

PSYCHOTHERAPIE BIJ COMPLEX TRAUMA

Leesexemplaar

Nicole Vliegen, Eileen Tang, Nick Midgley,
Patrick Luyten en Peter Fonagy

Psychotherapie bij complex trauma

Werken met kind, ouders en context

P E L C K M A N S

‘Dit is een boek waar kindertherapeuten al lang op zitten te wachten. Het brengt inzichten samen die in het verleden los van elkaar bestonden, inzichten in de impact van complex traumatische ervaringen op kinderen, psychodynamische inzichten, inzichten uit de gehechtheidstheorie en de ontwikkelingspsychologie, en integreert die in een diepgaande, maar gebruiksvriendelijke en werkzame manier van werken met het kind, en met de belangrijke volwassenen en systemen om hem heen. Alle klinici, hoeveel ervaring ze ook mogen hebben, zullen een zucht van verlichting slaken dat dit eindelijk beschikbaar is.’

Dr. Graham Music, psychotherapeut, Tavistock Clinic, auteur van *Nurturing Children* (2019) en *Nurturing Natures* (2016)

‘Deze gids is zo hard nodig – gemeenschappen over de hele wereld worden steeds meer geconfronteerd met strijd en conflicten, en complex trauma bij kinderen komt steeds vaker voor. De auteurs bieden hier een beknopte, waardevolle integratie van klinische theorie en inzichten in hoe therapeuten een veilige ruimte kunnen creëren om kinderen te helpen herstellen en groeien. Het taalgebruik maakt dit boek ook toegankelijk voor studenten en ouders, en de auteurs geven een boeiende kijk achter de schermen, waarbij ervaren, bekwame therapeuten aan de slag gaan met getraumatiseerde kinderen en hun gezin.’

Linda Mayes, Arnold Gesell Professor, Hoogleraar Kinderpsychiatrie, Pediatrie en Psychiatrie, Yale Child Study Center, Yale School of Medicine

‘Psychodynamische kindertherapeuten werken al sinds jaar en dag met kinderen en gezinnen die worstelen met de effecten van complex trauma. Toch ontbrak de integratie van allang bestaande psychoanalytische klinische ervaring met meer hedendaagse benaderingen van trauma die uit andere disciplines voortvloeit, waaronder de neurowetenschap, ontwikkelingspsychologie en mentalisatie-gebaseerd werk. Nicole Vliegen is er samen met haar collega’s in geslaagd om een toegankelijke, inspirerende praktijkgids te schrijven die erg nuttig zal zijn voor iedere kindertherapeut die met getraumatiseerde pleeg- en adoptiekinderen werkt. De driesporenbenadering is echt een troef: de individuele therapie met het kind moet gecombineerd worden met een actieve begeleiding van de ouders/zorgfiguren en de bredere context om een blijvende impact te hebben.’

Maria Papadima, PhD, redacteur van *Journal of Child Psychotherapy*; Senior Psychotherapeut voor Kinderen en Volwassenen bij de NHS Service for Adolescents and Families in Enfield (SAFE)

PSYCHOTHERAPIE BIJ COMPLEX TRAUMA

Dit boek biedt hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg die werken met getraumatiseerde kinderen en hun zorgfiguren een hedendaags psychodynamisch behandelmodel op drie sporen.

Dit boek beschrijft een actuele psychodynamische aanpak voor therapeutisch werk met getraumatiseerde kinderen, waarin kennis en vaardigheden uit de traditionele psychodynamische kinderspsychotherapie geïntegreerd worden met meer hedendaagse traumageïnformeerde en mentalisatiegebaseerde kaders. Dit behandel aanbod omvat drie sporen: individuele psychotherapie met het kind, begeleiding van de primaire zorgfiguren en werk met de context. Het boek bestaat uit twee delen: Deel I beslaat de theoretische achtergrond, terwijl Deel II de kernelementen en -fasen van deze traumageïnformeerde en mentalisatiegebaseerde benadering beschrijft. De auteurs belichten de specifieke dynamieken van het psychotherapeutische werk aan de hand van vier samengestelde casussen die de lezer door het boek leiden.

Deze toegankelijk geschreven praktijkgids is voornamelijk gericht op psychodynamisch opgeleide therapeuten, hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg en professionele zorgfiguren die werken met kinderen met complex trauma.

INHOUD

Inleiding	11
DEEL I THEORETISCHE ACHTERGROND	21
Hoofdstuk 1 Een hedendaags psychodynamisch perspectief op complex trauma	22
Hoofdstuk 2 Complex trauma en ernstige problemen in vier ontwikkelingsdomeinen	42
Hoofdstuk 3 Complex trauma belast de mentalisatievaardigheden van de ouders en het netwerk	68
DEEL II DRIESPOREN BENADERING	93
Hoofdstuk 4 Een driesporenbenadering: kernaspecten en basisprincipes	96
Hoofdstuk 5 Assessment van de ontwikkeling van een 'kind binnen een gezin'	110
Hoofdstuk 6 Individuele psychotherapie met het kind	160
Hoofdstuk 7 Ouderbegeleiding	222
Hoofdstuk 8 Werken met de context	264
Hoofdstuk 9 Werken naar afronden	294
Dankwoord	321
Over de auteurs	323
Referenties per hoofdstuk	325
Index	345

INLEIDING



Leesexemplaar

De kinderen



Jemal is tien jaar oud. Zijn adoptieouders vertellen tijdens het intakegesprek over ernstige gedrags- en leerproblemen, en hoe die zijn schools functioneren hinderen en zijn schoolprestaties beïnvloeden. Thuis zijn er eet- en slaapproblemen. Op een bepaald moment kondigde Jemal aan dat hij niet langer wilde dat zijn ouders nog tekeningen van hem aan de muur zouden hangen, en dat hij ook geen knuffeldieren meer op zijn kamer wilde. Hij vond dat hij daar te oud voor was, noemde het kinderachtig. Zijn moeder vertelt – met zichtbare pijn en enige wanhoop – dat hij vindt dat ze niet kan koken, en dat hij amper eet. Hij gaat 's avonds zelf en alleen naar bed, zonder kus of knuffel. Maar eenmaal in bed kan hij niet slapen, blijft hij lang onrustig en houdt zijn ouders wakker. Wanneer de therapeut hen vraagt om Jemal in één woord te beschrijven, is 'moeilijk te bereiken' het eerste wat hun te binnen schiet.



Lisa's pleegouders zoeken hulp wanneer Lisa negen is. Ze vragen een diagnostische inschatting vanuit een vermoeden dat Lisa 'een gehechtheidsstoornis' heeft. Ze hebben alles gelezen wat er op het internet te vinden is over deze stoornis, ze willen weten wat het precies betekent, en hulp vinden om Lisa beter te kunnen helpen. Toen ze een *post* lazen van een ouder die haar zoon 'bodeloos' noemde, herkenden ze hoe zij Lisa ook weleens ervaren, ze vinden dat het lijkt alsof ze nooit genoeg voor haar doen.



De zeven jaar oude Mei-Lan is moeilijk te begrijpen. Ze kan plots – in een blinde razernij – schoppen en bijten, zonder dat er een duidelijke oorzaak lijkt te zijn voor haar uitbarstingen. Op andere momenten gedraagt ze zich dan weer als een baby, eist dat haar adoptie moeder haar aankleedt of huilt ontroostbaar wanneer mama niet thuis is. Haar adoptieouders zijn uitgeput. Hoewel haar ouders denken dat Mei-Lan best intelligent is, presteert ze niet echt goed op school. Ze slaagt er ook niet in om vriendschappen met leeftijdsgenoten te onderhouden. Haar adoptieouders maken zich ernstig zorgen over haar toekomst en vragen zich af of hun dochter een vorm van autisme heeft.



