars zit. Ze is geïrriteerd en heeft vaak ruzie met haar zussen. Ze kan de tweeling expres pijn doen en moeder zegt dat het lijkt alsof ze daarvan geniet, net zoals hun vader dat deed. Suzan heeft geen vriendinnen en hangt vooral thuis achter de computer.

Esther is gediagnosticeerd met een aanpassingsstoornis, is somber gestemd en heeft concentratieproblemen. Op school zijn haar prestaties gekelderde. Esther heeft geen vriendinnetjes doordat ze zich vaak bazig en mopperig gedraagt. Andere kinderen vinden haar vreemd en ze wordt gepest. Over de tweeling zijn geen zorgen.

Fase 1 - Voorbereiding

De situatie van kind en gezin wordt in kaart gebracht ten behoeve van de behandeling. Er wordt een inschatting gemaakt van de ouderschapsproblematiek, de persoonlijkheidsstructuur van de ouder en mogelijkheden voor behandeling en het sociale netwerk.

Box 2

In de intakegesprekken maakt moeder een overbelaste, geagiteerde indruk. Ze heeft een beperkt sociaal netwerk en een ambivalente relatie met haar familie. Het bespreken van onder andere afspraken over het halen en brengen van Suzan, vakanties, wassen van kleding, de frequenties van gesprekken wordt gebruikt als diagnostisch materiaal: door te variëren in strikte regels, onderhandeling en onduidelijkheid en het laten oplopen van de stress wordt zichtbaar hoe moeder hiermee om kan gaan en kan een inschatting worden gemaakt van haar persoonlijkheidsstructuur. Daarnaast wordt gekeken naar de mogelijkheid tot zelfreflectie en de coping van moeder, door onder andere met haar te bespreken: haar visie op de relatie met haar kinderen, op haar ex-partner en op de manier waarop ze is omgegaan met de situatie. Over zichzelf zegt ze het moeilijk te vinden de zorg uit handen te geven en mannelijke groepsleiding te vertrouwen. Bij conflicten zou ze kattig kunnen reageren. Het is dan het beste om haar daarmee te confronteren. Verder zegt ze dat zij mensen niet snel vertrouwt; ze heeft dus een volhardende behandelaar nodig.

Door de afwerende, maar ook contactzoekende manier waarop deze moeder met haar kinderen en behandelaars omgaat, ontstaat de hypothese dat moeder een vrouw is die door vermoedelijk eigen traumatisering moeite heeft met intimiteit en door de onthulling van het misbruik uit balans is gebracht. Het gevoel dat ze empathie voor de kinderen moet laten zien, lijkt haar zo te beklemmen dat ze continu geagiteerd is en hen afwijst. Waarschijnlijk voelen haar kinderen zich niet gezien, wat heeft geleid tot de depressieve en gedragsklachten. Mogelijk esceneren de meiden ook afwijzing vanuit de traumatisering door vader.

Fase 2 - Stabilisering: symptoomreductie (drie maanden)

Hoofddoel in deze fase is creëren van rust door symptoombeheersing van ouder en kind. Er wordt een duidelijke dagstructuur aangeboden, waardoor het kind houvast krijgt aan de dagelijkse gang van zaken in de behandelgroep en op school. Omdat de dagelijkse omgeving verandert, worden de interactiepatronen doorbroken die de traumatisering van ouder

en kind in stand hebben gehouden. De impliciete verwachting die het kind heeft opgebouwd dat anderen zich onverschillig of afwijzend zullen gedragen, wordt niet meer bevestigd doordat de groepsleiding zich als competente en consistente verzorgers opstelt, die het kind begrenzen en mede daardoor bescherming bieden tegen het eigen ongecontroleerde gedrag. Hierdoor raakt het kind in verwarring, want zijn gewone 'manier van doen' wordt niet meer beantwoord zoals hij gewend is. Het kind zal aanvankelijk zijn gedrag versterken om zo te proberen de illusie van controle vast te houden; daarna gaat het kind geleidelijk aan het wederkerige contact ervaren en zal het zijn gedrag aanpassen. Zo wordt de werkrelatie, het begin van een veilige hechtingsrelatie, tussen kind en groepsleiding opgebouwd.

