

## *Ouderbegeleiding bij acuut getraumatiseerde kinderen*

### **Samenvatting**

*Ouders van getraumatiseerde kinderen hebben een dubbele taak. Zij moeten het kind steunen bij de verwerking én hun eigen reacties weten te hanteren. Daarom neemt ouderbegeleiding, in het hieronder beschreven opvangprotocol voor acuut getraumatiseerde kinderen en hun ouders, een belangrijke plaats in.*

*Trefwoorden:* trauma, ouderbegeleiding, kortdurende hulpverlening

*Carlijn de Roos* is psycholoog/psychotherapeut en werkzaam op de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van de BAVO-RNO-groep te Rotterdam.

*Adres:* K.P. van de Mandelelaan 10, 3062 MB Rotterdam

*Jeanette Eland* is orthopedagoog en werkzaam in de eigen adviespraktijk 'Kind en Trauma' te Hilversum

*Adres:* Ten Katelaan 2, 1215 BW Hilversum.

*Rolf Kleber* is psycholoog en werkzaam bij de Capaciteitsgroep Klinische Psychologie van de Universiteit Utrecht en bij het Instituut voor Psychotrauma. Tevens is hij hoogleraar Psycho-traumatologie aan de Katholieke Universiteit Brabant.

*Adres:* Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht.

### **Inleiding**

Wanneer een kind getroffen wordt door een schokkende gebeurtenis, worden ook de ouders getroffen. Ze voelen sterk mee met de angst en de pijn van het kind. Ze vragen zich af of ze het gebeurde niet hadden kunnen of moeten voorkomen. Zij hebben het kind niet kunnen beschermen - wat nu eenmaal de meest basale taak van een ouder is - en daarover voelen zij zich schuldig, hoe irrationeel dat gevoel ook is. De ouders zijn vaak ontredderd als opvoeder en weten niet goed hoe te handelen. Ze willen troosten en geruststellen, maar voelen zich vaak machteloos en onzeker. Toch heeft juist een getraumatiseerd kind ouders nodig die stevig in hun schoenen staan.

In 1999 werden alleen al bij de bureaus voor Slachtofferhulp 11425 kinderen aangemeld<sup>1</sup> na een schokkende gebeurtenis zoals een geweldsdelict, sexueel misbruik, een verkeersongeluk of het plotselinge verlies van een ouder. Uit onderzoek (Eland & Kleber, 1994) is gebleken dat de psychische gevolgen van dergelijke gebeurtenissen diep in kunnen grijpen in het leven van de getroffen kinderen. Gevoelens van angst beheersen gedurende korte of langere tijd hun leven. Veel voorkomende klachten zijn indringende gedachten over of beelden van de gebeurtenis, nachtmerries, in- en doorslaapproblemen, leerproblemen door slechte concentratie, scheidingsangst en regressieverschijnselen. Deze zijn te beschouwen als in wezen normale reacties op een abnormale gebeurtenis.

Terwijl algemeen wordt erkend dat het herstel van de kinderen nauw samenhangt met het functioneren van ouders, besteedt de wetenschappelijke en klinische literatuur daaraan opvallend weinig aandacht. Wel bestaat inmiddels in ruime kring consensus over het nut de ouders te betrekken bij de hulpverlening na traumatisering van een kind. In de meeste gevallen worden inderdaad oudergesprekken gehouden, maar door het ontbreken van een relevant referentiekader en van duidelijke richtlijnen, is de inhoud van dergelijke contacten vaak weinig gestructureerd. De mogelijkheden van contact met ouders worden dan onvoldoende benut.

Het Instituut voor Psychotrauma te Zaltbommel ontwikkelde in samenwerking met de BAVO-RNO groep te Rotterdam een opvangmodel voor kinderen en ouders. Het model is systematisch geëvalueerd bij drie verschillende leeftijdsgroepen, waarna het protocol verder werd ontwikkeld en aangepast<sup>2</sup> (Eland, de Roos & Kleber, 1999). De uitgebreide ouderbegeleiding, die deel uitmaakt van dit protocol, biedt de mogelijkheid de interventie voor het kind in te bedden in een netwerk van sociale steun. Zeer belangrijk is namelijk dat het gevoel van controle en competentie bij de ouders zich herstelt. Zij functioneren dan weer als ouder, ook al zijn ze zelf misschien mede-slachtoffer van de gebeurtenis.

In dit artikel beschrijven we eerst reacties van ouders op een traumatische ervaring van hun kind, vervolgens het opvangmodel en de inhoud van de ouderbegeleiding. Voor een overzicht van stressreacties van kinderen, risicofactoren, protectieve factoren en de invloed van een schokkende gebeurtenis op hun ontwikkeling verwijzen wij naar Eland, de Roos & Kleber (2000).

