

Lünnemann, Roos de Wildt, Rosanne Anholt, Mathilde Compagner, *Evaluatie pilot Halt 18+. Halt voor jongvolwassenen*, bijlage Brief van de Minister voor Rechtsbescherming van 17 september 2021, *Kamerstukken II*, 28741, nr. 82).

M.R. Bruning

b. Sociaal-wetenschappelijk aspect

De lange termijn invloed van traumatische of ingrijpende gebeurtenissen in de kindertijd op de mentale gezondheid

In het forensische jeugdveld zijn er relatief veel kinderen en jongeren die in hun jonge leven ingrijpende negatieve ervaringen hebben opgedaan, zogenaamde traumatische ervaringen of negatieve jeugdervaringen (adverse childhood experiences; ACE). Het onderscheid tussen deze termen is niet eenduidig, maar doorgaans wordt met traumatische ervaringen bedoeld op ervaringen van kindermishandeling of seksueel misbruik, terwijl ACE's een bredere range aan negatieve ervaringen omvatten, bijvoorbeeld ook gepest worden, opgroeien in armoede, en blootstelling aan geweld in de bredere omgeving waarin iemand opgroeit. Er is steeds meer erkenning voor de grote rol die het opdoen van ingrijpende ervaringen in de kindertijd kan spelen in de ontwikkeling van kinderen en jongeren, en in de langdurige impact hiervan op het latere leven. In deze rubriek beschrijven we twee proefschriften over de langdurige impact van traumatische of ingrijpende ervaringen in de kindertijd. In november 2021 verdedigde dr. Anne Marsman (Universiteit Maastricht) haar proefschrift getiteld 'Beyond dis-ease and dis-order: exploring the long-lasting impact of childhood adversity in relation to mental health'. In haar promotieonderzoek bestudeerde zij onderliggende mechanismen die mogelijk een rol spelen in het ontstaan van psychische problemen, met een specifieke focus op de

relatie tussen ingrijpende gebeurtenissen in de jeugd en psychische problemen in het latere leven. Het tweede proefschrift is van dr. Sanne Swart (Vrije Universiteit Amsterdam), en getiteld 'The course of survivors of early childhood trauma and emotional neglect: never easy, but worth it?'. Sanne Swart, die haar proefschrift verdedigde in oktober 2021, richtte zich in haar promotieonderzoek op het beloop van (comorbide) trauma-gerelateerde stoornissen, dissociatieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen van mensen met traumatische ervaringen in de kindertijd die in behandeling zijn.

Anne Marsman (2021) – Beyond dis-ease and dis-order: exploring the long-lasting impact of childhood adversity in relation to mental health

Met haar promotieonderzoek beoogde Marsman meer zicht te krijgen op de ontwikkeling van psychische problemen na het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen in de jeugd. Om de vraag te beantwoorden waarom en hoe ingrijpende gebeurtenissen de mentale gezondheid beïnvloeden, belichtte en onderzocht zij verschillende perspectieven.

Ten eerste onderzocht ze de relatieve bijdrage van genetische en omgevingsfactoren, waaronder ingrijpende gebeurtenissen in de jeugd, aan de mentale gezondheid. Uit eerder genetisch geïnformeerd wetenschappelijk onderzoek, zoals familie- en tweelingonderzoek, is bekend dat psychische problemen deels genetisch bepaald zijn. Vast staat ook dat vele genetische markers bijdragen aan een genetische kwetsbaarheid voor psychische problemen, al is nog onbekend welke dit allemaal zijn. Marsman onderzocht de rol van een poligenetische risico score (PRS) voor schizofrenie, een genetische kwetsbaarheidsscore voor schizofrenie op basis van duizenden genetische markers, die in eerder onderzoek ook in verband is gebracht met kwetsbaarheid voor andere psychische en medische

