

**Trauma-georiënteerde hulp voor  
kinderen met complex trauma in  
gezinsvervangende woonsituaties**

*Kennisdocument voor professionals in pleegzorg,  
gezinshuizen en residentiële woonvormen*

Nederlands  
**Jeugd**  
instituut



© 2015 Nederlands Jeugdinstituut

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

### **Auteurs**

Flora van Grinsven (Kinder- en Jeugd Traumacentrum)

Josine Holdorp (Nederlands Jeugdinstituut)

Met dank aan alle deelnemers aan de kenniskring Trauma-informed werken<sup>1</sup>.

### **Nederlands Jeugdinstituut**

Catharijnesingel 47

Postbus 19221

3501 DE Utrecht

Telefoon (030) 230 63 44

Website [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

E-mail [info@nji.nl](mailto:info@nji.nl)

---

<sup>1</sup> Zie de bijlage voor een lijst met deelnemers aan de kenniskring Trauma-informed werken.

# Inhoud

Inleiding .....	4
Kernboodschappen en aanbevelingen .....	7
1. Prevalentie van ingrijpende gebeurtenissen en traumatische klachten bij jeugdigen .....	9
2. De impact van trauma voor de jeugdige.....	10
3. Symptomen per leeftijdsfase.....	13
4. Trauma-sensitief opvoeden .....	15
5. Behandelmethoden en trainingen voor traumageoriënteerde hulp .....	19
6. Behandeling van complex trauma .....	21
7. Samenwerking in de behandeling van complex trauma, en de rol van de jeugdzorgprofessional .....	23
8. Secundaire traumatisering.....	26
Literatuurlijst .....	27
Bijlage Deelnemers aan de kenniskring Trauma-informed werken .....	31
Het Nederlands Jeugdinstituut.....	33

## Inleiding

Kinderen die een nare gebeurtenis meemaken kunnen daardoor schade oplopen in hun ontwikkeling. In de afgelopen jaren is er meer bekend geworden over de schade (zie onder meer Felitti et al., 1998; Lamers-Winkelmann, Willemsen & Visser, 2011; Visser & Lamers-Winkelmann, 2008; Visser, 2006). We weten steeds meer over posttraumatische stressstoornissen (PTSS) en over de gevolgen voor kinderen en jongeren die op jonge leeftijd getraumatiseerd zijn. Kinderen en jongeren die verwaarloosd of mishandeld zijn door hun eigen ouders of opvoeders, kunnen getraumatiseerd raken. De stress die veroorzaakt wordt door de nare gebeurtenissen kunnen zij niet met de hulp van hun ouders reguleren. Die ouders veroorzaken immers juist de stress. De problematiek waar deze kinderen mee te maken hebben noemen we *complex trauma*. Van der Kolk (2005) beschrijft complex trauma (vertaald vanuit het Engels) als *het ervaren van meervoudige, chronische en aanhoudende voor de ontwikkeling nadelige traumatische gebeurtenissen, meestal van een interpersoonlijke aard en met een start vroeg in het leven van het kind*. Cruciaal bij complex trauma is dat het kind getraumatiseerd is door degene die juist liefdevolle verzorging en veiligheid had moeten bieden. De impact op de gehele ontwikkeling is groter dan de impact van enkelvoudig trauma (zoals een auto-ongeluk of een andere eenmalige nare gebeurtenis), en is vaak ook moeilijker te zien. Professionals bij het Kinder- en Jeugd Traumacentrum<sup>2</sup> vergelijken complex trauma met een veenbrand. Hoewel veenbranden zeer schadelijk zijn en zich steeds verder uitbreiden wanneer je niet blust, is de brand lange tijd niet goed zichtbaar.

Kinderen die kampen met complex trauma kunnen niet altijd in hun ouderlijk gezin blijven wonen. Dit kan te maken hebben met omstandigheden thuis, maar ook met gedragsproblemen die deze kinderen ontwikkeld kunnen hebben en de consequenties die dit heeft voor de opvoeding. Deze kinderen verblijven vaak in leefgroepen, in pleeggezinnen of in gezinshuizen. Soms hebben zij op basisschoolleeftijd al verschillende 'mislukte' pleeggezinplaatsingen achter de rug en wonen zij langdurig in een leefgroep, omdat hun problematiek te zwaar is voor pleegouders of gezinshuisouders of omdat de gezinsvoogd de kans op succes in zo'n gezinssituatie als klein inschat. Gelukkig weten we steeds beter wat deze kinderen kan helpen. De meest effectieve en bekende methoden zijn *Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR)* en *Trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT)*. In het Nederlands wordt deze laatste therapie aangeduid als *Trauma gerichte cognitieve gedragstherapie*. Dit zijn behandelmethoden binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Ze worden aangeboden door gespecialiseerde behandelaars die niet met de kinderen wonen en leven. Een groot deel van het helen en herstellen van trauma moet echter plaatsvinden in de directe leefomgeving van het kind. Daar zou dus een pedagogisch basisklimaat moeten heersen waarin een kind dat in behandeling is kan gedijen (Bath, 2008; Perry, 2004). Kinderen die therapie volgen vanuit de ggz kunnen sneller en beter geholpen worden als er in hun dagelijkse omgeving ook met kennis over het trauma gekeken en gehandeld wordt. In het Engels heet dit *Trauma-informed werken*. Een Nederlandse term hiervoor is *trauma-georiënteerd werken*. Bij trauma-georiënteerd werken herkennen de mensen om de getraumatiseerde persoon heen de impact van het trauma en de tekenen van traumatische stress en weten ze er op een goede manier op te reageren. Daarbij worden het gedrag, de gevoelens en de lichamelijke uitingen van het

---

<sup>2</sup> Het Kinder- en Jeugdtraumacentrum (KJTC) biedt hulp aan getraumatiseerde kinderen, jongeren en belangrijke mensen in hun omgeving. Daarnaast ondersteunt het KJTC instellingen die te maken hebben met getraumatiseerde kinderen en jongeren.

getraumatiseerde individu geobserveerd en geïnterpreteerd door een zogenaamde 'traumabril'. Deze traumabril wordt gevormd door kennis over de gevolgen van trauma en vaardigheden om hier in de praktijk adequaat mee om te gaan. Adequaat wil hier zeggen dat het stressniveau van de getraumatiseerde persoon daalt, de gevolgen van trauma afnemen en tegelijkertijd de veerkracht van de persoon toeneemt.

Ook kinderen met complex trauma die (nog) niet in traumabehandeling zijn, die in situaties leven waarin de traumatisering doorgaat, die niet gemotiveerd zijn voor traumatherapie, of voor wie de tijd om andere reden nog niet rijp is om in therapie te gaan, kunnen op deze manier toch geholpen worden.

Trauma-georiënteerd werken betekent dat de jeugdzorgprofessional:

- weet hoe vaak traumatische stress in de praktijk voorkomt en wat de gevolgen daarvan kunnen zijn;
- tekenen van traumatische stress bij kinderen kan herkennen;
- weet hoe hij of zij een leefklimaat kan scheppen ter ondersteuning van de verwerking van het trauma (trauma-sensitief opvoeden);
- weet welke behandeling of begeleiding hij of zij zelf kan uitvoeren om het kind voor te bereiden op of te ondersteunen bij verwerken van het trauma.

Daarnaast is van belang dat de professional kennis heeft over bestaande specialistische behandelingen, dat hij of zij weet hoe jeugdzorg en specialisten elkaar kunnen ondersteunen en wat werken met getraumatiseerde kinderen voor hem of haar als hulpverlener kan betekenen.

## **Doel en doelgroep van dit kennisdocument**

Het doel van dit kennisdocument is om jeugdzorgprofessionals die werken met complex getraumatiseerde kinderen en hun ouders informatie en handvatten te bieden waardoor zij tekenen van stress bij deze kinderen (beter) kunnen signaleren en de kinderen (beter) kunnen begeleiden en ondersteunen bij hun herstel.

Het document is primair bedoeld voor professionals en opvoeders<sup>3</sup> die direct betrokken zijn bij de dagelijkse opvoeding van kinderen die, na een uithuisplaatsing, in een gezinsvervangende situatie wonen. Het gaat onder andere om pleegouders, begeleiders van pleegouders, adoptiefouders, gezinshuisouders, sociotherapeuten, begeleiders van gezinshuisouders, pedagogisch medewerkers en orthopedagogen/psychologen/gedragsdeskundigen werkzaam in jeugdhulporganisaties.

Vanuit de visie en ervaring dat de effectiviteit van specialistische (trauma)behandeling versterkt wordt door goede voorbereiding en ondersteuning door jeugdzorgprofessionals in de leefomgeving van het kind, besteden we ook aandacht aan de samenwerking tussen deze professionals en specialistische behandelaren uit de ggz. Dit document kan daarmee ook voor deze therapeuten van belang zijn.

---

<sup>3</sup> Hoewel dit kennisdocument ook voor opvoeders als (netwerk)pleegouders en adoptiefouders bedoeld is, hanteren we omwille van de leesbaarheid de term jeugdzorgprofessional.

## Leeswijzer

Na deze inleiding geven we een overzicht van de kernboodschappen en aanbevelingen uit dit kennisdocument. De achtergronden daarbij staan in de daarop volgende hoofdstukken.

Het eerste hoofdstuk bevat beknopte informatie over de mate waarin complex trauma voorkomt bij kinderen (de *prevalentie*). In de daarna volgende hoofdstukken geven we informatie over en handvatten voor traumageoriënteerde hulp: hoofdstuk 2 gaat over de impact van trauma; hoofdstuk 3 over het herkennen van trauma bij kinderen, hoofdstuk 4 gaat over trauma-sensitief opvoeden en in hoofdstuk 5 staat welke behandelmethoden en trainingen er bestaan voor trauma-georiënteerde hulp.