### *Reacties bij ouders*

Wanneer een kind een onverwachte schokkende gebeurtenis meemaakt, worden zijn ouders allereerst getraumatiseerd door de schok die het gebeurde ook bij hen teweegbrengt. Bovendien zijn zij getuige van de nawerking van de traumatische ervaringen bij hun kind (Landolt, Boehler, Schwager, Schallberger & Nuessli, 1998). Zo weten zij zich doorgaans geen raad met de posttraumatische reacties van het kind. Onzeker door de schokkende gebeurtenis en door het veranderde gedrag van het kind, vertrouwt de ouder minder op intuïtie en de gebruikelijke reactiepatronen. Ouders die zich verantwoordelijk voelen voor het gevaar waaraan het kind heeft blootgestaan en die posttraumatische reacties bij het kind zien, kunnen niet anders dan overbeschermen. Bij een getraumatiseerd kind schakelt de ouder over naar een niveau van ouderschap dat hoort bij een jonger kind of bij een kind dat ernstig ziek is of anderszins in gevaar. Ouders zijn dan geneigd om het kind extra zorg te geven, alerter te zijn op veiligheid, en minder eisen en grenzen te stellen.

Hoe ernstiger het kind getroffen wordt, hoe meer de ouders het risico lopen zelf posttraumatische stressreacties te ontwikkelen, zoals herbelevingen, vermijdingsgedrag en verhoogde prikkelbaar-

heid. De ouder reageert dan vaker opvliegend door het verhoogde arousal-niveau, is schrikachtig en minder voorspelbaar qua gedrag, terwijl het kind juist behoefte heeft aan voorspelbaarheid en regelmaat. Dit zijn normale ouderlijke reacties op een abnormale situatie. Het zal echter duidelijk zijn dat deze reacties interfereren met het vermogen tot steunen en leiding geven in een periode dat het kind die het meest nodig heeft. Ook komt het voor dat het trauma van het kind bij de ouder herbelevingen 'triggert', van een eigen trauma. Daardoor staat de ouder minder open voor de beleving van het kind en is nog minder in staat het kind te steunen (Weille, 1999).

Het is onze ervaring dat ouders hun uiterste best doen hun kind te bieden wat nodig is, zelfs al zijn ze medegetraumatiseerd. De traumatisering van het kind activeert soms onvermoede krachten in hen en doet een sterk appèl op hun verantwoordelijkheidsgevoel. Zo merken wij dat veel ouders in de fase direct na de schokkende gebeurtenis in staat zijn om adviezen op te volgen. Dit geldt ook voor gezinnen waarbij sprake is van reeds bestaande pedagogische problemen. Wanneer de ergste posttraumatische reacties voorbij zijn, kunnen deze ouders soms terugvallen in hun gebruikelijke, minder adequate opvoedingspatroon. Vaak zien wij echter blijvende, positieve veranderingen in het gedrag van deze ouders.

#### *Risicofactoren bij ouders*

De reacties van ouders blijken een belangrijke voorspellende factor voor het herstel van het kind (McFarlane, 1987). Ernstig psychisch lijden van de ouders, onenigheid over de te nemen actie tijdens de schokkende gebeurtenis en verandering in het ouderlijk functioneren erna, hebben een negatieve invloed op de reacties en het herstel van de kinderen (Handford et al., 1986). Ook medetraumatisering van de ouder is een belangrijke risicofactor (Eland et al., 1999; McFarlane, 1987). Ouders worden dan in beslag genomen door de eigen posttraumatische reacties en zijn emotioneel en cognitief minder beschikbaar voor het kind. Gevoelens van angst en onveiligheid bij het kind blijven daardoor langer bestaan.

Ook de volgende ouderfactoren spelen een grote rol bij het voortduren van symptomen van kinderen.

