

Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van kinderen en adolescenten met dissociatieve symptomen en dissociatieve stoornissen.

Sectie Kind en Jeugd van de European Society on Trauma and Dissociation
(ESTD)

Deze Richtlijnen zijn ontwikkeld door de sectie Kind en Jeugd van de ESTD. Voorzitter: Renee Potgieter Marks, PhD. Leden: Arianne Struik, PhD, Anca Sabau, MD in samenwerking met bestuursleden van de ESTD Anna Gerge Msc & psychotherapeut en Annemieke van Dijke PhD.

De Richtlijnen zijn vertaald uit het Engels door Meike Westera, klinisch psycholoog.

1. Introductie

Als ESTD-sectie Kind en Jeugd merkten wij in onze discussie over de richtlijnen, dat er overeenkomsten, maar ook verschillen zijn in ons werk met dissociatieve kinderen¹. Deze richtlijnen streven ernaar een gemeenschappelijke basis te bieden, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, richtlijnen (zie referenties), informatie van congressen, specifieke opleiding en training en klinische ervaringen van de ESTD sectie. We zijn de Taskforce (en in het bijzonder Joy Silberg en Frances Waters) die de ISSTD richtlijnen voor kinderen en adolescenten hebben ontwikkeld, zeer erkentelijk voor hun pionierswerk op het gebied van wetenschappelijk onderzoek, training en leiding. Deze richtlijnen voor kinderen en adolescenten verschillen in enkele opzichten van de richtlijnen voor volwassenen, maar er zijn ook overeenkomsten. Hoewel dissociatie in kinderen en adolescenten nog vaak onopgemerkt blijft, is het een veld dat zich snel ontwikkelt. Behandelstrategieën zijn erop gericht om symptomen te verminderen door verbetering van emotieregulatie, effectieve traumaverwerking, verminderde dissociatie en het bevorderen van integratie. De meest succesvolle behandeling voor een individuele casus is meestal eclecticisch, waarbij de behandelaar over flexibiliteit en creativiteit beschikt ten aanzien van een breed spectrum aan beschikbare technieken (ISSTD, 2003). Desalniettemin kunnen deze richtlijnen de behandelaar behulpzaam zijn in het structureren en plannen van diagnostiek en behandeling van kinderen, gebaseerd op het hoogste niveau van wetenschappelijk bewijs van de effectiviteit ervan.

Aangezien behandeling verschilt voor specifieke leeftijdsgroepen, zijn de behandelparagrafen onderverdeeld in de leeftijdsgroep 4-18 jaar oud en 0-4 jaar oud. Deze richtlijnen tonen het niveau van wetenschappelijk bewijs van elke aanbeveling door:

- Minimale standaard (MS) met evidentie van RCT's en ander wetenschappelijk onderzoek. Vanwege het gebrek aan wetenschappelijk onderzoek in het veld zijn er geen aanbevelingen die aan de criteria voor een minimale standaard voldoen.
- Klinische richtlijnen (KR), gebaseerd op meningen van experts, consensus tussen experts en case studies
- Optioneel (OP), gebaseerd op de mening van een ESTD expert en/of case study, maar consensus tussen experts ontbreekt
- Niet onderschreven (NO), hetgeen wordt afgeraden

2. Doelen

Doelen voor de behandeling van kinderen en adolescenten met dissociatieve symptomen zijn:

- Het creëren van veiligheid voor het kind, tot het hoogste niveau waarop dat mogelijk is, om trauma en re-enscenering ervan te voorkomen (Ford & Courtois, 2013; Silberg, 2013)
- Het bevorderen van stabiliteit en emotieregulatie (Arvidson, Kinniburgh, Howard, Spinazzola, Strothers, Evans, Andres, Cohen, Blaustein, 2011; Silberg, 2013; Struik, 2014).
- Het kind voorzien van manieren om traumatische ervaringen te verwerken (Silberg, 2013; Struik, 2014; Waters, 2016; Wieland, 2015).
- Integratie van dissociatieve toestanden bewerkstelligen en het kind in staat stellen om een geïntegreerd zelfbesef/besef van zelf te ontwikkelen (Silberg, 2013; Struik, 2014; Waters, 2016; Wieland, 2015).
- Het kind opnieuw laten re-integreren in leeftijdsadequate niveaus van functioneren in alle domeinen: cognitief, emotioneel, sociaal en relationeel. Op deze manier kunnen kinderen opnieuw een gevoel van eigenaarschap, competentie en beheersing van hun geest, lichaam en leven ontwikkelen (Arvidson et al, 2011; Silberg, 2013; Struik, 2014).