Box 3

Op de groep wordt Suzan meegenomen in de dagelijkse routine en ze start met beperkte schooluren die volgens schema worden uitgebreid. Na een aantal weken aangepast gedrag te hebben laten zien, begint Suzan zich te verzetten. Ze weigert naar school te gaan en sluit zich af voor de groepsleiding. Er volgt een gesprek met moeder en Suzan, waarin moeder haar nogmaals uitlegt dat ze haar naar de kliniek heeft laten gaan om haar te helpen, ondanks dat moeder zelf haar erg mist. Dat ze vindt dat Suzan naar school moet en moet luisteren naar de groepsleiding en dat ze graag wil dat Suzan de groepsleiding gaat vertrouwen en hulp vraagt. Moeder versterkt hiermee het gezag van de groepsleiding en zichzelf en steunt haar dochter. Met vervolgens duidelijke begrenzing van het gedrag van Suzan, lukt het haar weer naar school te krijgen. Suzan vertelt vervolgens aan haar moeder dat de leerstof te makkelijk is voor haar, waardoor ze gaat piekeren over het misbruik. Doordat school dit serieus neemt en nauw samenwerkt met moeder, begint Suzan vertrouwen op te bouwen.

In de groep is het makkelijker voor haar om met de andere kinderen te spelen, wat haar uit haar isolement haalt. Ze wordt vrolijker en actiever. In het contact met groepsleiding laat ze steeds meer zien van wat er in haar omgaat.

De systeemtherapeut en de groepsleiding starten met het opbouwen van de werkrelatie met de ouder. De groepsleiding doet dat vooral op het gebied van het delen van de zorg voor het kind, de systeemtherapeut als start van de behandeling van de ouder zelf. In deze fase kunnen ouders veel weerstand hebben en negatief zijn, veel klagen en mopperen en zich weinig openstellen voor contact. Weerstand wordt hier gezien als een verzamelbegrip voor gevoelens van schuld en schaamte, van angst voor

afwijzing of kritiek, van angst niet serieus genomen te worden en van een negatief zelfbeeld als ouder. Omdat de systeemtherapeut en de groepsleiding zich niet laten afwijzen, wordt ook de werkrelatie tussen ouder en behandelaars opgebouwd.

Box 4

Moeder vertelt bij elk contact dat ze overbelast is en dat de gesprekken haar eigenlijk teveel zijn, ze wil stoppen. Het lukt haar niet om meer tot rust te komen. Esther is toenemend depressief en haar oppositionele gedragsproblemen thuis en op school nemen toe. De systeemtherapeut neemt haar signaal serieus, maar accepteert vermijding niet als oplossing. Moeder volgt het advies op om ook Esther op te laten nemen voor Fasenbehandeling, op dezelfde groep als Suzan. Er wordt een vast moment afgesproken voor de gesprekken, zodat er ook voor moeder meer structuur en voorspelbaarheid ontstaat. Daar stemt moeder al mopperend mee in. 'Gelukkig ben je zo vasthoudend', zegt ze in de deuropening.

Fase 3 - Stabilisering: diagnostiek en psycho-educatie (drie tot zes maanden)

In deze fase worden hypothesen getoetst over wat het kind labiel, chaotisch of gedesorganiseerd maakt. Er wordt in kaart gebracht op welk moment dit gebeurt en hoe het kind reageert (angstig, agressief, contactverbrekend, dissociërend, provocerend, zelfdestructief of met wantrouwend gedrag). Deze hypothesen zijn uitgangspunt voor de behandeling in engere zin. Welk gedrag laat het kind zien, hoe reageert de omgeving daarop, welke overdrachts- en tegenoverdrachtsgevoelens ontstaan er ten opzichte van kind en ouder. Over de ouder worden ook hypothesen geformuleerd over wat de ouder belemmert in zijn/haar ouderschap, wat hem/haar uit balans brengt of uit de ouderpositie haalt en afwerend, agressief of juist heel kwetsbaar maakt.

