

Trauma bij kinderen na vechtscheiding en huiselijk geweld

Tekst: Leonieke Kranenburg en Iva Bicanic Foto: Nienke Hofstede

Margreet Visser is klinisch psycholoog, cognitief gedragstherapeut en EMDR-therapeut in het Kinder- en Jeugdtraumacentrum in Haarlem waar zij zich inzet voor ernstig getraumatiseerde kinderen. Op 16 september sloot zij haar promotieonderzoek bij de Academische Werkplaats aanpak Kindermishandeling af op de Vrije Universiteit met de verdediging van haar proefschrift 'The impact of destructive parental conflicts on children and their families. The role of parental availability, mother-child emotion dialogues, and forgiveness.'

Jouw proefschrift richt zich op de impact van destructieve conflicten tussen ouders op hun kinderen. Hoe is dit project tot stand gekomen?

"Ik werk al mijn hele werkzame leven met getraumatiseerde mensen. Eerst met volwassenen, later met kinderen. Van huis uit ben ik orthopedagoog. Op een dag zag ik een lezing aangekondigd staan van Iva Bicanic en Francien Lamers over de Horizon-methodiek voor de gevolgen van seksueel misbruik. Toen voelde ik het kriebelen: 'Ik wil weer met kinderen gaan werken', dacht ik. De overstap naar het Kinder en Jeugd Traumacentrum (KJTC) in Haarlem was snel gemaakt. Wij zijn de Horizon-methode gaan uitbreiden voor kinderen die geconfronteerd zijn met ruzie en geweld in het gezin. Maar het werkte minder goed dan bij seksueel misbruikte kinderen. Ik dacht daar meteen vanuit mijn werk met volwassenen bij: 'Ja, maar dat komt vast doordat die ouders zelf getraumatiseerd zijn of andere vormen van psychopathologie hebben, waardoor ze hun kinderen niet goed kunnen begeleiden in het verwerkingsproces.' Steeds had ik het gevoel dat we dit moesten gaan onderzoeken. Met subsidie van ZonMW lukte me dat bij de Academische Werkplaats."

Het voorwoord van je proefschrift luidt: "Als de volwassenen niet aardig zijn, waarom zouden de kinderen het dan zijn?" Vanwaar die keuze?

"Omdat ik bij veel zaken in het dagelijks leven denk: 'Kinderen moeten het van ons leren, we zijn sociale wezens. Hoe kunnen zij zich nou gedragen, als wij ons als volwassenen niet gedragen?' Dat geldt door de hele maatschappij heen. Ik denk het bijvoorbeeld ook bij vluchtelingenkinderen: hoe kunnen zij zich nou gedragen, als

wij ze niet eens gastvrij ontvangen, terwijl ze angstig en gestrest zijn? Het komt wat moralistisch over, maar ik voel het zo met mijn hele lijf."

In je proefschrift werk je met kinderen en ouders uit twee groepen: IPV en HCD. Wat betekenen deze afkortingen?

"IPV staat voor *interparental violence*. Het gaat om kinderen die geweld en ruzie tussen hun ouders hebben meegemaakt. Tijdens mijn promotie heb ik een methodiek ontwikkeld voor gezinnen die verwickeld zijn in een vechtscheiding (HCD, *high conflict divorce*). In de praktijk en in onderzoek worden IPV en HCD als verschillende groepen beschouwd. Deels is dat ook terecht, omdat de ouders in de HCD-groep *altijd* gescheiden zijn. Het belangrijkste verschil is echter dat bij de aanmelding van de IPV-groep het huiselijk geweld gestopt is, terwijl het bij de HCD-groep vaak onduidelijk is wat er precies is gebeurd. Een traumaverhaal ontbreekt: de moeder zegt 'dit is er gebeurd', de vader zegt 'dat is er gebeurd', maar er is geen duidelijke gebeurtenis aan te wijzen. In EMDR-termen zijn er geen duidelijke *targets* bij de HCD-groep, zoals bij de IPV-groep. Minder beelden, maar meer verwarring door de twee waarheden waarin de ouders leven. Het geweld in de HCD-groep is vaak onduidelijk. Daarnaast spelen er bij HCD doorlopend rechtszaken op de achtergrond en enorm veel conflicten en beschuldigingen over en weer, over van alles. Vervolgens is het bij vechtscheidingen ook nog eens zo dat het sociale netwerk een keus maakt: de omgeving kiest óf voor de vader óf voor de moeder. Kinderen zijn de enige van wie wordt verwacht dat ze niet kiezen, maar moeten kunnen ▶



combineren. En als er dan klachten zijn, dan zal het wel aan het kind liggen. Het is eigenlijk te gek voor woorden! Veel kinderen geloven ook echt dat het hun schuld is, want die ruzies gaan negen van de tien keer over de kinderen.”

Hoe ga je daar in de praktijk als behandelaar mee om?

“Onze stelling bij vechtscheidingen is dat niet de kinderen, maar de ouders in behandeling moeten. De kinderen worden wel bij ons aangemeld, maar wij kunnen ze niet behandelen als hun context niet verandert. Je kan wel wat traumagerichte klachten meenemen in je behandeling, maar het is niet zo één op één. Er spelen enorme loyaliteitsconflicten, de emotionele verwaarlozing die daarachter zit is groot en veel kinderen zijn helemaal in de war. Die verwarring wordt versterkt als je op het kind gerichte therapie gaat geven. Bij Kinderen uit de Knel geven we groepstherapie aan de ouders, terwijl de kinderen parallel versterkende en ondersteunende groepssessies krijgen. Voor de gezinnen die ruzie en geweld hebben meegemaakt hebben we een voorprogramma voor ouders en ouder-kind interactiesessies toegevoegd, terwijl de kinderen een traumagerichte behandeling krijgen in een parallelle groep. In dat voorprogramma leren ouders beter onderscheid te maken tussen hun eigen klachten en die van hun kinderen, en tussen hun eigen verhaal en dat van hun kinderen. Ik verwacht dat wanneer ouders aan dat voorprogramma deelnemen, de klachten bij hun kinderen meer zullen afnemen dan zonder dat voorprogramma. Ouders wordt geleerd hoe ze beter kunnen *intunen* op de behoeftes van hun kinderen en hoe ze voor hen meer emotioneel beschikbaar kunnen zijn. In de ouder-kind interactiesessies daarna kunnen we het effect zien en bijsturen op de ouders.”