3. Kwalificaties

Aangezien het werken met deze kinderen uitdagend kan zijn, worden de volgende kwalificaties aanbevolen:

- Behandelaren moeten geregistreerd of geaccrediteerd zijn door de geëigende professionele beroepsvereniging in het land waar ze hun werkzaamheden verrichten.
- Behandelaren moeten voldoende kennis hebben van de ontwikkeling van kinderen en psychische stoornissen bij kinderen.
- Behandelaren wordt aangeraden training, workshops en congressen bijwonen van behandelaren die in het veld als kundig worden beschouwd en ervaren zijn in het werken met kinderen met complex trauma en dissociatie en onderwijs te volgen binnen een erkend theoretisch kader.
- Aangezien dit werkveld in ontwikkeling is, is het nodig dat behandelaren hun kennis van verschillende theorieën met betrekking tot complex trauma en dissociatie in kinderen en adolescenten bijhouden.
- Behandelaren wordt geadviseerd zich aan te sluiten bij nationale en internationale verenigingen op het gebied van trauma en dissociatie (ESTD and/or ISSTD) om toegang te hebben tot wetenschappelijk onderzoek en hun informatie over dissociatie bij kinderen en adolescenten actueel te houden.
- Behandelaren moeten over zelfreflectie en innerlijke stabiliteit beschikken. Ze moeten grenzen kunnen stellen en in stand kunnen houden en op zichzelf kunnen reflecteren, niet alleen met betrekking tot de meervoudige overdrachtsfenomenen, maar ook in hun organisatie.
- Vanwege de sterke positieve en negatieve (tegen-)overdracht bij het werken met deze kinderen en ouders, moeten behandelaren toegang hebben tot regelmatige intervisie en supervisie of consultatie om te reflecteren op deze fenomenen en plaatsvervangende traumatisering te voorkomen.

4. Theoretische basis

Dissociatieve symptomen bij kinderen bleken geassocieerd te zijn met de volgende ervaringen:

- Traumatische ervaringen (Anda, Felitti, Bremner, Walker, Whitfield, Perry, 2013 Coons, 1996; Dell & Eisenhower, 1990; Hornstein & Putnam, 1992; Nilsson 2007)
- Verwaarlozing (Brunner, Parzer, Schuld, & Resch, 2000; Ogawa et al., 1997);

- Afwijzing en tegenstrijdig gedrag van ouders/verzorgers (Liotti, 2006, 2009; Mann & Sanders, 1994);
- Traumatische fysieke ervaringen en medische behandelingen (Stolbach, 2005)
- Daderintrojecten (Potgieter-Marks, 2012, Waters, 2016, Potgieter-Marks, 2016 - to be published in October in Germany)

Zowel de ICD-210 als de DSM-5 hebben nog steeds hun beperkingen ten aanzien van diagnostische aspecten van complex trauma en dissociatieve stoornissen voor kinderen en adolescenten.

Als goede theoretische basis is het belangrijk om kennis en begrip te hebben van de neurobiologie van trauma en dissociatie en de impact die trauma heeft op het zich ontwikkelende brein van het kind (Ford, 2009; Perry, 2013; Schore, 2009; Silberg & Dallam, 2009; Silberg 2013; Stien & Kendal, 2004; Wieland, 2015). Vanwege de grote impact van trauma op de ontwikkeling van het brein, zeker in de vroege kindertijd, laat het kind zowel fysiologische, emotionele, relationele en cognitieve verstoringen (disfunctioneren) zien, evenals verstoringen in gedrag (Perry, 2009; Ludy-Dobson & Perry, 2010).