Box 5

In de groep blijkt Suzan regelmatig andere kinderen en groepsleiding opzettelijk pijn te doen. Enerzijds lijkt ze daarvan te genieten en anderzijds lijkt ze zich ervoor te schamen. In teambesprekingen komt de irritatie van de groepsleiding over haar gedrag aan de orde. Suzan blijkt er een meester in om de afwijzing ook bij de groepsleiding op te roepen en krijgt regelmatig een preek van de groepsleiding, met de vraag waarom ze toch de ander pijn doet. Probleem is nu juist dat Suzan dat zelf ook niet weet.

Doelstelling in het werken met ouders is dat ze zich bewust worden van hun ouderschaps- en/of persoonlijkheidsproblematiek en de verwevenheid daarvan met de problematiek van het kind. Door de fysieke afstand ten opzichte van het kind kan ook de ouder meer zicht krijgen op de interactie tussen henzelf en het kind. Dit kan in de systeemgesprekken gemakkelijker aan de orde komen, omdat de behandeling van kind en ouder geïntegreerd is. Als er sprake is van ernstige pathologie en disfunctioneren van de ouder kan er ook verwijzing voor diagnostiek en/of behandeling plaatsvinden. De focus van die behandeling ligt dan niet meer op ouderschapsgroei. Soms zijn ouders al in behandeling en dan is het belangrijk verbanden te gaan leggen tussen de behandeling van kind en ouder. Omdat voor de behandeling van het kind de focus op ouderschapsgroei wel noodzakelijk is, dient de timing van de eigen behandeling goed te worden afgewogen.

De systeemtherapeut onderzoekt met de ouder hoe de gehechtheidssystemen van het kind, maar ook van de ouder zelf zijn ontwikkeld, door de voorgeschiedenis van de ouder te analyseren. Zo wordt duidelijk welke interactiepatronen er zijn tussen kind en ouder en door welk gedrag van het kind en de ouder deze in stand worden gehouden en welke reactie ze oproepen. In gesprekken met de groepsleiding worden situaties uit de weekenden besproken en geanalyseerd met behulp van registratieopdrachten. Ook kunnen ouderparticipaties in de groep helpen om interacties te verhelderen, eventueel met behulp van video-opnames. Cruciaal in dit proces is dat niet alleen behandelaars, maar juist ook de ouder en het kind hier inzicht in krijgen. Dat inzicht vergroot hun gevoel van controle en geeft rust.

Box 6

In de gesprekken met moeder wordt uitleg gegeven over het gedrag van de kinderen. Omdat ze de kinderen alleen in de weekenden ziet, kan ze er met meer afstand naar kijken. Haar eigen mopperige gedrag wordt benoemd en er wordt met haar gezocht naar de oorsprong van haar manier van reageren. Moeder komt erop uit dat ze in haar eigen jeugd nooit gezien is door haar moeder. Toen haar vader overleed, is haar moeder er nooit voor haar geweest. We ontwikkelen de volgende hypothesen. Moeder lijkt aan de ene kant een negatief zelfbeeld en een afwerende houding te hebben gekregen, maar lijkt daarnaast heel erg te hunkeren naar de goedkeuring van haar moeder. De mishandeling en het misbruik van haar kinderen heeft mogelijk bij haar een enorme woede losgemaakt om haar eigen gemis aan erkenning af te weren. Ze realiseert zich dat ze er eigenlijk niet 'is' voor haar kinderen,

net als haar eigen moeder er niet was voor haar en het is erg pijnlijk voor haar om dat te ervaren. Ze wil graag meer afstand nemen van haar eigen moeder en haar gedrag minder op zichzelf betrekken. Cognitief lukt dat, maar gevoelsmatig niet. In een gezinsgesprek legt moeder uit aan alle kinderen dat ze het moeilijk vindt om met ze te praten, niet omdat de meiden iets fout doen, maar omdat hun verhalen haar herinneren aan de nare dingen die ze zelf heeft meegemaakt en ze weet hoeveel verdriet haar dochters hebben. Ze vertelt dat ze daar heel boos van wordt, niet op de meiden, maar op hun vader en op zichzelf. Dat ze wil dat de kinderen wel vertellen over de mishandeling en het misbruik, ook al vindt ze dat moeilijk. De kinderen hoeven haar niet te helpen; daar heeft ze haar behandelaar voor.

