

A cartoon illustration of a young boy with blonde hair, wearing a pink long-sleeved shirt and blue jeans, running through a landscape. He has a large blue backpack on his back and is holding a black object, possibly a flashlight or a tool, in his hands. He has a distressed expression with wide eyes and a sweat drop on his forehead. The background shows a winding path, green bushes, and a blue sky with a light blue gradient. The overall style is colorful and expressive.

Kind en adolescent praktijkreeks

Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten

Met de methode
Traumagerichte
Cognitieve Gedragstherapie

Judith A. Cohen
Anthony P. Mannarino
Esther Deblinger

Kind en adolescent praktijkreeks

Dit boek, *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten. Met de methode traumagerichte cognitieve gedragstherapie*, is onderdeel van de Kind en adolescent praktijkreeks.

Bij deze titel is tevens te bestellen: *Verwerken en versterken. Werkboek voor ouders bij de methode traumagerichte cognitieve gedragstherapie*; *Werkboek voor therapeuten bij de methode traumagerichte cognitieve gedragstherapie*; *Werkboek voor kinderen en jongeren bij de methode traumagerichte cognitieve gedragstherapie*, R. Beer en R.J.L. Lindauer, Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Bestellen

De boeken zijn rechtstreeks te bestellen via de webwinkel van uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum te Houten: ► www.bsl.nl of via de boekhandel.

Kind en adolescent praktijkreeks

De Kind en adolescent praktijkreeks biedt heldere en gefundeerde informatie over stoornissen en behandelmethoden voor kinder- en jeugdpsychologen, orthopedagogen, kinder- en jeugdpsychiaters en andere hulpverleners. In iedere uitgave komt een behandelmethode aan de orde. Waar dit relevant is wordt deze behandeling zo specifiek per sessie beschreven dat er sprake is van een protocol.

Judith A. Cohen
Anthony P. Mannarino
Esther Deblinger

Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten

Met de methode traumagerichte cognitieve gedragstherapie

Tweede, herziene druk



Houten 2021

Judith A. Cohen

Department of Psychiatry
Allegheny General Hospital Department of
Psychiatry
Pittsburgh, Verenigde Staten

Anthony P. Mannarino

Dept of Psychiatry
Allegheny General Hospital Dept of
Psychiatry
Pittsburgh, Verenigde Staten

Esther Deblinger

School of Osteopathic Medicine
CARES Institute, Rowan University School of
Osteopathic Medicine
Stratford, Verenigde Staten

Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents (2nd ed.) was originally published in English in 2017. This adaptation is published by arrangement with The Guilford Press. Bohn Stafleu van Loghum, part of Springer Media BV is solely responsible for this adaptation from the original work and The Guilford Press shall have no liability for any errors, omissions or inaccuracies or ambiguities in such translation or for any losses caused by reliance thereon.

Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents (2nd ed.) werd oorspronkelijk in het Engels gepubliceerd in 2017. Deze Nederlandse vertaling en bewerking is met toestemming van The Guilford Press gepubliceerd. Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media BV is volledig verantwoordelijk voor deze vertaling en bewerking. The Guilford Press is niet verantwoordelijk voor fouten, omissies, onjuistheden of onduidelijkheden in de vertaling of voor enige schade voortvloeiend uit het gebruik hiervan.

Vertaling: Vanja Walsmit

ISSN 2542-9078

ISSN 2542-9086 (electronic)

Kind en adolescent praktijkreeks

ISBN 978-90-368-2593-1

ISBN 978-90-368-2594-8 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-90-368-2594-8>

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2008, 2021
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet j° het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen. De uitgever blijft onpartijdig met betrekking tot juridische aanspraken op geografische aanwijzingen en gebiedsbeschrijvingen in de gepubliceerde landkaarten en institutionele adressen.

NUR 777

Basisontwerp omslag: Studio Bassa, Culemborg

Automatische opmaak: Scientific Publishing Services (P) Ltd., Chennai, India

Omslagillustratie: Marcel Jurriëns

Bohn Stafleu van Loghum

Walmolen 1

Postbus 246

3990 GA Houten

www.bsl.nl

Voorwoord bij de Nederlandse vertaling van de tweede druk

Traumagerichte cognitieve gedragstherapie (*trauma-focused cognitive behavioral therapy*, TF-CBT) is een eerstekeusbehandeling voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten en heeft na verschijning van de eerste druk (2008) internationaal en nationaal verdere ontwikkeling doorgemaakt: de klinische ervaringen met dit behandelprogramma en het wetenschappelijk onderzoek zijn uitgebreid. Het is daarom goed dat er een Nederlandse vertaling beschikbaar komt van de tweede druk van dit boek, geschreven door de Amerikaanse ontwikkelaars. In dit voorwoord schetsen wij een beeld van de TF-CBT-ontwikkeling sinds de verschijning van de eerste druk. Wij belichten hoe de disseminatie in Nederland plaatsvindt en hoe de opleiding voor Nederlandse therapeuten ter voorbereiding op een adequate toepassing van deze behandelmethode is georganiseerd. Tevens gaan we in op enkele inhoudelijke aspecten van deze tweede druk en op een aantal verschillen tussen Amerika en Nederland in de uitvoering van TF-CBT.

TF-CBT-ontwikkeling in Nederland

Met de vertaling van de eerste druk opende Bohn Stafleu van Loghum de *Kind en Adolescent praktijkreeks* (KAP-reeks), een serie van theoretische handleidingen voor behandelmethoden met daaraan gekoppelde werkboeken, gericht op de praktische uitvoering van de betreffende behandelmethode. De vertaling werd ondersteund door het toenmalige Centrum Traumagerelateerde Stoornissen van de Bascule (nu: Centrum voor Trauma en Gezin van Levvel), omdat een vertaling van dit boek in onze visie een belangrijke bijdrage kon leveren aan verbetering van traumabehandeling in Nederland. Het betrof namelijk de empirisch meest onderzochte behandeling van PTSS bij kinderen.

Na een opleiding door onze Amerikaanse collega's, de auteurs van dit boek, zetten wij disseminatie van TF-CBT in Nederland in gang door het organiseren en verzorgen van trainingen en supervisie aan therapeuten. In het kader van disseminatie schreven we publicaties, gericht op de praktische uitvoering van het programma en op kennisverspreiding onder therapeuten. Voor (potentiële) cliënten maakten we voorlichtingsfolders. Passend in de KAP-reeks produceerden we werkboeken om het programma aantrekkelijk en doelmatig vorm te geven voor drie doelgroepen: therapeuten, ouders en kinderen (*Verwerken en versterken. Werkboek voor ouders; Werkboek voor kinderen; Werkboek voor therapeuten*, Beer en Lindauer 2014). Deze werkboeken bieden de nodige informatie bij alle modules voor respectievelijk ouders, kinderen en therapeuten. In de TF-CBT-trainingen wordt toegelicht hoe men deze werkboeken in de behandeling kan inzetten. Voor jongeren met weerstand tegen boeken bewerkten we in samenwerking met collega's van Jouw Omgeving (<https://bit.ly/3hoKgT7>) het eerste deel van het programma ofwel werkboek tot een onlineversie, zodat therapeuten die groep beter zouden kunnen bereiken. Ter vergroting van de bekendheid van TF-CBT

onder therapeuten schreven we artikelen in Nederlandse tijdschriften (Beer en Lindauer 2013, 2015; Lindauer 2020; Op den Kelder en Schlattmann 2019; Ten Broeke et al. 2015) en een hoofdstuk in een leerboek over cognitieve gedragstherapie (Beer en Mulder in Cladder et al. 2020, blz. 264–278). Behalve het verzorgen van publicaties vonden ook onderzoeksactiviteiten plaats. Zo is er onderzoek uitgevoerd, waarin de resultaten van TF-CBT werden vergeleken met die van EMDR (Diehle et al. 2014), en momenteel vinden onderzoeken plaats naar behandel-effecten en biologische voorspelers van behandel-succes.

Als deze tweede druk verschijnt, is de organisatie van de trainingen inmiddels enkele jaren ondergebracht bij verschillende onderwijsinstellingen. Er vinden meerdere trainingen per jaar plaats, en de belangstelling voor TF-CBT stijgt. Nederland telt op dit moment vier geaccrediteerde trainers en supervisors. Het aantal supervisors zal de komende jaren worden uitgebreid. Er is een website ontwikkeld, waarop men instellingen en praktijken kan vinden waar opgeleide therapeuten werkzaam zijn, verspreid over het land, zodat gerichte verwijzing mogelijk is (► www.tfcbt.nl). Op deze website is ook informatie te vinden over opleidingen alsmede informatie die therapeuten met hun cliënten kunnen delen.

TF-CBT-opleiding in Nederland

De Nederlandse opleiding omvat verschillende werkvormen, zodat *blended learning* plaatsvindt aan de hand van de volgende onderdelen naast het lezen van dit boek: tien uur e-learning (zelfstudie met een online cursus, ontwikkeld door de auteurs van dit boek), drie trainingdagen met informatieoverdracht en praktische oefeningen gericht op toepassing van de modules en zes uur groepssupervisie online.¹ De opleiding beoogt therapeuten voldoende handvatten te bieden voor optimale inzet van de behandeling en om adequaat te kunnen reageren op eventuele problemen tijdens de uitvoering.