- Sterke afhankelijkheid bij de ouder van de steun van het kind (Eland et al., 1999). Om de ouder geen verdriet te doen en deze niet nog meer te belasten, zal het kind zijn emoties minder tonen. Onze indruk is dat bij het kind herbelevingen van de schokkende gebeurtenis daardoor langer aanhouden.
- Overbescherming van het kind (McFarlane, 1987). Dit komt met name voor bij ouders die zelf in het verleden getraumatiseerd zijn. Vaak proberen zij hun kind te geven wat zij toen hebben gemist. De neiging tot overbescherming komt ook voor bij ouders die zeer beschermd zijn opgegroeid. Zowel ouder als kind hebben dan weinig gelegenheid gehad adequate 'coping' te ontwikkelen in stressvolle situaties. Bij overbescherming blijven angsten van het kind langer bestaan.
- Een afwijzende houding als het kind regressief gedrag vertoont of zich uit over de schokkende ervaring (Eland et al., 1999). Soms kunnen ouders de terugval in het gedrag van hun kind moeilijk verdragen, bijvoorbeeld als zij net met veel moeite een ontwikkelingsstap hebben gestimuleerd. Irritatie over de terugval kan leiden tot een negatief interactiepatroon tussen ouder en kind, waardoor klachten worden bestendigd en meer chronische gedragsproblematiek ontstaat. Dit kan ook gebeuren wanneer herbelevingen bij ouders worden 'getriggerd' door confronterend posttraumatisch spel of een gedetailleerd verhaal van het kind over de

schokkende gebeurtenis. Wanneer het kind signaleert dat de ouder hier niet goed tegen kan, houdt het zich meestal in. Onjuiste fantasieën bij het kind kunnen daardoor gemakkelijk een eigen leven gaan leiden.

- Reeds aanwezige psychosociale problematiek bij ouders of gezin. Hierbij kan gedacht worden aan psychiatrische problematiek van de ouder zoals depressie, psychose of een verslavingsprobleem. De ouder is hierdoor vaak emotioneel en cognitief onvoldoende beschikbaar voor het kind. Andere voorbeelden zijn: financiële problemen, relatieproblemen of de chronische overbelasting van alleenstaand ouderschap (Eland et al., 1999).
- De kwaliteit van de ouder-kind relatie voorafgaand aan de schokkende gebeurtenis. De heftige posttraumatische reacties van het kind doen een sterk appèl op het empathisch vermogen en de frustratietolerantie van de ouder. Bij een ambivalente ouder-kindrelatie is het voor de ouder extra lastig om een evenwicht te vinden na een trauma. Ook schuldgevoelens zijn meestal een hindernis daarbij.
- Onenigheid tussen ouders over de opvoeding. Als er voorafgaand aan de gebeurtenis onenigheid was over de mate van zorg of vrijheid die het kind kreeg, dan ligt het risico van verwijten op de loer: 'Zie je wel'. Bovendien kan het dan lastig zijn ouders na de schokkende gebeurtenis op één lijn te krijgen.
- Separatie van ouder en kind tijdens het trauma. Wanneer ouders en kind tijdens een traumatische gebeurtenis gescheiden waren, kan zich naast de posttraumatische stressreacties ook separatieangst ontwikkelen. Pynoos (in Wolters, 1991) beschrijft dat bezorgdheid voor de veiligheid van de ouder tijdens een gewelddadige gebeurtenis een extra bron van stress is. Na afloop van de schokkende gebeurtenis kan deze bezorgdheid bij het kind tot chronische overbezorgdheid leiden. Het is ongerust zodra de ouder uit het zicht verdwijnt, volgt de ouder tot op het toilet en vertoont aanklampend gedrag. Ook ouders kunnen separatie dan moeilijk verdragen, bang als zij zijn dat hun kind wéér iets overkomt. Deze reactie is sterker wanneer er al eerder sprake was van een separatie-individuatie probleem. Buitensporige bezorgdheid - van ouder of kind - kan lang aanhouden en leiden tot chronische preoccupatie met elkaars verblijfplaats en veiligheid. Tekenen van separatie-angst verdienen daarom altijd nauwkeurige diagnostisering en een afzonderlijke aanpak bij de behandeling.

### Ouderschap en trauma

Aan de hand van het hierna volgende schema van Crittenden (1993) wordt duidelijk op welke punten het ouderschap bij traumatisering van een kind onder vuur ligt. Zij onderscheidt vier fasen in competent reageren van ouders op signalen van een kind en hanteert daarbij een cognitief schema:

- perceptie: tijdig en juist waarnemen van de prikkel;
- interpretatie: goed interpreteren van het signaal;
- responsselectie: beschikken over een repertoire aan responsen;
- uitvoering van de respons: de vereiste respons ook toepassen.

De meeste ouders zijn in staat gedragsveranderingen bij hun getraumatiseerde kind waar te nemen (perceptie). Zij zien bijvoorbeeld agressief of teruggetrokken gedrag. Juist de interpretatie van dit gedrag is bij een getraumatiseerd kind echter een moeilijk punt, en daarmee ook het selecteren en uitvoeren van de juiste respons. Ouders begrijpen het gedrag van het kind niet en zijn ook zelf van

slag. Vaak zeggen ze: 'Het is mijn kind niet meer'. Ook vragen ouders zich af wat het gevolg is van de traumatische gebeurtenis en wat hoort bij de leeftijdsfase: 'Is ze nu aan het puberen of is dit nog een gevolg van de beroving?' Het spreekt voor zich dat het bij twijfel over de interpretatie moeilijk is de juiste respons te selecteren. Hoe in te gaan op huilen of schelden? En als ouders hun keuze maken, zoals begrenzing van gedrag, is dit vaak moeilijk vol te houden door de heftige reacties van het kind en de eigen emoties.