ziektebeelden. Ook onderzocht ze hoe genetische kwetsbaarheid voor een slechtere psychische gezondheid (op basis van deze PRS) zich verhoudt tot kwetsbaarheid vanwege andere risicofactoren, namelijk familiefactoren (een familiegeschiedenis psychische problematiek), omgevingsfactoren (stressvolle gebeurtenissen in de volwassenheid, ingrijpende gebeurtenissen in de jeugd, regelmatig cannabisgebruik, wonen in stedelijk gebied) en sociale omstandigheden (bijvoorbeeld geen baan hebben, of schulden). Het onderzoek werd verricht met data uit de NEMISIS-2 studie, waaraan een grote groep volwassenen (18-65 jaar) uit de algemene Nederlandse bevolking deelnam. De ruim zesduizend deelnemers werden gedurende negen jaar vier keer geïnterviewd. Uit deze studie bleek dat een slechtere psychische gezondheid slechts voor een klein deel (0,4%) kon worden verklaard vanuit de onderzochte genetische factoren, terwijl een aanzienlijk groter deel (ongeveer 17%) werd verklaard door de andere risicofactoren samen. Ingrijpende gebeurtenissen in de jeugd en een familiegeschiedenis van psychische problematiek speelden de grootste rol. Marsman benadrukt dat hoewel de gevonden bijdrage van genen klein is, deze resultaten niet impliceren dat genen een kleine rol spelen. Omdat genen in samenhang met omgevingsfactoren invloed uitoefenen, is meer onderzoek naar gen-omgevingsinteracties nodig om de impact van genetische kwetsbaarheid voor psychische problemen beter te kunnen inschatten.

Ten tweede onderzocht Marsman het verband tussen enerzijds trauma in de kindertijd en anderzijds cognitie, specifiek het intelligentieniveau. Cognitie is één van de domeinen die negatief beïnvloed worden door het meemaken van een ingrijpende of traumatische gebeurtenis, wat ook zijn weerslag kan hebben op het maatschappelijk functioneren. Daarbij zijn er aanwijzingen dat de negatieve impact van trauma op cognitie minder groot is bij mensen met psychische problemen, omdat de cognitie

bij hen al gedrukt wordt. Om dit te onderzoeken werd gebruik gemaakt van data van het GROUP onderzoek, een onderzoek dat is uitgevoerd in Nederland en België en waaraan mensen met een psychotische stoornis, hun broers en zussen en gezonde controles participeerden. De onderzoekspopulatie bestaande uit ruim 2,5 duizend deelnemers werd gedurende zes jaar drie keer geïnterviewd, waarbij op elke meting ook het intelligentieniveau werd bepaald. Met deze studie bevestigde Marsman dat de impact van trauma op de intelligentie verschilt tussen de drie groepen: bij gezonde controles en broers en zussen hing blootstelling aan trauma samen met een lagere intelligentie, met een reductie variërend van 2,5 punt bij broers en zussen tot bijna 5 punten bij gezonde controles. Bij mensen met een psychotische stoornis werd geen samenhang tussen blootstelling aan trauma en intelligentie gevonden. Dit laatste lijkt volgens Marsman en collega's verklaard te kunnen worden vanuit een 'floor-effect': factoren als genetische kwetsbaarheid, recente ingrijpende gebeurtenissen, sociale omstandigheden en gebrekkige motivatie kunnen het intelligentieniveau bij mensen met een psychotische stoornis drukken, en daarmee ook de impact van trauma in de kindertijd op de intelligentie 'overstemmen'. Het meten van intelligentie op drie momenten maakte het ook mogelijk om de impact van trauma in de kindertijd op het leervermogen te onderzoeken. Voor alle drie de groepen bleek dat degenen die aan trauma blootgesteld waren minder leer-effecten vertoonden op de herhaalde intelligentiemetingen dan degenen die geen trauma hadden ervaren in de kindertijd. Dat dit ook bij de groep met een psychotische stoornis gevonden werd, suggereert volgens Marsman dat trauma in de kindertijd ook bij deze groep wel degelijk impact heeft op cognitie.