De behandelaar moet ook een goed begrip hebben van de impact van trauma op het gedrag en de presentatie van dissociatie in kinderen (Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola, & Van der Kolk, 2012; Stien & Kendal, 2004). Aangezien hechting een cruciale rol speelt in de behandeling van kinderen, moeten behandelaars ook zicht hebben op de hechtingservaringen van het kind en weten hoe traumatische ervaringen impact kunnen hebben op de hechting van het kind. Gedesorganiseerde hechtingspatronen komen verhoudingsgewijs veel voor onder kinderen die misbruikt zijn, waarbij gedesorganiseerde/gedesoriënteerde gehechtheidspatronen in de meerderheid zijn in de groep met kinderen die mishandeld zijn (82%; Carlson, Cicchetti, Barnett & Braunwald, 1989).

Bowlby's Hechtingstheorie en het Model van Gedesorganiseerde Gehechtheid (Liotti, 1999; 2006; 2009) verklaren het ontstaan van verschillende interne modellen van het zelf en anderen, leidend tot kwetsbaarheid voor dissociatie, waarmee ze belangrijke theorieën vormen voor diagnostiek en behandeling. Barach (1991) verbindt fragmentatie van het zelf in de borderline persoonlijkheidsstoornis aan hechting. Onderzoek dat werd uitgevoerd om het niveau van dissociatie te onderzoeken in relatie tot vroegkinderlijk trauma (seksuele/fysieke mishandeling, getuige zijn van geweld tussen ouders), vroege scheiding van een ouder en ervaren ouderlijk disfunctioneren laat zien dat dissociatie, hoewel trauma-gerelateerd, ook gerelateerd is aan verwaarlozing (Draijer & Langeland, 1999).

Van Dijke et al. (2010, 2011, 2015) relateerde dissociatie eveneens aan disfunctionele patronen van zelf- en affectregulatie in volwassenen en dissociatie, die geassocieerd is met disfunctionele patronen van regulering

worden ook gevonden in verschillende beeldvormende onderzoeken (Lanius et al., 2010). Van der Kolk (2005), Perry (2006), Silberg (2013) en Struik (2014) tonen een verband aan tussen mishandeling, verwaarlozing en trauma en problemen op het gebied van emotieregulatie in kinderen.

Behandelaren moeten [kennis hebben van](#) ten minste één theoretisch model van dissociatie [begrijpen](#)². De meest bekende theoretische modellen voor volwassenen zijn op dit moment: Het Ego State Model (Putnam, 1997) en het Model van Structurele Dissociatie (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). Dit model beschrijft dat wanneer kinderen op jonge leeftijd voor een langere tijd gedwongen worden om te overleven door dissociatie, hun integratieve functies dusdanig kunnen worden aangetast dat er structurele dissociatie van de persoonlijkheid optreedt, aldus Van der Hart et al. (2006). Het model van Structurele Dissociatie wordt binnen de ISSTD en ESTD algemeen aanvaard voor volwassenen en er is enig wetenschappelijk bewijs (Nijenhuis, 2012; Reinders et al, 2003; Reinders, A. et al, 2006; Reinders, Willemsen & Vos, et al., 2012; Schlumpf, Nijenhuis, Chalavi, et al., 2013). In de dagelijkse praktijk lijkt het model van Structurele Dissociatie zeer op het Ego State Model. Struik (2014) beschrijft het gebruik van het model van structurele dissociatie met kinderen en adolescenten en Wieland (2015) en Gerge et al, (2013) beschrijven zowel het gebruik van het Ego State Model als het Model van Structurele Dissociatie met kinderen. Silberg (2013) beschrijft de Affect Vermijdingstheorie, die gebaseerd is op ontwikkelingstheorie, in het bijzonder op Putnam's (1997) Discrete Behavioral States Model, hechtingstheorie, affect theorie en interpersoonlijke neurobiologie om te verklaren hoe en waarom getraumatiseerde kinderen dissociatieve copingstrategieën ontwikkelen. *“De Affectvermijdingstheorie biedt een theoretisch kader dat een verscheidenheid aan dissociatieve fenomenen ordent. Dit kader beschouwt dissociatieve fenomenen vanuit een normaliserend en adaptief perspectief. Het model is gevoelig voor de manieren waarop afwijkingen in het bewustzijn, identiteitsontwikkeling, affect of gedrag van het kind, tot doel hadden het kind te beschermen en het model biedt een kader waarbinnen het kind geleidelijk kan worden teruggeleid richting gedrag dat passend is in een normaal ontwikkelingstraject”* (Silberg, 2013, p.17). De essentie van dit theoretische model ligt in het adresseren van vermijding van affect als een kernprobleem van het dissociatieve kind.