Hoofdstuk 6 ('Behandeling van complex trauma') en hoofdstuk 7 ('Samenwerking in de behandeling van complex trauma, en de rol van de jeugdzorgprofessional') gaan over de mogelijkheden van behandeling en het belang van samenhang met het pedagogisch klimaat in de thuissituatie.

Ten slotte gaan we in hoofdstuk 8 ('Secundaire traumatisering') in op het belang voor opvoeders om goed voor zichzelf te zorgen.

## Kernboodschappen en aanbevelingen

- Complex trauma heeft ernstige gevolgen voor (de ontwikkeling van) kinderen. Om die gevolgen zo veel mogelijk te beperken is er goede hulp en ondersteuning nodig, met voldoende aandacht voor de specifieke aspecten van het trauma. Dat vereist deskundige hulpverleners die (actuele) kennis hebben over complex trauma, die het kunnen herkennen en die weten wat zij kunnen doen.
- Kinderen met complex trauma hebben niet alleen specialistische behandeling nodig. Juist in de dagelijkse leefomgeving kunnen jeugdzorgprofessionals veel betekenen voor hun herstel en ontwikkeling. Afgelopen jaren is er veel kennis opgedaan over complex trauma, maar daarover is nog onvoldoende bekend bij jeugdzorgprofessionals. Door trauma-georiënteerd te werken kunnen zij nog meer voor de kinderen betekenen dan zij nu over het algemeen al doen.

**Aanbeveling 1:** *Jeugdzorgprofessionals moeten worden geschoold, zodat zij actuele kennis hebben over complex trauma, symptomen kunnen herkennen en (in samenspraak met andere betrokkenen) een deel van de behandeling kunnen uitvoeren in de dagelijkse situatie.*

**Aanbeveling 2:** *Het onderwerp (complex) trauma moet worden opgenomen in het curriculum van de relevante hbo-, universitaire en postdoctorale opleidingen.*

**Aanbeveling 3:** *Om secundaire traumatisering bij jeugdzorgprofessionals te voorkomen moet er tijdens supervisie en intervisie aandacht zijn voor heftige emoties naar aanleiding van situaties waar zij in hun werk mee te maken krijgen.*

- Stabiele vertrouwensrelaties en stabiele woonplekken zijn belangrijk voor de ontwikkeling van kinderen maar zijn cruciaal voor de (verdere) ontwikkeling van complex getraumatiseerde kinderen en hun ouders. Het is belangrijk dat dezelfde mensen steeds terugkomen in de leefomgeving van een kind en dat die leefomgeving zo veel mogelijk hetzelfde blijft. Alleen zo kan het kind voldoende helende ervaringen opdoen.

**Aanbeveling 4:** *Er moet geïnvesteerd worden in vertrouwensrelaties. Dit betekent dat professionals zo min mogelijk rouleren en dat het kind zo veel mogelijk bij dezelfde opvoeder blijft.*

- Voor de behandeling van complex trauma is het nodig dat verschillende hulpvormen geïntegreerd worden in één aanpak. De behandelaar kan het kind niet in zijn eentje 'beter' maken; de jeugdzorgprofessional speelt een belangrijke rol in zijn herstel.

**Aanbeveling 5:** *Er moet transparantie zijn over de reden waarom het kind opgroeit in een gezinsvervangende woonsituatie. Samenwerkende professionals moeten (met toestemming van de betrokkenen) feitelijke informatie met elkaar delen.*

**Aanbeveling 6:** *In lijn met de pilots Multidisciplinaire aanpak kindermishandeling (MDA) moet er verdere ontschotting plaatsvinden tussen de verschillende werkvelden.*

## 1. Prevalentie van ingrijpende gebeurtenissen en traumatische klachten bij jeugdigen

Ongeveer 50 procent van de kinderen en jongeren maakt voor hun achttiende jaar een of meer ingrijpende gebeurtenissen mee (Lindauer & Boer, 2012). Bij jeugdigen die met jeugdzorg of ggz te maken hebben, is dit percentage vaak hoger. Van de kinderen die aangemeld worden bij een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie heeft 45 procent ingrijpende, potentieel traumatische gebeurtenissen meegemaakt. Bij meisjes in een JeugdzorgPlus instelling is dit percentage echter 85 procent (Kroneman & Beer, 2013).

Uit een meta-analyse van Alisic et al. (2014) blijkt dat 16 procent van de kinderen die een potentieel traumatische gebeurtenis meemaakten daadwerkelijk een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontwikkelt.

In 2010 zijn in Nederland ruim 118.000 kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar (ruim 3 procent van het totaal) blootgesteld aan een vorm van kindermishandeling (Alink et al., 2011). Als de kindermishandeling stopt, zijn de traumatische klachten nog niet over. Het kan zijn dat ze dan pas naar boven komen. Met name meisjes die zijn blootgesteld aan mishandeling en verwaarlozing hebben een grotere kans om klachten te ontwikkelen. 33 procent van hen ontwikkelt PTSS (Alisic et al., 2014). De Gezondheidsraad (2011) rapporteert op basis van internationale literatuur dat 20 tot 60 procent van de mishandelde kinderen traumatische stress of dissociatie<sup>4</sup> ontwikkelt.

---

<sup>4</sup> Voor informatie over dissociatie zie hoofdstuk 2.

## 2. De impact van trauma voor de jeugdige

Complex trauma kan een forse negatieve impact hebben op verschillende ontwikkelingsgebieden. We beschrijven in dit hoofdstuk de mogelijke gevolgen van trauma per ontwikkelingsgebied. Deze gebieden hangen echter met elkaar samen, waardoor sommige gevolgen op verschillende gebieden tegelijk optreden.

### Neurologische ontwikkeling

Trauma's in de vroege jeugd hebben een negatieve invloed op de ontwikkeling van het brein (Perry, 2004). Onder invloed van het trauma verandert het brein van kinderen. Het niveau van arousal (de activatietoestand van het centrale en autonome zenuwstelsel) is bij getraumatiseerde kinderen hoger dan normaal. Zelfs in niet-bedreigende situaties zijn zij in een constante staat van alarmering. Deze kinderen zien volwassenen vooral als mogelijke bron van dreiging, in plaats van bron van steun en koestering. Kinderen met complex trauma worden vaak beschreven als hyperalert omdat ze de omgeving constant in de gaten houden op mogelijk gevaar. In deze alerte toestand maken mensen gebruik van de meer primitieve delen van hun brein, het zogeheten zoogdierenbrein (MacLean, 1990)<sup>5</sup>. Een geactiveerd zoogdierenbrein zorgt ervoor dat we weinig gebruik kunnen maken van ons mensenbrein (de cortex). Dit resulteert in meer reactieve, ondoordachte en emotionele handelingen. De hersenen nemen minder op en gevolgen van acties zijn minder goed te overzien. Het is alsof het brein permanent afgestemd is op mogelijk gevaar en beschadiging (Perry, 2004). Hierdoor ontstaan hiaten in de ontwikkeling, bijvoorbeeld van sociale, emotionele en cognitieve vaardigheden.

### Cognitieve ontwikkeling

De verhoogde activatietoestand van het centrale en autonome zenuwstelsel (een verhoogde arousal of hyperarousal) zoals hierboven beschreven, vermindert het vermogen om te leren. Dit komt doordat er problemen ontstaan met het plannen en wisselen van taken, en problemen met aandacht, concentratie en geheugen (de zogeheten executieve functies).

Behalve een verhoogde arousal, kan er een verlaagde arousal (hypoarousal) optreden. Een toestand van hypoarousal wordt ook wel dissociatie genoemd. Een persoon die dissocieert keert in zichzelf, verstart, kan niet meer bij zijn of haar gevoel en heeft niet meer het gevoel 'erbij' te zijn. Hij of zij trekt zich terug in een eigen wereld. Kinderen die dissociëren, gaan staren en reageren robotachtig. Zowel bij hyper- als bij hypo-arousal is het vermogen tot concentratie ernstig beperkt.

### Sociaal-emotionele ontwikkeling

Kinderen met complex trauma reageren soms (heftig) op gedrag of situaties die voor de buitenwereld als neutraal worden gezien. Dit komt doordat zij dit gedrag of de situatie associëren met het trauma (we noemen dit een 'trauma-trigger'). Zij ervaren dan een intense angst, hulpeloosheid of afschuw. De gebeurtenis roept dezelfde lichaamssensaties, machteloosheid en doodsangst op als de nare gebeurtenissen deden. Dit wordt 're-traumatisering' genoemd. Kinderen met complex trauma voelen zich vaak onveilig, kunnen hun emoties minder goed reguleren en hebben een grotere kans op

---

<sup>5</sup> De werking van het brein in relatie tot emoties en gedrag wordt duidelijk uitgelegd in het 'prentenboek' *Hersenen en emoties in beeld* (Brands-Zandvliet, 2011).

depressies en angsten. De moeite die zij hebben met het reguleren van hun emoties is mogelijk het grootste probleem, andere sociale problemen hangen daarmee samenhangen. Kinderen die moeite hebben om met hun emoties om te gaan en controle te houden over hun impulsen, kunnen te maken krijgen met gedragsmatige problemen zoals vechten, agressief worden en weglopen bij stressvolle situaties. Ook problematiek met verdovende middelen en met seksualiteit komt regelmatig voor. Complex getraumatiseerde kinderen hebben moeite om een hechtingsrelatie te vormen met hun opvoeders en vriendschappen te onderhouden met leeftijdsgenoten. Ze hebben moeite met vertrouwen geven en krijgen. Getraumatiseerde kinderen kunnen zichzelf meestal niet in het perspectief van hun omgeving zien. In hun beleving zijn zij het centrum van de wereld. Daardoor geven zij zichzelf bijvoorbeeld de verantwoordelijkheid of schuld van de traumatiserende gebeurtenissen, met als gevolg een negatief zelfbeeld. Deze kinderen worden egocentrisch genoemd, maar het gedrag is eenvoudig te verklaren: in hun beleving heeft alles wat er gebeurt betrekking op henzelf (Bateman & Fonagy, 2004).