Terwijl de Amerikaanse ontwikkelaars toepassing vooral aanbevelen door behandelaars in de eerste lijn, pleiten wij als Nederlandse trainers voor toepassing door therapeuten die specifiek opgeleid zijn of willen worden als traumabehandelaar. Deze kunnen werkzaam zijn in elke setting en op elke plek in de ggz of de jeugdhulpverlening. Ons doel met de opleiding, in aanvulling op het boek, is bijdragen aan de kwaliteit van de behandeling van kinderen en adolescenten met traumaklachten in Nederland.

De Nederlandse opleiding staat open voor psychologen en orthopedagogen met (bijna) registratie als gz-psycholoog of orthopedagoog-generalist, en (aspirant) cognitief gedragstherapeuten. Bij voorkeur hebben zij al ervaring met het werken met getraumatiseerde kinderen of adolescenten. Sinds enkele jaren is de TF-CBT-opleiding ook structureel opgenomen in het curriculum van de opleiding tot klinisch psycholoog.

1 Er is ook een uitgebreidere variant, waarin de TF-CBT-training geïntegreerd is in een vervolgcursus voor de VGct (TF-CBT). Deze variant bestaat uit zes trainingdagen waarin meer aandacht wordt geschonken aan diagnostiek en de plaats van TF-CBT binnen het gedragstherapeutisch proces.

TF-CBT-trainers hebben een *Train the Trainers-training* gevolgd bij de ontwikkelaars van het programma, de auteurs van dit boek, die ook de accreditatie verlenen. Voor ervaren TF-CBT-therapeuten die supervisor willen worden, hebben de Nederlandse trainers een opleidingsroute ontwikkeld. De Nederlandse trainers dragen met elkaar de verantwoordelijkheid voor borging en bewaking van de kwaliteit en de inhoud van de opleidingen.

Beschouwingen bij de tweede druk

Voor de behandeling van kinderen met PTSS adviseren internationale richtlijnen op basis van empirische evidentie twee behandelmethoden: TF-CBT en EMDR (AACAP 2010; ISTSS 2018; NICE 2018; WHO 2013). Waar in de richtlijnen gesproken wordt over TF-CBT, wordt niet exclusief bedoeld op het protocol dat in dit boek beschreven wordt. Immers, er zijn meer protocollen beschreven op basis van cognitief-gedragstherapeutische principes. Omdat dit protocol echter in meerdere landen aangeduid wordt met deze letters en omdat we graag eenduidige en duidelijke communicatie over dit protocol willen bevorderen, hebben wij bij de implementatie in Nederland besloten om dezelfde letters aan te houden en de benaming niet te vertalen (dus TF-CBT en niet TG-CGT²), zodat internationaal dezelfde letters gebruikt worden voor dit protocol, zoals dit ook het geval is bij EMDR.

Zoals vermeld in het voorwoord bij de eerste druk hebben wij waardering voor het feit dat dit programma gedurende lange tijd zorgvuldig is onderzocht voordat het als zodanig werd gepubliceerd. Tot 2008 waren alleen onderzoeken uitgevoerd in de VS. In de afgelopen twaalf jaar heeft onderzoek ook plaatsgevonden in andere landen en door andere onderzoeksteams. Hierover doen de auteurs verslag in deze tweede druk. In deze periode is TF-CBT ook vergeleken met *treatment as usual* als controleconditie (Goldbeck et al. 2016; Jensen et al. 2014) of EMDR (Diehle et al. 2014), een andere bewezen effectieve behandeling, terwijl TF-CBT voor die tijd alleen vergeleken was met een wachtlijstconditie en *client centered therapy*. Een recente meta-analyse van alle gerandomiseerde en gecontroleerde studies (RCT's), gepubliceerd tussen 2011–2019, die de effectiviteit hebben onderzocht van psychologische interventies voor behandeling van PTSS bij kinderen en adolescenten, laat zien dat zowel TF-CBT als EMDR effectiever is dan reguliere (niet-traumagerichte) cognitieve gedragstherapie, waarmee de aanbevelingen in de richtlijnen bevestigd worden (Bastien et al. 2020).

Sinds een aantal jaren wordt er gediscussieerd over de vraag of gefaseerde behandeling wel nodig is, en zo ja, wat er dan achtereenvolgens in de verschillende fasen zou moeten gebeuren. Naar onze mening is een van de sterke punten van TF-CBT dat de modules op flexibele wijze kunnen worden ingezet op basis van de individuele casusconceptualisatie, waarbij de therapeut voor elke afzonderlijke module kan motiveren om welke redenen en met welk doel die wordt ingezet. Specifieke vaardigheden worden alleen aangeleerd als uit de diagnostiek gebleken is dat dit relevant en zinvol is voor

2 In de vertaling van de eerste druk zijn nog wel de letters TG-CGT gebruikt.

het betreffende kind of de adolescent. Om die reden beschouwen wij TF-CBT vooral geschikt voor kinderen en adolescenten die meer nodig hebben dan alleen traumaverwerking.

Opvallend is dat de auteurs bij hun overwegingen ten aanzien van exposureprocedures in het protocol wel een referentie noemen van Craske (2008), maar geen latere. Zij hebben de nieuwere inzichten met betrekking tot exposuretherapie (Craske et al. 2014) helaas niet geïntegreerd en expliciteren evenmin wat hun eventuele motieven daarvoor zijn.

Wat verder opvalt is een specifieke verandering in het protocol die de auteurs introduceren in de tweede druk, namelijk dat het onderdeel combinatiesessies met de ouders niet meer wordt beschouwd als een essentieel onderdeel, maar in bepaalde gevallen overgeslagen zou kunnen worden. In onze visie is dit onderdeel juist een zeer krachtig en wel degelijk essentieel element van deze behandeling, dat kinderen met traumaklachten helpt om ook beter te functioneren in gezinsverband, doordat ze samen met hun ouders geholpen worden.

We zijn blij dat de uitgever ook deze tweede druk heeft laten vertalen, omdat hiermee een actualisering beschikbaar komt van onderzoek met TF-CBT gedurende de afgelopen twaalf jaar met de conclusies die de auteurs daaruit getrokken hebben.

Met de beschikbaarheid van meerdere bewezen effectieve behandelingen en de mogelijkheid voor therapeuten om opgeleid te worden in de toepassing van deze behandelingen, zullen er gelukkig steeds meer goed opgeleide behandelaars komen voor kinderen en adolescenten met klachten na het meemaken van traumatische ervaringen en voor hun ouders. Moge dit boek een inspiratiebron zijn voor therapeuten die werken met deze doelgroep.

Trainers TF-CBT: Renée Beer, Ramón Lindauer, Nathalie Schlattmann, Marlies van Dijk.



Literatuur

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry – AACAP (2010). Practice Parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(4), 414–430.
- Bastien, R. J., Jongsma, H. E., Kabadayi, M., & Bollings, J. (2020). The effectiveness of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50, 10, 1598–1612.
- Beer, R., & Lindauer, R. (2013). Trauma Focused CBT (TF-CBT). Een effectieve modulaire traumabehandeling voor kinderen en hun ouders. *Kinder & Jeugdpsychotherapie*, 40, 2, 5–19.
- Beer, R., & Lindauer, R. J. L. (2014). *Verwerken en versterken*. Werkboeken (3) voor kinderen en jongeren bij de methode traumagerichte cognitieve gedragstherapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Beer, R., & Lindauer, R. (2015). ‘Gewoon doorzetten en alles opschrijven.’ Traumagerichte cognitieve gedragstherapie: Een behandeling voor getraumatiseerde kinderen en hun ouders. *Kind en Adolescent Praktijk*, 4, 4–11.
- Beer, R., & Mulder, G. A. L. A. (2020). Posttraumatische stressklachten en TF-CBT. In: J. M. Cladder, M. W. D. Nijhoff-Huysse, & G. A. L. A. Mulder (2020). *Cognitieve gedragstherapie met kinderen en jeugdigen*. Amsterdam: Pearson.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 27. ► <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003>.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behavior Research and Therapy*, 58, 10–23. ► <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>.
- Diehle, J., Opmeer, B. C., Boer, F., Mannarino, A. P., & Lindauer, R. (2014). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: What works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 24(2), 227–236.
- Goldbeck, L., Mueche, R., Sachser, C., Tutus, D., & Rosner, R. (2016). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) for children and adolescents: A randomized controlled trial in eight German mental health clinics. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(3), 159–170.
- International Society of Traumatic Stress Studies – ISTSS (2018). *Posttraumatic stress disorder. Prevention and treatment guidelines. Methodology and recommendations*.

► https://www.istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL.pdf.aspx.

Jensen, T., Ormhaug, S. M., Holt, T., & Fjermestad, K. W. (2018). Change in post-traumatic cognitions mediates treatment effects for traumatized youth: A randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, 65, 2, 166–177.

Lindauer, R. (2020). Je bent een goochelaar. TF-CBT in combinatie met het EMDR-protocol Woede, wrok, en wraak bij een jongen met complexe PTSS. *EMDR Magazine*, 3(8), 51–53.

National Institute of Clinical Excellence – NICE (2018). *Post traumatic stress disorder*.
► <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations#management-of-ptsd-in-children-young-people-and-adults>.

Op den Kelder, R., & Schlattmann, N. (2019). Stemmen in je hoofd de baas. TFCBT bij een meisje met auditieve hallucinaties en PTSS. *Kind en Adolescent Praktijk*, 18(1), 20–26.

Ten Broeke, E., Beer, R., De Jongh, A., & Lindauer, R. (2015). Vragen, vragen, vragen. *Gedragstherapie*, 47(3), 70–76.

World Health Organization (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. ISBN: 978 92 4 150540 6.