Een eveneens bruikbaar concept in dit verband is beschreven door Van der Pas (1996): de metapositie. Zij doelt op het vermogen van ouders tot meta-denken: denken over de situatie, over het kind, over eigen optreden en over optreden van de partner. Dit reflecteren helpt een ouder om 'on top' te blijven, hetgeen weer het gevoel van competentie bij de ouder versterkt. Na een schokkende gebeurtenis voeren emoties echter doorgaans de boventoon in het ouderlijk handelen, is het gedrag van het kind ongewoon en heftig, en is het innemen van een metapositie buitengewoon moeilijk. Ouderbegeleiding bevordert direct en indirect herstel van de metapositie, en daarmee het gevoel van competentie.

#### *Het opvangprotocol voor getraumatiseerde kinderen en hun ouders*

Het opvangprotocol voor kinderen is gebaseerd op het model voor gestructureerde opvang van volwassenen dat door het Instituut voor Psychotrauma is ontwikkeld (Brom & Kleber, 1989; Brom, Kleber & Hofman, 1993; Van der Velden, Eland & Kleber, 1997). Dat model is gebaseerd op een integrale theorie over de consequenties van schokkende gebeurtenissen, met aandacht voor zowel centrale psychologische mechanismen, als het concept verwerking en diverse relevante determinanten (Kleber & Brom, 1992). Toegevoegd zijn de basiselementen van het 'posttrauma-interview voor kinderen' (Pynoos & Eth, 1986). Bij het 'vertalen' van het volwassenenmodel naar een protocol voor kinderen is bovendien gebruik gemaakt van de richtlijnen van Pynoos & Nader (1988) voor 'first aid' aan kinderen na schokkende gebeurtenissen. De interventies voor ouders zijn vooral gebaseerd op de principes en werkwijze van methodische ouderbegeleiding (Van der Pas, 1994).

Het doel van het opvangmodel is het ondersteunen en stimuleren van de normale verwerking en vroegtijdige signalering van stagnaties daarin. Het model is dus gericht op 'secundaire preventie'.

#### *Doelgroep*

Het opvangmodel wordt toegepast wanneer kinderen zijn getroffen door een acute schokkende gebeurtenis. Voorbeelden zijn een geweldsdelict, een verkeersongeluk of een plotseling overlijden. Het model is toepasbaar bij kinderen in de leeftijd van 4 tot 18 jaar en hun ouders. Voor chronische situaties zoals langer durend seksueel misbruik of ernstige verwaarlozing is het model niet toereikend. Deze situaties hebben een grotere 'impact' op de persoonlijkheidsontwikkeling van een kind. Voor deze kinderen is meestal een langerdurende (psychotherapeutische) behandeling nodig. Ook de ouderbegeleiding hierbij is gecompliceerder.

#### *De opbouw van het protocol*

Het opvangmodel bestaat uit vier bijeenkomsten, respectievelijk binnen 1 week, 2 weken, 1 maand en 2 à 3 maanden na de gebeurtenis. Deze gefaseerde spreiding over drie maanden sluit aan bij de verschillende stadia in het verwerkingsproces. De eerste bijeenkomst is een gezamenlijk gesprek met ouders en kind. Bij de volgende bijeenkomsten worden ouders en kind apart gezien. De

onderwerpen in de kind- en oudergesprekken lopen parallel. Na iedere bijeenkomst met het kind apart vindt directe terugkoppeling van informatie plaats naar de ouders. De laatste bijeenkomst wordt gezamenlijk afgesloten. Het aantal van vier gesprekken is een richtlijn. Extra gesprekken worden ingelast wanneer bijvoorbeeld klachten voortduren of als ouders medegetraumatiseerd zijn.

#### *Afzonderlijke opvang voor kind en ouders*

Eén reden voor de gescheiden opvang is het gegeven dat kinderen vaak rekening houden met gevoelens van ouders. De meest beangstigende details van het gebeurde en hun fantasieën vertellen zij niet in het bijzijn van ouders. Zij proberen zo de ouders te beschermen of zijn bang voor boze reacties. Maar juist die beangstigende details houden herbelevingen in stand. In aparte gesprekken komen deze wel aan de orde, hetgeen een gunstig effect heeft op het herstel (Yule & Udwin, 1991).