Youri's pleegmoeder zoekt hulp, kort na zijn achtste verjaardag. Youri slaagt er maar niet in een plek te vinden in het gezin, ook al woont hij er al sinds zijn eerste levensjaar. Zijn biologische moeder overleed kort na zijn geboorte, na een jarenlange drugsverslaving. Zijn vader heeft psychische problemen en

kan niet voor hem zorgen. Pleegmoeder hoopte dat het voor Youri genoeg zou zijn om in een warm, liefdevol gezin terecht te komen, maar vraagt zich steeds vaker af of dat wel het geval is.

Jemal, Lisa, Mei-Lan en Youri zijn kinderen met 'een voorgeschiedenis van complex trauma'. Jemal en Mei-Lan werden uit een ander land geadopteerd; Lisa en Youri zijn (langdurig) geplaatst in een pleeggezin. In dit boek vertellen we hun verhalen, waarmee we inzicht beogen te geven in de problemen waar deze kinderen tegen aanlopen, en in hoe we hen proberen te helpen. We hebben het ook over hoe we hun pleeg- en adoptieouders helpen omgaan met de ontwikkelingsmoeilijkheden van hun kinderen. Deze verhalen zijn *composite cases*, samengesteld uit de verhalen van verschillende kinderen en verschillende gezinnen, om de privacy van deze kinderen en gezinnen maximaal te beschermen.

De fragmenten hierboven illustreren enkele 'typische' problemen waar getraumatiseerde kinderen voor in therapie komen, en laten tegelijkertijd ook de grote diversiteit aan redenen voor doorverwijzing zien. Dat de symptomatologie en het gedrag van deze kinderen erg kan lijken op wat we ook bij andere problemen en stoornissen zien, maakt assessment en diagnose soms moeilijk. De extreme gedragsproblemen en de intense relationele spanningen die daaruit voortvloeien, vormen zowat de meest centrale rode draad in deze verhalen. Het intense, moeilijk hanteerbare en wisselvallige gedrag van deze kinderen kost energie van de mensen die hen willen helpen, zoals leerkrachten en andere professionals. Zorgfiguren geraken weleens uitgeput, en kunnen het dan niet blijven opbrengen om bedachtzaam te blijven denken over wat er aan dit op het eerste gezicht zo onbegrijpelijke gedrag ten grondslag ligt. En zonder dergelijk bedachtzaam begrip is het moeilijker om groei- en herstelbevorderende manieren van omgaan met het gedrag van het kind te blijven vinden. Het vermogen van ouders en andere zorgfiguren om nieuwsgierig te zijn naar en reflectief te blijven denken over de vaak complexe mentale toestanden achter het gedrag van deze kinderen, noemen we mentaliseren. Het tijdelijke verlies van dit vermogen door stress of hoge arousal wordt ook wel een breakdown in mentalisatievaardigheden genoemd (Bateman & Fonagy, 2019). Dergelijke breakdowns zijn haast onvermijdelijk bij zowel ouders van deze kinderen, als bij de professionals die met deze kinderen werken. Een van de belangrijkste doelstellingen van dit boek is professionals en zorgfiguren de tools bieden om deze mentalisatiebreakdowns te vermijden en hun vermogen te herstellen om een begripvolle, zorgzame, mentaliserende context te bieden aan deze kinderen.

Over welke kinderen gaat dit boek (niet)?

Niet elk pleeg- of adoptiekind loopt een risico op de ernstige ontwikkelingsmoeilijkheden die we in dit boek beschrijven. We weten uit onderzoek dat ongeveer een derde van alle pleeg- en adoptiekinderen een normale ontwikkeling doormaakt en dat een derde milde psychische problemen kent waarvoor een relatief korte behandeling kan volstaan. Het laatste derde van deze kinderen loopt een verhoogd risico op een meervoudige, complexe en pervasieve ontwikkelingsproblematiek (Barroso et al., 2017; Juffer et al., 2011; Palacios & Brodzinsky, 2010; Palacios et al., 2014; Vasileva & Petermann, 2018).

De meerderheid van de kinderen met vroege negatieve levenservaringen maakt dankzij adoptie of pleegzorg een grote inhaalbeweging in hun ontwikkeling (Fisher, 2015; Palacios & Brodzinsky, 2010; Welsh et al., 2007). Adoptie en pleegzorg zijn in dit opzicht voor sommige kinderen diepgaande therapeutische interventies. Deze inhaalbeweging doet zich echter niet op alle ontwikkelingsdomeinen voor en niet bij alle kinderen op dezelfde manier (Fisher, 2015; Palacios & Brodzinsky, 2010; Welsh et al., 2007). Een substantiële minderheid van de geadopteerde kinderen en de kinderen in pleegzorg ervaren blijvende kwetsbaarheden in hun ontwikkeling die op lange termijn gevolgen kunnen hebben voor hun gezondheid en welzijn. De stabiele, warme omgeving van het pleeg- of adoptiegezin lijkt voor deze kinderen niet te volstaan om de schadelijke effecten van de negatieve ervaringen in hun vroege kindertijd te bufferen. Voor deze kinderen is dit behandelaanbod ontwikkeld. Complex trauma komt uiteraard niet alleen voor bij pleeg- en adoptiekinderen, maar evengoed bij heel wat kinderen in residentiële zorg of kinderen in gezinnen met ernstige moeilijkheden. Ook voor deze kinderen kan dit behandelaanbod relevant zijn.

Dat ons klinisch werk binnen het praktijkcentrum PraxisP van de KU Leuven zich is gaan richten op pleeg- en adoptiekinderen, is op een of andere manier zo gegroeid. Deze kinderen zijn in de loop van de jaren onze zorg en aandacht gaan vragen. Adoptie in Vlaanderen betreft meestal interlandelijke adoptie, slechts 5 % van de geadopteerde kinderen is binnenlands geadopteerd. Adoptie van kinderen uit langdurige pleegzorg komt in ons land – anders dan bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk – amper voor. Het gebeurt uitzonderlijk weleens bij kinderen die wees zijn. Wanneer de biologische ouders (tijdelijk) niet in staat zijn om voor hun kinderen te zorgen, wordt doorgaans voor pleegzorg gekozen. Pleegzorg omvat verschillende modaliteiten, van crisispleegzorg tot langdurige pleegzorg. De hier beschreven behandelmethode werd ontwikkeld voor adoptiekinderen en kinderen in langdurige pleegzorg die een voorgeschiedenis hebben

van ernstige relationele problemen in hun vroege kindertijd maar die nu wel in een stabiel gezin verblijven.

Hoewel pleegzorg en adoptie op veel vlakken van elkaar verschillen, hebben geadopteerde kinderen en kinderen in langdurige pleegzorg minstens één belangrijke verlieservaring met elkaar gemeen: het diep snijdende verlies van hun eerste ouders. Daar komt bij dat dit voor heel wat van deze kinderen niet het enige verlies is. Sommige kinderen kenden meerdere wisselingen van zorgfiguren in hun leven, of veranderden meermaals van vertrouwde zorgomgeving. Daarbij wordt weleens vergeten dat deel worden van een nieuw gezin – hoe goed bedoeld of noodzakelijk ook – op zichzelf een belastende ervaring is. Bovendien hebben sommige kinderen heftige negatieve of traumatische ervaringen meegemaakt in hun vroege kindertijd (Ensink et al., 2019). Sommige kinderen groeiden – voorafgaand aan pleegplaatsing of adoptie – op bij zorgfiguren met ernstige sociale en/of psychiatrische problemen. Zij werden verwaarloosd, afgewezen, geparentificeerd en soms lichamelijk of psychisch mishandeld door hun primaire gehechtheidsfiguren. Andere kinderen hebben enige tijd doorgebracht in jeugdzorginstellingen of in pleeggezinnen waar de kwaliteit van de zorg te wensen overliet. Deze kinderen dragen ervaringen van mishandeling met zich mee, waaronder emotionele mishandeling en verwaarlozing, seksueel misbruik, lichamelijke mishandeling of ze waren getuige van partnergeweld (Cook et al., 2003). Dat betekent dat het eerste gezin of het vroegste zorgsysteem, dat de belangrijkste bron van veiligheid en stabiliteit voor het jonge kind zou moeten zijn, een bron van stress, gevaar en trauma werd. ‘Het vroegste, en mogelijk ook het meest schadelijke psychotrauma is het verlies van een veilige basis’, stelt van der Kolk (1987, p. 32). Daarom lijdt een aantal adoptie- en pleegkinderen onder moeilijkheden die we onder de noemer ‘complex trauma’ plaatsen.