Dankwoord van de auteurs

In de jaren waarin dit boek is ontstaan, hebben we mogen putten uit de wijsheid en de klinische ervaring van veel vrienden en collega's uit uiteenlopende disciplines. Onze eigen instellingen, het Allegheny General Hospital en het CARES Institute, hebben ons een zeer gunstige werkomgeving geboden. Daarnaast zouden onze inspanningen voor de ontwikkeling van dit behandelmodel niet mogelijk zijn geweest zonder de steun en de medewerking die wij van al onze collega's van beide instellingen hebben gekregen. De therapeuten en supervisors het model van traumagerichte cognitieve gedragstherapie in onze klinieken en onze behandelstudies in praktijk hebben gebracht, hebben bijzonder waardevolle inzichten en creatieve ideeën aangedragen. Wij zijn hun zeer erkentelijk voor hun vele bijdragen.

Ook willen we de subsidiërende instellingen bedanken die ons hebben gesteund bij het ontwikkelen en toetsen van dit behandelmodel: het National Center on Child Abuse and Neglect (NCCAN, tegenwoordig het Office on Child Abuse and Neglect (OCAN)), het National Institute of Mental Health (NIMH), de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), de Jewish Healthcare Foundation in Pittsburgh, de Staunton Farm Foundation in Pittsburgh, de Foundation of the University of Medicine and Dentistry of New Jersey, de Robert Wood Johnson Foundation en de Rowan Foundation.

Daarnaast willen we onze collega's bij het National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) bedanken, een verzameling programma's voor traumabehandeling in de gehele Verenigde Staten die worden gefinancierd door de SAMHSA. Samen met andere hulpverleners op het gebied van kindermishandeling en trauma's bij kinderen hebben zij allerlei constructieve suggesties aangedragen om deze tweede editie beter te laten aansluiten bij de behoeften van behandelaars van getraumatiseerde kinderen. Sommige van deze vrienden en collega's – het zijn er te veel om ze allemaal bij naam te noemen – kennen we al meer dan dertig jaar, terwijl we anderen nog maar pas hebben ontmoet. Tijdens het ontwikkelen en toetsen van onze behandelmethode hebben we ons voordeel gedaan met hun niet-aflatende professionele en persoonlijke steun en aanmoediging. Onze dank gaat vooral uit naar onze collega's bij het National Crime Victims Research and Treatment Center van de Medical University van South Carolina, die ons waardevolle inzichten hebben gegeven in de rol van cultuur bij de toepassing van dit model, en die de onlinetraining hebben ontwikkeld.

De ontwikkeling, aanpassing en toetsing van de in dit boek beschreven modules voor de behandeling van traumatische rouw bij kinderen is voor een deel mogelijk gemaakt door de steun van het Child Traumatic Grief Committee van het NCTSN. Tamra Greenberg, Susan Padlo, Carrie Seslow en Karen Stubenbort, onze collega's bij het Allegheny General Hospital Center for Traumatic Stress in Children and Adolescents, zijn bijzonder behulpzaam geweest bij het conceptualiseren van eerdere versies van deze modules voor traumatische rouw bij kinderen, en we zijn hun erkentelijk voor hun belangrijke bijdrage.

Het geduld, de liefde en de steun die wij ieder van ons gezin hebben ondervonden, hebben we zeer gewaardeerd. Tot slot willen we de vele ouders en kinderen bedanken die zich op zulke moeilijke momenten in hun leven aan onze zorg hebben toevertrouwd. We voelen ons bevoorrecht dat we de gelegenheid hebben gehad om van hen te leren. Zij hebben voor ons nog eens extra onderstreept dat de band tussen ouder en kind en de helende kracht van die relatie van centraal belang zijn.

We dragen dit boek op aan alle kinderen die bij ons in behandeling zijn geweest, en aan onze eigen kinderen en kleinkinderen.

Inhoud

I Traumagerichte cognitieve gedragstherapie: overzicht en conceptueel raamwerk

1	De gevolgen van trauma en rouw voor kinderen en hun gezin	3
1.1	Wanneer is er bij een kind sprake van trauma?.....	4
1.2	Wat zijn traumasymptomen?	7
1.2.1	Affectieve traumasymptomen	9
1.2.2	Gedragsmatige traumasymptomen.....	11
1.2.3	Cognitieve traumasymptomen	14
1.2.4	Interpersoonlijke traumasymptomen	16
1.2.5	Complexe PTSS.....	16
1.2.6	Biologische traumasymptomen.....	17
1.3	Traumatische rouw bij kinderen	19
1.3.1	Ongecompliceerde rouw.....	19
1.3.2	Gecompileerde rouw	20
1.3.3	Traumatische rouw bij kinderen	21
1.4	Traumagerichte en rouwgerichte behandeling	22
	Conclusie	23
2	Strategieën voor de diagnostiek van getraumatiseerde kinderen	25
2.1	Beoordeling van blootstelling aan trauma	26
2.2	Vaststelling van PTSS-symptomen.....	27
2.3	Vaststelling van andere psychiatrische stoornissen	28
2.4	Vaststelling van traumatische rouw bij kinderen	33
2.4.1	De traumatische aard van het overlijden	34
2.4.2	De aanwezigheid van PTSS-symptomen in verband met het overlijden	34
2.4.3	De invloed van PTSS-symptomen op het typische rouwproces	34
2.5	Feedback aan het gezin over de diagnostiek.....	35
3	Traumagerichte cognitieve gedragstherapie: de werking van het model	39
3.1	Geleidelijke exposure en gefaseerde behandeling	40
3.2	De ontwikkeling van het TF-CBT-model.....	42
3.3	Individuele en gezamenlijke behandelsessies voor het kind en de ouders	44
3.4	Structuur en flexibiliteit van de sessies	44
3.5	De voordelen van betrokkenheid van de ouders bij de behandeling.....	45
3.6	Privacy en het stimuleren van open communicatie tussen ouder en kind	48
3.7	Dilemma's bij de deelname van ouders aan TF-CBT.....	50
3.8	Het belang van cultuur in het TF-CBT-model	50
3.9	Het belang van eventuele aanvullende hulpverlening.....	51
3.10	Algemene overwegingen bij het gebruik van dit boek	53
	Conclusie	55

4	Onderzoek naar TF-CBT	57
4.1	Conclusie	68
5	De rol van de therapeut bij traumagerichte cognitieve gedragstherapie	81
5.1	De centrale rol van de therapeutische relatie	82
5.2	Het belang van inschattingsvermogen, bekwaamheid en creativiteit van de therapeut	84
5.3	Kwalificaties en opleiding van de therapeut	87
5.4	Vraag en antwoord	88

II Traumagerichte modules

6	Psycho-educatie over trauma	97
6.1	Psycho-educatie over het TF-CBT-behandelmodel	101
6.2	Psycho-educatie voor kinderen met traumatische rouw	102
6.3	Vraag en antwoord	102
7	Opvoedkundige vaardigheden	107
7.1	Functione analyses	108
7.2	Complimenten	110
7.3	Selectieve aandacht	113
7.4	Time-out	115
7.5	Contingente bekrachtiging	116
7.6	Inzet van opvoedkundige vaardigheden bij adolescenten	117
7.7	Vraag en antwoord	118
8	Relaxatievaardigheden	121
8.1	Geconcentreerde ademhaling/mindfulness/meditatie	123
8.2	Progressieve spierontspanning	126
8.3	Relaxatie voor kinderen met traumatische rouw	129
8.4	Relaxatie voor ouders	130
8.5	Andere relaxatietechnieken	131
8.6	Vraag en antwoord	132
9	Vaardigheden voor de expressie en de modulatie van affect	135
9.1	Benoemen van gevoelens bij kinderen	136
9.2	Expressie van affect bij ouders	138
9.3	Gedachteonderbreking en positieve verbeelding	140
9.4	Positieve zelfspraak	142
9.5	Versterking van het gevoel van veiligheid bij het kind	142
9.6	Versterking van probleemoplossende en sociale vaardigheden	144
9.7	Ontwikkeling van sociale vaardigheden	147
9.8	Omggaan met moeilijke gevoelens	148
9.9	Affectmodulatie voor kinderen met traumatische rouw	148

9.10	Affectmodulatie voor ouders	149
9.10.1	Gedachteonderbreking en positieve afleiding	149
9.10.2	Positieve zelfspraak	150
9.11	Vraag en antwoord	151
10	Cognitieve-coping- en verwerkingsvaardigheden: de cognitieve driehoek	155
10.1	Soorten onjuiste en niet-helpende gedachten	159
10.2	De cognitieve driehoek voor ouders	161
10.3	Versterking van het gevoel van veiligheid bij de achterblijvende ouder	163
10.4	Vraag en antwoord	164
11	Vertellen en verwerken, deel 1: Het traumaverhaal	167
11.1	Inleiding bij de module vertellen en verwerken	169
11.2	De ontwikkeling van het traumaverhaal	171
11.3	Ontwikkeling van het traumaverhaal voor kinderen met traumatische rouw	177
11.4	De ouder deelgenoot maken van het traumaverhaal	179
11.5	Vraag en antwoord	182
12	Vertellen en verwerken, deel 2: Cognitieve verwerking	187
12.1	Onderzoeken en corrigeren van onjuiste of niet-helpende cognities	188
12.2	Cognitieve verwerking van een traumatisch sterfgeval	193
12.3	Cognitieve verwerking van het traumaverhaal van het kind met de ouders	194
12.4	Vraag en antwoord	195
13	In vivo beheersing van herinneringen aan het trauma	199
13.1	Onderscheid tussen angsten voor onschuldige situaties en voor reële gevaren ...	200
13.2	De ontwikkeling van een effectief in vivo plan	202
13.3	Vraag en antwoord	204
14	Gezamenlijke sessies met kind en ouder	207
14.1	Vertellen en verwerken in gezamenlijke sessies met kind en ouder	208
14.2	Andere activiteiten voor gezamenlijke kind-oudersessies	211
14.3	Vraag en antwoord	213
15	Bevordering van toekomstige veiligheid en ontwikkeling	217
15.1	Training van vaardigheden ter bevordering van de persoonlijke veiligheid	218
15.2	Elementen van de training op het gebied van veiligheidsbevorderende vaardigheden	222
15.3	Vraag en antwoord	225
16	Groepsgewijze toepassing van traumagerichte modules	227
16.1	Praktische en klinische voordelen van groepsgewijze TF-CBT	229
16.2	Richtlijnen voor groepsgewijze TF-CBT	230
16.3	Vraag en antwoord	232