In een derde en vierde studie onderzocht Marsman de impact van ingrijpende gebeurtenissen in de kindertijd op stressgevoeligheid in het latere leven, specifiek de

subjectieve beleving en lichamelijke reactie (elektromyografie (EMG) activiteit van de trapeziusspier) bij blootstelling aan stress en de gewenning aan pijn. Hiertoe voerde zij een tweetal stress-experimenten uit bij 120 volwassen mannen en vrouwen uit de algemene bevolking. In het eerste experiment werden deelnemers blootgesteld aan een cognitieve stressor: zij werden geïnstrueerd om zoveel mogelijk digitaal gepresenteerde woorden te onthouden. In het tweede experiment werden deelnemers blootgesteld aan een reeks elektrische pijnprikkels. Beide experimenten werden zes maanden later herhaald om de rol van voorspelbaarheid te onderzoeken. Dit vanwege de verwachting dat onvoorspelbaarheid van een stressor (niet weten wanneer, waarom en hoe een stressor zich manifesteert) de meeste impact heeft. Dit laatste bleek inderdaad het geval: reacties op de herhaalde stress-experimenten na zes maanden waren minder sterk, wat Marsman toeschrijft aan de toegenomen voorspelbaarheid tijdens de herhaalde sessie. In beide studies werd door Marsman bevestigd dat blootstelling aan ingrijpende gebeurtenissen in de kindertijd invloed heeft op de stressgevoeligheid in het latere leven: naarmate deelnemers meer ingrijpende gebeurtenissen hadden meegemaakt, werd een hogere EMG-activiteit gezien, wat betekent dat deze mensen met meer spierspanning reageerden bij confrontatie met een stressor. Daarnaast bleek dat er, bij het experiment met de reeks elektrische prikkels, minder gewenning aan pijn optrad bij deelnemers die ingrijpende gebeurtenissen hadden meegemaakt in hun kindertijd. Zowel subjectief (zelfgerapporteerde pijnniveau) als objectief (EMG) vond Marsman hogere scores bij mensen met een voorgeschiedenis van ingrijpende gebeurtenissen, die minder daalden gedurende de reeks prikkels dan bij de groep zonder voorgeschiedenis van ingrijpende gebeurtenissen in de kindertijd. Marsman concludeert dat haar promotieonderzoek ondersteuning biedt voor de

gedachte dat blootstelling aan ingrijpende gebeurtenissen in de kindertijd langdurige impact kan hebben op cognitief, psychologisch en psychofysiologisch gebied, en daardoor een belangrijke rol kan spelen in de ontwikkeling van psychische problemen. In de algemene discussie van haar bevindingen gaat ze uitgebreid in op de grote heterogeniteit in biopsychosociale mechanismen die betrokken zijn bij de ontwikkeling van psychische problemen na blootstelling aan ingrijpende gebeurtenissen, met complexe interacties binnen en tussen biologische, psychologische en sociale/omgevingsdomeinen. Verhoogde gevoeligheid voor stress en verhoogde stressreactiviteit vormen hierbij mogelijk centrale mechanismen. Daarbij benadrukt ze de impact van de mentale gezondheid op de lichamelijke gezondheid, en vice versa. Op basis van haar bevindingen dat blootstelling aan ingrijpende gebeurtenissen in de kindertijd niet alleen de geest maar ook het lichaam gevoeliger maakt voor het ervaren van stress, pleit ze voor verdere adressering, verkenning en erkenning van biologische processen die een rol spelen in de mentale gezondheid. In het algemeen roept ze op tot meer aandacht voor, en daarmee het eerder herkennen en behandelen van blootstelling aan ingrijpende gebeurtenissen, gezien de cruciale rol die dit kan spelen in mentale en fysieke gezondheidsproblemen. Daarbij pleit ze, vanwege de fysiologische impact van blootstelling aan ingrijpende gebeurtenissen, voor meer inzet van lichaamsgerichte interventies, zoals senso- of psychomotorische therapieën.

Sanne Swart (2021) – The course of survivors of early childhood trauma and emotional neglect: never easy, but worth it?

Het is bekend dat mensen die als kind trauma's als seksueel misbruik, fysieke mishandeling en verwaarlozing hebben meegemaakt een grotere kans hebben op psychopathologie, zoals trauma-gerelateerde stoornissen (zoals PTSS), dissociatieve