## **Seksuele ontwikkeling**

Seksuele gedragsproblemen komen nogal eens voor als kinderen te maken hebben, of hebben gehad, met seksueel misbruik. Maar niet alle seksueel misbruikte kinderen vertonen seksuele gedragsproblemen. En niet alle kinderen met seksuele gedragsproblemen zijn ook seksueel misbruikt. Kinderen met seksuele gedragsproblemen blijken echter wel vaak een geseksualiseerde thuisomgeving te hebben, met onduidelijke of veranderlijke seksuele grenzen: er is bijvoorbeeld pornomateriaal aanwezig, volwassenen vertonen openlijk geseksualiseerd gedrag, er vindt thuisprostitutie plaats, er wordt seksuele taal gebruikt en/of er worden seksuele toespelingen gemaakt.

Het is bekend dat kinderen in situaties met verwaarlozing, chaos of geweld op de achtergrond troost kunnen zoeken bij zichzelf of bij hun broertjes of zusjes. Soms vinden ze die troost dan in prettige gevoelens in hun (onder)lichaam (Lamers-Winkelmann, 2006).

Onderzoek toont aan dat door stressvolle omstandigheden de seksuele ontwikkeling sneller kan verlopen en mensen op jongere leeftijd seksueel actief worden (Cameron et al., 2008). Kinderen met complex trauma hebben grotere kans op jonge leeftijd in de puberteit te komen.

## **Ontwikkeling van de gehechtheid**

De kwaliteit van een hechtingsrelatie hangt voor een groot deel af van de sensitiviteit en responsiviteit van de ouders of opvoeders: van de mate waarin zij signalen van het kind opmerken, begrijpen en hier affectief op reageren. Hoe beter ouder en kind op elkaar afgestemd zijn, hoe hoger de kwaliteit van de hechtingsrelatie. Overigens blijkt ook bij een goede hechtingsrelatie de afstemming niet constant te zijn; uit onderzoek van Tronick en Cohn (1989) blijken ouders en kinderen met een goede hechtingsrelatie slechts 30 procent van de tijd goed op elkaar afgestemd te zijn. Een kind dat te maken heeft (gehad) met ouders die niet of minder responsief en sensitief zijn en/of met traumatische ervaringen, kan onveilig gehecht raken; er ontstaat een problematische gehechtheid. Op basis van de relatie die het kind met zij of haar ouders heeft, ontwikkelt hij of zij interne werkmodellen van hoe relaties eruit zouden moeten zien. Bij problematische gehechtheid leert het kind dat er in stressvolle situaties geen steun is, zal hij of zij geen beroep doen op anderen en zelf eventuele spanningen oplossen. Bij sommige kinderen leidt de problematische gehechtheid tot het uitstellen of stopzetten van onderzoekend (exploratief) gedrag, waardoor zij zich niet (verder)

ontwikkelen. Zij staan hierdoor minder stevig in hun schoenen, gaan moeilijk nieuwe relaties aan en zijn minder sociaal vaardig. Ongeveer 30 procent van alle mensen heeft een onveilige hechtingsstijl. Een onveilige hechtingsstijl vormt een risico voor het ontwikkelen van psychische problemen. Naast veilige en onveilige hechting bestaat er gedesorganiseerde of gedesoriënteerde hechting, er is dan geen coherent hechtingspatroon. Kinderen met deze vorm van gehechtheid (15 procent van alle kinderen) hebben een inconsequente en onvoorspelbare omgang met hun ouder gehad. Zij gaan op een tegenstrijdige manier met hun ouder om. Zij zoeken toenadering, maar dit levert tegelijkertijd stress en angst op. Dit gedrag komt voort uit angst voor de ouder en komt veel voor bij kinderen met traumatische ervaringen zoals geweld, misbruik en verwaarlozing. Gedesorganiseerde of gedesoriënteerde hechting is het meest schadelijke type gehechtheid en geeft een verhoogde kans op psychopathologie op latere leeftijd (Hoogenbosch, Swagers & Bettonvil, 2014).

Lange tijd was de opvatting dat hechting in een bepaalde – kritieke – periode tot stand moest komen. Als dit niet gebeurde zou een hechtingsrelatie aangaan niet meer mogelijk zijn. Inmiddels weten we dat dit ook op latere leeftijd nog kan. De eerste twee levensjaren zijn een belangrijke periode, daarna verloopt het aangaan van een hechtingsrelatie moeizamer. Herstel op een latere leeftijd blijkt wel mogelijk (Juffer, 2010).

Herhaalde en meervoudige traumatisering van kinderen door hun ouders gaat vaak samen met problematische gehechtheid, en dat kan de posttraumatische stressklachten versterken. Trauma's kunnen de kwaliteit van de hechtingsrelatie aantasten doordat het kind ervaart dat de ouder niet in staat is voldoende bescherming te bieden. Traumatisering door de persoon die veiligheid had moeten bieden vergroot en compliceert de gevolgen van het trauma doordat er bij het kind ook loyaliteitsproblemen kunnen ontstaan en schuld- en onmachtgevoelens.

## **Lichamelijke gezondheid**

Traumatische ervaringen kunnen ook lichamelijke problemen geven: zindelijkheidsproblemen, verminderde weerstand of zelfs (chronische) ziektes, en een grotere kans op eetproblemen, met name obesitas (Felitti et al., 1998).

### 3. Symptomen per leeftijdsfase

In hoofdstuk 2 beschreven we de impact van trauma op verschillende ontwikkelgebieden. In dit derde hoofdstuk bekijken we symptomen van trauma per leeftijdsfase. Hierbij moet opgemerkt worden dat gesignaleerde symptomen bij kinderen op verschillende problemen kunnen duiden. Er komen bij kinderen nauwelijks symptomen voor die uitsluitend wijzen op trauma.

Over het algemeen praten kinderen die een nare gebeurtenis hebben meegemaakt daar niet over. Bijvoorbeeld omdat ze denken dat het normaal is wat er is gebeurd of denken dat ze er uit loyaliteit aan hun ouders niet over mogen praten. Ze richten zich vooral op overleven. Dit maakt trauma herkennen gecompliceerd. Uit een onderzoek door Elliot en Briere (1994) bij kinderen in de leeftijd van 8 tot 15 jaar bleek dat 75 procent van de kinderen die te maken hadden gehad met kindermishandeling er een jaar na de gebeurtenis niets over vertelde. Uit recent onderzoek bleek opnieuw dat de meeste kinderen er niet over praten; slechts een minderheid (33 procent) van de kinderen spreekt na seksueel misbruik wél over dat wat gebeurd is (London, Bruck, Ceci & Shumann, 2005). Het is belangrijk om in dit soort situaties op de juiste manier met kinderen in gesprek te gaan, dit vereist een professionele aanpak<sup>6</sup>.

De symptomen die zichtbaar zijn bij getraumatiseerde kinderen zijn gevarieerder dan bij getraumatiseerde volwassenen. Bij getraumatiseerde kinderen zijn ook nauwelijks specifieke symptomen voor trauma aan te wijzen. Ze verschillen bovendien per ontwikkelingsfase van het kind. Daardoor is het lastig om gedragsuitingen te herkennen en te typeren. De gevolgen van complexe traumatisering worden vaak als aparte symptomen en ziektebeelden beoordeeld. Dit kan leiden tot een foutieve diagnose op ADHD, ODD, angst- en of stemmingsstoornis, leerstoornis, autistische stoornis en zelfs persoonlijkheidsstoornis. Soms krijgen complex getraumatiseerde kinderen daardoor de verkeerde behandeling (inclusief medicatie).

Uit verschillende studies is naar voren gekomen dat door trauma, met name trauma in de *eerste levensjaren*, psychische aandoeningen kunnen ontstaan (Wellens et al., 2006; Briggs-Gowan et al., 2010). Het jonge brein is nog sterk in ontwikkeling en traumatische ervaringen hebben daardoor meer impact naarmate het kind jonger is. Hoe vroeger het trauma ontstaat, hoe ernstiger de stoornis is op latere leeftijd. Anderzijds is de flexibiliteit van het brein ook hoopgevend: hoe jonger het kind, hoe meer het kan profiteren van herstel door een veilige omgeving en door traumabehandeling. Bij heel jonge kinderen worden de gevolgen van trauma vaak over het hoofd gezien omdat de kinderen er niet over kunnen vertellen, ze kunnen immers nog niet praten. Het kan bij hen om de volgende symptomen gaan: slecht of onvoldoende eten, onrustig en kort slapen, veel huilen, apathisch zijn, nauwelijks reageren op ouders, snel schrikken, een angstige 'blik' en problemen in de gehechtheid (Lindauer & Boer, 2012). Ook spelen deze kinderen minder of minder gevarieerd.

Een symptoom van trauma dat vaak bij getraumatiseerde *peuters en kleuters* optreedt, is een terugval naar jonger gedrag (regressie), wat bijvoorbeeld tot uiting komt in bedplassen en duimzuigen, vastklampen (separatieangst) en driftbuien. Complex getraumatiseerde kleuters zijn

---

<sup>6</sup> Zie voor meer informatie over praten met kinderen bij vermoedens van kindermishandeling: Reedijk, T.P., Houwelingen, M. van, Visser, M.M. (2013) Praten met kinderen bij (een vermoeden van) kindermishandeling. In: *Medisch handboek kindermishandeling*. Dr. E.M. van de Putte, Drs. I.M.A. Lukkassen, Drs. I.M.B. Russel, Drs. A.H. Teeuw, Bohn, Stafleu en van Loghum en de publicatie Stoppen en helpen (Ten Berge et al., 2012). Ook via de site van de APSAC ([www.apsac.org](http://www.apsac.org)) is literatuur over dit onderwerp te vinden. Voor de Nederlandse praktijk wordt het protocol van APSAC aangepast door Aafke Scharlo en Irene Martens (Richtlijn methodisch kindinterview).

moeilijk tot rust te brengen, ze zijn prikkelbaar, hebben veel ruzie, trekken zich terug, spelen niet en denken dat zij zelf schuldig zijn aan wat hun overkomt.