III Rouwgerichte modules

17	Psycho-educatie over rouw	237
17.1	Psycho-educatie over rouw voor kinderen	238
17.2	Blootstelling aan de dood in abstracte zin	240
17.3	Geleidelijke maar rechtstreekse blootstelling aan de persoonlijke beleving van een sterfgeval	241
17.4	Psycho-educatie over rouw voor ouders	242
17.5	Vraag en antwoord	244
18	Rouwen om het verlies en oplossen van ambivalente gevoelens: 'Wat ik mis en wat ik niet mis'	249
18.1	Rouwen om het verlies: 'Wat ik mis'	250
18.2	Het oplossen van ambivalente gevoelens: 'Wat ik niet mis'	254
18.3	Rouwen om het verlies en oplossen van ambivalente gevoelens voor ouders	258
18.3.1	Rouwen om het verlies	258
18.3.2	Omgaan met ambivalente gevoelens	258
18.4	Vraag en antwoord	260
19	Het bewaren van positieve herinneringen	263
19.1	Positieve herinneringen voor ouders	266
19.2	Vraag en antwoord	267
20	Herdefiniëring van de relatie met de overledene en focus op huidige relaties	269
20.1	Herdefiniëring van de relatie voor het kind	270
20.2	Herdefiniëring van de relatie voor de ouders	271
20.3	Zorgen over het vermogen om een kind alleen groot te brengen	273
20.4	Vraag en antwoord	274
21	Evaluatie en afsluiting van de behandeling	277
21.1	Betekenis geven aan traumatische ervaringen	279
21.2	Vorbereiding op de beëindiging van de behandeling	280
21.3	Vraag en antwoord	282
	Bijlagen	
	Bijlagen	286
	Bijlage 1 Infobladen voor ouders en kinderen	287
	Bijlage 2 Literatuur en andere informatiebronnen	307
	Bijlage 3 Aanvullende bronnen voor behandelaars	317
	Korte TF-CBT-checklist	318
	TF-CBT-training	320
	Literatuur	321
	Register	331

Over de auteurs

Judith A. Cohen MD

is kinder- en jeugdpsychiater. Zij is medisch directeur van het Center for Traumatic Stress in Children and Adolescents van het Allegheny General Hospital in Pittsburgh en hoogleraar psychiatrie aan de medische faculteit van Drexel University. Sinds 1983 doet zij onderzoek naar de diagnostiek en de behandeling van getraumatiseerde kinderen. Samen met Anthony P. Mannarino en Esther Deblinger ontwikkelde en testte zij de traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CBT) voor kinderen en hun niet-misbruikende of -mishandelende ouders. Ze is bestuurslid geweest van de American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC) en van de International Society for Traumatic Stress Studies (ITSS) en is onderscheiden met de Sarah Haley Memorial Award for Clinical Excellence van de ITSS, de Outstanding Professional Award van de APSAC en de Rieger Award for Scientific Achievement van de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Ook is zij een van de opstellers van de behandelrichtlijnen voor de posttraumatische-stressstoornis (PTSS) van de ISTSS en hoofdauteur van de *Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder* van de AACAP. Dr. Cohen geeft advies over de behandeling van traumatische rouw bij kinderen voor Sesame Workshop en het Tragedy Assistance Program for Survivors.

Anthony P. Mannarino PhD

is directeur van het Center for Traumatic Stress in Children and Adolescents, vicevoorzitter van het Department of Psychiatry van het Allegheny General Hospital en hoogleraar psychiatrie aan de medische faculteit van Drexel University. Dr. Mannarino is al meer dan dertig jaar een vooraanstaand deskundige op het gebied van traumatische stress bij kinderen. Hij heeft uitgebreid onderzoek gedaan naar het klinische verloop van traumatische-stresssymptomen bij kinderen en naar de ontwikkeling van effectieve behandelmethoden voor getraumatiseerde kinderen en hun gezin. Hij heeft voor zijn werk verschillende onderscheidingen gekregen, waaronder de Article of the Year Award van de APSAC voor een serie artikelen in het tijdschrift *Child Maltreatment* en de Legacy Award van de Greater Pittsburgh Psychological Association. Mannarino is ook voorzitter geweest van de APSAC en van de sectie Child Maltreatment van de Society for Child and Family Policy and Practice (afdeling 37) van de American Psychological Association en is nog steeds actief als klinisch behandelaar.

Esther Deblinger PhD

is hoogleraar psychiatrie aan de School of Osteopathic Medicine van Rowan University in Stratford, New Jersey. Ook is zij medeoprichter en een van de directeuren van het CARES (Child Abuse Research Education and Service) Institute. Dr. Deblinger heeft uitgebreid onderzoek gedaan naar de psychische gevolgen van kindermisbruik en naar de behandeling van de posttraumatische-stressstoornis en andere aan misbruik gerelateerde problemen. Ze heeft talloze wetenschappelijke artikelen geschreven, hoofdstukken aan boeken bijgedragen en boeken voor zowel vakgenoten als kinderen gepubliceerd. Ze wordt regelmatig als spreker uitgenodigd op plaatselijke, landelijke en internationale conferenties en is bestuurslid van de APSAC geweest. Ze heeft verschillende onderscheidingen voor haar werk gekregen, waaronder de Outstanding Research Career Achievement Award van het Children's Hospital Colorado. Naast haar verantwoordelijkheden als bestuurslid, onderzoeker en docent is dr. Deblinger ook nog steeds actief als klinisch behandelaar en supervisor.

Traumagerichte cognitieve gedragstherapie: overzicht en conceptueel raamwerk

Inhoud

Hoofdstuk 1 De gevolgen van trauma en rouw voor kinderen en hun gezin – 3

Hoofdstuk 2 Strategieën voor de diagnostiek van getraumatiseerde kinderen – 25

Hoofdstuk 3 Traumagerichte cognitieve gedragstherapie: de werking van het model – 39

Hoofdstuk 4 Onderzoek naar TF-CBT – 57

Hoofdstuk 5 De rol van de therapeut bij traumagerichte cognitieve gedragstherapie – 81



De gevolgen van trauma en rouw voor kinderen en hun gezin

- 1.1 Wanneer is er bij een kind sprake van trauma? – 4**
- 1.2 Wat zijn traumasymptomen? – 7**
 - 1.2.1 Affectieve traumasymptomen – 9
 - 1.2.2 Gedragmatige traumasymptomen – 11
 - 1.2.3 Cognitieve traumasymptomen – 14
 - 1.2.4 Interpersoonlijke traumasymptomen – 16
 - 1.2.5 Complexe PTSS – 16
 - 1.2.6 Biologische traumasymptomen – 17
- 1.3 Traumatische rouw bij kinderen – 19**
 - 1.3.1 Ongecompliceerde rouw – 19
 - 1.3.2 Gecompliceerde rouw – 20
 - 1.3.3 Traumatische rouw bij kinderen – 21
- 1.4 Traumagerichte en rouwgerichte behandeling – 22**
 - Conclusie – 23**

1.1 Wanneer is er bij een kind sprake van trauma?

Veel kinderen¹ krijgen in hun jeugd te maken met gebeurtenissen die grote spanningen met zich meebrengen. Ze worden geconfronteerd met pijnlijke situaties, zoals de scheiding van hun ouders of het overlijden van een dierbaar familielid, die in meer of mindere mate moeilijk en pijnlijk zijn en stress veroorzaken. Toch worden deze ervaringen gewoonlijk niet als traumatisch beschouwd; een trauma is een kwalitatief andere ervaring. In de vijfde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association 2013)* heeft een aanpassing plaatsgevonden van de definitie van gebeurtenissen die als traumatisch worden aangemerkt (d.w.z. gebeurtenissen die tot traumaspecifieke diagnoses als posttraumatische-stressstoornis (PTSS) kunnen leiden). Tegenwoordig vallen daar (ook) gebeurtenissen onder die het kind rechtstreeks ervaart, meemaakt of meekrijgt waarbij sprake is van feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld (American Psychiatric Association 2013). 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; natuurrampen en rampen door menselijk falen; de onvoorziene of gewelddadige dood van een ouder, broer of zus of andere belangrijke hechtingsfiguur; oorlog, terrorisme en moeten vluchten; en meervoudige of complexe trauma's. Binnen het vakgebied woedt een levendige discussie over de vraag of de manier waarop de DSM-5 het begrip trauma definieert te beperkt is, zowel wat betreft de conceptualisatie van de types ervaringen die traumareacties kunnen veroorzaken als wat betreft de aard van die reacties. Veel mensen zijn van mening dat er een nieuw diagnostisch concept nodig is waarin deze twee zaken beter tot uiting komen (Briere en Spinazzola 2005).