Jemal en Mei-Lan werden voor hun eerste verjaardag te vondeling gelegd en hebben beiden in een weeshuis gewoond. Mei-Lan werd op acht maanden geadopteerd uit een Chinees weeshuis. Jemal had in Ethiopië in twee verschillende weeshuizen gewoond, voor zijn adoptie op drie jaar. Lisa en Youri werden door de jeugdbescherming in een pleeggezin geplaatst. Lisa werd ernstig mishandeld en verwaarloosd door haar biologische ouders. Youri werd geplaatst nadat zijn drugsverslaafde moeder aan een overdosis overleed; zijn vader had psychische problemen en kon niet voor hem zorgen. Bij gebrek aan goede ouderlijke zorg kan de ontwikkeling van kinderen ernstig in de problemen komen (Steele & Steele, 2015). Kinderen zoals Jemal, Lisa, Mei-Lan en Youri zijn vanaf het prille begin ‘verlaten’ of ‘achtergelaten’, wat kan worden beschouwd als ‘de grootste bedreiging in het leven’ (Bettelheim, 1976, p. 145).

Dit boek gaat over kinderen die meerdere negatieve ervaringen hebben opgedaan in hun vroege gehechtheidsrelaties zonder dat ze op dat moment de vaardigheden hadden om ermee om te gaan. De gevolgen hiervan zijn tot op dit moment voelbaar in hun ontwikkeling, en vaak in verschillende ontwikkelingsdomeinen tegelijk. Dit boek gaat met andere woorden over kinderen met vroege negatieve levenservaringen die hiervan niet herstellen door alleen maar goede zorg in een nieuw gezin. Deze kinderen kampen met hardnekkige problemen en reageren minder goed op een behandelaanbod. Ze hebben dan ook baat bij psychosociale interventies die specifiek gericht zijn op hun moeilijkheden. Kortdurende therapie kan op korte termijn hulp bieden of de deur openzetten voor een intensievere behandeling, maar is vaak onvoldoende en in sommige gevallen zelfs schadelijk. Zo leidt het soms tot teleurstelling in de geestelijke gezondheidszorg bij ouders omdat hun kind niet de juiste hulp kreeg, of omdat hun kind snel hervalt na een kortdurende therapie. Kinderen verwoorden na tekortschietende interventies weleens ‘dat het toch niet helpt’, en aarzelen om zich nogmaals aan een nieuwe therapeut toe te vertrouwen.

Voor de leesbaarheid verwijzen we in dit boek naar de kinderen met wie wij werken als ‘kinderen met complex trauma’ of ‘getraumatiseerde kinderen.’ Voor de consistentie kozen we ervoor om bij het verwijzen naar het kind hij/hem/zijn te gebruiken. De lezer wordt verzocht deze verwijzingen op te vatten als gender-neutraal, waarbij elk geslacht bedoeld kan zijn. We zullen ook de termen ‘ouder’ en ‘zorgfiguur’ door elkaar gebruiken wanneer we verwijzen naar de primaire verzorger van het kind. Wanneer dit van belang is, maken we het onderscheid tussen adoptieouders en pleegzorgers duidelijk, of tussen biologische ouders aan de ene kant en adoptieouders en pleegzorgers aan de andere kant. Tot slot hebben we ervoor gekozen naar de therapeut te verwijzen met ‘zij’, maar uiteraard kan de lezer dit, waar relevant, lezen als ‘hij’ of ‘die.’

Voor wie is dit boek bedoeld?

Dit boek is allereerst bedoeld voor psychodynamisch opgeleide kindertherapeuten die werken met kinderen met complex trauma en hun gezin. Het integreert klassieke psychodynamische perspectieven met een hedendaagse mentalisatiegerichte benadering, inzichten uit de ontwikkelingspsychopathologie evenals uit het recente onderzoek naar de neurobiologische basis van trauma. We hopen dat de inzichten in dit boek over de impact van trauma op de ontwikkeling van een kind ook interessant zijn voor een bredere groep van profes-

sionals in de geestelijke gezondheidszorg, zoals klinisch psychologen, orthopedagogen, kinder- en jeugdpsychiaters, gezinstherapeuten, leerkrachten in het buitengewoon onderwijs, maatschappelijk werkers of pleegzorgwerkers. We beogen daartoe de relevante psychodynamische concepten helder en beknopt uit te leggen en te kaderen.

Deze eerder op principes dan op protocollen gebaseerde handleiding biedt een actuele psychodynamische behandelaanpak voor adoptie- en pleegkinderen met een geschiedenis van complex trauma, samen met hun ouders en andere zorgfiguren. Eigen aan een psychodynamische benadering is dat het niet louter gaat over hoe we handelen (wat de therapeut doet), maar vooral over de inzichten en denkprocessen die dat handelen sturen, evenals over manieren van relationeel aanwezig zijn. Deze inzichten en denkprocessen worden vervolgens vertaald in specifieke interventies (wat de therapeut denkt en hoe dat richting geeft aan het therapeutisch handelen). Dit boek heeft met andere woorden tot doel de lezer inzicht te verschaffen in het denkproces van de psychodynamisch psychotherapeut tijdens het werk met getraumatiseerde kinderen en hun zorgfiguren. We pogen deze denkprocessen genuanceerd toe te lichten, de belangrijkste principes ervan uit te leggen, en specifieke interventies en technieken te beschrijven die therapeuten flexibel kunnen inzetten op basis van hun eigen klinisch oordeel. We illustreren theoretische concepten en specifieke therapeutische interventies en technieken met casusfragmenten. We volgen auteurs als Lemma en collega's (2011) wanneer zij stellen dat 'kennis van therapeutische strategieën en technieken geen garantie is voor de competentie van de therapeut' (p. 23), en dat het een absolute voorwaarde is voor de goede klinische praktijk dat de therapeut kan reflecteren over de keuze voor een bepaalde interventie, over de timing waarop die interventie wordt ingezet en over de flexibiliteit waarmee interventies worden ingezet (Fonagy & Luyten, 2019). Flexibiliteit in het gebruik van theoretisch inzicht en therapeutische interventies wordt gezien als een belangrijke meta-competentie voor een doeltreffende psychodynamische psychotherapie (Lemma et al., 2011) en dit geldt des te meer wanneer men werkt met deze kinderen en hun zorgfiguren. Daarom is supervisie, zowel individueel als in groep, ook onontbeerlijk in een opleiding die focust op deze behandelmethode.