In de *schoolleeftijd* kunnen bij getraumatiseerde kinderen concentratieproblemen, lichamelijke klachten, slaapproblemen en dwangmatige gedachten optreden. Deze problemen kunnen leiden tot verminderde schoolprestaties. Het kind kan al een beetje begrijpen dat hem of haar iets overkomt door toedoen van een ander, en dat kan tot heftige emoties zoals woede leiden. Tegelijk kampen kinderen in deze leeftijd ook vaak met schuldgevoel. Vanaf deze leeftijdsfase kunnen de kinderen de gebeurtenissen in spel of tekeningen uitbeelden.

In de *pubertijd/adolescentie* kan een trauma op dezelfde manier tot uiting komen als bij volwassenen: angst voor afwijzing, hulpeloosheid, afvlakking van emoties, desinteresse, concentratieproblemen, ruzies, nachtmerries, angst, waakzaamheid, schuldgevoel, alcohol- en drugsgebruik en risicovol seksueel gedrag. Veel getraumatiseerde jongeren doen nadrukkelijk alsof er niets aan de hand is; ze willen zo graag 'normaal' zijn.

## **Beschermende factoren**

Bovenstaande gevolgen *kunnen* zich voordoen bij chronische traumatisering. Toch is het niet zo dat alle kinderen die te maken hebben met chronische traumatisering ook al deze problemen hebben, of dat kindermishandeling altijd leidt tot complex trauma. Beschermende factoren kunnen nare gevolgen voorkomen en herstel bevorderen. Het gaat dan om factoren in het kind zelf en om factoren in de omgeving van het kind.

Een factor in het kind zelf is *veerkracht*. Sommige deskundigen beschrijven veerkracht als een al vastliggend persoonskenmerk (dat je hebt of niet), anderen zeggen dat je kunt leren veerkrachtig te zijn. Veerkracht is het vermogen om te herstellen na stressvolle ervaringen. Een veerkrachtig kind heeft het vermogen om zijn of haar ervaringen positief en opbouwend te beschouwen, ook al zijn die ervaringen negatief en pijnlijk. Interne factoren hiervoor zijn intelligentie, emotionele stabiliteit, fysieke weerstand, interne locus of control (kunnen kijken naar de invloed die de persoon zelf wél op de situatie kan hebben), volharding, positief zelfbeeld en het vermogen het zelfbeeld te herstellen, optimisme, hoopvolheid, doorzettingsvermogen, actieve benadering van het probleem, sociale vaardigheden en humor (Kumpfer, 1999).

De factor uit de omgeving van het kind die het meest helpt bij het herstellen van traumatische ervaringen, is de aanwezigheid van een liefdevolle, steunende volwassene, zoals een leraar, een opa of oma, de buurvrouw, de huisarts, een trainer of (andere) professionals (Hrady, 2009; Ludy-Dobson & Perry, 2010). Hoofdstuk 4 gaat over hoe zij een leefklimaat kunnen scheppen ter ondersteuning van de verwerking van het trauma.

## 4. Trauma-sensitief opvoeden

De meeste behandelingen van kinderen die te maken hebben met complex trauma zijn langdurig en veelzijdig. Specialistische hulp is daarbij onmisbaar, maar minstens zo belangrijk is extra aandacht en ondersteuning in de dagelijkse leefomgeving waar sociale, emotionele en cognitieve vaardigheden ontwikkeld worden.

Bath (2008) onderscheidt drie onderdelen van een trauma-sensitieve opvoeding die kinderen met complex trauma kunnen helpen:

- een veilige omgeving creëren
- positieve relaties met anderen stimuleren
- emotie- en impulsregulatie stimuleren.

Belangrijk aan deze onderdelen is dat eraan of ermee werken niet is voorbehouden aan speciaal daarvoor getrainde therapeuten. De elementen kunnen onderdeel worden van de dagelijkse zorg en opvoeding, of zijn dat al. Door steeds weer te werken aan deze drie punten in de dagelijkse praktijk ontstaan er bij de kinderen nieuwe verbindingen in de hersenen (Perry, 2004).

In de volgende paragrafen beschrijven we de drie door Bath onderscheiden elementen. Daar voegen we twee relevante punten aan toe: ouders betrekken en psycho-educatie.

### Een veilige omgeving creëren

Veiligheid is de basis van de ontwikkeling van kinderen. Voor de meeste complex getraumatiseerde kinderen geldt dat zij die veiligheid gemist hebben.

Het begrip veiligheid bestaat uit veel onderdelen: consistentie, betrouwbaarheid, voorspelbaarheid, aanwezigheid, eerlijkheid en transparantie. De jeugdzorgprofessional<sup>7</sup> zorgt voor regelmaat en structuur in het gezin. Hij of zij biedt lichamelijke en emotionele zorg voor het kind en wil bij hem of haar een gevoel van geborgenheid creëren. Als kinderen zich veilig en geborgen voelen, ervaren zij hun omgeving als een veilige basis van waaruit zij zich emotioneel kunnen ontwikkelen. Zo kan gaandeweg een gevoel van innerlijke veiligheid ontstaan. Dat gevoel is gebaseerd op de relatie van het kind met zijn of haar opvoeder en eventuele andere gezinsleden (Ten Berge & Bakker, 2005). Veiligheid bieden staat bij complex getraumatiseerde kinderen niet per definitie gelijk aan veiligheid ervaren, dit is een langdurig proces waar geduld en een lange adem voor nodig is. Ook al doe je de juiste dingen, het herstel neemt vaak grofweg evenveel tijd in beslag als dat de beschadigende periode geduurd heeft. Ook geldt de algemene regel dat hoe ouder het kind is, hoe meer tijd het kost. Een belangrijke voorwaarde voor het kind om veiligheid te ervaren is dat hij of zij betrokken wordt bij beslissingen (afgestemd op zijn of haar ontwikkelingsniveau). Szalavitz en Perry (2010) benadrukken het belang voor getraumatiseerde kinderen om zo veel mogelijk invloed en controle uit te oefenen op hun omstandigheden. De jeugdzorgprofessional kan daar voor zorgen door het kind bijvoorbeeld te laten kiezen tussen twee momenten waarop hij of zij huiswerk zal gaan doen, of tussen twee activiteiten voor de avond. Ook moet het kind kunnen beslissen of en wanneer het over moeilijke dingen wil praten.

Meer controle geven aan het kind is dus belangrijk voor zijn of haar gevoel van veiligheid. Het lastige daarbij is dat getraumatiseerde kinderen door hun gedragsproblemen vaak juist het

---

<sup>7</sup> Hoewel dit kennisdocument ook voor opvoeders als (netwerk)pleegouders en adoptiefouders bedoeld is, hanteren we omwille van de leesbaarheid de term jeugdzorgprofessional.

tegenovergestelde oproepen, namelijk meer controle door mensen uit hun omgeving en vaak zelfs een bestraffende houding. Deze kinderen zijn vaak wantrouwend tegenover volwassenen en hun relatie bestaat uit aantrekken en afstoten. Ze hebben een negatief zelfbeeld, en zijn vaak angstig, wat ze vervolgens overschreeuwen. Ernstige gedragsproblemen waar veel complex getraumatiseerde kinderen mee te maken hebben zijn: agressief gedrag, vechten, liegen, stelen en manipuleren. Hun inlevingsvermogen, geweten en sociale vaardigheden zijn vaak onvoldoende ontwikkeld. Het negatieve gedrag dat daaruit voortkomt roept snel sanctionering en begrenzing op. Het helpt als de betrokken jeugdzorgprofessional dit proces begrijpt en onderkent, en zich steeds weer realiseert dat het niet over hem of haar persoonlijk gaat, maar dat de conflicten te maken hebben met pijn uit het verleden.

### **Positieve relaties met anderen stimuleren**

Positieve relaties zijn cruciaal voor een gezonde ontwikkeling, maar getraumatiseerde kinderen hebben vaak meer moeite om deze aan te gaan en te onderhouden. Contact met volwassenen associëren ze met gevaar en met negatieve ervaringen. Jeugdzorgprofessionals die betrokken zijn bij hun opvoeding steunen en stimuleren hen om (weer) positieve relaties met anderen (volwassenen) op te bouwen. De onderlinge relatie tussen het kind en de jeugdzorgprofessional is daar de belangrijkste oefensituatie voor. Dit oefenen vergt van beiden een lange adem. De jeugdzorgprofessional is er voor het kind en blijft veiligheid bieden. Daarnaast stimuleert hij of zij het kind om een meer exclusieve band op te bouwen met een of twee andere personen die het vertrouwen waard blijken te zijn. De jeugdzorgprofessional gaat op zoek naar mensen die deze rol kunnen vervullen door de contacten van het kind met anderen te stimuleren via bijvoorbeeld een sportclub of activiteiten op school.

De belangrijke volwassenen met wie het kind een vertrouwensband aangaat (inclusief de jeugdzorgprofessional) bieden het kind vervolgens voldoende positieve ervaringen zodat negatieve associaties omgevormd worden. Het streven is dat het kind momenten van geluk en blijdschap ervaart in het contact met veilige anderen.

Uit hechtingsonderzoek weten we hoe belangrijk responsiviteit en sensitiviteit zijn voor het opbouwen van een hechtingsrelatie. Jeugdzorgprofessionals kunnen baat hebben bij een training die hen helpt om extra sensitief en responsief te reageren. Ze leren bijvoorbeeld te herkennen dat het kind niet lekker in zijn vel zit of iets spannend vindt, en daarmee om te gaan. Korte trainingen met behulp van videofeedback zijn effectief bevonden bij deze problematiek (Bartelink, 2013).