Ook na het meemaken van een traumatische gebeurtenis behouden veel kinderen hun veerkracht en ontwikkelen zij geen blijvende traumasymptomen. Verschillende factoren – zoals ontwikkelingsniveau, aangeboren of aangeleerde veerkracht en beschikbare steun van buitenaf – kunnen medebepalend zijn of kinderen problemen krijgen of niet. De reactie van een kind op een traumatische gebeurtenis wordt ook beïnvloed door de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van het kind. Bij een kortstondig trauma blijkt bijvoorbeeld dat jongere kinderen afhankelijker zijn van de manier waarop hun ouders op dat trauma reageren dan oudere kinderen (los van de vraag in hoeverre ze aan het trauma blootgesteld zijn). Als hun ouders goed tegen het trauma opgewassen zijn, ontwikkelen jonge kinderen meestal geen ernstige of langdurige traumasymptomen (Laor et al. 2001). Maar een voortdurend trauma dat al vroeg in het leven begint, kan bij jongere kinderen veel ernstiger traumasymptomen veroorzaken dan bij oudere kinderen. Jongere kinderen zijn nog niet zo ver in hun ontwikkeling dat zij het kunnen plaatsen of zichzelf kunnen reguleren op het moment dat iemand die hen tegen geweld behoort te beschermen daar niet toe in staat is of zelfs degene is die het geweld begeeft (Lieberman en Van Horn 2008, pag. 22–24). In bepaalde traumatische omstandigheden kan een jongere leeftijd dus een beschermend effect hebben, terwijl die in andere omstandigheden juist meer risico met zich meebrengt.

1 Met 'kinderen' bedoelen wij steeds zowel kinderen als adolescenten; onder 'ouder(s)' verstaan wij de niet-misbruikende/-mishandelende ouder(s) of primaire verzorger(s) die betrokken zijn bij de behandeling van het kind, waarbij we onderkennen dat deze volwassenen vaak niet de biologische ouders van het kind zijn.

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

Een andere factor die grote invloed heeft op de manier waarop een kind op een trauma reageert, is de mate en de kwaliteit van aan dat trauma gerelateerde emotionele steun die het krijgt. In twee studies naar de behandelresultaten van traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CBT) (Cohen en Mannarino 1996b, 1998b, 2000) bleek ouderlijke steun een significante voorspeller voor de psychische gezondheid van kinderen. Die ouderlijke steun kan door behandelaars aangeleerd en gemodelleerd worden. Ouders kunnen hun kind na een trauma op verschillende manieren concrete ondersteuning bieden. Zij kunnen het kind bijvoorbeeld geruststellen dat ze aanwezig en beschikbaar zullen blijven om het te beschermen, ze kunnen openlijk blijf geven van hun liefde en steun, ze kunnen het kind met behulp van positieve opmerkingen helpen inzien dat het goed komt, ze kunnen zelf het goede voorbeeld geven als het om affect- en gedragsmodulatie gaat, en ze kunnen verbaal of op andere manieren hun vertrouwen in het kind tot uitdrukking brengen. De gevolgen van een (soms zelfs gelijktijdig ervaren) stressor kunnen per kind aanzienlijk verschillen en zijn afhankelijk van hun veerkracht, aangeleerde copingmechanismen en de beschikbaarheid van externe bronnen van fysieke, emotionele en sociale steun. Zelfs stressoren die universeel als traumatisch worden beschouwd (zoals slachtoffer worden van verkrachting of getuige zijn van een moord) worden door sommige kinderen als minder traumatisch ervaren dan door andere. Deze variatie in reacties komt bijvoorbeeld tot uiting in de uiteenlopende symptomen van twee dertienjarige meisjes die werden verkracht door daders die ze online hadden leren kennen. Beide meisjes dachten dat ze op een privélocatie een eerste afspraakje met een vijftienjarige jongen zouden hebben; in beide gevallen werden ze in plaats daarvan geconfronteerd met een veel oudere man die hen in zijn auto duwde, met hen naar een afgelegen plek reed en hen op een gewelddadige manier verkrachtte terwijl hij ze verbaal kleinerde en vernederde. Beide meisjes vertelden binnen een paar maanden aan een van hun ouders wat er was gebeurd, en deze ouders geloofden en steunden hun respectievelijke dochters en zochten hulp voor hen. Geen van beiden had een psychiatrisch verleden. Het eerste meisje vertoonde lichte PTSS-symptomen, terwijl het tweede meisje ernstige PTSS- en depressieve klachten kreeg. Bovendien was er bij haar sprake van zelfverwondend gedrag (snijden), middelenmisbruik, spijbelen en twijfels over haar genderidentiteit. Het eerste meisje geloofde dat het misdadige gedrag van de dader de oorzaak was van de verkrachting. Het tweede meisje geloofde dat de verkrachting had plaatsgevonden ‘omdat ik dom en waardeloos ben, precies zoals hij [de dader] zei’. Deze contrasterende cognities duiden op zeer verschillende copingreacties (en misschien ook op aangeboren verschillen in veerkracht, gebaseerd op genetische of andere factoren) en bieden handvatten voor de manier waarop de interventie kan worden toegesneden op de individuele behoeften van deze respectievelijke meisjes.

Vaak is zelfs bij broertjes en/of zusjes uit één gezin die aan dezelfde afschuwelijke gebeurtenissen zijn blootgesteld sprake van een opmerkelijke variatie in reacties. In één geval van langdurige verwaarlozing en middelenmisbruik door de ouders troffen de tienjarige zoon en de dertienjarige dochter hun moeder na enkele dagen afwezigheid dood in de gang aan, waarschijnlijk overleden aan een overdosis. De zoon ontwikkelde ernstige PTSS-symptomen, terwijl zich bij zijn dertienjarige zus geen PTSS-symptomen of verdriet om de dood van haar moeder manifesteerden – zij was vooral boos op haar moeder en gaf blijf van externaliserend probleemgedrag. Een ander voorbeeld is een gezin waar al heel lang huiselijk geweld plaatsvond en waar de vader de moeder voor de ogen van de kinderen doodschoot, daarna de jongste zoon doodde en vervolgens zichzelf om het leven bracht. Alle andere kinderen van het gezin waren daarbij aanwezig.

Ook deze drie kinderen vertoonden opmerkelijk verschillende reacties. Het jongste kind dat deze traumatische gebeurtenis meemaakte, een meisje van zeven, vertoonde ernstige symptomen van PTSS, de zoon van veertien had geen duidelijke symptomen van PTSS of depressie maar wel ernstige agressieproblemen, waarvoor hij moest worden opgenomen, en de twaalfjarige dochter had slechts milde depressieve symptomen; zij legde zich toe op de zorg voor en het troosten van haar zusje. De redenen voor deze zeer uiteenlopende reacties zijn complex, maar hoe een traumatische gebeurtenis wordt ervaren hangt dus niet alleen af van de mate waarin een kind ermee wordt geconfronteerd, maar ook van de reactie van het individuele kind op die gebeurtenis.

Deze variatie in reactie treedt voor een deel op doordat ieder kind zijn of haar eigen manier heeft om traumatische gebeurtenissen te begrijpen, de betekenis 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 in zijn of haar zelfbeeld te integreren. Met name wanneer kinderen interpersoonlijke trauma's oplopen (zoals kindermishandeling, huiselijk geweld of traumatische sterfgevallen), ontwikkelen ze niet alleen 'typische' PTSS-symptomen zoals gegeneraliseerde angst of maladaptieve cognities en overmatige prikkelbaarheid (hyperarousal), maar worstelen ze vaak ook met het verlies van hun primaire hechtingsfiguur en van hun rol in het gezin. Veel kinderen geven aan dat deze laatstgenoemde veranderingen de moeilijkste en pijnlijkste zijn. Een tienermeisje werd chronisch verwaarloosd en commercieel seksueel uitgebuit door de drugsdealers van haar moeder. Deze tiener zorgde voor haar jongere broertjes en zusjes, waardoor ze veel verzuimde op school en zelf vaak niets te eten had. Nadat haar docenten haar verzuim hadden gemeld, stelde de jeugdbescherming een onderzoek in en haalde de kinderen bij de moeder weg. De tiener werd van haar jongere broertjes en zusjes gescheiden; die werden met elkaar in een ander pleeggezin ondergebracht. Niet lang daarna werd haar moeder dood gevonden als gevolg van een overdosis. Aan het begin van haar behandeling gaf het meisje aan dat het feit dat ze bij haar moeder was weggehaald en van haar broertjes en zusjes was gescheiden het meest traumatisch voor haar was geweest. Ze vond dat de jeugdbescherming verantwoordelijk was voor de dood van haar moeder, omdat die instantie de kinderen uit huis had gehaald. In haar ogen had zij daardoor geen 'oogje meer op mijn moeder kunnen houden'. Ze maakte zich voortdurend zorgen om haar broertjes en zusjes en gaf blijk van extreme woede jegens 'het systeem' omdat dat haar gezin had ontwricht. Ze had PTSS-symptomen als gevolg van seksueel misbruik en verwaarlozing, maar de symptomen die in eerste instantie het hevigst de kop opstaken, waren terug te voeren op de scheiding van haar broertjes en zusjes en het verlies van haar rol als hun beschermer. Deze reactie was verklaarbaar in de context van haar visie op wat haar gezin op de been had gehouden.