Een succesvolle behandeling volgens de methode die wij hier uiteenzetten vereist echter niet alleen opleiding en supervisie van een individuele psychotherapeut. Onderzoek toont uitgebreid aan dat de implementatie van psychosociale behandelingen in klinische settings enkel werkzaam kan zijn wanneer naast de therapeut als individu ook het team en de organisatie betrokken worden. Dit geldt des te meer voor het implementeren van complexere, langetermijnbehandelingen zoals de therapie die in dit boek beschreven wordt. Zo gaat

een gebrek aan ondersteuning en implementatieplanning op organisatieniveau vaker samen met weerstand tegen verandering bij ggz-professionals, met communicatiemoeilijkheden, met het ontbreken van een supervisiestructuur op teamniveau, en met een gebrekkige competentie bij en vaker afwijken van het behandelmodel door de individuele therapeut. Er is ook een verband aange-toond met hogere uitval en een hoger aantal kritieke incidenten met patiënten tijdens de behandeling, waardoor de werkzaamheid ervan meer dan gehalveerd wordt (Bales et al., 2017; Hutsebaut et al., 2012). De methode die we in dit boek beschrijven, kan alleen succesvol zijn wanneer er voldaan wordt aan de noodzakelijke implementatievoorwaarden door zowel therapeuten, teams als door de organisatie of dienst waar de methode geïmplementeerd wordt. Dit impliceert ook dat we opleiding in of de implementatie van deze behandelmethode niet ondersteunen wanneer dit gebeurt in een klinische setting die niet aan deze voorwaarden voldoet of waar dit niet voor een periode van minstens vijf jaar gegarandeerd kan worden. Op dit moment wordt er een haalbaarheidsstudie uitgevoerd om deze veronderstellingen verder te onderzoeken. Een grotere, pragmatische klinische effectiviteitsstudie is ook al gepland.

Tot slot is het ook belangrijk te weten dat deze behandelmethode werd ontwikkeld voor kinderen van lagereschoolleeftijd die in Vlaanderen wonen en symptomen vertonen van complex trauma als gevolg van vroege negatieve levenservaringen. Deze ideeën werden daarna gedeeld en verder uitgewerkt tijdens gesprekken met collega's van University College London en het Anna Freud Centre in Londen. De principes die in dit boek worden beschreven zijn echter ook relevant voor het werk met baby's, peuters en kleuters met problemen die verband houden met traumatische ervaringen en ze kunnen aan andere culturele contexten worden aangepast. Professionals die met adolescenten werken zullen veel van de moeilijkheden in dit boek eveneens herkennen. De behandelmethode moet wel aangepast worden wanneer ze gebruikt wordt bij een jonger of ouder doelpubliek of in een andere culturele context of omgeving.

Overzicht van de inhoud

Dit boek bestaat uit twee grote delen. In Deel I beschrijven we de theoretische onderbouwing van de behandelmethode die in Deel II wordt uitgewerkt. Hoofdstuk 1 beschrijft de theoretische achtergrond van deze behandel aanpak. In Hoofdstuk 2 bieden we een uitgebreid ontwikkelingskader om de binnenwereld en de ontwikkelingsmoeilijkheden van getraumatiseerde kinderen te begrijpen.

In Hoofdstuk 3 bespreken we hoe de ontwikkelingsproblemen van deze kinderen een constante uitdaging vormen voor de mentalisatievaardigheden van hun ouders en andere volwassen zorgfiguren die met hen werken en samenleven. In Deel II van dit boek komen de basisprincipes van deze psychodynamische behandelmethodede voor geadopteerde kinderen en kinderen in pleegzorg met complex trauma aan bod. In Hoofdstuk 4 zetten we uiteen hoe dit driesporenmodel en de basisprincipes ervan geconceptualiseerd zijn; we hebben het daarbij over de principes die ten grondslag liggen aan de basishouding van de therapeut. In de hoofdstukken die daarop volgen beschrijven we hoe de basisprincipes en basishoudingen van dit behandelmodel vorm krijgen en toegepast worden in de assessmentfase die voor ons een belangrijk deel van de behandeling vormt (Hoofdstuk 5), de individuele therapie met het kind (Hoofdstuk 6), de begeleiding van ouders/zorgfiguren (Hoofdstuk 7), en het werken met de context (Hoofdstuk 8). In het laatste hoofdstuk (Hoofdstuk 9) beschrijven we de afrondingsfase van de behandeling.

DEEL I

THEORETISCHE ACHTERGROND

Psychotherapie met kinderen met traumatische ervaringen vergt een flexibel theoretisch kader dat therapeuten toelaat de behandeling af te stemmen op de specifieke noden en kwetsbaarheden van het kind en zijn omgeving. In Deel I schetsen we de theoretische achtergrond die de basis vormt voor het psychodynamisch behandelmodel dat in Deel II geconcretiseerd wordt. In Hoofdstuk 1 beschrijven we een hedendaags psychodynamisch perspectief op complex trauma dat inzicht biedt in de diepgaande en duurzame impact van vroege negatieve levenservaringen op het leven en de ontwikkeling van kinderen, evenals op het leven van de volwassenen die hen dagdagelijks omringen. In Hoofdstuk 2 focussen we concreter op de vier ontwikkelingsdomeinen waarop de impact van traumatische ervaringen het meest verstorend inwerkt, en die dus van groot belang zijn om de sociaal-emotionele moeilijkheden van deze kinderen te begrijpen. In Hoofdstuk 3 beschrijven we de specifieke uitdagingen waar ouders en andere zorgfiguren mee geconfronteerd worden, met een bijzondere focus op de impact op hun mentalisatievaardigheden.

HOOFDSTUK 1

**EEN
HEDENDAAGS
PSYCHO-
DYNAMISCH
PERSPECTIEF OP
COMPLEX TRAUMA**

In dit hoofdstuk beschrijven we de theoretische achtergrond van het psychodynamisch behandelmodel voor kinderen met complex trauma. We definiëren complex trauma en bespreken wat dit betekent voor de mentale gezondheidsnoden van deze kinderen en van hun gezinnen. In het tweede deel van dit hoofdstuk gaan we in op de basisveronderstellingen waarop psychodynamische behandelmodellen voor deze kinderen gebaseerd zijn, en hoe het samengaan van een mentaliserende omgeving met een individueel psychotherapeutisch aanbod de meeste groeikansen biedt.

Complex trauma en mentale gezondheidsnoden

Complex trauma wordt ook wel gehechtheidstrauma (Allen, 2013; Schore, 2009) of ontwikkelingstrauma (van der Kolk et al., 2009) genoemd en verwijst naar negatieve ervaringen die plaatsvinden in de vroege kindertijd, binnen onveilige en onvoorspelbare primaire gehechtheidsrelaties. Complex traumatische ervaringen hebben een uitgesproken negatieve impact op de ontwikkeling van het kind, vaak op verschillende domeinen. We starten dit hoofdstuk met een definitie van complex trauma, en zetten dit af tegen andere vormen van trauma. Daarna bespreken we de gevolgen van complex trauma voor de ontwikkeling van het kind, en de impact die dit heeft op de personen die met getraumatiseerde kinderen werken en samenleven. Tot slot leggen we uit wat dit betekent voor de vaak complexe mentale gezondheidsnoden van deze gezinnen.

Complex trauma, een definitie

We noemen een gebeurtenis (of een reeks gebeurtenissen) 'traumatisch' wanneer deze gebeurtenis zo ingrijpend is dat ze de verwerkingscapaciteiten van een persoon overschrijdt. Dat gaat dus over gebeurtenissen die ons zo bang, zo boos, zo ontredderd, machteloos en/of verdrietig hebben gemaakt, dat er een kluwen aan onverteerbare emoties is ontstaan. Je kunt traumatische ervaringen op een continuüm plaatsen van het 'onpersoonlijk trauma' aan het ene uiterste (bv. het verlies van een broer, zus of grootouder, slachtoffer zijn van een verkeersongeval met ernstig letsel), over interpersoonlijk trauma waarbij externe personen, maar niet de primaire gehechtheidsfiguur, betrokken zijn (bv. pesten

op school, misbruik door een coach of sportleraar) tot complex trauma dat ontstaat in de context van de vroege gehechtheidsrelaties van het kind (Luyten & Bateman, 2023; zie tabel 1.1) aan het andere uiterste.