Waters (in Wieland, ed., 2015) beschrijft het Quadri Therapeutisch Model voor de Behandeling van Dissociatieve Kinderen, die de principes van de Dissociatie Theorie, Hechting, Ontwikkeling en Familie Systeem Theorie. Dit model is onlangs doorontwikkeld tot het STAR Theoretisch Model (STM). Het STAR model beschrijft alle theorieën, die nodig zijn in de behandeling van het dissociatieve kind. Dit omvat theorieën op het gebied van hechting, familiesysteem, ontwikkeling, neurobiologie en dissociatie. Waters (2016) benadrukt de integratie van al deze theorieën tijdens het

behandelen van het dissociatieve kind. Alle vijf theorieën “*vormen paden die leiden naar dissociatie in kinderen en adolescenten of deze beïnvloeden.*” (Waters, 2016, p.4). De essentie van dit model is een integratief perspectief te behouden tijdens het werken met de complexiteit van het dissociatieve kind.

5. Diagnostiek

Dissociatie onderkennen of diagnosticeren vraagt een grondig en gericht onderzoek naar alle ontwikkelingsgebieden van het kind, inclusief de exploratie van dissociatieve symptomen. Hieronder volgt een lijst van specifieke symptomen waarvan aannemelijk is dat ze dissociatief van aard zijn (KR):

- Het kind heeft ‘imaginaire vriendjes/personen’, ‘innerlijke vriendjes waar niemand over weet’ of praat over een ‘onzichtbare vriend’. Deze ‘vrienden’ of ‘personen’ vallen buiten de range of verschillen op het gebied van kwaliteit of functie van normale imaginaire vriendjes bij jonge kinderen. Deze dissociatieve toestanden kunnen worden beschouwd als helpers, beschermers, verzorgers, daders of jongere regressieve vormen van het zelf. Ze lijken vaak niet op imaginaire vriendjes die jonge kinderen hebben als speelmaatjes. Het kind kan deze dissociatieve toestanden als helpend, controlerend, conflicterend ervaren of er bang voor zijn, ze ‘weg willen hebben’ of ze horen ‘ruziën’ of het kind ‘boodschappen’ horen geven.
- Het kind kan ‘stemmen’ horen in zijn hoofd, die praten, roepen of schreeuwen. Het kind kan stemmen ervaren die het kind vertellen om pijn te doen, te mishandelen, anderen aan te vallen of ongepast gedrag te vertonen.
- Er kan een geschiedenis zijn van zelfbeschadiging, geseksualiseerd of agressief en gewelddadig gedrag.
- Er kan een geschiedenis zijn van meerdere onverklaarbare lichamelijke klachten waarvoor geen lichamelijke oorzaak is gevonden. Er kan sprake zijn van somatoforme dissociatie met de afwezigheid van besef van lichamelijke sensaties of lichamelijke gewaarwordingen die bijvoorbeeld leiden naar enuresis (broekplassen) en encopresis (broekpoepen).
- het kind kan amnesie/geheugenverlies hebben voor neutrale, positieve of negatieve gebeurtenissen en betrokkenheid bij deze gebeurtenissen ontkennen. Het kind kan zelfs amnesie rapporteren over dingen die enkele minuten daarvoor gebeurd zijn. Het dissociatieve kind wordt vaak beschuldigd van liegen, vooral van het vertellen van een leugen die niet strookt met de verklaring van een ooggetuige. Deze leugens worden vaak beschouwd als ‘onnodig’ of ‘zinloos.’