Het behandelmodel dat wij in dit boek beschrijven, traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CBT), is ontwikkeld voor kinderen die getraumatiseerd zijn. Net als elk ander behandelmodel is TF-CBT niet voor iedereen bruikbaar. Het is niet geschikt voor elk willekeurig kind dat aan een traumatische gebeurtenis is blootgesteld, alleen voor kinderen met traumagerelateerde emotionele problemen of gedragsproblemen ('traumareacties') die als de behandeldoelstelling(en) bij TF-CBT fungeren.

Deze traumareacties corresponderen vaak, maar niet altijd, met symptomen van PTSS. Kinderen hoeven niet aan alle diagnostische criteria voor PTSS te voldoen om in aanmerking te komen voor of baat te hebben bij TF-CBT. Sommige kinderen hebben relatief weinig symptomen die geassocieerd zijn met typische PTSS, maar hebben

1.2 · Wat zijn traumasymptomen?

andere types traumareacties. Zoals verderop en uitgebreider in het volgende hoofdstuk beschreven kunnen de traumareacties van kinderen onder andere de vorm aannemen van affectieve, gedragsmatige, biologische of cognitieve ontregeling, ontregeling van interpersoonlijke/hechtingsrelaties en/of van percepties. Kinderen met een heleboel verschillende symptomen hebben baat bij TF-CBT. Dat gezegd hebbende is niet elk gedragsmatig of emotioneel symptoom noodzakelijk gerelateerd aan de traumatische ervaring van een kind. Zorgvuldige en deskundige diagnosestelling en casusbeschrijving zijn cruciale eerste stappen om TF-CBT effectief te kunnen toepassen. Dit proces wordt in het volgende hoofdstuk gedetailleerd behandeld.

Het TF-CBT-model kan ook aan de behoeften van individuele kinderen worden aangepast. Voor een kind met complex trauma kunnen bijvoorbeeld aanpassingen nodig zijn in de vorm van meer TF-CBT-sessies (soms wel 25), of wijziging van de onderlinge verhouding tussen de fasen van TF-CBT, waarbij meer nadruk komt te liggen op de initiële stabilisatie en op het verhogen van de veiligheid aan het begin van de behandeling, zoals elders beschreven (Cohen et al. 2012).

In dit boek is ook uitgebreid aandacht voor de toepassing van TF-CBT voor kinderen bij wie sprake is van traumatische rouw. Onder traumatische rouw verstaan wij de ontwikkeling van significante traumasymptomen na de dood van een ouder, broer of zus of andere belangrijke hechtingsfiguur die typische rouwreacties in de weg staan en leiden tot de gelijktijdige manifestatie van traumareacties en maladaptieve rouwreacties. De meningen zijn nog steeds verdeeld over de beste manier om traumatische, gecompliceerde of maladaptieve rouwreacties gedurende de ontwikkeling van een kind te definiëren, te beschrijven en te diagnosticeren. Het recentste voorbeeld daarvan is de toevoeging van de persisterende complexe rouwstoornis (PCRS) in de *DSM-5* als een 'aandoening die verder onderzoek behoeft' (American Psychiatric Association 2013, pag. 1042). Ongeacht hoe zulke problemen in de toekomst worden gedefinieerd zijn er effectieve interventies nodig om de psychische symptomen van deze kinderen te verlichten, met name als die maanden- of zelfs jarenlang na de dood van een belangrijke hechtingsfiguur aanhouden. Het in dit boek beschreven model voor traumatische rouw behandelt de trauma- en rouwgerichte modules na elkaar; als de traumasymptomen eenmaal zijn afgenomen, helpt de therapeut het kind en de ouder een adaptiever rouwproces doormaken. De traumagerichte behandelcomponenten worden beschreven in deel II van dit boek, de rouwgerichte behandelcomponenten komen in deel III aan de orde.

1.2 Wat zijn traumasymptomen?

Met de term traumasymptomen doelen we in dit boek op de emotionele, gedragsmatige, cognitieve, lichamelijke en/of interpersoonlijke problemen die rechtstreeks verband houden met een traumatische gebeurtenis. Meestal, maar niet altijd, komen deze symptomen overeen met de symptomen van PTSS, maar het kan ook een scala aan andere symptomen zijn die vaak geassocieerd zijn met depressie, angsten, gedragsproblemen of middelenmisbruik. Kinderen die met een of meer traumatische gebeurtenissen geconfronteerd zijn geweest en die naar aanleiding daarvan traumasymptomen hebben ontwikkeld, kunnen drastisch veranderen in de manier waarop ze zichzelf, de wereld en/of andere mensen zien. Die veranderingen komen zowel tot uiting in hun cognities als in hun affectieve reacties. Deze zijn beide terug te vinden in het nieuwe *DSM-5*-cluster 'negatieve veranderingen in cognities en stemming, gerelateerd aan de

psychotraumatische gebeurtenis' (Cluster D). Er zijn steeds meer aanwijzingen dat veel van deze kinderen ook psychobiologische veranderingen doormaken, die mogelijk bijdragen aan het ontstaan en de instandhouding van deze psychologische symptomen. We hebben deze symptomen in een aantal algemene categorieën verdeeld: affectieve, gedragsmatige, cognitieve, interpersoonlijke, complex-trauma- en biologische symptomen. Dit is een enigszins willekeurige indeling, aangezien de probleemgebieden elkaar overlappen en voortdurend op elkaar inwerken. Zoals we bijvoorbeeld al eerder aangaven, zijn het verlies van belangrijke hechtingsrelaties en het verlies van gezinsrollen twee cruciale veranderingen die na een trauma kunnen plaatsvinden. We hebben ervoor gekozen om die in de affectieve, cognitieve en interpersoonlijke categorieën onder te brengen, maar ze hadden net zo goed ieder een afzonderlijke categorie kunnen vormen.

Traumasympptomen treden vaak op in reactie op zaken die aan de oorspronkelijke traumatische ervaringen herinneren (ook wel triggers genoemd). Dit kunnen innerlijke of externe signalen zijn, zoals mensen, plaatsen, objecten, gesprekken, activiteiten, objecten, situaties, gedachten, herinneringen, geluiden, geuren of innerlijke gewaarwordingen die het kind met de traumatische gebeurtenissen associeert. Als het kind met zo'n trigger wordt geconfronteerd, kan dat gevoelens oproepen die vergelijkbaar zijn met de gevoelens die het tijdens het oorspronkelijke trauma ervoer. Dit kan ertoe leiden dat het kind gaat denken en handelen alsof het trauma is teruggekeerd, ook al is het op dat moment veilig. Een voorbeeld: een dader sprak altijd met een dreigende, luide stem om zijn jonge slachtoffer zodanig te intimideren dat zij niet met anderen over het fysieke en seksuele misbruik zou praten. Toen dit kind later in een pleeggezin terechtkwam en ze haar pleegmoeder en haar leerkrachten op school hun stem hoorde verheffen om haar tot de orde te roepen, raakte ze heel erg ontregeld en boos. Eén keer rende ze zelfs weg, uit angst dat haar pleegmoeder haar zou mishandelen nadat ze haar streng had toegesproken om haar terecht te wijzen. Het kind noch de pleegmoeder was zich ervan bewust dat dit een reactie was op een trigger – luide of dreigende stemmen. Toen ze dit tijdens de TF-CBT-behandeling eenmaal beseften, waren ze in staat om succesvolle alternatieve strategieën te ontwikkelen.

Kinderen komen vaak onder behandeling omdat ze gedragsmatig of emotioneel ontregeld zijn, en niet zozeer vanwege hun traumageschiedenis. Dit geldt vooral voor jongeren met complex trauma die op meerdere terreinen van hun functioneren ernstige symptomen van ontregeling vertonen. Aangezien ouders en andere volwassenen vaak niet begrijpen dat deze problemen gerelateerd zijn aan de eerdere traumatische ervaringen van het kind, is het cruciaal om triggers te herkennen, te identificeren en verbanden te leggen tussen de triggers en de symptomen die het kind vertoont. Zo kan het gezin de problemen van het kind als traumareacties zien, en vervolgens de behoefte van het kind aan traumagerichte behandeling beter onderkennen.

Kinderen die traumatische rouw ervaren reageren ook op verlies- en verandertriggers. Verliestrigger brengen bij een kind herinneringen naar boven aan de persoon die gestorven is. Ze zien bijvoorbeeld foto's van de overledene of horen anderen over hem of haar praten. Zulke verliestrigger kunnen verjaardagen of trouwdagen zijn, of belangrijke feestdagen, zoals Vader- of Moederdag. Verandertriggers zijn signalen die gedachten oproepen over hoe het leven of de identiteit van een kind na het overlijden is veranderd. Als een kind dat zijn vader, die in het leger zat, in een oorlog verliest en de overstap moet maken van een leven tussen militairen naar een bestaan in de burgermaatschappij, is hij niet alleen zijn vader maar ook zijn manier van leven kwijt. Een kind wiens moeder pas weduwe is geworden en nu nog de enige kostwinner is, kan dat als een ernstige ontwrichting van zijn leven ervaren, die nog eens boven op het verlies van zijn vader komt.