Kinderen maken met de groepsleiding en hun ouder tijdens ouderparticipaties een levensboek, waarin het kind begint met 'wie ben ik eigenlijk en waar houd ik van?' en eindigt met het bespreken van periodes uit zijn eigen leven aan de hand van bijvoorbeeld foto's, verhalen van ouders over vroeger en knipsels. Doordat het kind 'taal' krijgt voor wat het heeft meegemaakt en voor wie het is, wordt zijn greep op zijn geschiedenis vergroot, wat de basis legt voor traumaverwerking. Er wordt veel aandacht besteed aan uitleg in voor het kind begrijpelijke taal van de diagnose en van de interactie tussen de problematiek van ouder en kind.

De mate waarin het kind en de ouder terug kunnen blikken naar het verleden zal verschillen. Over het algemeen geldt dat hoe competent het kind en de ouder, dat wil zeggen hoe meer greep ze ieder hebben op hun omgeving, hoe meer ze zich kunnen veroorloven om terug te kijken.

Box 7

In gesprekken met de groepsleiding, met moeder en alle kinderen wordt aan de hand van het levensboek de geschiedenis van de kinderen besproken, waarvan de traumatische herinneringen onderdeel uitmaken. Moeder kan nu ook vertellen hoe moeilijk ze het vond om te horen wat haar dochters was overkomen en de kinderen durven moeder voor het eerst te vertellen hoe erg het was. Ze kan dit aanhoren en wordt voor het eerst zichtbaar voor de kinderen verdrietig en troost haar kinderen. Dit valt moeder heel erg zwaar, maar ze zet door. Ze huult en scheldt bij de groepsleiding en de systeemtherapeut, maar kan hun steun verdragen.

Fase 4 - Traumaverwerking: vaardigheden ontwikkelen met angst in je lijf (zes maanden)

In deze fase gaat het erom dat het kind competent gedrag leert en dat oefent, terwijl het ook nog gedesorganiseerd raakt door bepaalde interne of externe stimuli. Een mishandeld kind kan bijvoorbeeld heel angstig worden van gebrek aan controle, terwijl het juist moet oefenen met het loslaten van de controle en het vertrouwen op de zorg van volwassenen. De groepsleiding zal in de loop van de behandeling steeds meer gaan benadrukken dat het kind afhankelijk is en dat groepsleiding de controle heeft, zodat het kind daarmee kan oefenen. Waar groepsleiding bijvoorbeeld aanvankelijk zei: 'het is etenstijd', wordt dat steeds meer 'ik wil dat jij nu aan tafel komt', wat ertoe kan leiden dat het kind boos wordt op de groepsleiding. De groepsleiding probeert dat dus niet te voorkomen, maar helpt het kind te oefenen.

Het kind moet niet te angstig zijn om te leren, maar ook niet te weinig angstig. Dit laatste is belangrijk, omdat het geleerde anders niet gebruikt zal worden in situaties die aan het psychotrauma doen denken en in situaties die symptoom- en vermijdingsgedrag luxeren. Het gaat erom competent gedrag te laten zien, ook in de situaties waarin men voorheen hulpeloos was. Competent is dus ook hulp zoeken, vechten, schelden, blijven nadenken enzovoort. Dit vereist van behandelaars op hun beurt het vermogen een angstig kind in behandeling te verdragen, zonder te snel over te schakelen op kalmering, tot rust laten komen. Dit is de fase waarin een eventuele therapie begint. Omdat het kind in deze fase weer dichterbij zijn afgeweerde gevoelens komt, is dit ook de fase waarin schommelingen in functioneren optreden in gedrag en interacties, en regressie naar de ontwikkelingsfase waarin de traumatisering plaatsvond.