Tabel 1.1 Soorten trauma en hun impact op de ontwikkeling van het kind

	Type I trauma: Onpersoonlijk	Type II trauma: Interpersoonlijk	Type III trauma: Gehechtheidsfiguur
	Enmalige gebeurtenis die niet veroorzaakt is door een persoon.	Herhaalde gebeurtenis veroorzaakt door een persoon (maar niet een primaire gehechtheidsfiguur).	Meerdere incidenten binnen de primaire zorgomgeving.
Voorbeelden	Een tsunami, verkeersongeval, overlijden van een belangrijke persoon (broer, zus, grootouder die dicht bij het kind stond).	Mishandeling, uitbuiting, seksueel misbruik (in de opvang, op school, tijdens buitenschoolse activiteiten).	Verwaarlozing, mishandeling, misbruik, onvoorspelbare zorg vanwege ouders met (mentale) gezondheidsproblemen, verlies van een primaire zorgfiguur.
Mogelijke gevolgen	Overspoelende gedachten en gevoelens, extreme angst, nachtmerries, traumatriggers.	Overspoelende gedachten en gevoelens, extreme angst, nachtmerries, traumatriggers.	Fundamentele verstoring in verschillende ontwikkelingsdomeinen.
Impact op zorgomgeving	Betrokken bij trauma, verminderde beschikbaarheid. Bestaande zorg is een bron van veerkracht.	Betrokken bij trauma, verminderde beschikbaarheid. Bestaande zorg is een bron van veerkracht.	Is (of was) bron van angst/dreiging/gevaar/stress. Gebrek aan 'veilige haven'.

Bron: Aangepast overgenomen uit Vliegen et al. (2023)

Wanneer kinderen te maken krijgen met traumatische gebeurtenissen, is de impact immens, zowel op het ontwikkelende kind zelf, maar onvermijdelijk ook op de ouders. Wanneer een kind ernstig gekwetst wordt, worden ook ouders

getroffen. Ook zij worden geconfronteerd met angst, verdriet, machteloosheid, ontredde... waardoor zij (tijdelijk) minder beschikbaar zijn om hun kind te helpen omgaan met de gevolgen van het trauma. Waar ouders bij type I of type II trauma wel nog geholpen kunnen worden om hun eigen hulpbronnen of vaardigheden terug te vinden, of waar andere belangrijke zorgfiguren het kind kunnen helpen om te gaan met het trauma, is dit fundamenteel anders bij complex trauma. Daar ontbreekt immers de positieve, groeibevorderende zorgomgeving, waardoor de ontwikkeling in haar meest basale lagen verstoord wordt, te beginnen met het neurobiologische niveau.

De neurowetenschappen hebben ons veel geleerd over hoe bepaalde problematische gedragspatronen het gevolg kunnen zijn van pervasieve, door trauma veroorzaakte veranderingen in de neurobiologische systemen en circuits die in staan voor onder andere arousal en stressregulatie (bv. de HPA-as, het belangrijkste menselijke stressresponsstelsel), en voor emotieregulatie en sociaal-cognitieve vaardigheden zoals mentaliseren (voor een recent overzicht, zie Koss & Gunnar, 2018; McCrory et al., 2017). Deze gedragspatronen worden gezien als 'aanpassingen aan bijzondere omstandigheden', ze helpen het kind om te overleven in de moeilijke omstandigheden waarin het opgroeit. Blaustein en Kinniburgh (2010) beschrijven twee belangrijke factoren die vorm geven aan gedragsresponsen bij kinderen met complex trauma. De constante aanwezigheid van dreiging en gevaar leidt tot een hyperalerte houding van veiligheid zoeken en risico vermijden. Daarnaast leiden ernstige tekorten in de vervulling van fysieke, emotionele, relationele en omgevingsnaden tot strategieën om zelf in deze noden te voorzien. Zo ontstaan er gedragsstrategieën die bedoeld zijn om een precair evenwicht te bewaren, maar deze gaan een eigen leven leiden en interfereren met andere ontwikkelingsstaken zoals de ontwikkeling van regulatievaardigheden of neurocognitieve, interpersoonlijke en intrapersoonlijke vaardigheden (Blaustein & Kinniburgh, 2010). We zouden zoals Blaustein en Kinniburgh (2010, p. 25) durven stellen dat ook de meest 'vreemde', 'verstoorde' of 'pathologische' gedragspatronen vaak zinvol zijn, wanneer je ze bekijkt vanuit de functie die ze voor het kind hebben gekregen in de loop van de ontwikkeling. Zo kan een driftbui van een kind als reactie op een compliment voor een of andere prestatie, beschouwd worden als een 'fightreactie'. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer een kind vanuit een mishandelings situatie ervaren heeft dat elke positieve benadering gevolgd zal worden door geweld. Die vechtreactie kan dus adaptief geweest zijn in een onvoorspelbare en gewelddadige omgeving, maar zorgt er in een andere context voor dat het kind een warm en positief gebaar niet als zodanig kan ontvangen. Inzichten vanuit de ontwikkelingspsychopathologie (Cicchetti & Toth, 2009), inclusief de neurobiologische bevindingen in

dit vakgebied, helpen ons begrijpen hoe vroege negatieve levenservaringen de gedragspatronen van een getraumatiseerd kind bepalen, zowel in het dagelijks leven als in een therapeutische setting. Deze neurobiologische veranderingen en de negatieve gevolgen ervan voor de ontwikkeling van het kind hebben vaak uitlopers tot in de volwassenheid (Leve et al., 2012; Palacios & Brodzinsky, 2010; Welsh et al., 2007). De kost voor het kind zelf, maar ook voor zijn gezin en de samenleving is dan ook hoog (Caspi et al., 2016).

De impact van complex trauma op de ontwikkeling van het kind

De kwaliteit en de stabiliteit van de relaties in de loop van de vroege kindertijd kleuren de belangrijke bouwstenen van de latere ontwikkeling. Bij gezond ontwikkelende kinderen ontstaat onder meer zelfvertrouwen en een goede mentale gezondheid, motivatie om te leren, en om goed te presteren op school. Wat later ontwikkelt zich het vermogen om je agressieve impulsen onder controle te houden en conflicten met vriendjes vreedzaam op te lossen. Nog later ontstaat er kennis over het verschil tussen goed en fout, en het vermogen om vriendschappen en intieme relaties uit te bouwen en in de volwassenheid de competenties om zelf een goede ouder te zijn (*National Scientific Council on the Developing Child*, 2004). Complex trauma ligt vaak aan de oorsprong van latere moeilijkheden in al deze domeinen, gaande van een fysieke groeiachterstand, cognitieve moeilijkheden en gedragsproblemen, tot sociaal-emotionele kwetsbaarheid, waarbij moeilijkheden zich vaak op diverse ontwikkelingsdomeinen situeren (Anda et al., 2006; Cicchetti & Banny, 2014; Esposito & Gunnar, 2014; Juffer et al., 2011). Veel van deze problemen en kwetsbaarheden kunnen gezien worden als een gevolg van een problematische ontwikkeling van intrapersoonlijke (gevoel van zelf en zelfontwikkeling) en interpersoonlijke competenties (het vermogen om relaties aan te gaan met anderen), van regulatievaardigheden (de vaardigheid om een lichamelijke en emotionele ervaring te herkennen en te moduleren) en van neurocognitieve vaardigheden (het vermogen om executieve functies en andere cognitieve vaardigheden in te zetten om betekenisvol te handelen in de wereld) (Blaustein & Kinniburgh, 2010).