- Het gedrag van het kind kan in korte tijd veranderen van kalm naar agressief, angstig, regressief of controlerend. Ook kan het kind bizarre informatie onthullen of bij herhaling zinloze/bizarre bewegingen maken met het lichaam. Kinderen laten gedurende deze veranderingen vaak significante veranderingen zien in stemgebruik en gezichtsuitdrukking.
- Dikwijls wordt melding gemaakt van inconsistente (fluctuerende) prestaties. Het kind kan bijvoorbeeld in staat zijn om een activiteit goed te doen of laat op een bepaald moment zien dat over een bepaalde vaardigheid te beschikken en (b)lijkt op een ander moment dezelfde activiteit of vaardigheid niet te kunnen laten zien. Het kind kan ook soortgelijke inconsistenties laten zien in zijn voorkeur voor eten of kleding.
- Het kind kan moeite hebben contact te maken met de werkelijkheid terwijl hij taken thuis doet of op school en er de voorkeur aan geven om zich in fantasie te begeven en/of afwisselend verschillende fantasiekarakters te zijn. Het dissociatieve kind worstelt ermee zich te verbinden aan de realiteit of kan dit slechts gedurende een beperkte tijd, tot een punt waarop de fantasie een negatieve impact heeft op het algemeen functioneren van het kind. Dit gedrag verschilt meestal van normale fantasie, waarbij het kind de fantasie fijn vindt, maar ook snel kan schakelen naar de realiteit en de passende verantwoordelijkheden op zich kan nemen.
- School kan concentratieproblemen rapporteren, trance-achtige toestanden en leerproblemen als het gaat om taken die integratieve vaardigheden vergen (begrijpend lezen, wiskunde) of wisselende prestaties in schoolse vaardigheden. Het IQ-profiel kan disharmonisch of gefragmenteerd zijn of fluctueren bij herhaalde meting. Het kind kan verschillende soorten handschrift laten zien.

De informatie die het kind tijdens het diagnostisch onderzoek geeft moet zorgvuldig worden geëxploreerd zonder gebruik te maken van suggestieve of sturende vragen (Walker, 1999). Behandelaren moeten ervoor waken dat het kind zich onder druk gezet voelt om bepaalde antwoorden te geven die er mogelijk toe kunnen leiden dat het kind gaat dissociëren ten gevolge van een conflict tussen de dissociatieve toestanden. Als kinderen niet veilig zijn en nog steeds mishandeld of misbruikt worden, kunnen ze bang zijn om te antwoorden of informatie prijs te geven over trauma of dissociatieve toestanden en kunnen ze erg gestrest raken door de vragen of het onderzoek. Het gebruik van grondingstechnieken kan stress bij het kind verminderen.

Kinderen met dissociatie of dissociatieve stoornissen hebben vaak ook andere symptomen of andere stoornissen, zoals een obsessief-compulsieve stoornis (OCD), eetstoornissen, posttraumatische

stresstoornis (PTSS), reactieve hechtingsstoornis (RHS), aandachtstekorten en hyperactiviteitsstoornis (ADHD), stemmingsstoornissen zoals met name depressieve stoornis en bipolaire II stoornis, stoornis in gebruik van middelen, zelfbeschadiging en suïcidepogingen, psychotische en/of prepsychotische verschijnselen, autisme spectrumstoornis (ASS), gedragsstoornissen en oppositionele gedragsstoornis (ODD) die comorbide kunnen zijn, maar evenwel ook verkeerd kunnen zijn gediagnosticeerd.

Differentiaal diagnostisch moet de behandelaar er zeker van zijn dat er geen sprake is van lichamelijke ziektes, die kunnen doen denken aan dissociatie. Epileptische aandoeningen, effecten van drugs en neurologische aandoeningen moeten dan ook worden uitgesloten.

Het diagnostisch onderzoek moet het volgende bevatten (OP):

5.1 Klinisch interview (KR)

De anamnese moet informatie bevatten over de voorgeschiedenis van het kind, traumatische ervaringen, huidig functioneren, functioneren in het verleden en zijn behandelgeschiedenis. Deze informatie moet worden verkregen van ouders, verzorgers, het kind en de leerkracht of school.

