

Vraag & antwoord

De Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP) biedt in de rubriek Supervisie ruimte aan traumaprofessionals om casuïstiekvragen te stellen over diagnostiek, indicatiestelling of behandeling, en te laten beantwoorden door experts uit het brede veld van de psychotrauma. Hebt u een vraag over psychotraumacasuïstiek? Stuur die dan naar info@NtVP.nl. Diverse experts in de psychotraumazorg beantwoorden uw vraag binnen deze rubriek of op NtVP.nl.



Kan het kwaad om direct te vragen naar trauma?

Een deel van de hulpverleners is huiverig om direct te vragen naar mogelijke traumatische gebeurtenissen. Vooral in het geval van kinderen en jongeren heersen er verschillende ideeën bij hulpverleners die hen belemmeren in het (direct) vragen naar trauma. Zo geven hulpverleners aan dat ze soms bang zijn juist trauma's te suggereren wanneer ze er naar vragen terwijl kinderen niks hebben meegemaakt. Of ze vertellen terughoudend te zijn omdat ze bang zijn dat bij kinderen die wel traumatische ervaringen hebben meegemaakt, het vragen ernaar te veel emoties losmaakt en mogelijk klachten verergerd. In hoeverre kloppen deze opvattingen en wat is de meerwaarde van het wel vragen naar trauma?



Lotte Hendriks, GZ-psycholoog

Dit zijn interessante vragen die ik vaak terug hoor in de dagelijkse praktijk. De antwoorden op deze vragen zijn geruststellend. Er is geen wetenschappelijke evidentie dat het vragen naar trauma bij kinderen die geen traumatische ervaringen hebben meegemaakt, het fingeren

van trauma's in de hand werkt. Daarnaast is er eveneens geen evidentie dat het vragen naar trauma bij kinderen die wel getraumatiseerd zijn, mogelijke klachten doen verergeren. Niet voor niks wordt in de internationale richtlijnen aanbevolen om bij kinderen altijd naar mogelijke trauma's te vragen, ook wanneer zij aangemeld worden in het kader van andere problematiek (Cohen, 2010).

Voor kinderen voelt vragen naar trauma logisch en als opluchting

Dit is ook wat we terug zien in de dagelijkse praktijk. Kinderen die geen traumatische ervaringen hebben meegemaakt, ervaren het vragen naar trauma als logisch en zijn goed in staat aan te geven dat ze specifieke

ervaringen niet hebben meegemaakt. Kinderen die wel traumatische ervaringen hebben meegemaakt ervaren het vaak als een opluchting wanneer iemand er expliciet naar vraagt: ze geven achteraf vaak aan dat ze de stilte en het taboe rond hun trauma's als een zware last ervaren hebben.

Maar heeft het vragen naar mogelijke traumatische ervaringen ook een meerwaarde? Dat heeft het absoluut. Ongeveer de helft van de kinderen maakt voor het 18e levensjaar één of meer traumatische ervaringen mee, direct of als getuige (Lindauer & Boer, 2012). Uit een recente meta-analyse komt naar voren dat 16% van de kinderen die een traumatische ervaring heeft meegemaakt, een PTSS ontwikkelt (Alisic e.a., 2014). Bovendien heeft een kind met een PTSS een grotere kans om in zijn of haar leven opnieuw een traumatische ervaring mee te maken dan een kind zonder PTSS (Risser e.a., 2006) en ook de kans op het ondernemen van een suïcidepoging is groter (Wilcox, Storr, & Breslau, 2009). Daarnaast zien we in de klinische praktijk dat kinderen met een PTSS veel schoolverzuim vertonen en (hierdoor) minder contact hebben met leeftijdsgenoten waardoor zowel hun sociaal emotionele als cognitieve ontwikkeling beïnvloed wordt.



Tijdig aanbieden van effectieve hulp kan alleen als we weten wat er speelt

Gelukkig zijn er effectieve behandelingen voor kinderen en jongeren met PTSS, maar dan moeten deze wel tijdig aangeboden worden. En dat tijdig aanbieden, kan alleen wanneer we weten dat een kind traumatische ervaringen heeft meegemaakt en hierdoor klachten ontwikkeld heeft. Beginnen kinderen en jongeren dan niet uit zichzelf over trauma wanneer wij hen tegenover ons zien tijdens bijvoorbeeld een intake? In de dagelijkse praktijk, blijkt dit niet het geval. Het is ook invoelbaar hoe hoog de drempel is om, zonder dat er expliciet naar gevraagd wordt, te vertellen: 'oh ja, we hebben het vooral over mijn concentratieproblemen en ruzies met klasgenoten, maar ik ben ook nog seksueel misbruikt'. Om erachter te komen of een kind traumatische ervaringen heeft meegemaakt en hierdoor klachten heeft ontwikkeld, moeten we dus als hulpverleners de juiste vragen naar trauma stellen.