Ten aanzien van de ouders is de reden voor gescheiden opvang dat aandacht voor hun beleving een vereiste is. Ouders van getraumatiseerde kinderen hebben immers een dubbele taak. Zij moeten de eigen reacties hanteren en het kind helpen met zijn reacties. Dit geeft een lastig te hanteren mix: ouders fungeren het ene moment als boksbal, terwijl ze het volgende moment troost moeten bieden (Weille, 1999). Een belangrijk effect van aparte gesprekken met ouders wordt gevormd door de impliciete boodschap dat zij worden beschouwd als de primaire hulpverleners voor het kind. Daarmee wordt tevens het herstel van de ouderlijke metapositie bewerkstelligd.

Binnen het traumaproject zijn goede ervaringen opgedaan met het werken met verschillende hulpverleners voor kind en ouders. De gesprekken kunnen gelijktijdig plaatsvinden, waardoor directe terugkoppeling van gegevens van het kindgesprek naar de ouders mogelijk is, en vice versa. Met informatie en advies kunnen ouders onmiddellijk aan de slag, wat gedragsverandering bespoedigt. Wanneer een kind separatie niet verdraagt, zijn de ouders uiteraard bij de gesprekken aanwezig. Daarbuiten wordt dan een apart contact met de ouders gepland voor hun eigen vragen en zorgen.

#### *Elementen van de ouderbegeleiding*

Ouders worden geïnstrueerd en begeleid om hun kind zo adequaat mogelijk op te vangen. De ouderbegeleiding bestaat uit diagnostiek, het laten ventileren van eigen emoties en ervaringen, psycho-educatie en pedagogische advisering. Dit laatste aspect wordt hier uitgebreider uitgewerkt omdat het specifiek is voor ouderbegeleiding in geval van een acuut getraumatiseerd kind.

- Diagnostiek - Uitgebreide diagnostiek is niet nodig, noch van het kind, noch van de ouders. In dit stadium is immers sprake van normale verwerking van een schokkende gebeurtenis en niet van een stagnatie of stoornis. Wel is diagnostiek belangrijk, namelijk om het verwerkingsproces bij kind en ouders te taxeren, om zo het lange-termijneffect van de schokkende gebeurtenis in te schatten. Voor diagnostiek van het kind verwijzen we naar Eland et al. (1999). Met betrekking tot de ouders ligt het accent op het inschatten van de ouder-kindrelatie en op de beschikbaarheid van sociale steun. De hulpverlener besteedt aandacht aan de volgende punten.
  - Kunnen de ouders het kind voldoende steunen en tegelijk grenzen stellen?
  - Kunnen zij omgaan met de heftige emoties van het kind?
  - Worden zij gehinderd door eigen reacties op de schokkende gebeurtenis, dan wel door reacties op schokkende gebeurtenissen in het verleden?
  - Hoe is het gezin ingebed in familie en buurt. Is er iemand op wie de ouders kunnen terugvallen?

- Emotionele ondersteuning - De ouders krijgen in de gesprekken de gelegenheid om zorgen en gevoelens van angst, schuld, schaamte of onzekerheid te uiten. Wanneer zij zich daarvan bewust zijn, kunnen zij het kind beter steunen. In de chaotische en intense nasleep van een schokkende gebeurtenis zijn ouders en kind vaak somber en naar binnen gericht en belichten zij vooral negatieve aspecten. Wij hechten dan ook veel belang aan het benoemen en bekrachtigen van adequate reacties van ouders. Positief commentaar en complimenten doen een nieuw perspectief ontstaan en vergroten het gevoel van controle.
- Psychoëducatie - Informatie over te verwachten stressreacties en het verwerkingsproces vermindert gevoelens van angst en onzekerheid. Zij weten beter wat ze kunnen verwachten. De boodschap is steeds dat het gaat om normale reacties op abnormale gebeurtenissen, en dat de reacties van tijdelijke aard zijn. De informatie wordt gedoseerd gegeven en daarbij wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de reacties die ouders en kind zelf noemen.
- Pedagogische advisering - Adviezen hebben tot doel weer richting te geven aan het gedrag van ouder en kind. De attitude van de hulpverlener is steunend, maar ook directief en confronterend. Al aan het einde van het intakegesprek worden adviezen gegeven. Ook in de vervolgesprekken wordt, waar nodig, duidelijk geadviseerd. Hulpverleners die hebben geleerd om terughoudend te zijn met het geven van advies, hebben vaak moeite met deze stellige benadering. Ouders, daarentegen, grijpen de adviezen met beide handen aan. Aan de ene kant zijn zij als ouders nog in crisis en uit balans, tegelijkertijd zijn ze zich ervan bewust dat hun kind behoefte heeft aan leiding.