Voor ouders is dit ook de fase waarin ze geconfronteerd worden met wat hun kind in zijn innerlijke wereld met zich meedraagt. Het doel in het werken met de ouders is dan ook ze te steunen dit te verdragen, zonder de belevingswereld van het kind te ontkennen. In de overgang van fase drie naar fase vier verandert de attitude van behandelaars van een steunende/structurende naar een meer directieve/confronterende attitude. De kerncognities van het kind en de ouder worden stelselmatig uitgedaagd. Daarnaast ervaart het kind veiligheid en neemt zijn controlegevoel toe, doordat hij meer begrijpt van zichzelf en zijn gedrag en van het gedrag van de ouder. Daarnaast leert het kind handelen in plaats van hulpeloos te zijn. Ook wordt het gedrag benoemd waarmee het kind het trauma herhaalt of omdraait, waarmee het dus als dader optreedt in plaats van als slachtoffer. Vaak is dit gedrag dat erg negatieve of beschamende reacties bij de omgeving heeft uitgelokt en voor het kind erg pijnlijk is om te bespreken.

Box 8

De groepsleiding begrenst het sadistische gedrag van Suzan op een vriendelijke manier en wijst haar niet af. De groepsleiding bespreekt met haar dat kinderen die mishandeld zijn zich vaak machteloos hebben gevoeld en dat het een fijn en machtig gevoel kan geven om anderen te pesten. Ook probeert de groepsleiding Suzan nieuwsgierig te maken om deze, tot nu toe schaamtevolle, gevoelens te onderzoeken. Suzan begint dat te herkennen en vertelt meer details over de sadistische pesterijen van haar vader.

Gedurende de behandeling neemt het afwijzende gedrag van Suzan naar haar moeder toe en ze is boos dat moeder hen in de steek heeft gelaten. Moeder reageert in eerste instantie afwijzend en teleurgesteld op de kinderen en valt terug in haar oude gedrag. Ze bekritiseert de groepsleiding en belt een aantal afspraken af; de behandeling stagneert.

In een gesprek met de behandelcoördinator en systeemtherapeut wordt het gedragspatroon van Suzan en haar reactie daarop besproken. Dit helpt moeder om te reflecteren en er wordt een nieuw kader gemaakt. Moeder herkent nu het afwijzende gedrag van haar dochters als gedrag van zichzelf. Ze neemt zich voor om net zo vasthoudend te zijn als haar systeemtherapeut. 'Dat werkt namelijk het beste', zegt ze lachend. Het lukt moeder om afstand te houden en begripvol en begrenzend te reageren op haar kinderen.

In de systeemgesprekken wordt met ouders uitgewerkt hoe zij kunnen oefenen met competent gedrag en hoe ze vaardigheden kunnen aanleren. De groepsleiding bespreekt met de ouders het gedrag van het kind op de groep en thuis om hun het traumagerelateerde vermijdingsgedrag te leren onderscheiden en begrijpen. Door dat begrip gaat de ouder ook meer controle ervaren over zijn kind. Ouders oefenen in de weekenden thuis en op de groep in de ouderparticipaties met competent, consistent gedrag ten opzichte van hun kind.

In de laatste fasen van de behandeling worden steeds meer situaties gecreëerd tussen ouder en kind die de nieuw gevormde interactie bekrachtigen. Hierdoor verdiept het contact tussen kind en ouders en de heimwee van het kind en het gemis van ouders neemt in deze fase vaak toe. De verleiding om te snel over te gaan tot ontslag of intensivering van de contactmomenten tussen ouder en kind wordt weerstaan, omdat juist deze fasen binnen de klinische behandeling moeten worden doorlopen. Ook in deze fase van de behandeling dient er na de contactmomenten voldoende fysieke afstand te worden gecreëerd tussen ouder en kind. Zodoende is het mogelijk voor ouders en kind om in de omgang met elkaar

bewust te oefenen met nieuw gedrag, zonder terug te vallen in oude patronen. Als de contacten te snel intensiveren, is dat vaak moeilijk vol te houden.