Tabel 1.2 Impact van complex trauma op de ontwikkeling van het kind

Ontwikkelingsdomein	Mogelijke klinische symptomen
Ontwikkeling van stress- en affectregulatie	<ul style="list-style-type: none"> • Functioneren in een toestand van wisselende of chronische dysregulatie • Ten prooi vallen aan <i>fight/flight/freeze</i> • Overspoeld worden door traumatriggers, flashbacks en nachtmerries • Concentratiestoornissen en leermoeilijkheden • Slaapproblemen • Eetproblemen • Prikkelbaarheid en agressief gedrag (vaak in een poging een gevoel van coherentie te creëren of zichzelf te beschermen tegen angst en pijn)
Gehechtheidsontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> • Onveilige of gedesorganiseerde gehechtheidspatronen die zorgen voor erg destructieve relaties (wat het risico op hertraumatisering verhoogt) • Hyperactiverende of deactiverende gehechtheidsstrategieën of vastlopen tussen toenadering en vermijding • Diepgeworteld wantrouwen waardoor het moeilijk is gezonde relaties aan te gaan en te onderhouden
Ontwikkeling van representatieve en mentaliserende vaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> • Weinig ontwikkelde vaardigheden om te verbeelden (door erover te spreken, te tekenen, of in spel) wat er zich in de binnenwereld afspeelt • Weinig vaardigheden om na te denken en te voelen wat er zich in de binnenwereld (zowel bij zichzelf als bij anderen) afspeelt, dat onderliggend is aan het eigen en andermans gedrag • Gebrek aan introspectie en zelfbewustzijn • Gebrek aan empathie
Identiteitsontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrek aan vitaliteit en gevoel van zelf • Weinig in voeling met eigen verlangens, interesses en talenten • Negatief zelfbeeld • Opgeblazen positief zelfbeeld dat een onderliggende onveilige, negatieve zelfrepresentatie maskeert

In het model waarop deze therapie gebaseerd is, plaatsen we vier ontwikkelingsdomeinen centraal waarin de impact van complex trauma aanzienlijk is (zie tabel 1.2). Vroege negatieve ervaringen verstoren de ontwikkeling van stress- en affectregulatie terwijl deze systemen in volle ontwikkeling zijn, alsook de ontwikkeling van veilige gehechtheidsrepresentaties, met grote gevolgen voor het emotioneel en relationeel functioneren. Wanneer de vroege ontwikkeling van regulatievaardigheden en relationele competenties onder druk komt te staan en het kind opgroeit in een langdurige of zelfs chronische toestand van dysregulatie en onveilige gehechtheid, verstoort dit vervolgens de ontwikkeling van mentalisatievaardigheden en de vaardigheid om innerlijke ervaringen te verbeelden en te communiceren, evenals de ontwikkeling van een adaptief gevoel van zelf en identiteit. De theoretische onderbouwing van de impact van complex trauma op deze vier ontwikkelingsdomeinen werken we verder uit in Hoofdstuk 2.

De impact van complex trauma op primaire zorgfiguren en het netwerk

Complex trauma heeft niet alleen grote gevolgen voor het kind, maar heeft ook een grote impact op de ouders en de andere volwassenen die voor het kind zorgen. De vaak ernstig verstoorte ontwikkeling van het kind, die tot uiting kan komen in diverse symptomen waaronder heftige gedragsproblemen, impliceert het risico dat primaire zorgfiguren minder adequaat gaan handelen en vaker betrokken geraken in negatieve interactiecirkels. Het onvoorspelbare en wisselvalige gedrag van deze kinderen vergt immers veel van de vaardigheden van ouders en zorgfiguren, kan de spontane omgang in de weg staan en mentalisatievaardigheden (zie verder) op de proef stellen, waardoor de relatie met het kind onder druk komt te staan. De uitdagingen voor nieuwe zorgfiguren zoals pleeg- of adoptieouders zijn vaak groot, en kunnen een negatieve impact hebben op de probleemoplossende vaardigheden van zorgfiguren, op de zorg die ze bieden en op de gevoelens van aanvaarding en liefde die ze kunnen voelen voor het kind. Zo kan er een vicieuze cirkel ontstaan van negatieve – soms zelfs hertraumatiserende – interacties met het kind, gekenmerkt door een gebrek aan wederzijds vertrouwen en een vijandige sfeer (zie afbeelding 1.1).

Dit kan dan weer leiden tot nog meer negatieve interacties en minder fijne momenten samen. De mentalisatievaardigheden van de ouders kunnen zwaar onder druk komen te staan waardoor zij het gevoel krijgen vast te zitten in een actie-reactiepatroon (bv. ‘We moeten dit gedrag een halt toeroepen’, ‘We kunnen dit onbeschofte gedrag niet toelaten’), zonder dat er enige ruimte is om te

reflecteren, te communiceren of op een doordachte manier in interactie te treden. Dit maakt echter dat getraumatiseerde kinderen niet krijgen wat ze zo hard nodig hebben om een gezondere ontwikkeling door te maken: ouders en andere volwassen zorgfiguren die bedachtzaam blijven reageren, zelfs in complexe situaties waarbij de spanning hoog oploopt.



Afbeelding 1.1 De vicieuze cirkel van 'moeilijk' functioneren bij getraumatiseerde kinderen en de mentalisatievaardigheden en het welbevinden van hun volwassen zorgfiguren

Deze moeilijkheden stellen zich ook bij vaardige, reflectieve zorgfiguren, maar het risico om in een negatieve spiraal terecht te komen is uiteraard groter wanneer ouders worstelen met een eigen kwetsbaarheid, bijvoorbeeld bij eigen onverwerkte negatieve of traumatische ervaringen. In Hoofdstuk 3 diepen we de theoretische onderbouwing van de impact van complex trauma op de omgeving van het kind verder uit.

De diverse en complexe mentale gezondheidsnoden van getraumatiseerde kinderen en hun gezin

Zoals toegelicht heeft complex trauma niet alleen een grote impact op de ontwikkeling van het individuele kind, maar ook op de relaties met en daardoor ook op het welbevinden van zijn belangrijke zorgfiguren. Daar komt bij dat de diverse en complexe klinische symptomen bij deze kinderen, zoals de emotio-

nele, sociale en/of gedragsproblemen, vaak overlappen met de klachten die we ook terugvinden bij bepaalde categoriale psychiatrische stoornissen, zoals een gedragsstoornis, een gehechtheidsstoornis, ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), een autismespectrumstoornis en soms zelfs een antisociale of borderline persoonlijkheidsstoornis (in ontwikkeling). Deze labels vatten echter zelden het volledige beeld van de ontwikkelingsmoeilijkheden van deze kinderen. Ze kunnen soms wel helpen om een bepaald aspect van het functioneren van het kind te begrijpen, maar ze bieden meestal geen afdoend begrip van het totaalbeeld en zijn daardoor geen voldoende basis voor een adequate behandeling (DeJong, 2010; Tarren-Sweeney, 2013). Een belangrijke uitdaging in het begrijpen van deze kinderen is dat hun manifeste gedragsproblemen vaak het kernprobleem maskeren. De gedragsproblemen zijn bijvoorbeeld vooral de externe manifestatie van een onvermogen om affect en arousal te reguleren en om wederkerige, bevredigende relaties aan te gaan met volwassenen en/of andere kinderen waardoor het leven een emotionele rollercoaster wordt voor zowel het kind als zijn omgeving. Bovendien zijn deze kinderen door hun onvoorspelbaarheid en hun wisselende emotionele en relationele functioneren vaak 'moeilijk bereikbaar' in behandeling. Ze haken vaker voortijdig af in een behandeling, of missen de vaardigheden om gebruik te kunnen maken van de beschikbare behandelingen (Fonagy et al., 2015).