#### *Belangrijke adviezen*

- Herstel zo snel mogelijk de oude routine. Na een schokkende gebeurtenis zijn ouders geneigd om de huisregels soepeler toe te passen. Het kind mag later naar bed, hoeft niet naar school en krijgt cadeautjes. Ritme, regelmaat en structuur herstellen voor het kind echter rust, veiligheid en voorspelbaarheid.
- Accepteer heftige reacties van het kind, zonder er helemaal in mee te gaan. Begrenzing door de ouders bevordert het gevoel van controle bij het kind, hetgeen een gunstig effect heeft op het herstel. Begrens ook vermijdings- of regressief gedrag. Wanneer deze reacties te lang voortduren, kan een gewoontepatroon ontstaan. Hoe langer dat inslijt, hoe lastiger het te keren is.
- Stimuleer expressie. Ouders kunnen het kind de gelegenheid geven te praten of te tekenen en vervolgens samen over de tekening praten. Ook in spel kan het kind met de gebeurtenis bezig zijn. Kleuters spelen voor zichzelf, terwijl oudere kinderen met vriendjes of vriendinnetjes (aspecten van) de schokkende gebeurtenis naspelen. Expressie ordent de nare ervaring voor het kind en maakt het voor de ouders mogelijk om onjuiste fantasieën over de gebeurtenis te corrigeren.  
Wanneer een kind zich (voor zover ouders kunnen waarnemen) op geen enkele manier met de gebeurtenis bezighoudt, betekent het niet dat de gebeurtenis niet wordt verwerkt. Sommige kinderen doen dat op een minder zichtbare manier, bijvoorbeeld in hun dromen. Het is zeker niet de bedoeling dat het kind wordt gedwongen om met de gebeurtenis bezig te zijn. De ouder kan de schokkende gebeurtenis 'aankaarten', maar dringt niet aan wanneer het kind daar niet op ingaat.

### *Protocol ouderbegeleiding*

In het intakegesprek, binnen een week na aanmelding, wordt het verhaal van de schokkende gebeurtenis verteld, gevolgd door een inventarisatie van posttraumatische stressreacties, risico- en protectieve factoren. Ook het functioneren van het kind thuis, op school en in de vrije tijd, evenals eerdere stagnaties of stoornissen in de ontwikkeling worden doorgenomen. Een volledige ontwikkelingsanamnese is in de intake van een acuut getraumatiseerd kind niet nodig - zelfs irrelevant. Ouders en kind zijn vervuld van hun vaak gedetailleerde verhaal over de ingrijpende gebeurtenis en eerst moet daaraan voldoende aandacht worden geschonken. Wanneer het gezin weer in rustiger vaarwater is, wordt indien nodig in het tweede gesprek met de ouder(s) alsnog ingegaan op de ontwikkelingsanamnese. Dit kan van belang zijn wanneer eerder bestaande problematiek interfereert met traumaverwerking.

Het tweede gesprek, twee weken na de gebeurtenis, vindt plaats met de ouders alleen. Het kind wordt gezien door een andere hulpverlener of op een ander moment. Dit geeft ruimte en tijd voor het verhaal en de beleving van de ouders. Wat hebben zij nu precies meegemaakt ('reconstructie') en wat was voor hen het ergste moment? Gevoelens van machteloosheid, kwetsbaarheid, schaamte en schuld komen aan bod. Verder wordt ingegaan op het verloop van de klachten bij het kind en op reacties van de ouders op de traumatische gebeurtenis. Ook wordt geïnventariseerd in hoeverre er steun is binnen en buiten het gezin. Hoe reageert de omgeving? Zijn er mensen op wie zij kunnen terugvallen als het hun teveel wordt? Dit laatste is een extra belangrijk punt van aandacht wanneer ouders gescheiden zijn of anderszins alleenstaand.

In het derde gesprek, na een maand, wordt ingegaan op het verloop van de klachten en veranderingen. Waar hebben ouders en kind nog last van? Zien de ouders dat het kind de draad van het gewone leven weer oppakt? En doen zijzelf dit ook? Het hanteren van stressreacties komt uitgebreider aan bod. Hoe gaan ouders om met hun gevoelens en stressreacties ('coping'). Ervaren zij hun manieren om die te hanteren als effectief? Zo nodig worden andere copingstrategieën besproken en geoefend.