Box 9

In aanvulling op de systeemgesprekken start moeder nu zelf met EMDR-behandeling, waarin de herinneringen die voor haar nu nog bewijzen dat ze niet de moeite waard is, van hun lading worden ontdaan en van betekenis veranderen. Ze realiseert zich dat het gedrag van haar moeder waarschijnlijk veroorzaakt werd door het verdriet om de dood van haar man en niet doordat zij een slecht kind was. En ze bedenkt dat haar moeder, net als zijzelf in deze tijd, er daarom niet voor haar kinderen kon zijn. Haar zelfbeeld verandert in positieve zin en in de systeemgesprekken werkt ze uit wat dit betekent voor de relatie met haar kinderen. Het contact met de kinderen wordt intiemer en ze merkt dat ze spontaan meer vertellen over vroeger. In de weekenden begint moeder meer structuur en ritme aan te brengen. Ze geeft de kinderen meer taken (kamers opruimen, afwassen enzovoort) en deelt de dag zo in dat ze zelf tijd heeft om iets met de kinderen te ondernemen. Er zijn meer 'gewone' conflicten tussen moeder en de kinderen en haar positie als ouder wordt steviger.

Fase 5 - Integratie: Consolidatie en heroriëntatie op de toekomst (zes maanden)

In deze fase wordt gewerkt aan het hervatten van het leven buiten de kliniek en het integreren van de ervaringen. Dat betekent ook een losmaking van de kliniek, met als implicatie een grotere rol van ouders. Ouders kunnen nu meer gevolg geven aan hun behoefte minder afhankelijk van de behandelaars te zijn. Het betekent voor behandelaars dat ze zich losmaken van kind en gezin of dat ze kunnen verdragen/faciliteren dat kind en gezin dat doen. Voor de groepsleiding, die dan ruim een jaar zeer intensief met het kind heeft gewerkt (het kind heeft behandeld, verzorgd en begeleid), betekent deze fase ook een zekere onthechting. Afscheidsrituelen, zoals het maken van een afscheidskalender, het expliciet stilstaan bij het naderend afscheid, bij wat het kind voor de groepsleiding betekend heeft, wat het kind heeft geleerd, het persoonlijk afscheid nemen van alle belangrijke personen, vervullen daarin voor zowel behandelaars als kind en gezin een belangrijke rol.

Is deze kostbare en intensieve behandelvorm de moeite waard?

Box 10

De kinderen zijn inmiddels een dik jaar opgenomen en krijgen steeds meer heimwee. Moeder vertelt opgetogen hoe goed het gaat en de ontslagdatum wordt vastgelegd. Dat duurt nog lang voor haar gevoel, maar ze begrijpt het belang van een zorgvuldige afbouw. De kinderen gaan voortaan elk weekend naar huis. De groepsleiding bespreekt met moeder en de kinderen hoe ze meer contacten kunnen leggen buiten het gezin en de kliniek. Dat oefenen ze in de weekenden. Suzan krijgt een afscheidskalender waarop de periode van afscheid in gebeurtenissen concreet gemaakt is. De andere kinderen op de groep vertellen spontaan wat ze hebben gemerkt aan veranderingen bij Suzan en Esther. De groepsleiding benoemt ook het eigen gevoel van gemis na zo'n lange tijd zorgen voor de kinderen. In de systeemgesprekken wordt uitgebreid stilgestaan bij de betekenis van afscheid nemen voor moeder en de kinderen.

Fase 6: - Postklinische voortzetting (nul tot twaalf maanden)

Na ontslag volgt doorgaans poliklinische voortzetting van de therapieën. Ook kan de behandeling worden overgedragen naar een jeugdzorginstelling, of kan een behandeling helemaal worden afgesloten.

Box 11

Moeder geeft aan geen behoefte te hebben aan nazorg en de kinderen ook niet, dus die is er ook niet geweest. Ze snakken ernaar om weer 'gewoon' te zijn. Dat was misschien voor het behandelteam wel een spannender beslissing dan voor het gezin zelf. Na twee jaar vertelt moeder dat het nog steeds heel goed gaat met haar en de kinderen.

BESCHOUWINGEN

De voorlopige resultaten wijzen erop dat de klinische Fasenbehandeling een succesvol behandelprogramma is. Ouders en kinderen noemen afname van klachten, toename van competenties en tevredenheid over de behandeling. In de afgelopen 5 jaar is 69% van de kinderen (N=27, waarvan 5 drop-outs) na behandeling weer thuis gaan wonen, terwijl meer dan de helft van deze kinderen aanvankelijk in crisis was opgenomen en de ouder(s) na drie maanden stabilisatie aangaven dat het kind niet naar huis kon. Om hier echter

conclusies aan te kunnen verbinden is nader onderzoek noodzakelijk.