Je had vooraf als hypothese dat meer psychopathologie bij de ouders zal samenhangen met meer PTSS-symptomen bij de kinderen door afgenomen beschikbaarheid van de ouders. Heb je dit ook gevonden?

"Ik wilde per se dat kinderen de trauma-vragenlijsten zélf zouden invullen. Er is vaak een groot verschil tussen wat de ouders over de kinderen invullen en wat kinderen zelf invullen. Ik vond dat het *cross-overeffect* (het effect dat psychische klachten van ouders overgaan op kinderen) wel geldt voor traumagerelateerde klachten als angst, depressie en boosheid, maar niet voor de specifieke PTSS-klachten als herbelevingen en vermijding. Dat suggereert toch dat er andere mechanismen spelen. Ik denk dan meer aan de ernst van het geweld: wat heeft het kind precies gezien? Het zijn denk ik veel meer díe aspecten die maken dat ze die PTSS-klachten krijgen. Ouderlijke beschikbaarheid hing dus niet samen met posttraumatische stress bij het kind, maar wel met angst, depressie en boosheid bij het kind. Blijkbaar reageren kinderen door zich terug te trekken of heel boos te worden, en ze reageren meer op het feit dat een ouder niet beschikbaar is, dan op het feit dat die ouder depressief is."

Wat is de belangrijkste aanbeveling uit je onderzoek voor traumabehandelaars?

"Belangrijk is dat we beseffen dat heftige conflicten niet alleen invloed hebben op de kinderen, maar ook op de ouders, op de kwaliteit van hun ouderschap en op de ouder-kind relatie. Naast traumaverwerking bij de kinderen moet je als behandelaar, om de gezinnen sterker te maken en de ontwikkeling van de kinderen na de traumaverwerking verder te bevorderen, echt aandacht besteden aan de ouders en aan de ouder-kind relatie."

En is die ouderlijke beschikbaarheid te beïnvloeden met EMDR?

"Ja dat kan, zeker als herbelevingen op de voorgrond staan. Ik denk dat het van belang is dat je de ouders van hun psychopathologie afhelpt: dat kan PTSS, angst, depressie, of persoonlijkheidsproblematiek zijn. Daarna is de kans groot dat hun opvoedvaardigheden verbeteren en daarmee die beschikbaarheid. Ik heb vooral gekeken naar wat deze kinderen nodig hebben en dat blijkt die beschikbaarheid van ouders te zijn; het praten over gevoelens. Daar kan je ook direct op ingrijpen zonder dat je de psychopathologie van de ouder behandelt, omdat dat vaak een langduriger proces is. Het mooiste wat je kunt doen, voorafgaand aan traumabehandeling, is tenminste kortdurend focussen op die ouderlijke beschikbaarheid en de ouder-kind relatie."

Kun je EMDR-behandelaars adviseren over welke componenten het meeste succes hebben op het verhogen van de ouderlijke beschikbaarheid?

"Dat heb ik niet specifiek onderzocht, maar het is in ieder geval belangrijk dat wanneer kinderen thuiskomen uit therapie - of dat nu groepsbehandeling is of EMDR - ze dat ook aan hun ouders kunnen vertellen, zodat het een gedeeld verhaal wordt binnen het gezin. Je kunt ook aan de ouders leren hoe ze adequaat kunnen reageren op de verhalen van hun kind.

De relaties en het basisgevoel van veiligheid zijn in zo'n gezin verstoord. Dus als een kind gedurende de therapie leert: "Als ik bang ben, dan is mijn ouder er voor me, die luistert als ik thuis kom en geeft er woorden aan", dan is dat al heel wat. Dat is ook juist wat ze gemist hebben toen er zoveel ruzie was."

"Als de volwassenen niet aardig zijn, waarom zouden de kinderen het dan zijn?"

"Ik denk dat er nog een slag geslagen moet worden vanwege het feit dat het in deze gezinnen niet alleen om trauma gaat, maar om een verstoring in basisrelaties en in een gevoel van veiligheid. Je kan traumaverwerking doen, maar vervolgens moet je ze ook leren hoe ze een relatie aan kunnen gaan, hoe ze dat met vrienden en liefdesrelaties moeten doen en hoe ze ruzie kunnen maken, zonder dat het onveilig wordt? Een EMDR-behandeling richt zich specifiek op traumaverwerking. Ik pleit meer voor een contextuele visie. Er zit ook nog een heel systeem om het kind heen, niet alleen een vader en een moeder, maar ook een opa en oma die één van beide ouders haten. Hoe moeilijk is dat voor kinderen? Een goede behandeling moet een cumulatief effect sorteren: aan de ene kant die traumaverwerking en aan de ander kant relaties die gaan verbeteren. Uit mijn onderzoek blijkt vooral dat we zowel aan de relaties, de context en de veiligheid moeten werken, als aan het trauma of de klachten zelf. Het is dus niet zo dat als je het één doet, automatisch het ander meegaat. Het moet en, en." ■