Het vierde gesprek vindt 2 à 3 maanden na de gebeurtenis plaats en is in principe het laatste opvanggesprek. Er wordt afgerond of doorverwezen. Betekenisgeving en het signaleren van voor spoedige dan wel gestagneerde verwerking staan centraal. Allereerst wordt ingegaan op het klachtenverloop. Veranderingen worden uitvoerig besproken en in de context van het verwerkingsproces geplaatst. Wanneer de posttraumatische reacties gaan uitdoven of naar de achtergrond verdwijnen, is het mogelijk en zinvol om over de betekenis van het gebeurde te praten. Hoe kijken de ouders er nu op terug? Wat hebben ze ervan geleerd? Zouden ze het een volgende keer anders aanpakken? Het bespreken en expliciteren van deze positieve veranderingen heeft het verrassende effect dat het gevoel van zinloosheid met betrekking tot de schokkende gebeurtenis verminderd. Als stressreacties echter intensief voortduren, kan er sprake zijn van gestagneerde verwerking. Het is een beslissingsmoment voor ouders en kind of zij verdere diagnostiek en behandeling wensen voor de resterende klachten. De mogelijkheden van eventuele doorverwijzing worden besproken.

### *Extra sessies voor getraumatiseerde ouders*

Voorals wanneer ouders zelf mede-slachtoffer waren, hebben ze het zwaar. Herbelevingen en verhoogde prikkelbaarheid nemen hun aandacht zozeer in beslag, dat zij slechts met moeite in staat zijn om het kind te steunen. Bij ouders die in hun jeugd zijn getroffen door eenzelfde of



soortgelijke ervaring, kunnen herbelevingen zo heftig zijn dat zij niet meer als ouder kunnen functioneren.

Aan deze ouders worden op korte termijn en door dezelfde hulpverlener een of twee extra gesprekken aangeboden. De reconstructie van hun eigen schokkende ervaring staat daarin centraal. Verwijzing naar een andere hulpverlener is in dit kader niet wenselijk. Het doel is immers herstel van het vermogen om als ouder beschikbaar te zijn en niet de verwerking van het eigen trauma.

Onze ervaring leert trouwens dat ouders pas ingaan op een aanbod voor extra gesprekken wanneer dat wordt gedaan als het kind weer beter functioneert. Pas dan komen ouders toe aan de eigen verwerking. Zij stellen het wel op prijs wanneer al bij het begin van de hulpverlening een dergelijk aanbod als mogelijkheid in het vooruitzicht wordt gesteld. Knokken voor hun kind draagt kennelijk bij aan het herstel van het gevoel van een 'goede ouder' te zijn. Daarom zetten ouders graag eerst het kind 'op de rails', dan pas zichzelf.

#### *Uitvoering van ouderbegeleiding*

Kennis van de gezonde en van afwijkende ontwikkeling van kinderen is onmisbaar om in te schatten of het een normaal verlopend verwerkingsproces betreft. Daarom vraagt de uitvoering van het totale protocol de klinische en diagnostische vaardigheden van pedagoog, psycholoog of psychiater. Het ouderbegeleidingsdeel kan ook worden uitgevoerd door een maatschappelijk werker of sociaal-psychiatisch verpleegkundige, mits deze ervaring heeft met de methodiek ouderbegeleiding en gewend is met kinderspecialisten samen te werken.

De actieve en directieve benadering van dit protocol is trouwens ook voor ervaren hulpverleners niet zonder meer toepasbaar. Specifieke bijscholing over traumaverwerking en training in de opvang van getroffen kinderen en hun ouders zijn altijd noodzakelijk.

#### *Tenslotte*

Met het hier beschreven opvangprotocol wordt in een beperkt aantal zittingen een aanzienlijk resultaat behaald (Eland et al., 1999). De kinderen in het project hadden over het algemeen zeer ingrijpende ervaringen achter de rug. Daarnaast speelden bij veel gezinnen nog andere problemen, zoals scheidingsperikelen, financiële problemen en relatieproblemen. Toch waren bij vrijwel alle kinderen de posttraumatische klachten na het opvangprogramma significant afgenomen. Dit effect is niet alleen aan het opvangprotocol toe te schrijven. Het natuurlijke verwerkingsproces en de factor tijd speelden ook een rol.