Angst voor een te sterke band met een kind, bijvoorbeeld in de residentiële zorg, kan negatieve gevolgen hebben voor de gehechtheid van het kind (Juffer, 2010). Een reden voor die angst is bijvoorbeeld het idee dat na een sterke binding een scheiding traumatische gevolgen kan hebben voor het kind en de opvoeder. Wetenschappers zijn het er nu over eens dat de angst voor een te sterke binding achterhaald is. Een kind kan niet anders dan zich voluit hechten aan degene die hem of haar verzorgt. Gehechtheid is niet uit te stellen, te verdringen of in een wachtstand te zetten met het oog op een latere band met een andere verzorger (Juffer, 2010). Daarom is het zaak dat iedereen, in elke vorm van jeugdzorg, andermans kinderen opvangt en opvoedt onder het motto 'zorg voor het kind alsof het je eigen kind is'.

## **Emotie- en impulsregulatie stimuleren**

Het derde fundament van trauma-sensitief opvoeden is volgens Bath (2008) het stimuleren van (de ontwikkeling van) emotie- en impulsregulatie. Getraumatiseerde kinderen hebben in hun vroege jeugd vaak onvoldoende geleerd om met hun emoties en impulsen om te gaan. Onder invloed van traumatische ervaringen is het deel in de hersenen dat voor beheersing van impulsen en emoties zorgt (de orbitofrontale cortex) onvoldoende ontwikkeld. Het goede nieuws uit neurologisch onderzoek is dat dit deel van het brein zeer flexibel is, en dat er tot zelfs in de volwassenheid veel ontwikkelingsmogelijkheden bestaan (Perry, 2004). Het vermogen om nieuwe vaardigheden aan te leren om emoties te reguleren is dus niet beperkt tot de (vroege) kinderleeftijd. Veel kinderen met nare ervaringen hadden in hun kindertijd onvoldoende ouderlijke figuren tot hun beschikking die hun sturing gaven bij het leren reguleren van emoties. Ook als ze al wat ouder zijn, hebben deze kinderen nog steeds iemand in hun omgeving nodig die hen daarbij helpt. Als zij heel erg boos, verdrietig of angstig worden, hebben ze dus niet zozeer begrenzing nodig, maar hulp om weer in een rustige toestand te komen. Afreageren, bijvoorbeeld door op een kussen of een boksbal te slaan, helpt daar niet bij. Onderzoek wijst uit dat woede eerder toe- dan afneemt door dit soort woedetherapieën (Bushman, 2002). In de praktijk blijkt dat kinderen er soms toch bij gebaat zijn. Er zijn vele methoden om kinderen emotieregulatie aan te leren: mindfulnessstrainingen, yoga, sensorische integratie, psychomotorische therapie en activiteiten als trampolinespringen, balanceren op grote ballen, slapen met zware dekens, ontspanningsoefeningen, massage, en kunstzinnige uitingen zoals toneelspelen, zingen, en muziek luisteren hebben zich in de praktijk bewezen (zie ook pagina 21). Aanrakingen kunnen ook helpen bij het aanleren van emotieregulatie. Met name bij heel jonge kinderen zijn aanrakingen belangrijk voor hun hechting en voor het herstellen van zelf-regulatie (Tronick, 1995). Uiteraard moet hier voorzichtig mee omgegaan worden omdat mishandelde en misbruikte kinderen erg gevoelig kunnen zijn voor aanrakingen waar ze geen controle over hebben. Een vastgehouden hand kan een belangrijke troostende, maar ook regulerende hulpbron zijn zolang het kind daar zelf controle over kan houden.

## **Ouders betrekken**

Als een kind uit huis geplaatst moet worden dan zal de begeleiding voor ouders en kinderen gericht zijn op twee zaken: op de ouderrol die ouders blijven vervullen (zonder de opvoederrol) en op het accepteren van de uithuisplaatsing. Ouders van kinderen met complex trauma zijn vaak zelf ook getraumatiseerd. Daarnaast zijn ze vaak een bron van spanning voor hun kind. Aan de hand van een veiligheidsplan kan bepaald worden op welke manier zij betrokken kunnen worden in het leven van hun kind (Timmer, 2015).

Als het kind nog zeer getraumatiseerd wordt door contact met zijn of haar biologische ouder, dan kan de ouder wellicht op een andere manier een bijdrage leveren aan het herstel van het kind. Soms betekent dit dat een ouder gevraagd moet worden omwille van het kind een poosje op de achtergrond te blijven en te accepteren dat er geen bezoekenregeling opgestart kan worden. Een manier om een ouder te betrekken, uiteraard mits hij of zij dat wil, is hem of haar te vragen een bijdrage te leveren aan het opstellen van de geschiedenis van het kind in tekst en/of met behulp van foto's. Een voorbeeld daarvan is Mijn Levensboek. Bij de methode Verhaal in woord en beeld (Hiles, Essex, Fox & Luger, 2008) wordt aan het kind in een kort maar duidelijk verhaal uitgelegd waarom hij of zij niet meer thuis woont. Dit is voor ouders en pleegouders vaak een moeilijk gesprek, de jeugdzorgprofessional moet dit goed met hen voorbereiden. Het kind kan van tevoren samen met een vertrouwde volwassene de vragen opstellen die hij of zij heeft over het verleden. Voor een kind is

het heel belangrijk om te weten dat hij of zij geen schuld heeft gehad aan alle problemen, en niet uit huis is geplaatst omdat hij /zij een vervelend of slecht kind is.

Ouders kunnen een belangrijke rol spelen in het weer op gang krijgen van een gezonde ontwikkeling, zelfs als zij geen direct contact hebben. Dit is voor de meeste ouders reden om iets, al is het nog zo minimaal, te willen betekenen voor het kind.

Als aan het kind wordt uitgelegd wat er gebeurd is, is het belangrijk om de ouder niet negatief af te schilderen, maar uit te gaan van onvermogen en negatieve omstandigheden. Mogelijk kunnen er andere belangrijke mensen bij het kind betrokken worden, zoals een grootouder, een oom of tante, een buurvrouw of een leerkracht die in een bepaalde periode belangrijk was voor het kind.

## **Psycho-educatie**

Getraumatiseerde kinderen zien vaak geen verband tussen hun actuele (gedrags)problemen en de traumatische ervaringen. Soms kunnen zij zich van de nare geschiedenis zelfs weinig herinneren. De jeugdzorgprofessionals heeft de taak om (eventueel in samenwerking met een behandelaar) aan de kinderen en jongeren uitleg te geven over de effecten van complex trauma. Door uitleg over de reacties die bij het complex trauma horen, kunnen kinderen gaan inzien dat de schuld buiten henzelf ligt en dat negatieve reacties van hen op anderen te maken hebben met het verleden en niet met het hier en nu. Coppens en Van Kregten (2012) spreken in deze context over een 'onzichtbare koffer' die de kinderen meedragen, gevuld met (bijzonder negatieve) opvattingen over zichzelf, de mensen die voor hen zorgen en de wereld in het algemeen. Ook vanuit de hechtingsrelatie kan verklaard worden hoe iets uit het verleden kan doorspelen in het heden: op grond van eerdere ervaringen heeft het kind een negatieve verwachting van relaties in het hier en nu. De blauwdrukken die het kind heeft aangelegd in het verleden sturen dan de reacties in het hier en nu.

Inzicht in de oorzaken van hun gedrag kan kinderen motiveren om traumagerichte hulp te accepteren.

Kinderen met complex trauma worden vaak beschreven als hyperalert omdat ze de omgeving constant in de gaten houden op mogelijk gevaar. Aan deze kinderen kan worden uitgelegd dat zij vanuit een primitief deel van de hersenen reageren: het zogeheten zoogdierenbrein. Vanuit dat brein zijn er maar drie reactievormen mogelijk: vechten, vluchten of verlammen. Als het kind dit inziet, is hij of zij mogelijk meer gemotiveerd om hulp van anderen te accepteren om weer in een rustige toestand te komen, zodat hij of zij weer gewoon kan gaan denken en de situatie kan overzien.

Kinderen met complex trauma hebben het vermogen zich te ontwikkelen. Uitleg over de veerkracht die zij bezitten biedt hun perspectief en hoop. Veerkracht kan bijvoorbeeld uitgelegd worden door te wijzen op doorzettingsvermogen en humor van de kinderen en/of te kijken naar de invloed die ze wél op de situatie kunnen hebben. Voor de ontwikkeling van hun empathisch vermogen en sociale ontwikkeling hebben kinderen er baat bij te weten dat ook wie weinig liefde heeft ontvangen, zelf wel liefde kan geven.

Psycho-educatie kan de jeugdzorgprofessional die de educatie aanbiedt ook zélf helpen te bedenken dat veel van de reacties van de kinderen te maken hebben met oude pijn en nare ervaringen in het verleden en niet met het hier en nu.

## 5. Behandelmethoden en trainingen voor traumageoriënteerde hulp

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van behandelmethoden en trainingen voor jeugdzorgprofessionals en/of getraumatiseerde kinderen. De interventies zijn gericht op de aanpak van traumaklachten bij kinderen en jongeren en/of op veilig opgroeien en ontwikkelen na complex trauma.