Langdurige klinisch behandeling is een kostbare behandelvorm en lijkt geheel in te gaan tegen de huidige trend zo kort en goedkoop mogelijk te behandelen. Als de Fasenbehandeling echter een effectieve behandeling van vroegkinderlijk, chronisch getraumatiseerde kinderen blijkt te zijn, kan die behandeling tevens een preventief effect hebben op het ontwikkelen van persoonlijkheidsproblematiek op latere leeftijd. Dat zou de investering, hoe kostbaar en intensief ook, in alle opzichten de moeite waard maken. ●

LITERATUUR

- Arum, B.A. van (1999). *De Fasenbehandeling* (intern beleidsstuk Fornhese, kinder- en jeugdpsychiatrie, Symforagroep Amersfoort).
- Crittenden, P.M. (1997a). 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 (red.). (1997). *Assessment and intervention issues across the life span*. (pp. 35-76). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Crittenden, P.M. (1997b). Toward and integrative theory of trauma: a dynamic-maturation approach. In D. Cicchetti & S. Toth (red.), *The Rochester symposium on developmental psychopathology, vol 10, Risk, trauma, and mental processes* (pp.34-38). Rochester: University of Rochester Press.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991) Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.
- Fonagy, P., Gergely G., Jurist, E.L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Greenwald, R. (2005) *Child Trauma Handbook: a guide for helping trauma-exposed children and adolescents*. Binghamton, NY: The Haworth Press Inc.
- Lamers-Winkelmann, F., & Bicanic, I. (2000). *HORIZON*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Struik, A.L. (2005). *De Fasenbehandeling* (intern beleidsstuk Herlaarhof, Centrum van kinder- en jeugdpsychiatrie, Reinier van Arkelgroep, Vught).
- Verheugt-Pleiter, J.E., Schmeets, M.G., & Zevalkink, J. (2005) *Mentaliseren in de kindtherapie*. Assen: Van Gorcum.

TUSSENDOR

Moord en doodslag

Pauline Polak, schoolpsycholoog

Sommige kinderen zijn nog voor hun tiende in aanraking gekomen met dingen waar de meeste volwassenen hun hele leven gelukkig alleen in de krant over lezen. Soms gebeurt dat min of meer toevallig en zijdelings, wonen ze in een buurt waar rare dingen gebeuren. Andere keren is het heel dichtbij.

De mensen waar het over gaat in de krant of op de televisie ken je bijna nooit. Een heel enkele keer kom je ze in je werk tegen. Als ouder van een kind. Soms weet je dat een ouder iets ernstigs gedaan heeft. Daar denk je over na voor je iemand spreekt. Ik ga er maar van uit dat zulke dingen nooit zomaar gebeuren, dat er een aanleiding voor was en dat die aanleiding er in het contact met mij over hun kind niet is.

Toch is het onvermijdelijk dat je een beetje op je hoede bent en dat de betrokken ouder zich afvraagt hoe je tegen hem of haar aankijkt. Een moeder die lang in de gevangenis

gezet had, vroeg me ook de eerste keer dat ik haar sprak of ik bang voor haar was.

Een enkele keer ontmoet je ouders die op zo'n manier over hun partner en wat die allemaal verkeerd doet praten, dat je denkt 'dat gaat nooit goed'. Maar je stelt je nooit voor dat het afloopt op de manier die de krant haalt.

Toch overkomt dat kinderen.

Sinds 1945 bestaat in Nederland een nieuwe uitdrukking die gebruikt wordt als er gepraat wordt over familie en bekenden die er niet meer zijn, 'Die is na de oorlog niet teruggekomen'.

Dat heeft in al zijn treurigheid iets goeds. Je weet beiden waar het over gaat, maar hoeft het niet te benoemen; die zin duidt aan en tegelijk vermijdt hij wat er gebeurd is doordat hij alleen gaat over voor en na.

Ik vraag me wel eens af hoe kinderen waarvan de ene ouder de ander gedood heeft dat formuleren.