stoornissen (veranderingen/onderbrekingen in bewustzijn, geheugen, identiteit, en omgevingsbeleving) en persoonlijkheidsstoornissen (met doordringende patronen in het ervaren van, zich verhouden tot, en het denken over zichzelf en omgeving). Swart constateert dat de meeste studies naar mensen met deze stoornissen zich echter richten op ontwikkelingen op de korte termijn (d.w.z. op het beloop tijdens een periode korter dan een jaar) en zich ook vaak richten op slechts één type stoornis, in plaats van op de comorbiditeit van stoornissen. Dit, terwijl er bij veel mensen die als kind getraumatiseerd zijn geraakt sprake is van comorbiditeit van trauma-gerelateerde stoornissen, dissociatieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Het doel van het promotieonderzoek van Swart was daarom tweeledig: 1) meer inzicht verkrijgen in het tweejarig beloop bij patiënten (in behandeling) met trauma-gerelateerde stoornissen, dissociatieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen en 2) onderzoeken of op basis van het twee-dimensionele trauma-verwaarlozing model van Draijer (2003; zie p. 16 van het proefschrift van Swart, 2021), met op de X-as de ernst van de persoonlijkheidsproblematiek en op de Y-as de ernst van de trauma-gerelateerde problematiek, een voorspelling gedaan kan worden gedaan ten aanzien van dit tweejarig beloop. Daarbij waren de twee dimensies gerelateerd aan de mate van invloed van respectievelijk verwaarlozing (X-as; ernst van de persoonlijkheidsproblematiek) en trauma (Y-as; ernst van de trauma-gerelateerde problematiek).

Na het studieprotocol uiteengezet te hebben (in hoofdstuk 2) beschrijft Swart (2021) in hoofdstuk 3 de eerste onderzoeksresultaten die het promotieonderzoek heeft opgeleverd. In deze studie zijn 150 patiënten (gemiddeld 34 jaar) onderzocht die behandeld werden met een traumabehandeling of een behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen om te kijken of er op basis van de bij hen aanwezige trauma-gerelateerde, dissociatieve en persoonlijkheidspsychopathologie,

klinische profielen ontwikkeld konden worden. Meer specifiek gezegd werden cluster analyses toegepast om te onderzoeken of er op basis van het twee-dimensionele model van Draijer (2003) diverse categorieën gevormd konden worden die verschilden in de mate van psychiatrische ziektelast (een gecombineerde maat van de ernst van de symptomen, type stoornis en ernst van persoonlijkheidspathologie). De resultaten van deze eerste studie toonden aan dat er drie clusters gevormd konden worden (mild-middelmatig-ernstige klachtenpresentatie) die significant verschilden in zowel de mate van trauma als in verwaarlozing. De milde groep week significant af van de overige groepen in de (lichtere) mate van trauma, maar wat vooral bleek was dat de ernstige groep van de overige groepen afweek in het gebrek aan emotionele warmte van de moeder (als indicator van verwaarlozing). Tot deze 'ernstige' groep behoorden patiënten die veel dysfunctionele schema's (algemene patronen van herinneringen, emoties, cognities en fysieke ervaringen gerelateerd aan de eigen persoon en aan relaties met anderen) toonden, een lage zelfcontrole, lage identiteitsintegratie, lage verantwoordelijkheid, die lage relationele en sociale vermogens hadden, zeer neurotisch waren, erg introvert, weinig consciëntieus, en die veel depressieve, angstige en dissociatieve symptomen en veel somatische klachten en psychologische stress vertoonden. Swart (2021) concludeerde dat deze 'ernstige' groep met patiënten die kampten met een combinatie van diverse trauma-gerelateerde stoornissen, dissociatieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen, plus een hoge mate van psychiatrische symptomen en gebrekkig persoonlijkheidsfunctioneren, zowel veel traumatische gebeurtenissen rapporteerden als een duidelijk gebrek aan moederlijke liefde. In de discussie wordt op algemener niveau geconcludeerd dat het klinische profiel van patiënten het beste begrepen kon worden als onderdeel van een algehele reactie op ernstige jeugdtrauma en verwaarlozing,

en dat het indelen van deze patiënten op basis van (enkelvoudige of afzonderlijke) diagnoses weinig opleverde, vooral in de dagelijkse klinische praktijk. Het is volgens Swart (2021) ook beter om een mix aan behandelvormen aan te bieden aan mensen die in hun kindertijd trauma en verwaarlozing hebben meegemaakt, en bij voorkeur daarbij gebruik te maken van zowel trauma- (bv. EMDR) als persoonsgerichte behandelvormen. Dergelijke combinaties van behandelvormen zijn echter vaak lastig te verwezenlijken binnen diagnosegedreven behandelprogramma's. Het plaatsen van patiënten binnen het twee-dimensionele model zou kunnen helpen om zo meer oog te krijgen voor het bredere geheel ('the whole picture').