Naam	Soort interventie	Doelgroep	Doel	Uitvoerders
<i>Zorgen voor getraumatiseerde kinderen</i> (Coppens & Van Kregten, 2012)	Training	Pleegouders en andere opvoeders	Opvoeders leren op welke manier zij in de opvoeding en begeleiding van een getraumatiseerd kind een bijdrage kunnen leveren aan het herstel van trauma en de kans op een (volgende) uithuisplaatsing kunnen verkleinen.	Opgeleide trainers
<i>Safer Caring</i> uitgevoerd bij Jeugdhulp Friesland (Slade, 2012)	Training	Pleegouders	Pleegouders laten werken aan een veilige leefomgeving voor pleegkinderen; de ontwikkeling van pleegkinderen (met traumatische klachten) stimuleren; secundaire traumatisering bij pleegouders voorkomen.	Een cursusleider
<i>Slapende honden? Wakker maken!</i> (Struik, 2010)	Behandelmethode	Kinderen die op jonge leeftijd chronisch getraumatiseerd zijn	De kinderen zo snel mogelijk stabiliseren en voorbereiden op therapeutische traumaverwerking.	Psychologen, pedagogen, (psycho)therapeuten, systeemtherapeuten, maatschappelijk werkers en groepsleiders binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie, jeugdzorg en justitie

<p><i>Stapstenen</i> ontwikkeld door Intermetzo, de Bascule, AMC en VUmc. (Kroneman &amp; De Beer, 2013)</p>	<p>Groepstraining</p>	<p>Jongeren met complex trauma die in de gesloten jeugdzorg verblijven</p>	<p>De jongeren meer inzicht geven in hun problematiek, en hen motiveren voor traumabehandeling; hen zover stabiliseren dat de kans op een succesvolle behandeling groter wordt.</p>	<p>Twee trainers (een gedragswetenschapper en een cognitief-gedragstherapeutisch geschoolde trainer, bijvoorbeeld een gedragstherapeutisch werker)</p>
<p><i>Veerkracht</i> Ontwikkeld door Federatie Opvang en Bureau Van Montfoort</p>	<p>Behandelmethode</p>	<p>Kinderen die huiselijk geweld hebben meegemaakt en met hun moeder in de vrouwenopvang verblijven</p>	<p>De veiligheid en de ontwikkeling van het kind herstellen en optimaliseren (fysiek, emotioneel en sociaal); de ouders ondersteunen bij opvoeding en ouderschap na geweld; en het familiesysteem ondersteunen bij het herstellen van een leven zonder geweld.</p>	<p>Professionals in de vrouwenopvang</p>

## 6. Behandeling van complex trauma

Naast de traumageoriënteerde zorg en ondersteuning die jeugdzorgprofessionals kunnen bieden (zie hoofdstuk 5), hebben getraumatiseerde kinderen veelal specialistische behandeling nodig.

Voor het behandelen van complex trauma is een effectief bewezen therapie nodig die specifiek gericht is op de traumaklachten. *Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR)* en *Cognitieve Gedragstherapie* zijn momenteel de best onderzochte en meest effectieve behandelvormen. Specifieke op trauma gerichte cognitief-gedragstherapeutische methoden zijn *TF-CBT*, *WRITE Junior* en de *Horizonmethodiek*. Behandeling levert het beste resultaat op wanneer de thuissituatie veilig en stabiel is. Wanneer dat niet het geval is, kiezen behandelaren soms eerst voor een fasegerichte therapie, voordat de concrete traumaklachten behandeld worden. Zo bouwen ze samen met de cliënt aan een fundament waarop traumagerichte behandeling kan plaatsvinden. Een voorbeeld van een fasegerichte therapie is het *ARC-kader* van Blaustein en Kinniburgh (2015), waarbij achtereenvolgens gewerkt wordt aan gehechtheid, zelfregulering en competenties. Experts op het gebied van trauma raden aan te streven naar een reële mate van stabiliteit ('good enough stability') en dan daadwerkelijk te starten met een (effectief bevonden) behandeling van de traumaklachten zodat van uitstel geen afstel komt (Bicanic, de Jong & Ten Broeke, 2015). Voordat met de behandeling gestart kan worden moet er eerst gedegen diagnostiek plaatsvinden. Meer informatie over diagnostiek van traumagerelateerde problematiek is te vinden op de website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie: <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Stoornissen/Trauma-en-kindermishandeling/Diagnostiek-13>.

Hieronder geven we een korte toelichting op vier veelgebruikte, bewezen effectieve traumabehandelingen in Nederland en noemen we enkele veelbelovende ontwikkelingen.

### **EMDR**

*Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR)* is een behandelmethode voor kinderen, jeugdigen en volwassenen die lijden aan een trauma gerelateerde stoornis zoals acute stressstoornis of posttraumatische stressstoornis (PTSS). Doel van de behandeling is negatieve traumatische ervaringen om te zetten in herinneringen zonder stress en spanning.

### **Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie**

Het doel van *Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie* is traumaklachten te verminderen of te laten verdwijnen, en emotiebeheersing te ontwikkelen ten opzichte van 'triggers' in het dagelijks leven die verwijzen naar de eerdere traumatische ervaringen.

In de behandeling worden traumagerichte interventies geïntegreerd in cognitief gedragstherapeutische principes, en er komen aspecten van de hechtingstheorie, de neurobiologie bij de ontwikkeling, de gezinstherapie en van humanistische modellen in terug.

### ***WRITEjunior***

*WRITEjunior* is een schrijftherapie voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten van 4 tot 18 jaar. Tijdens tweewekelijkse individuele sessies schrijft de jeugdige samen met de therapeut het verhaal van het trauma. De behandeling heeft een cognitief gedragsmatige aanpak en heeft als doel posttraumatische klachten te laten verdwijnen of sterk te laten afnemen.

### ***Horizonmethodiek***

De *Horizonmethodiek* is een cognitief-gedragsmatige groepsbehandeling voor kinderen die seksueel misbruik of ruzies en geweld hebben meegemaakt binnen of buiten hun gezin. Voor hun niet-misbruikende of niet-mishandelende ouder(s) is er een parallel aanbod. De methodiek heeft tot doel de negatieve gevolgen van het misbruik voor het vertrouwen van het kind te verminderen, en het (sociale) functioneren van het kind te herstellen. Het doel van het aanbod voor de ouders is dat zij in staat zijn hun kind optimaal steun te bieden.

### ***Veelbelovende interventies***

Naast effectief bevonden interventies, zijn er met name op het terrein van de psychotherapie veelbelovende interventies in ontwikkeling (Ten Berge et al., 2012). Deze interventies zijn vooral gericht op de behandeling van (traumatische) gevolgen voor kinderen en de relatie met hun ouders. Voorbeelden hiervan zijn sensorimotorische psychotherapie ([www.sensorimotorpsychotherapy.org](http://www.sensorimotorpsychotherapy.org)) en dyadische ontwikkelingspsychotherapie ([www.dyadicdevelopmentalpsychotherapy.org](http://www.dyadicdevelopmentalpsychotherapy.org)).

## 7. Samenwerking in de behandeling van complex trauma, en de rol van de jeugdzorgprofessional

Complex trauma bij kinderen is het beste te behandelen als verschillende hulpvormen in de aanpak geïntegreerd worden. De therapeut kan het kind niet in zijn eentje 'beter' maken, daar heeft hij of zij de hulp van anderen bij nodig. De jeugdzorgprofessional die voor de dagelijkse opvoeding van het kind zorgt, speelt een belangrijke rol in het herstel van het kind. En ook de inzet van andere belangrijke personen uit het netwerk van het kind, leerkrachten en overige professionals kan onderdeel uitmaken van zo'n gecombineerd behandelplan. Van Rijn en Van Pelt (2013) geven een beschrijving van een behandeling van complex trauma waarbij individuele traumatherapie geïntegreerd wordt in de behandeling op een leefgroep. We noemen dit een integratieve benadering. Volgens gezamenlijke afspraken wordt er gewerkt aan één doel. Van Rijn en Van Pelt voegen expliciet de taak van 'behandelen' toe aan de verzorgende en opvoedende taken van de jeugdzorgprofessional. De behandeltaak bestaat uit:

- het benutten van de pedagogische relatie. Bijvoorbeeld door (niet helpende) interactiepatronen van het kind te herkennen en daar anders op te reageren dan het kind gewend is;
- klimaathantering: verzorgen en opvoeden op maat. Bijvoorbeeld door af te wegen of een algemene regel (zoals dagelijks douchen, of alleen slapen in een eigen slaapkamer) ook in het belang is van de veiligheidservaring van het kind;
- situatiehantering: dagelijks situaties gebruiken om een jongere gedrag en vaardigheden aan te leren. In dit onderdeel wordt gewerkt aan de 'transfer' van het in de therapie geleerde naar de dagelijkse gang van zaken.

### De therapeut als dirigent

In een ideale situatie is de rol van de therapeut in een integratieve benadering vergelijkbaar met die van een orkest-dirigent. Hij of zij verzorgt niet alle aangeboden therapie, maar 'dirigeert' het. In samenwerking met de jeugdzorgprofessional brengt de therapeut het sociale netwerk rond het kind in kaart en bekijkt welke mensen betrokken kunnen worden in de behandeling. De therapeut leert betrokkenen om niet alleen de gevolgen van de traumatische ervaringen beter te begrijpen, maar ook (het gedrag van) het kind zelf. Hij of zij brengt de betrokkenen op dezelfde golflengte en zorgt ervoor dat het kind in de interactie met deze personen met regelmaat therapeutische ervaringen krijgt aangeboden.

### Informatie delen

Bij een optimale integratieve behandeling delen de betrokkenen feitelijke informatie over de geschiedenis van het kind met elkaar. Het kind en de ouders moeten dus geïnformeerd worden over het belang daarvan. Door toestemming te geven om over de meegemaakte gebeurtenissen te praten, steunen de ouders indirect het herstel van hun kind. De Jeugdwet biedt professionals mogelijkheden om feiten te delen.