De volgende onderdelen zijn noodzakelijk:

- Uitgebreide informatie moet worden verzameld over de voorgeschiedenis van het kind, met betrekking tot vroege hechting, hechtingsrelaties, traumatische ervaringen, emotionele, sociale, fysieke en cognitieve ontwikkeling, gedrag en behandelgeschiedenis (Waters, 2016).
- Een volledige anamnese van de voorgeschiedenis het kind moet worden verkregen, met specifieke aandacht voor traumatische ervaringen. Blootstelling van het kind aan verwaarlozing, fysieke, emotionele of seksuele mishandeling, misbruik door georganiseerde groepen, geweld binnen de gemeenschap, pesten, internationale adoptie, isolatie, afwijzing, vroege speratie, verlies, dood, ernstige ziekte of traumatische medische procedures moeten worden onderzocht.
- Een onderzoek van dissociatieve symptomen zoals hierboven beschreven en trauma-gerelateerde symptomen zoals nachtmerries, flashbacks en hogere niveaus van boosheid of angst die verbonden zijn aan bepaalde stimuli (Waters, 2016).
- Onderzoek van de huidige situatie van het kind, huidige veiligheid, huidig gevoel van veiligheid, belangrijke hechtingsfiguren, hechtingsrelaties met ouders of primaire verzorgers en andere interpersoonlijke relaties is nodig (Waters, 2016). Dit kan leiden tot juridische overwegingen.

- De clinicus moet zijn diagnostisch onderzoek na verloop van tijd mogelijk herhalen omdat kinderen aanvankelijk zullen proberen dissociatieve klachten te verbergen (Struik, 2014).
- Een grondige analyse van het dossier van het kind kan informatie opleveren met betrekking tot een verscheidenheid aan diagnoses, mislukte behandelingen, voortdurende behandeling zonder noemenswaardig effect en een voorgeschiedenis van toenemende of fluctuerende emotionele en gedragsproblemen.
- De aanwezigheid van psychische problemen, mogelijke differentiaaldiagnoses, trauma-gerelateerde symptomen of dissociatie bij ouders moet worden onderzocht. Waters (2016) beschrijft uitvoerig hoe dissociatie kan overlappen met differentiaaldiagnoses of als zodanig verkeerd kan worden gediagnosticeerd. Dit moet tijdens de diagnostische fase zorgvuldig worden onderzocht.
- Yehuda (2016, p. 171) pleit voor een 'trauma-sensitief onderzoek,' of het nu psychologisch onderzoek is of beoordeling van spraak en taal betreft, beiden kunnen significante informatie opleveren op het gebied van trauma en dissociatie.
- School kan informatie verschaffen over het functioneren van het kind en diens gedrag op school. Deze gedragingen kunnen ook wijzen op significante informatie ten aanzien van trauma en dissociatie.

Gestructureerde klinische interviews (OP):

- De Developmental Trauma Disorder Structured Interview for Parent/Caregiver versie 8.0 (DTD-SI; Ford and developmental Disorder Work group, 2011) is een semigestructureerd interview, die blootstelling aan trauma, dysregulatie, posttraumatische spectrum symptomen, duur en beperkingen onderzoekt, gebaseerd op de beschrijving van Developmental trauma disorder oftewel ontwikkelingstrauma (Van der Kolk, 2005).
- De Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders (SCID-D; Steinberg, 1994; Nederlandse vertaling; Boon & Draijer, 1994) is een semi- gestructureerd klinisch diagnostisch interview om nauwkeurig in kaart te brengen of en in hoeverre er sprake is van dissociatieve stoornissen. Naast de classificatie van de dissociatieve stoornissen kan met behulp van de SCID-D ook de aanwezigheid en de ernst worden vastgesteld van vijf kernsymptomen: amnesie, depersonalisatie, derealisatie, identiteitsverwarring en identiteitsfragmentering. De vragen van de SCID-D zijn bedoeld voor kinderen van 11 jaar en ouder (groep 7). Dit is getest in een aantal casestudies (Carrion & Steiner, 2000; Sar, 2014). Tot op heden is er geen systematisch onderzoek gedaan naar populaties van kinderen jonger dan

11 jaar. De congruentie tussen de Adolescent Dissociative Experiences Scale-II (ADES) en de SCID-D lijkt zwak (Carrion & Steiner, 2000; Sar, 2014). Publicaties over het gebruik van de SCID-D voor jongere kinderen (11-17 jaar) kan worden gedownload via <http://ge.tt/9Cc2vEh1?c>.