Voor de hulpverleners biedt het protocol structuur aan het opvangtraject van ouder en kind. Bij schokkende gebeurtenissen worden hulpverleners vaak geconfronteerd met zulke chaotische situaties en heftige emoties van ouders en kinderen dat zij erdoor worden overspoeld. Werken met het protocol schept dan voor zowel ouders, kind als hulpverlener de nodige rust en controle. Uit de onderzoeksresultaten van het traumaproject komt naar voren dat de ouderbegeleiding zeer werd gewaardeerd. Ouders stelden vooral op prijs dat er veel tijd voor hen werd uitgetrokken en dat zij zo snel terecht konden met hun kind. Zij voelden zich het meest gesteund door de mogelijkheid om gedachten, emoties en zorgen te uiten. Daarbij viel op dat zij tijdens de eerste contacten vooral waren gericht op ondersteuning van het kind: ze hadden veel behoefte om over het kind te praten en de mening van de hulpverlener te horen over de reacties van het kind. Ook stonden de ouders zeer open voor informatie over verwerking en over stressreacties bij kinde-

ren. Zij werden vooral gerustgesteld door het inzicht dat posttraumatische klachten normaal zijn en na verloop van tijd weer overgaan. De pedagogische adviezen werden gewaardeerd en, zoals eerder vermeld, over het algemeen ter harte genomen. Naarmate het kind zich herstelde, verschoof de aandacht naar de eigen emoties van de ouders.

Het belangrijkste uitgangspunt van de ouderbegeleiding is dat ouders worden geholpen om zo snel mogelijk 'on top' te zijn, opdat zij zich weer competent voelen als ouder en het kind adequate steun kunnen bieden. Uiteindelijk is het kind dáár het meest bij gebaat.

### Literatuur

- Brom, D. & Kleber, R.J. (1989). Prevention of posttraumatic stress disorders. *Journal of Traumatic Stress Studies* 2: 335-351.
- Brom, D.; Kleber, R.J. & Hofman, M.C. (1993). Victims of traffic accidents: Incidence and prevention of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology* 49: 191-5.
- Crittenden, P.M. (1993). An information-processing perspective on the behavior of neglectful parents. *Criminal Justice and Behavior* 20,1: 27-49.
- Eland, J. & Kleber, R.J. (1994). *Kind en Trauma, reacties van kinderen op schokkende gebeurtenissen en een model voor gestructureerde opvang*. Utrecht: Instituut voor Psychotrauma.
- Eland, J.; Roos, C.J.A.M. de & Kleber, R.J. (1999). *Ontwikkelingsonderzoek naar een opvangprotocol voor kinderen na acute traumatisering*. Utrecht: Instituut voor Psychotrauma.
- Eland, J., Roos, C.J.A.M. de, & Kleber, R.J. (2000). *Kind en trauma, een opvangmodel*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Handford, H.A.; Dickerson Mayes, S.; Mattison, R.E.; Humphrey, F.J.; Bagnato, S.; Bixler, E.O. & Kales, J.D. (1986). Child and parent reaction to the Three Mile Island nuclear accident. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 25, 3: 346-356.
- Kleber, R.J. & Brom, D. In collaboration with Defares, P.B. (1992). *Coping with trauma: theory, prevention and treatment*. Amsterdam/Berwyn, Pennsylvania: Swets & Zeitlinger International.
- Landolt, M.; Boehler, U.; Schwager, C.; Schallberger, U. & Nuessli, R. (1998). Post-traumatic stress disorder in paediatric patients and their parents: an exploratory study. *Journal of Paediatrics and Child Health* 34: 539-543.
- McFarlane, A. C. (1987). *Posttraumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 26: 764-769.
- Pas, A. van der (1994). *Handboek Methodische Ouderbegeleiding 1. Ouderbegeleiding als methode*. Rotterdam: Ad. Donker.
- Pas, A. van der (1996). *Handboek Methodische Ouderbegeleiding 2. Naar een psychologie van ouderschap*. Rotterdam: Ad. Donker.
- Pynoos, R.S. & Eth, S. (1986). Witness to violence: the child interview. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 25, 3: 306-319.
- Pynoos, R.S. & Nader, K. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications. *Journal of Traumatic Stress* 1: 445-473.

- Velden, P.G. van der; Eland, J. & Kleber, R.J. (1997). *Handboek voor opvang na rampen en calamiteiten*. Zaltbommel: Thema.
- Weille, K.L. (1999). Getraumatiseerde ouder: patiënt of ervaringsdeskundige? *Ouderschap & Ouderbegeleiding* 2,1: 55-64.
- Wolters, W.H.G. (1991). *Psychotrauma's bij jongeren*. Ambo: Baarn.
- Yule, W. & Udwin, O. (1991). Screening child survivors for post traumatic stress disorders: experiences from the 'Jupiter' sinking. *British Journal of Clinical Psychology* 30: 131-138.

## Noten

- <sup>1</sup> Bron: Slachtofferhulp Nederland, 2000.
- <sup>2</sup> Het traumaproject is mede gefinancierd door het Nederlands Fonds voor de Geestelijke Volksgezondheid.