Wees niet bang om de juiste vragen te stellen

Het vragen naar trauma's kan hierbij het beste op een directe wijze gebeuren, zonder omwegen en met een neutrale houding en uitgangspositie. Durf hierbij door te vragen maar geef het kind de tijd wanneer hij of zij moeite heeft met het formuleren van een antwoord. Daarbij is het voldoende om de traumatische ervaringen kort en bondig te inventariseren (type trauma, vond het eenmalig of herhaaldelijk plaats, wat was de leeftijd van het kind toen het gebeurde, wie was de dader). Het in detail stilstaan bij traumatische ervaringen past binnen een traumagerichte behandeling, mits geïndiceerd, en niet binnen de intake. Om de drempel voor het kind te verlagen, is het mogelijk om een korte vragenlijst aan het kind te geven waarbij aangekruist kan worden of en zo ja welke traumatische ervaringen hij of zij heeft meegemaakt. Wanneer een kind traumatische ervaringen

heeft meegemaakt, is het belangrijk om te vragen naar de mogelijke gevolgen van trauma. De meeste kinderen ontwikkelen geen langdurige klachten na het meemaken van een trauma. Wanneer er wel langdurige klachten optreden, behoren deze niet per definitie tot een PTSS. Een trauma kan ook leiden tot bijvoorbeeld een angststoornis, dwangklachten, eetproblematiek, stemmingsklachten of kan van invloed zijn op de persoonlijkheidsontwikkeling. Het is dus zeer belangrijk om bij het meemaken van trauma, niet direct de diagnose PTSS te stellen maar te screenen op de aanwezigheid van PTSS-symptomen. Een betrouwbare en gevalideerde screeningslijst zoals bijvoorbeeld de Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES) kan hierbij helpen (Verlinden e.a., 2014). Wanneer een screeningsinstrument aanwijzingen geeft voor het bestaan van een PTSS, is het belangrijk om een diagnostisch interview af te nemen waarin alle criteria van een PTSS worden bevestigd.

Kortom, het vragen naar trauma bij kinderen en jongeren verergert klachten niet, maar helpt juist de zorg te verbeteren. Er zijn vragenlijsten voorhanden die het gestructureerd uitvragen van trauma's en mogelijke gevolgen ondersteunen. Voor meer informatie, vragenlijsten en tips verwijs ik graag naar www.rakevragen.nu. Op deze website worden ook jongeren aan het woord gelaten over hoe zij het vragen naar trauma's hebben ervaren. Opvallend is hoe verschrikkelijk moedig zij zijn wanneer ze vertellen over hun ervaringen. Als hulpverleners kunnen we van deze dappere houding leren: laten we niet bang zijn om de juiste vragen te stellen.

Lotte Hendriks MSc, is GZ-psycholoog en onderzoeker bij Overwaal Expertisecentrum Angst, Dwang en PTSS (onderdeel van Pro Persona) en als promovenda verbonden aan de Radboud Universiteit.



Rik Knipschild, GZ-psycholoog

Dit zijn bijzonder relevante vragen. Vragen die in de praktijk van de jeugdhulpverlening dagelijks een rol van betekenis spelen. Enerzijds spelen veronderstellingen over vermeende negatieve effecten over het vragen naar traumatische levensgebeurtenissen een rol. Lotte Hendriks heeft er al een aantal beschreven. Anderzijds spelen er mogelijk ook factoren bij de jeugdhulpverlener zelf een rol waardoor vragen naar trauma's, en het effect hiervan, niet altijd (zorgvuldig) gedaan wordt. Hierbij kan gedacht worden aan het vermijden van gespreksonderwerpen die de hulpverlener raken of bijvoorbeeld gebrek aan kennis over de gevolgen van traumatisering. In de

beantwoording van deze supervisievrage is de kern van mijn boodschap dat iedere jeugdhulpverlener met een signalerende, diagnostische en/of behandeltaak, ingrijpende levensgebeurtenissen uitvraagt en een eventuele relatie met de actuele klacht op gestructureerde wijze onderzoekt. Om de volgende vijf redenen:

'First, do no harm'