In een tweede studie heeft Swart (2021) zich vervolgens gericht op de beantwoording van de onderzoeksvraag in welke mate patiënten met dissociatieve PTSS verschillen van patiënten met PTSS en comorbide dissociatieve stoornissen. Deze onderzoeksvraag was voortgekomen uit de toevoeging aan de DSM-5 van een dissociatief PTSS subtype voor PTSS patiënten met depersonalisatie en/of derealisatie symptomen. Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden zijn drie groepen binnen de totale patiëntengroep ($N = 150$) met elkaar vergeleken: een dissociatieve PTSS groep, een niet-dissociatieve PTSS groep en een niet-PTSS groep van patiënten met voornamelijk persoonlijkheidsstoornissen. Bij deze patiënten zijn gestructureerde klinische interviews en zelf-rapportage vragenlijsten afgenomen over dissociatieve symptomen en stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, trauma, depressie, angst en algemene psychopathologie. De resultaten toonden aan dat er veel overlap was tussen de dissociatieve PTSS groep en de dissociatieve stoornis groep. Meer dan de helft van de patiënten met dissociatieve PTSS voldeed ook aan de criteria voor één of meer dissociatieve stoornissen. Er werden ook geen verschillen in depressiviteit en angst tussen de dissociatieve PTSS groep met en zonder

comorbide dissociatieve stoornissen gevonden. Swart (2021) concludeert in discussie dat de toevoeging van het dissociatieve PTSS subtype aan de DSM-5 een belangrijke stap is geweest in het erkennen van het belang van het vaststellen van dissociatieve stoornissen bij patiënten met traumagerelateerde stoornissen, maar dat voor specifiekere en nauwkeurigere diagnostische criteria een beter begrip van deze stoornissen en de onderlinge verschillen nodig is.

In het vijfde hoofdstuk van haar proefschrift beschrijft Swart (2021) vervolgens de studie waarin de 150 patiënten voor twee jaar zijn gevolgd om te kijken naar het langere termijn beloop van de problematiek. Een groep van 85 patiënten (57%) bleek ook deel te hebben genomen aan de tweede meting. De resultaten toonden aan dat er bij de patiënten met traumatische ervaringen en emotionele verwaarlozing in de kindertijd inderdaad vaak sprake was van comorbiditeit van trauma-gerelateerde stoornissen, dissociatieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Verder bleken er verschillen tussen mannen en vrouwen in het tweejarig beloop. Zo nam de psychopathologie bij vrouwen af, maar niet bij mannen. Deze bevindingen wezen er volgens Swart (2021) op dat er meer aandacht moet komen voor mogelijke sekseverschillen (en andere behandelbehoeften) bij de behandeling van slachtoffers van trauma en emotionele verwaarlozing tijdens de kindertijd.

In het laatste empirische hoofdstuk 6, ten slotte, beschrijft Swart de studie waarin de voorspellende waarde van het twee-dimensionele trauma-verwaarlozing model wordt onderzocht door de veranderingen in symptomen bij de patiënten met de (comorbide) trauma-gerelateerde stoornissen, dissociatieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen met elkaar te vergelijken. Algemene gegevens toonden allereerst dat 14% tot 41% van de patiënten klinische relevante verbeteringen of herstel vertoonden gedurende de tweejarige follow-up periode. De resultaten gaven verder aan dat de