1.2.1 Affectieve traumasymptomen

Veelvoorkomende affectieve traumasymptomen zijn angst, depressie, woede en affect-ontregeling (d.w.z. regelmatige stemmingswisselingen en/of moeite met het verdragen van negatief affect). Angst is zowel een instinctieve als een aangeleerde reactie op beangstigende situaties. Kinderen worden in levensbedreigende situaties vaak instinctief bang; hun autonome zenuwstelsel reageert op het waargenomen gevaar met het afgeven van grote hoeveelheden adrenerge neurotransmitters, die de angst verheviggen. 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 wat hen aan de traumatische gebeurtenis herinnert. (Een kind dat een ernstig verkeersongeluk heeft meegemaakt waarbij een dode is gevallen, staat bijvoorbeeld steeds weer doodsangsten uit als het langs de plaats van het ongeval fietst.) Deze angstreactie kan zodanig gegeneraliseerd worden dat onschuldige mensen, plaatsen, voorwerpen of situaties die het kind aan het traumatische gebeuren herinneren evenveel angst oproepen als het oorspronkelijke trauma. (Dit kind zou bijvoorbeeld hevige angst kunnen voelen als het in een auto zit.) Intrusieve 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 soms niet duidelijk in verband te brengen met de traumatische gebeurtenis en gaan ze over andere beangstigende dingen. Ook het ontstaan van nieuwe angsten (zonder ander duidelijk verband met het trauma dan nabijheid in de tijd) kan bij zeer jonge kinderen een PTSS-symptoom zijn (Scheeringa et al. 2003).

Naast specifieke angsten kan er ook diffuse angst ontstaan als gevolg van de plotse-linge, onverwachte aard van de traumatische gebeurtenis. Dit kan ertoe leiden dat het kind zich in het algemeen niet veilig voelt en bijzonder waakzaam is, erop gespitst om zich niet nog eens te laten 'verrassen'. Een voortdurend gevoel van naderende dreiging kan het kind belemmeren in het vermogen om bij zijn of haar ontwikkeling passende taken te vervullen en kan ertoe bijdragen dat het verantwoordelijkheden op zich neemt die nog helemaal niet bij zijn of haar leeftijd passen. Diffuse angst kan leiden tot parentificatie of ertoe bijdragen dat een kind alles in het werk stelt om 'volmaakt' te zijn en zo bedreigende situaties in de toekomst af te wenden. Ook kan het kind constante waakzaamheid ontwikkelen voor mogelijke tekenen van toekomstige dreiging, of andere vormen van door angst ingegeven gedrag gaan vertonen. Dit staat gezond functioneren in de weg en kan leiden tot het ontstaan van een comorbide gegeneraliseerde-angststoornis en andere comorbide stoornissen.

Kinderen kunnen na een trauma ook verdrietige of depressieve gevoelens krijgen. Die kunnen ontstaan nadat ze plotseling het vertrouwen in andere mensen en de wereld in het algemeen hebben verloren (bijv. verlies van onschuld, vertrouwen, geloof of hoop op de toekomst). Veel getraumatiseerde kinderen worden met heel concrete verliezen geconfronteerd, die tot hevig verdriet leiden. Zo kan een kind dat een sterfgeval of een plotselinge traumatische scheiding meemaakt – bijvoorbeeld doordat een ouder in de gevangenis is beland of naar zijn land van herkomst is teruggestuurd, doordat het kind in een pleeggezin is geplaatst of door andere omstandigheden – intens verdriet ervaren door een heftig verlangen naar hereniging met de hechtingsfiguur. En een kind dat gebukt gaat onder traumatische rouw kan persisterende suïcide-ideatie ontwikkelen, omdat het streeft naar hereniging met een overleden ouder of andere

gestorven hechtingsfiguur. Ook andere kinderen lijden concrete verliezen als gevolg van een trauma en kunnen daardoor hevig verdriet ervaren; een kind dat is neergeschoten of door een auto is overreden, of een kind dat hard geslagen of zwaar verbrand is tijdens een mishandeling heeft zowel fysieke pijn als functieverlies of uiterlijke beschadigingen. Een kind dat seksueel misbruikt is, kan pijnlijke verwondingen aan de geslachtsdelen en/of een of meer seksueel overdraagbare ziektes hebben. Als gevolg van een brand of een natuurramp kunnen kinderen persoonlijke eigendommen of hun huis kwijtraken, of moeten ze zelfs een dierbare missen. Als kinderen met dit soort concrete verliezen worden geconfronteerd ontwikkelen ze vaak maladaptieve overtuigingen of cognities (zie verderop in dit hoofdstuk), die depressieve en andere negatieve gevoelens aanzienlijk kunnen verergeren. Het egocentrische wereldbeeld dat zo kenmerkend is voor een kind in ontwikkeling kan er bijvoorbeeld toe leiden dat het kind zichzelf de schuld geeft van de traumatische gebeurtenis, wat op zijn beurt depressieve symptomen in de hand kan werken, zoals schuldgevoel, schaamte, verminderd zelfrespect, het gevoel waardeloos te zijn of zelfs verlangen naar de dood. Een negatief zelfbeeld – voor veel getraumatiseerde kinderen een belangrijk probleem – kan bijdragen tot de keuze voor verkeerde vrienden en intieme partners, en tot zelfdestructief gedrag als misbruik van alcohol en drugs, snijden, onveilige seks en pogingen tot zelfdoding, die allemaal sterk samenhangen met een verleden van kindermisbruik of andere trauma's. Uiteindelijk komt het erop neer dat hevig verdriet en andere depressieve symptomen zich kunnen manifesteren als onderdeel van PTSS Cluster D (negatieve veranderingen in cognities en stemming).

Woede kan optreden wanneer het kind beseft dat de traumatische gebeurtenis niet rechtvaardig 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 ze zien dat hun ouders of anderen niet goed met problemen en frustraties kunnen omgaan. Bij kinderen die huise-lijk geweld meemaken kan 'traumatische binding' ontstaan (*traumatic bonding*, Bancroft en Silverman 2002, pag. 39–41), waarbij ze een alliantie met de dader aangaan (verderop in dit hoofdstuk wordt dit nader uitgelegd). Woede kan bij getraumatiseerde kinderen de vorm aannemen van ongehoorzaam gedrag, onvoorspelbare driftbuien en woedeaanvallen of fysiek geweld tegen anderen of andermans eigendom. Kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt, kunnen zelf seksueel agressief worden. Het is van belang om in gedachten te houden dat sommige getraumatiseerde kinderen misschien al woedeproblemen of externaliserende gedragsproblemen hadden voordat de traumatische gebeurtenissen plaatsvonden. Dit benadrukt opnieuw het belang van zorgvuldige diagnosestelling en casusbeschrijving om te kunnen vaststellen of traumabehandeling voor een individueel kind op zijn plaats is.

Ernstig of chronisch getraumatiseerde kinderen kunnen uiterst gevoelig zijn voor en overdreven sterk reageren op gedrag of situaties die zij met een eerder trauma associëren. Zo blijkt uit onderzoek dat kinderen die lichamelijk mishandeld zijn veel eerder een boos gezicht zien (voor zulke kinderen een associatie met hun trauma) dan kinderen die niet lichamelijk mishandeld zijn (Pine et al. 2005). Kinderen met complex trauma kunnen een disfunctionele mate van overgevoeligheid of woede ontwikkelen wanneer ze het gevoel hebben dat ze worden afgewezen, omdat afwijzing door een ouder of anderen in hun verleden samenging met – en een voorbode was van – mishandeling of andere traumatiserende situaties. Ernstig getraumatiseerde kinderen geven vaak blijk van affectieve ontregeling; zij vertonen plotselinge en/of extreme veranderingen in affect en zijn niet

goed in staat om hun affect te reguleren. Ernstige affectieve ontregeling komt meer voor bij kinderen die interpersoonlijk geweld hebben meegemaakt, zoals kindermishandeling of huiselijk geweld, dan bij kinderen die met een eenmalige, onbedoelde traumatische gebeurtenis zijn geconfronteerd. Kinderen met complex trauma zijn na hun traumatisering vaak niet met koestering, steun en goede copingreacties van hun ouders opgevangen, wat hen tot voorbeeld had kunnen dienen bij het reguleren van hun eigen affect. Integendeel: complex trauma wordt vaak juist veroorzaakt door ouders die het kind na de traumatische gebeurtenis negeren, afwijzen of zelfs straffen omdat het angstig, verdrietig of boos is. Een kind dat getuige is geweest van huiselijk geweld kan bijvoorbeeld van de gewelddadige ouder te horen krijgen dat het 'zijn kop moet houden', waarna zijn mishandelde moeder hem een klap geeft en tegen hem schreeuwt. Deze ouders ontkennen niet alleen de legitieme emoties van het kind, bieden het geen troost of geruststelling en stellen het geen effectieve copingreactie ten voorbeeld, maar versterken de affectieve ontregeling ook nog eens door het kind te straffen.

Getraumatiseerde kinderen vertonen ook neurobiologische veranderingen, zoals een chronische toename van stresshormonen en adrenerge neurotransmitters als epinefrine (adrenaline), die de affectmodulatie verder bemoeilijken (DeBellis et al. 1999a). Bij de affectieve ontregeling van chronisch getraumatiseerde kinderen kunnen dus zowel psychologische als neurobiologische elementen meespelen.