Er is geen wetenschappelijke onderbouwing dat het uitvragen van traumatische gebeurtenissen op enige wijze schadelijk is voor het kind of naast betrokkenen. Onderzoek naar trauma wordt doorgaans niet als belastender ervaren dan andere onderzoeken (Van der Velden, Bosmans & Scherpenzeel, 2013). Er is ruime wetenschappelijke onderbouwing dat het onbehandeld laten van posttraumatische stress schadelijk is (o.a. Felliti et al., 1998). Genoeg reden dus om trauma's in kaart te brengen. Wel herken ik in het werken met kinderen dat het belangrijk is dat diagnostiek naar de gevolgen van traumatisering is ingebed in de context van een breder diagnostisch en ontwikkelingsonderzoek en dat er duidelijkheid is dat het kind ook met de klachten geholpen zal worden. Ook moet het kind tot op zekere hoogte zich gesteund voelen door zijn/haar omgeving, in die zin dat er 'toestemming' is om over potentiële traumatische levensgebeurtenissen te praten. Is deze toestemming er niet, dan loop je het risico dat het kind in een loyaliteitsconflict raakt met alle gevolgen van dien. Gesprekken met ouders/verzorgers, naast de individuele diagnostiek en behandeling, zijn dan nog meer van belang om te werken aan het vergroten van veiligheid en steun en het creëren van context voor diagnostiek en behandeling.

Diagnostic overshadowing

Kinderen met traumatische ervaringen kunnen kampen met bijvoorbeeld stemmingsklachten, executieve functieproblemen, eetproblematiek, of sociale angstklachten. Soms hangen deze klachten samen met de kernsymptomen van PTSS. Het komt bijvoorbeeld voor dat kinderen voor diagnostiek aangemeld worden met aandachts- en concentratieproblemen (lees: vermoedens van 'ADHD') die het gevolg zijn van een chronisch gevoel van onveiligheid of hyperarousal in het kader van posttraumatische stress. Het is dus zaak om het beloop van de klacht in kaart te brengen en visie te vormen over de eventuele relatie tussen een potentiële traumatische gebeurtenis en de aanmeldingsreden. Betrek bij kinderen meerdere informanten in het diagnostisch proces (ouders, leerkracht, andere belangrijke derden), om de genoemde relatie betrouwbaar vast te stellen. Kortom, vraag je de aanwezigheid van traumatische gebeurtenissen niet uit, waar deze wel een directe rol spelen in het klachten-

beeld, dan wordt het op zijn best een goed bedoelde succesvolle schijnbehandeling.

Relaties leggen: gebeurtenis toen - klachten nu

Een derde belangrijke reden om te vragen naar traumatische gebeurtenissen is dat we er niet zondermeer van uit kunnen gaan dat kinderen een relatie leggen tussen iets dat ze meegemaakt hebben en actuele problemen. Het is een grote – cognitieve en reflectieve – stap tussen 'de juf vindt dat ik snel boos word, dat ik mijn handen thuis moet houden', en 'dat komt doordat ik last heb van herbelevingen en dan iedereen om mij heen zie als een bedreiging'. Bovendien vraagt dit de nodige uitdrukingsvaardigheden van het kind.

Posttraumatische vermijding, schaamte- en schuldgevoelens

De kracht van schaamte- en schuldgevoelens over traumatische gebeurtenissen zoals seksueel misbruik of mishandeling, binnen bijvoorbeeld een afhankelijkheidsrelatie, mag niet onderschat worden. Dat kinderen vermijden om het hier vervolgens over te hebben is dan ook goed te begrijpen. Op een gestructureerde wijze screenen op de aanwezigheid van traumatische levensgebeurtenissen is dus ook om deze reden belangrijk. Kinderen zullen er namelijk in de regel niet zelf over beginnen.

Traumatische stress: gif voor lichaam en geest

Ten slotte, als er al enig bezwaar te bedenken is tegen het vragen naar de aanwezigheid van traumatische gebeurtenissen, bedenk dan: het ongezien en dus onbehandeld laten van de negatieve gevolgen van traumatisering is vele malen schadelijker voor de ontwikkeling van kinderen! Voor een toegankelijk overzicht van de schadelijke gevolgen, zie: <https://canarratives.org>.

Rik Knipschild, MSc, is als GZ-psycholoog en onderzoeker werkzaam bij Karakter kinder- en jeugdpsychiatrie en als promovendus verbonden aan de Universiteit van Amsterdam.

REFERENTIES

- Alisic E et al. *Br J Psychiatry*. 2014;204:335-40.
Cohen JA et al. The Work Group on Quality Issues & AACAP Work Group on Quality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Apr;49(4):414-30.
Felliti FVJ et al. *Am J Prev Med*. 1998 May;14(4):245-58..
Lindauer RJL, Boer F. *Trauma bij kinderen*. LannooCampus. 2002.
Risser HJ et al. *J Trauma Stress*. 2006 Oct;19(5):687-98.
van der Velden PG, Bosmans MWG, Scherpenzeel A. *PLoS One*. 2013 Oct 21;8(10):e77266.
Verlinden E et al. *J Trauma Stress*. 2014 Jun;27(3):338-44.
Wilcox HC, Storr CL, Breslau N. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Mar;66(3):305-11.