Basisveronderstellingen van een psychodynamisch behandelmodel voor complex trauma

Sinds Boston en Szur (1983) hun werk over psychotherapie bij ernstig verwaarloosde kinderen publiceerden, verscheen er heel wat psychodynamische literatuur over verschillende aspecten van therapeutisch werk met deze kinderen (Alvarez, 1992, 2012; Briggs, 2012, 2015; Emanuel, 2002; Hindle & Shulman, 2008; Kenrick et al., 2006; Lanyado, 2004, 2018; Lieberman & Van Horn, 2005; Music, 2019; Nathanson et al., 2022). Dit boek bouwt dan ook verder op een lange traditie van psychodynamische literatuur over kinderpsychotherapie en integreert hierbij hedendaagse mentalisatiegebaseerde principes en neurowetenschappelijke en ontwikkelingspsychologische kennis over de impact van trauma. In deze sectie bespreken we de vier basisveronderstellingen van een psychodynamische behandelmethodologie voor kinderen met complex trauma (zie tabel 1.3).

Tabel 1.3 Basisveronderstellingen van psychodynamische therapie bij kinderen met complex trauma

Ontwikkelingsperspectief	Inzicht in de ontwikkelingspsychologische impact van complex trauma op het kind is cruciaal en vormt de basis van een model van herstel en groei.
Faciliterende omgeving op basis van mentaliserende relaties	Een netwerk van positieve, bedachtzame volwassenen, die het getraumatiseerde kind benaderen als een subject, wiens gedrag geworteld is in een binnenwereld van emoties, gedachten en ervaringen, is essentieel voor herstel en groei.
Interventies op proces- en inhoudsniveau	Een flexibel en afgestemd balanceren tussen proces- en inhoudsgerichte interventies is nodig voor een effectieve therapie.
Spel en speelsheid als basis voor herstel	Speelse interacties en spel vormen de motor van therapeutische vooruitgang en verandering.

Ontwikkelingsperspectief

Psychodynamische benaderingen zijn fundamenteel ontwikkelingsgericht: ze houden rekening met de belangrijke rol van vroege levenservaringen evenals van zich later ontwikkelende psychische structuren en gedragingen (Luyten et al., 2008, 2015). Deze benaderingen hebben dan ook tot doel om zowel de normale als de verstoorde ontwikkeling te begrijpen en te verklaren, met een specifieke focus op factoren die ontwikkelingsmoeilijkheden verklaren (Luyten et al., 2015). Zoals we in dit hoofdstuk al vermeldden en verder zullen uitwerken in Hoofdstuk 2, is een ontwikkelingspsychopathologisch perspectief (Fonagy et al., 2006; Freud, 1973; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008; Mahler et al., 1975; Midgley, 2011) bijzonder relevant bij de behandeling van kinderen met complex trauma. Een diepgaand inzicht in de veelzijdige/meerlagige en complexe impact van vroege negatieve levenservaringen die de ontwikkeling van het kind beïnvloed hebben en de complexe interactie daarvan met huidige omgevingsfactoren is essentieel als basis voor een effectieve behandeling.

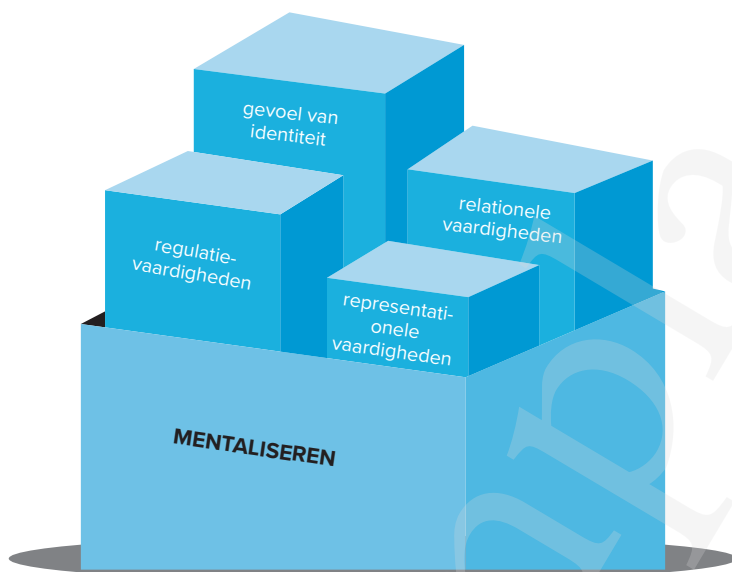
Mentaliserende relaties faciliteren het herstel van complex trauma

Gezonde relaties beschermen bij stress en bieden een bodem voor herstel van trauma (Perry, 2009). De beslissing tot pleegplaatsing of adoptie wanneer een kind niet bij zijn biologische ouders kan blijven, vloeit vaak voort uit grondige maatschappelijke overwegingen en besluitvorming, en volgt op intensieve evaluatie en voorbereiding van en gesprek met kandidaat-pleeg- of adoptieouders. Deze evaluatie en voorbereiding betreft in Vlaanderen een periode van diepgaand maatschappelijk onderzoek. De samenleving stelt hoge eisen aan pleeg- en adoptieouders vanuit de idee dat kinderen met al heel wat negatieve ervaringen in hun rugzakje, een grote nood hebben aan positieve gezinservaringen om zo goed mogelijk te kunnen herstellen en ontwikkelen. Hoe meer een nieuw gezin een veilige basis kan worden voor het kind, hoe meer kansen op herstel van ontwikkeling. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat veilig gehechte ouders adequater omgaan met de tegenstrijdige, kwetsbare relationele verwachtingen die deze kinderen in hun nieuwe gezin binnenbrengen (Levy & Orlans, 2003; Schofield & Beek, 2005). Door hun minder ontwikkelde mentalisatievaardigheden en hun grotere kans op mentalisatiebreakdowns (Midgley et al., 2017c) zijn deze kinderen bovendien vaak onzeker over hun eigen gevoelswereld en interpreteren ze de intenties van anderen vaker verkeerd. Dat geeft meer momenten van verwarring, onbegrip en moeilijkheden in relaties, die vervolgens kunnen leiden tot angst of woede, en zelfs tot conflict (Midgley et al., 2017a). Sommige auteurs vinden dat er 'hoogkwalitatief ouderschap' (*high quality parenting* - Pace et al., 2012, p. 47) wordt verwacht van adoptie- en pleegouders, waarmee wordt verwezen naar het vermogen van ouders om te reflecteren over hun eigen gevoelswereld en die van hun kind, evenals naar het vermogen om hun mentalisatievaardigheden 'online' te houden, zelfs in situaties waarin er veel angst is of de spanning hoog oploopt (Pace et al., 2014; Sharp et al., 2006; Steele et al., 2009).