Tijdens een behandeling is het belangrijk dat het kind, ook al is hij of zij groot genoeg om zelfstandig te reizen, naar afspraken zoveel mogelijk gehaald en gebracht wordt, het liefst door een vast persoon die ook een belangrijke rol speelt in het leven van het kind, en die van het trauma en de therapie op

de hoogte is, voorzover het kind dat toe kan staan. Dat biedt bescherming en geborgenheid. Deze persoon moet dus ook steeds geïnformeerd worden over ontwikkelingen. Er kan daarvoor bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van interactiesessies waarbij opvoeder aan het eind van een therapiesessie van het kind uitgenodigd wordt om te horen waar het die keer over gegaan is. Als er door de traumatherapie (tijdelijk) een verergering optreedt van de klachten, is het belangrijk dat de omgeving van het kind (inclusief de school) daarvan op de hoogte wordt gebracht, zodat zij het gedrag van het kind begrijpen. Oudere kinderen denken vaak mee over hoe en wanneer deze informatie gedeeld wordt met anderen. Het is ook belangrijk dat biologische ouders op de hoogte gehouden worden van de therapie en dat hun begeleiders werken aan het erkennen van wat er gebeurd is zonder de ouder te beschuldigen.

## **Belang van stabiliteit**

Traumaverwerking kan pas plaatsvinden als een kind zich voldoende veilig voelt. Uit huis geplaatste kinderen met complex trauma kunnen verder beschadigd raken wanneer er geen stabiele vertrouwensfiguur in zijn of haar omgeving beschikbaar is, en er geen stabiele woonplek geboden kan worden. In de eerste hulpfase na kindermishandeling kan goede samenwerking, met de nadruk op stabiliteit, dus veel ellende voorkomen. Momenteel worden er in Nederland verschillende multidisciplinaire aanpakken voor kindermishandeling uitgevoerd waar vanuit één plek wordt samengewerkt door professionals<sup>8</sup> van verschillende instanties die betrokken zijn bij de hulp voor mishandelde kinderen. Zie voor meer informatie het eindrapport van de ZonMW-pilots *Multidisciplinaire aanpak* (Huurdeman & De Jong, 2014).

Een andere voorwaarde voor goede, gecombineerde hulp is dat de volwassenen om het kind heen begrijpen wat de verwerking van een trauma inhoudt en dat zij dit goed aan het kind kunnen uitleggen (zie ook onder 'Psycho-educatie' in hoofdstuk 4). De meeste kinderen moeten voor begeleiding en behandeling eerst gemotiveerd worden. Dit kan het beste gedaan worden door mensen in de omgeving van het kind. Een therapeut kan daarbij betrokken worden.

## **Elementen van goede samenwerking**

Goede samenwerking en hulp bestaan uit de volgende elementen:

- **transparantie over de reden van uithuisplaatsing**  
De jeugdbeschermer vertelt kind, ouders en betrokken hulpverleners open over de reden van de uithuisplaatsing. Voor het samenstellen van een gezamenlijk verhaal (en de verslaglegging daarvan) kan gebruikgemaakt worden van de 'Words and Pictures'-methode (Turnell & Essex, 2006);
- **opvoedbesluit op zo kort mogelijke termijn**  
Voor het nemen van een opvoedbesluit zijn er verschillende instrumenten beschikbaar, zoals de Beoordelingsboog, de Deltamethode en het Pedagogisch beslissingsmodel. Het opvoedbesluit moet op zo kort mogelijke termijn genomen worden;

---

<sup>8</sup> Het gaat onder andere om professionals van Veilig Thuis, politie, OM, jeugd-ggz, volwassenen, jeugdhulpverlening en verslavingszorg.

- een zorgvuldige 'match' tussen het kind en een (al dan niet tijdelijke) opvoeder  
Momenteel wordt er een methodiekhandleiding voor matching ontwikkeld door Gezinspiratieplein, Adoptie Driehoek Onderzoeks Centrum (ADOC) en het Nederlands Jeugdinstituut. De richtlijn 'Uithuisplaatsing' van beroepsverenigingen NIP, NVMW en NVO kan ook handvatten bieden.

## 8. Secundaire traumatisering

De opvoeding van een kind met complex trauma is een zware taak. Het kan bij professionals en opvoeders zelfs leiden tot secundaire traumatisering. Dit is de emotionele belasting die kan ontstaan wanneer de professional of opvoeder uit eerste hand hoort van de traumatische ervaringen van een ander. De symptomen lijken op die van een post-traumatische stressstoornis (PTSS). Dat houdt in dat de jeugdzorgprofessional onder andere last kan hebben van herbelevingen, een permanente staat van verhoogde spanning, slaapstoornissen, prikkelbaar of emotioneel reageren op dingen die herinneren aan het trauma en het vermijden van zaken die geassocieerd worden met het trauma (Coppens & van Kregten, 2012; National Child Traumatic Stress Network, 2011). Naast de persoonlijke gevolgen voor de jeugdzorgprofessional, kan secundaire traumatisering nadelige gevolgen hebben voor de hulp aan de kinderen. Zo kan onder invloed van secundaire traumatisering van de pleegouder het wonen in een pleeggezin onder druk komen te staan.

Door geregeld stil te staan bij wat het gedrag van de kinderen waarmee ze werken bij hen oproept, kunnen jeugdzorgprofessionals een buffer vormen tegen secundaire traumatisering. Het is voor hen van belang is om tijdens intervisie en supervisie geholpen te worden bij het reguleren van heftige emoties naar aanleiding van situaties waar zij in hun werk mee te maken hebben gehad en oog te hebben voor de invloed van de eigen hechtingsontwikkeling en de eigen meegemaakte gebeurtenissen. Zoals Al Killen van het Chatwick Center in de USA zegt: 'Het ondergaan van intervisie en supervisie is voor medewerkers hetzelfde als voor een chirurg het schoonmaken van zijn instrumenten' (persoonlijke mededeling, 2012). Daarnaast is het belangrijk dat de professionals voldoende ruimte krijgen om te herstellen van heftige emoties. Meditatie, yoga en mindfulness op de werkvloer kunnen hieraan bijdragen. En door te werken aan teambuilding kunnen collega's elkaar beter in de gaten houden en zo nodig zorg en steun bieden (National Child Traumatic Stress Network, 2011).

## Literatuurlijst

- Alink, L., IJzendoorn, R. van, Bakermans-Kranenburg, M., Pannebakker, F., Vogels, T. & Euser, S. (2011). *Kindermishandeling in Nederland Anno 2010: De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen*. Leiden: Casimir.
- Alisic, E., Zalta, A.K., Wesel, F. van, Larsen, S.E., Hafstad, G.S., Hassanpour, K. & Smid, G.E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204 (5), 335-340.
- Bartelink, C. (2013). *Wat werkt bij hechtingsproblemen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bath, H. (2008). The three pillars of trauma-informed care. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3), 17-21.
- Berge, I. ten, Addink, A., Baat, M. de, Bartelink, C., Rossum, J. van & Vinke, A. (2012). *Stoppen en helpen: Een adequaat antwoord op kindermishandeling*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Berge, I. ten & Bakker, A. (2005). *Veilig Thuis?: Handreiking voor het beoordelen en bespreken van veiligheid van kinderen in hun thuissituatie*. NIZW: Utrecht.
- Bicanic, I., Broeke, E. ten & Jongh, A. de. (2015). Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe PTSS: noodzaak of mythe? *Tijdschrift voor psychiatrie* 57, 5, 335-339.
- Blaustein, M.E. & Kinniburgh K.M. (2015). *Het behandelen van trauma bij kinderen en jongeren: Hoe veerkracht door hechting, zelfregulatie en competenties versterkt kan worden*. Amsterdam: SWP.
- Boer, F. & Lindauer, R. (2012). *Kinderpsychologie in praktijk: Trauma bij kinderen*. Houten: Terra-Lannoo.
- Brands-Zandvliet, W. (2011). *Hersenen en emoties in beeld*. Dordrecht: bewegenderwijs.com
- Briggs-Gowan, M.J., Carter, A.S., Clark, R., Augustyn, M., McCarthy K.J. & Ford, J.D. (2010). Exposure to potentially traumatic events in early childhood. Differential links to emergent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(10), 1132-1140.
- Bushman, B.J. (2002). Does venting anger feed or extinguish the flame?: Catharsis, Rumination, Distraction, Anger and aggressive responding. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(6), 724-731.
- Cameron, N., Del Corpo, A., Diorio J., McAllister, K., Sharma, S. & Meaney, M.J. (2008). Maternal programming of sexual behavior and hypothalamic-pituitary-gonadal function in the female rat. *PLoS One* 3(5).

- Coppens, L. & Kregten C. van (2012). *Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: Een training voor opvoeders*. Vertaling van training ontwikkeld door het NCTSN. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Elliot, D.M. & Briere, J. (1994). Forensic sexual abuse evaluations of older children: Disclosures and symptomatology. *Behavioral sciences and the law*, 12(26), 261-277.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V. & Koss, M.P. (1998). The Relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Friedrich, W.N. (2007). *Children with sexual behavior problems: Family-based, attachment-focused therapy*. New York: Norton & company.
- Gezondheidsraad (2011). *Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Hiles, M., Essex, S., Fox, A. & Luger, C. (2008). The 'words and pictures' storyboard: Making sense for children and families. *Context*, 97, 13-19.
- Hrdy, S. (2009). *Mothers and Others: The Evolutionary Origins of Mutual Understanding*. Cambridge, MA: Belknap Press.
- Hoogenbosch, A., Swagers, J. & Bettonvil, N. (2014). *Alsof het je eigen kind is. Onderzoek naar effectieve hulp aan problematisch gehechte en/of getraumatiseerde kinderen*. 's-Hertogenbosch: K2 Next Generation.
- Huurdeman, M. & Jong, J. de (2014). *Een multidisciplinaire aanpak kindermishandeling: 'Wicked answer to a wicked problem': Onderzoek naar de kenmerken, de werking en de meerwaarde van een multidisciplinaire aanpak van kindermishandeling aan de hand van zes regionale initiatieven*. Amsterdam: Van de Bunt Adviseurs.
- Juffer, F. (2010). *Beslissingen over kinderen in problematische opvoedingssituaties: Inzichten uit gehechtheidsonderzoek*. Reeks *Research Memoranda* 6(6). Den Haag: SDU uitgevers.
- Kolk, B. van der (2005). Developmental trauma disorder. Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Kroneman, L. & Beer, R. de (2013). Stapstenen: een groepstraining voor adolescenten in de gesloten jeugdzorg met een geschiedenis van complex trauma. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 40(3), 5-20.
- Kumpfer, K.L. (1999). Factors and processes contributing to resilience : The Resilience Framework. In Glantz, M.D. & Johnson, J. L. (eds.), *Resilience and Development: positive life adaptations*. New York: Kluwer Academie, Plenum Publishers.
- Lindauer, R. & Boer, F. (2012). *Trauma bij kinderen*. Houten: Lannoo.