1.2.2 Gedragmatige traumasymptomen

In hun pogingen om pijnlijke gevoelens uit de weg te gaan, kunnen kinderen gedrag ontwikkelen dat weliswaar bedoeld is om hen tegen pijn te beschermen, maar dat juist tot nog meer problemen leidt. Vermijding van herinneringen aan het trauma is een essentieel kenmerk van PTSS. Om te ontsnappen aan negatieve gevoelens waar ze geen raad mee weten, proberen sommige kinderen alle gedachten, mensen, plaatsen en situaties die aan hun traumatische ervaringen herinneren uit de weg te gaan. Als daarin een uitgebreide generalisatie optreedt, kan dat leiden tot een aanzienlijke beperking van activiteiten die bij de ontwikkeling van het kind passen en secundaire problemen in de hand werken. Een kind dat bijvoorbeeld 's nachts seksueel werd misbruikt, ontwikkelde een angst voor de nacht in het algemeen. Die angst breidde zich uit, waardoor ze 's nachts ook niet meer in onbekende omgevingen wilde verkeren. Ze was steeds minder goed opgewassen tegen situaties waar ze voorheen plezier aan beleefde, zoals bij vriendinnetjes logeren. Daardoor raakte ze sociaal geïsoleerd en werd ze steeds verdrietiger; ook begon ze te denken dat het misbruik had plaatsgevonden 'omdat er iets mis met mij is, ik heb geen vriendjes of vriendinnetjes'. Een homoseksuele adolescent werd na de gymles op zijn middelbare school in de doucheruimte uitgescholden, hard geslagen en seksueel lastiggevallend, waarna hij ook thuis de douche begon te mijden. Dit leidde tot problemen met persoonlijke hygiëne en tot nog meer pesterijen en sociale afwijzing, met een ernstige zelfmoordpoging tot gevolg.

Vaak is het voor het kind moeilijk, zo niet onmogelijk, om alles wat aan het trauma herinnert te mijden. Als een kind lange tijd getuige is geweest van huiselijk geweld kunnen beide ouders het aan dat trauma herinneren, en als een kind in zijn wijk voortdurend met geweld wordt geconfronteerd, kan zijn hele leefomgeving het trauma weer oproepen. Als kinderen hun trauma zozeer hebben gegeneraliseerd dat ze overal dingen

zien die hen eraan herinneren, is vermijding zelden een strategie die op de lange termijn echt werkt. Bij kinderen die er niet in slagen om zich door middel van vermijding tegen overweldigende negatieve emoties te beschermen, kan op den duur emotionele verdooving of, in ernstiger gevallen, dissociatie ontstaan.

Traumagerelateerd gedrag kan ook ontstaan als reactie op modelling of traumatische binding (Bancroft en Silverman 2002). Modelling vindt plaats wanneer kinderen thuis en in de buurt met misbruik en geweld opgroeien en veel mogelijkheden hebben om maladaptieve vormen van gedrag en copingstrategieën 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 bovendien ziet dat de mishandelende ouder zaken als de activiteiten, de sfeer en de financiële uitgaven van het gezin bepaalt, terwijl de mishandelde ouder regelmatig gewond en machteloos is, kan het concluderen dat mishandelen een aanvaardbare en zelfs lonende optie is. Een ander voorbeeld is modelling van geseksualiseerd gedrag tijdens seksueel misbruik. Als het seksueel misbruikte kind leert dat dit gedrag iets oplevert (hetzij vanwege de macht die de dader daarmee over het slachtoffer krijgt, hetzij omdat het fysiek stimulerend is), kan het blijvend geseksualiseerd gedrag ontwikkelen. Een laatste voorbeeld is dat van de drugsdealer of de schrik van de buurt. Als die persoon wordt gezien als iemand die macht heeft en door anderen wordt bewonderd, en als hij wordt beloond voor zijn getreiter en zijn gewelddadige of criminele gedrag, kunnen kinderen daaruit opmaken dat hij wenselijk gedrag vertoont en hem gaan kopiëren, tenzij er in hun directe omgeving alternatieve beloningsmodellen voorhanden zijn.

Bij traumatische binding gaat het om modelling van ongepast gedrag en de dynamiek van maladaptieve hechting. Ook de acceptatie van onjuiste verklaringen voor ongepast gedrag speelt hierbij een rol. In de psychoanalytische literatuur wordt dit omschreven als identificatie met de agressor, en in de criminologie wordt dit het stockholmssyndroom genoemd. Wanneer een kind is overgeleverd aan een gewelddadige of agressieve ouder, terwijl de andere ouder niet in staat is om zichzelf of het kind te beschermen, raken de natuurlijke behoeften van het kind aan hechting en aan een band met zijn of haar 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 tweestrijd te komen. Vaak voelen deze kinderen zowel angst als liefde voor de mishandelende ouder, en soms worden ze ook zelf mishandeld als ze de mishandelde ouder proberen te verdedigen. Deze kinderen kunnen uit zelfbehoud naar de gewelddadige ouder toe trekken. Om geen last te hebben van het schuldgevoel en de cognitieve dissonantie die het gevolg zijn van 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 ook mishandelen en geweld gebruiken. Zo kan een ouder die zijn of haar partner mishandelt de mishandelde ouder de schuld van die mishandeling geven ('Als je het eten op tijd klaar had gehad, was dit nooit gebeurd') en kan een kind met traumatische binding zich kwaad of agressief uiten tegenover de mishandelde ouder omdat die 'ervoor gezorgd heeft' dat de dader de mishandeling heeft gepleegd. Modelling en traumatische binding kunnen dus duidelijk bijdragen aan agressief gedrag bij getraumatiseerde kinderen.

Traumatische binding kan ook een probleem zijn bij jongeren die slachtoffer zijn geweest van commerciële seksuele uitbuiting. Het draagt vaak bij aan traumatisch gedrag, zoals weglopen (terugkeren naar de uitbuiting en 'het leven'), middelenmisbruik, stelen, liegen, ronselen van andere jongeren voor commerciële seksuele uitbuiting en/

of agressie tegenover andere uitgebuite jongeren om de wensen van de uitbouter of de hiërarchie in diens 'stal' kracht bij te zetten. Deze gedragsvormen zijn vaak gerelateerd aan de cognities van de jongere over de dader. Hierop komen we later uitgebreid terug.

Bij getraumatiseerde kinderen ontstaat vaak nog ander problematisch gedrag dat met het trauma samenhangt. Zo gaan deze kinderen soms gezonde en bij hun leeftijd passende contacten met leeftijdgenoten uit de weg en geven zij de voorkeur aan vriendjes met emotionele en/of gedragsproblemen. Deze keuze heeft waarschijnlijk te maken met het negatieve zelfbeeld dat veel getraumatiseerde kinderen ontwikkelen (zie verderop); ze zijn bang voor afwijzing door 'normale' leeftijdgenoten. Ook kan het voor kinderen die met mensen samenleven die elkaar slecht behandelen vertrouwd of prettiger voelen om met leeftijdgenoten om te gaan die zelf ook problemen hebben. De woede die veel getraumatiseerde kinderen ontwikkelen komt vaak tot uiting in opstandig, agressief en/of destructief gedrag. Getraumatiseerde kinderen lopen ook een grotere kans om alcohol en drugs te misbruiken. Dit kan een strategie zijn om niet aan het trauma herinnerd te worden of met een negatief zelfbeeld om te gaan, maar het kan ook ontstaan door contacten met andere kinderen die problemen hebben.

Zelfverwonding, zoals snijden, branden en andere vormen van zelfverminking en suïcidaal gedrag, wordt ook in verband gebracht met trauma's die kinderen hebben opgelopen. Sommige jongeren die zichzelf verwonden omschrijven dit als een methode om de verdoving die ze voelen te doorbreken. Een van hen zei bijvoorbeeld: 'Alleen als ik pijn heb nadat ik mezelf heb gesneden, weet ik dat ik echt besta.' Anderen zijn op zoek naar aandacht die ze op een adaptievere manier niet denken te kunnen krijgen; weer anderen proberen zichzelf echt te beschadigen als reactie op de wanhoop en de ondraaglijke pijn die ze voelen. Sommige jongeren geven aan dat snijden voor hen een manier is om hun angst te bezweren. Ander aan trauma gerelateerd risicogedrag is bijvoorbeeld risicovol seksueel gedrag vertonen, autorijden onder invloed van drugs of alcohol, vuurwapens of andere wapens gebruiken zonder bij de consequenties stil te staan en verschillende andere roekeloze, riskante gedragsvormen die jongeren in omstandigheden brengen waarin de kans op verwondingen of overlijden van henzelf of anderen zeer groot is. Roekeloos en zelfdestructief gedrag zijn zulke veelvoorkomende gevolgen van een trauma dat ze in de *DSM-5* als nieuw diagnostisch criterium voor PTSS zijn opgenomen (American Psychiatric Association 2013, pag. 392). Het gevaarlijke karakter van het gedrag van sommige kinderen maakt het noodzakelijk om TF-CBT met de module voor veiligheidsbevordering te beginnen om dit gedrag in te perken en hun persoonlijke veiligheid te vergroten. In de extreemste gevallen (bijv. bij actieve suïcidaliteit) kan eerst opname nodig zijn om het gevaarlijke gedrag te stabiliseren voordat er eventueel aan een traumagerichte behandeling kan worden begonnen.

Een ander gedragsprobleem dat vaak over het hoofd wordt gezien is overfunctioneren of parentificatie. Heel vaak dragen de psychische aandoeningen of het middelenmisbruik van de ouders en/of situationele factoren bij aan de traumatische ervaringen van een kind. In deze gevallen kan een van de kinderen in een gezin zorgtaken voor jongere kinderen en/of een getroebleerde of beperkt functionerende ouder op zich gaan nemen. Na verloop van tijd gaat het gezin vaak van het kind verwachten dat het die zorg op zich neemt en gaat het kind geloven dat dat zijn onmisbare rol binnen het gezin is. Beide opvattingen houden het overfunctioneren van het kind mede in stand. In veel gevallen duurt deze parentificatie zelfs voort nadat het kind uit huis is gehaald. Het is vaak een belangrijke behandeldoelstelling om zulke kinderen te helpen functioneren op een manier die bij hun normale ontwikkeling past (d.w.z. ze te leren om weer 'kind te zijn').