ernst van de trauma-gerelateerde diagnose alleen de mate van klinische verandering in de dissociatieve symptomen voorspelde: hoe *ernstiger* de diagnose, hoe *groter* de *verbetering* in dissociatieve symptomen). Het aantal persoonlijkheidsstoornissen voorspelde geen veranderingen in symptomen en de persoonlijkheidsstoornissen waren ook niet bepalend voor het effect van de ernst van de trauma-gerelateerde diagnose. Verder bleek (onverwachts) dat patiënten in de ernstige of middelmatige groep een verbetering in algemene psychopathologie vertoonden, maar de 'lichte' groep niet. Swart (2021) bespreekt een aantal verklaringen voor de bevinding dat de ernstigste categorie patiënten het meest lijkt te verbeteren tijdens de behandeling (waaronder de methodologische verklaring 'regressie naar het gemiddelde'), maar suggereert ook de mogelijkheid dat gespecialiseerde behandelprogramma's wellicht beter afgestemd zijn op patiënten met ernstige psychopathologische problematiek en dus ook effectiever zijn voor deze groep. Overall bleek echter dat de meeste patiënten stabiel bleven, onafhankelijk van de diagnose. Swart (2021) concludeert dat er met de resultaten weinig ondersteuning is gevonden voor de voorspellende waarde van het twee-dimensionele model wanneer naar de afzonderlijke symptomen werd gekeken. Meer steun voor het model werd gezien wanneer tegelijkertijd gekeken werd naar de verscheidenheid aan symptomen, stoornissen en indicatoren van psychopathologie.

Alles overziend tonen de resultaten van het proefschrift, zo beschrijft Swart (2021) in de algehele discussie van het proefschrift, dat patiënten die traumatische gebeurtenissen en emotionele verwaarlozing in hun kindertijd hebben ervaren vanuit een integratief denkkader (i.p.v. categorisch denkkader) beschouwd en begrepen moeten worden. Behandelingen zouden ook meer gericht moeten worden op de comorbide, meer-dimensionele problematiek (i.p.v. op een specifieke diagnose). Daarbij zou het goed zijn om beter te differentiëren tussen

groepen patiënten op basis van de ernst van de ziektelast (vanuit het dimensionele denken), en om de te ontwikkelen integratieve behandelprogramma's – waarbij dus zowel trauma-gerelateerde psychopathologie, als dissociatieve symptomen en persoonlijkheidsfunctioneren geïntegreerd worden behandeld – te onderwerpen aan effectiviteitsonderzoek. Voor toekomstig onderzoek benoemt Swart tevens nog expliciet dat het belangrijk is om suïcidale patiënten (van de steekproef overleed 4% door suïcide; alleen vrouwen met comorbide stoornis) te includeren, om zo meer inzicht te krijgen op het diagnosticeren en behandelen van deze groep zeer kwetsbare patiënten.

Conclusie

Met deze bevindingen en conclusies onderstrepen beide proefschriften, op basis van onderzoek in respectievelijk algemene populatie steekproeven en een klinische steekproef, nogmaals de hardnekkige gevolgen van het meemaken van traumatische of negatieve jeugdervaringen tijdens de kindertijd voor de verdere ontwikkeling van de mentale gezondheid. De onderzoeksbevindingen benadrukken het belang van bewustzijn bij professionals in de (forensische) hulp- en dienstverlening van de impact van dergelijke ervaringen. Dit bewustzijn is nodig om waar mogelijk dergelijke ervaringen te voorkomen, en om bij screening en diagnostiek aandacht te hebben voor de mogelijke impact van dit soort ervaringen op de mentale en lichamelijke gezondheid, en hier behandeling op in te zetten. Bij de begeleiding en behandeling van patiënten moet duidelijk oog zijn voor de specifieke behandelbehoeften van iedere patiënt (differentiatie), en tevens voor 'the whole picture' van problematiek waar deze patiënten mee kampen. Pas wanneer de behandeling goed is afgestemd op die specifieke behoeften en het bredere geheel aan behandelbehoeften zal deze een betere kans van slagen hebben en het perspectief voor deze kwetsbare groep op een goede

ondersteuning bij hun verdere ontwikkeling kunnen versterken.

H.E. Creemers & I.B. Wissink

Referenties

Draijer, N. (2003). Diagnostiek en indicatiestelling bij (een vermoeden van) seksueel misbruik in de voorgeschiedenis. In N. Nicolai (Ed.), *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik* (p. 21-47), De Tijdstroom.

Marsman, A. (2021). *Beyond dis-ease and dis-order: exploring the long-lasting impact of childhood adversity in relation to mental health*, Ridderprint.

Swart, S. M. (2021). *The course of survivors of early childhood trauma and emotional neglect: never easy, but worth it?*, Ridderprint.