Ouder zijn van een kind met complex trauma is belastend voor de mentalisatievaardigheden van pleeg- en adoptieouders. Hoewel mentalisatievaardigheden bij alle ouders fluctueren (Midgley et al., 2017c), worden deze ouders geconfronteerd met intense gedragsproblemen die enerzijds een groeibevorderend antwoord vereisen, maar anderzijds net vaker leiden tot situaties met veel stress en hoge arousal. Veelvuldige mentalisatiebreakdowns zijn dan ook onvermijdelijk (Midgley et al., 2017c). Voor ouders die zich bewust zijn van het belang van een open blik op de achtergrond van gedrag en ervaringen, kan dit erg beangstigend zijn. Daar komt bovenop dat het doorlopen van een voorbereidingsproces bij veel van deze ouders betekent dat ze zich beoordeeld hebben gevoeld

in hun ouderschapskwaliteiten, waardoor moeilijkheden met het grootbrengen van een kind stresserend kunnen zijn, of hen kan beladen met gevoelens van schaamte of schuld. Zeker wanneer in de meest moeilijke momenten ongefilterde fantasieën van de orde van ‘ik plak hem achter het behang’ of ‘ik stuur hem terug naar waar hij vandaan komt’ onbewust en onbedoeld de kop kunnen opsteken. Andere ouders hebben dan weer het gevoel dat ze alle mogelijke problemen moeten aankunnen, waardoor ze minder snel professionele hulp zullen inschakelen; zij zullen ongeveer alles proberen wat ze zelf kunnen doen voor ze hulp gaan zoeken. Wanneer ze dan toch hulp inschakelen, zijn ze vaak uitgeput en wanhopig en/of worden ze geconfronteerd met lange wachtlijsten. Een mentaliserend en traumasensitief netwerk rond deze ouders en gezinnen is dan ook hoognodig om positieve, helende zorgrelaties te kunnen onderhouden zonder in destructieve ervaringen te worden meegesleurd (Schechter & Wilhelm, 2009). Dit netwerk zorgt op de achtergrond voor de nodige ruggensteun tijdens de psychotherapeutische behandeling van het kind en zijn gezin (zie afbeelding 1.2). Het model dat in dit boek wordt uiteengezet, is dan ook een therapeutisch aanbod op drie sporen. We introduceren het model in Hoofdstuk 4, en leggen het grondig uit in de overige hoofdstukken van Deel II.

Werken met internationaal geadopteerde kinderen en pleegkinderen vereist een bijzonder bedachtzame benadering van alle relaties, inclusief een grote sensitiviteit en goede competenties om met culturele verschillen om te gaan (Davis et al., 2018). Internationaal geadopteerde kinderen en pleegkinderen die in een gezin geplaatst worden, ervaren niet alleen een verlies van continuïteit in hun primaire zorgrelaties, maar ook een breuk met hun cultuur van herkomst. Internationaal geadopteerde kinderen komen in een vreemd land terecht, waarbij alle zintuiglijke waarnemingen – geuren, kleuren en smaken – anders zijn dan wat vertrouwd was. Daarnaast worden deze kinderen geconfronteerd met nieuwe culturele gewoontes, waardoor het ‘anders-zijn’ extra beklemtoond en voelbaar wordt. Deze kinderen hebben bijvoorbeeld een andere huidskleur dan hun adoptieouders, klasgenootjes, hulpverleners... Ze zijn soms het enige geadopteerde kind in het gezin, moeten een nieuwe taal leren en andere culturele gewoontes aannemen. Pleegkinderen gaan van een gezin met een eigen aanpak, eigen gewoontes en eigen manier van omgaan met elkaar naar een ander gezin, met een subcultuur van waarden en normen die heel anders is. Deze kinderen vallen soms extra op door hun sociale en emotionele moeilijkheden, wat kan leiden tot een zelfbeeld van ‘anders’ te zijn, een ‘raar’ of een ‘stout’ kind, wat vervolgens kan wegen op de ontwikkeling van hun gevoel van zelf en identiteit. Daarom is het belangrijk dat de therapeut diversiteit als thema expliciet aankaart wanneer zij met deze groep kinderen en hun zorgfiguren werkt.



Afbeelding 1.2 Een mentaliserende omgeving als de onmisbare ‘sokkel’ voor het ontwikkelingsherstel van het kind (afbeelding overgenomen uit Vliegen et al. (2017))

Interventies op proces- en inhoudsniveau



In de beginfase van de behandeling komt Lisa binnen met haar jas nog aan. Ze zegt dat ze ‘het niet koud heeft’ en begint meteen te rommelen in de kist met verkleedkleden. Er hangt een sfeer van rusteloosheid, agitatie zelfs. Lisa heeft het over ‘bescherming’, de therapeut antwoordt: ‘Het lijkt alsof je vandaag bescherming nodig hebt. Ik vraag me af tegen wie of wat?’ Na een minuut of tien gooit Lisa alle verkleedmateriaal weer in de kist. De therapeut denkt luidop na: ‘Weet je, bescherming maakt dat mensen niet goed kunnen zien wat er in jou omgaat, omdat je een beetje verstopt zit, maar het betekent ook dat jij niet zo goed naar buiten kan kijken.’ Hierop besluit Lisa haar jas uit te doen. Ze trekt een cape aan en verkleedt zich als vleermuis. Ze beweegt door de kamer en spreekt erg snel. Lisa speelt en vertelt, en haar verhaal kent allerlei bochten; ze neemt verschillende rollen aan, is eerst een vleermuis, dan een heks, dan een prinses. Ze spoort de therapeut aan haar te volgen.

Bervoets et al. (2021)

Kindertherapeuten vragen zich af wat Lisa wil vertellen, en waar ze hun interventies op moeten richten. Heeft ze nood aan veiligheid en bescherming? Speelt ze een ervaring na die ze heeft meegemaakt? Toont ze hoe snel haar zelfbeeld wisselt van (slechte) vleermuis of heks naar (goede) prinses? Heeft ze hulp nodig om haar gedachten en gevoelens te exploreren, en te begrijpen waar die vandaan komen? Poogt ze iets tot uitdrukking te brengen over de zo moeilijk te verdragen gevoelens van onveiligheid en een gebrek aan bescherming, en over het slechte vleermuismeisje zijn of de lieve prinses? Of wordt ze overvallen door ervaringsfragmenten die ze 'kwijt' moet, zonder dat ze echt goed weet wat er met haar gebeurt? En heeft ze dan vooral behoefte aan iemand die haar helpt de chaos te dragen, iemand die haar de ongedifferentieerde, stormachtige agitatie in haar binnenwereld helpt verdragen? Misschien is ze zich nog maar heel weinig bewust van wat er met haar gebeurt en waarom. Vanuit psychodynamisch perspectief kunnen al die perspectieven tegelijkertijd een kern van waarheid bevatten, en zoeken we naar een zo goed mogelijke afstemming op waar het kind zich op dat moment bevindt.

Sinds het werk van Mary Boston en Rolene Szur (1983) hebben verschillende auteurs de complexiteit van psychodynamische psychotherapie met getraumatiseerde kinderen beschreven (Alvarez, 1992, 2012; Briggs, 2012, 2015; Emanuel, 2002; Hindle & Shulman, 2008; Kenrick et al., 2006; Lanyado, 2004, 2018; Lieberman & Van Horn, 2005; Music, 2019; Nathanson et al., 2022). Veel van die complexiteit komt voort uit de immense impact die traumatische ervaringen hebben op wat er in het hoofd van deze kinderen omgaat (inhoud) en op de manier waarop ze thema's, gebeurtenissen en relaties beleven en verwerken (proces). In de psychodynamische traditie is inzicht in de innerlijke dynamiek van bewuste en onbewuste gedachten en gevoelens en het verband met gedrag en symptomen belangrijk. Enkel vanuit dat inzicht kunnen nieuwe, constructievere manieren van voelen en denken ontstaan, kunnen nieuwe wijzen van zich gedragen en relaties aangaan gevonden worden. Psychodynamische behandelmethoden focussen dan ook vaak op het begrijpen en 'ontdekken' van wat er gebeurt in de binnenwereld van een kind. De inhoud van de gedachten en gevoelens van een getraumatiseerd kind kan bijvoorbeeld gaan over onveiligheid en een nood aan bescherming, of over goed of slecht zijn, zoals we bij Lisa zagen. Actuele psychodynamisch geïnspireerde perspectieven, waaronder het mentalisatiegebaseerde kader, bouwen verder op deze kennis en vullen ze aan met een procesgerichte focus. Bij getraumatiseerde kinderen gaan deze processen voornamelijk over het (on)vermogen om te blijven denken over moeilijk te verdragen inhoud en ze te voelen (bv. een jas aanhouden, door de kamer dwarrelen, snel wisselende gedachten en gevoelens ervaren). Het evenwicht