- Lamers-Winkelmann, F., Willemen, A. & Visser, M. (2011). Adverse Childhood Experiences of Referred Children Exposed to Intimate Partner Violence: Consequences for their Wellbeing. *Child Abuse & Neglect*, 36(2), 166-179.
- Lamers-Winkelmann, F. (2006). *Seksueel misbruik en seksuele ontwikkeling*. Interne publicatie Kinder en Jeugd Traumacentrum.
- London, K., Bruck, M., Ceci, S.J. & Shumann, D.W. (2005) Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell? *Psychology, Public Policy and Law*, 11(1), 194-226.
- Ludy-Dobson, C.R. & Perry, B.P. (2010). The Role of Healthy Relational Interactions in buffering the Impact of Childhood Trauma. In Gil, E. (ed.) *Working with Children to Heal Interpersonal Trauma: The Power of Play*. New York: The Guilford Press.
- MacLean, P.D. (1990). *The Triune brain in evolution: Role in Paleocerebral Functions*. New York: Plenum Press.
- National Child Traumatic Stress Network, Secondary Traumatic Stress Committee (2011). *Secondary traumatic stress: A fact sheet for child-serving professionals*. Los Angeles (CA) and Durham (NC): National Center for Child Traumatic Stress.
- Perry, B. (2004). *Maltreatment and the Developing Child: How early Childhood experience shapes Child and Culture*. Inaugural Lecture.
- Reedijk, T.P., Houwelingen, M. van, Visser, M.M. (2013). Praten met kinderen bij (een vermoeden van) kindermishandeling. In Putte, E.M. van de, Lukkassen, I.M.A., Russel, I.M.B. & Teeuw, A.H., *Medisch handboek kindermishandeling*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
- Rijn, E. van & Pelt, Y. van (2013). Integratieve behandeling van complex trauma. Individuele traumatherapie geïntegreerd met de behandeling op de leefgroep. *Kinder- en jeugdpsychotherapie*, 40(3), 39-54.
- Slade, J. (2012). *Safer Caring: a new approach*. Northampton: The Fostering Network.
- Szalavitz, M. & Perry, B. (2010). *Het liefdevolle brein: waarom empathie zo belangrijk is*. Schiedam: Scriptum Psychologie.
- Struik, A. (2010). *Slappende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Timmer, M. (2015). Contact met ouders wanneer de veiligheid van de kinderen in het geding is. Hoe kennis van ouders en professionals elkaar vinden. *Ouderschapskennis*, 18(1), 34-46.
- Tronick, E.Z. & Cohn, J.F. (1989). Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Development*, 60(1), 85-92.

- Tronick, E.Z. (1995). Touch in mother-infant interaction. In T. M. Field (ed.), *Touch in early development*. Mahwah (N.J.): Lawrence Erlbaum associates, Inc.
- Turnell, A. & Essex, S. (2006). *Working with 'Denied' Child Abuse: The Resolutions Approach*. Amsterdam: Open University Press.
- Visser, M. (2006). Het kind centraal: Horizonmethodiek bij geweld in het gezin. In Aalsvoort, D. van de (ed.), *Ontwikkelen ingewikkeld? Vormen van diagnostiek en behandeling van gedragsproblemen bij jonge kinderen*. Amsterdam: SWP.
- Visser, M. & Lamers-Winkelmann, F. (2008). Traumatische ervaringen. In Bakker, G.A., Zeben-van der Aa, D.M.C.B. van, Dewispelaere, J., Vecht-van den Bergh, R., Meulen-van Dijk, M. van der & Soyez, V.H. (Eds.), *Handboek Kinderen & Adolescenten: Problemen en risicosituaties* (B 140-1 - 140-15). Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.
- Wellens, J. , Bels, M., Wetswinkel, U. van, West, D. van & Deboutte, D. ( 2006). Diagnostische criteria voor PTSS bij het jonge kind. Toepasbaarheid en beperkingen. *TOKK*, 31(4), 180-191.

## **Bijlage Deelnemers aan de kenniskring Trauma-informed werken**

### **Bijeenkomst 1 Donderdag 19 februari 2015**

Wendy Brouwer-van der Werf, Trivium Lindenhof  
Ingrid Klein, Juzt,  
Naomi Vandamme, Xonar  
Wietske Oosterhuis, Flexus Jeugdplein  
Joyce van Meurs, Leger des Heils  
Sophie Rotteveel, de Rading  
Baukje Maengkom, Jeugdhulp Friesland  
Leony Coppens, Intermetzo  
Anoek Ferrero, Youké  
Eva Verlinden, de Bascule  
Harriet Hofstede, de Bascule  
Flora van Grinsven, Kinder- en Jeugdtraumacentrum  
Klaas Kooijman, Nederlands Jeugdinstituut  
Tijne Berg-le Clercq, Nederlands Jeugdinstituut  
Josine Holdorp, Nederlands Jeugdinstituut

### **Bijeenkomst 2 Donderdag 23 april 2015**

Wendy Brouwer-van der Werf, Trivium Lindenhof  
Ingrid Klein, Juzt  
Nelleke Neveu, Flexus Jeugdplein  
Joyce van Meurs, Leger des Heils  
Willemien Formenoij, William Schrikker Groep  
Sophie Rotteveel, de Rading  
Margot Dirksen, Lindenhout  
Baukje Maengkom, Jeugdhulp Friesland  
Martine Stenvert, Jeugdhulp Friesland  
Carina van Kregten, Intermetzo  
Pinie Smits, Youké  
Flora van Grinsven, Kinder- en Jeugdtraumacentrum  
Klaas Kooijman, Nederlands Jeugdinstituut  
Josine Holdorp, Nederlands Jeugdinstituut

### **Bijeenkomst 3 Donderdag 18 juni 2015**

Wendy Brouwer-van der Werf, Trivium Lindenhof

Ingrid Klein, Juzt,

Wietske Oosterhuis, Flexus Jeugdplein

Nelleke Neveu, Flexus Jeugdplein

Joyce van Meurs, Leger des Heils

Willemien Formenoij, William Schrikker Groep

Margot Dirksen, Lindenhout

Sophie Rotteveel, de Rading

Baukje Maengkom, Jeugdhulp Friesland

Martine Stenvert, Jeugdhulp Friesland

Pinie Smits, Youké

Marga Ganzevles, Spirit

Flora van Grinsven, Kinder- en Jeugdtraumacentrum

Mariska de Baat, Nederlands Jeugdinstituut

Klaas Kooijman, Nederlands Jeugdinstituut

Josine Holdorp, Nederlands Jeugdinstituut

## Het Nederlands Jeugdinstituut

Het Nederlands Jeugdinstituut is het landelijk kennisinstituut voor jeugd- en opvoedingsvraagstukken. Het werkterrein van het Nederlands Jeugdinstituut strekt zich uit van de jeugdgezondheidszorg, opvang, educatie en jeugdwelzijn tot opvoedingsondersteuning, jeugdzorg en jeugdbescherming evenals aangrenzende werkvelden als onderwijs, justitie en internationale jongerenprojecten.

### Missie

De bestaansgrond van het Nederlands Jeugdinstituut ligt in het streven naar een gezonde ontwikkeling van jeugdigen, en verbetering van de sociale en pedagogische kwaliteit van hun leefomgeving. Om dat te kunnen bereiken is kennis nodig. Kennis waarmee de kwaliteit en effectiviteit van de jeugd- en opvoedingssector kan verbeteren. Kennis van de normale ontwikkeling en opvoeding van jeugdigen, preventie en behandeling van opvoedings- en opgroei problemen, effectieve werkwijzen en programma's, professionalisering en stelsel- en ketenvraagstukken. Het Nederlands Jeugdinstituut ontwikkelt, beheert en implementeert die kennis.

### Doelgroep

Het Nederlands Jeugdinstituut werkt voor beleidsmakers, staffunctionarissen en beroepskrachten in de sector jeugd en opvoeding. Wij maken kennis beschikbaar voor de praktijk, maar genereren ook kennisvragen vanuit de praktijk. Op die manier wordt een kenniscyclus georganiseerd, die de jeugdsector helpt het probleemoplossend vermogen te vergroten en de kwaliteit en effectiviteit van de dienstverlening te verbeteren.

### Producten

Het werk van het Nederlands Jeugdinstituut resulteert in uiteenlopende producten zoals een infolijn, websites, tijdschriften, e-zines, databanken, themadossiers, factsheets, diverse ontwikkelings- en onderzoeksproducten, trainingen, congressen en adviezen.

### Meer weten?

Wilt u meer weten over het Nederlands Jeugdinstituut of zijn beleidsterreinen, dan kunt u terecht op onze website [www.nji.nl](http://www.nji.nl).

Wilt u op de hoogte blijven van nieuws uit de jeugdsector? Neem dan een gratis abonnement op onze digitale *Nieuwsbrief Jeugd*.