5.2 Screeningsvragenlijsten (klinische richtlijn)

Om bij het kind posttraumatische stress en dissociatieve symptomen te onderzoeken wordt aangeraden ten minste één vragenlijst te gebruiken, zelfrapportage vragenlijsten in het bijzonder (zie onder; Silberg, 2013; Waters, 2016). De interpretatie van de gegevens moet zorgvuldig gebeuren. Deze vragenlijsten kunnen dissociatie bij een kind bevestigen, maar *het kan niet altijd uitsluiten dat een kind dissocieert*, omdat deze kinderen vaak hun dissociatieve klachten niet tonen. De vragenlijsten kunnen ook gebruikt worden als basis voor nader interview over dissociatieve symptomen (Silberg, 2013). Men moet zich realiseren dat scores tijdens behandeling kunnen toenemen in plaats van afnemen als het kind zich veiliger voelt om innerlijke ervaringen meer te onthullen.

Op het gebied van dissociatieve symptomen worden de volgende vragenlijsten aangeraden:

- Child Dissociative Checklist (CDC) (Putnam, Helmers, & Trickett, 1993). Een vragenlijst voor kinderen van 4-14 jaar oud, met goede validiteit en betrouwbaarheid, die wordt ingevuld door de verzorger (Putnam & Peterson, 1994). Leerkrachten en docenten kunnen de CDC ook invullen om het niveau van observeerbare dissociatieve symptomen in de klas te bepalen. Nederlandse vertaling door Hartveld, G. & Janssen, M (1992). Vrije Universiteit, Amsterdam.
- The Child Dissociative Experience Scale en Post Trauma Inventory (CDES.PTSD) (Stolbach, 1997, adapted from Bernstein & Putnam, 1986) kunnen eveneens worden gebruikt. De CDES onderzoekt PTSS en dissociatieve symptomen en is een zelfrapportagevragenlijst voor kinderen van 7-12 jaar oud en kan ook gebruikt worden voor kinderen van 12-18 jaar oud. Nederlandse vertaling door Struik, A. (2013) en kan worden gedownload via https://www.ariannestruik.com/paginas_nl/materiaal.html of voor leden van de ESTD via www.estd.org.
- De Adolescent Experience Scale (A-DES; Armstrong, Putnam, Carlson, Libero, & Smith, 1997; Farrington, Waller, Smerden, & Faupel, 2001; Smith & Carlson, 1996) is een zelfrapportagevragenlijst voor adolescenten om dissociatieve symptomen en ervaringen te inventariseren.
- De Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20; Nijenhuis, 1996) is een zelfrapportage vragenlijst voor adolescenten vanaf 16 jaar oud en evalueert de ernst van somatoforme dissociatie. De van

oorsprong Nederlandse vragenlijst is te downloaden via <http://www.enijenhuis.nl/sdq>.

Naast vragenlijsten op het gebied van dissociatieve symptomen, kunnen ook gestandaardiseerde screeningsinstrumenten voor PTSS worden gebruikt:

- Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC; Briere, 1996) en de Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC; Briere et al., 2001)
Nederlandse vertaling van de TSCC en TSCYC onder de naam *Vragenlijst over traumasymptomen bij jonge kinderen* door Tierolf, B., Lamers-Winkelmann, F. en Briere, J. (2014). Uitgeverij Hogrefe.
- The Acute Stress Checklist for Children (ASC-kids; Kassam-Adams 2006). Nog geen Nederlandse vertaling beschikbaar.
- The Children's PTSD Inventory (Saigh, Yasik, Oberfield, Green, Halmandaris, Rubenstein, Nester, Resko, Hetz, & McHugh, 2000). Nog geen Nederlandse vertaling beschikbaar.
- The Child Behaviour Checklist (CBCL) voor kinderen van 1-5 jaar en 6-18 jaar, het Teachers Report Form (TRF) voor kinderen van 6-18 jaar en de Youth Self Report for children (YSR) voor jongeren van 12-18 jaar kunnen waardevolle informatie geven met betrekking tot de vraag of het kind zich qua posttraumatische stress symptomen in de normale, borderline of klinische range bevindt (Achenbach & Roscorla, 2007). Deze vragenlijsten maken onderdeel uit van het Achenbach System of Empirically Based Assessment. Nederlandse vertalingen zijn beschikbaar via www.aseba.nl.

5.3 Psychologisch onderzoek - projectieve technieken, neuropsychologisch onderzoek enz. (KR)

Formeel en conventioneel psychologisch onderzoek kan niet gebruikt worden om dissociatie vast te stellen, maar de reacties en gedragingen die het kind vertoont tijdens een psychologisch onderzoek kunnen het ontdekken van dissociatieve fenomenen ondersteunen (Silberg, 1998). Tijdens het onderzoek kan de prevalentie van dissociatieve symptomen worden onderzocht, bijvoorbeeld staren, veranderingen in stemgebruik, fladderen, knippen of rollen met de ogen en/of de aanwezigheid van imaginaire vriendjes (Waters, 2016). Het klinisch onderzoek van het kind zelf zou moeten worden aangevuld met:

- Leeftijdsadequate projectieve technieken, zoals tekeningen, gebruik van een zandbak of speelgoed (Silberg, 2013; Waters, 2016; Wieland, 2015).

De tekeningen van het kind en de algemene informatie tijdens het diagnostisch onderzoek kan significante afwezigheid tonen van een geïntegreerd zelf, zoals men dat normaliter zou verwachten. Het kind kan

een gevoel van zelf-fragmentatie externaliseren door het gebruik van meervoudige dissociatieve toestanden in tekeningen van het lichaam. Ook kan het zichzelf identificeren als zijnde meerdere mensen of meerdere namen gebruiken voor zichzelf of dissociatieve toestanden tekenen als niet-identificeerbare figuren.

- De Binnenkant-buitenkant techniek (Baita, 2015a en 2015b) waar het kind de buitenkant van het hoofd tekent en de binnenkant van het hoofd tekent, is speciaal ontwikkeld voor dissociatieve kinderen en te gebruiken gedurende diagnostisch onderzoek en behandeling (KR).

- Er moeten specifieke vragen gesteld worden op het gebied van dissociatie, bijvoorbeeld of ouders/verzorgers snelle veranderingen zien in het kind, het kind horen praten met verschillende stemmen enz. (Waters, 2016).

Onderzoeksgegevens van een populatie met patiënten met een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS), laten persoonlijkheidsverschillen op de Rorschach zien tussen mensen met DIS, borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) en klinisch opgenomen psychotische patiënten. Dit kan in overweging worden genomen bij nader onderzoek binnen de adolescenten populatie (Brand, Armstrong, Loewenstein & McNary, 2009). Silberg (2013) beschrijft eveneens specifieke kenmerken - een groot aantal morbide beelden en vernietiging - in reactie op projectieve tests (TAT en Rorschach).

6. Behandeling

Ondanks de geringe hoeveelheid onderzoeksgegevens wordt het 3-fasemodel, dat ontwikkeld is voor behandeling van volwassenen (Herman, 1992), veel gebruikt voor de behandeling van dissociatieve kinderen (ISSTD Guidelines, 2003). In de eerste fase, stabilisatie, moet het kind voldoende gestabiliseerd raken om zijn traumatische herinneringen onder ogen te kunnen zien en met verwerking van het trauma te kunnen beginnen. Het kind moet in staat zijn om met de stress om te gaan die deze traumatische herinneringen voortbrengen en de eigen mogelijkheden om te denken en te evalueren gebruiken. Stabilisatie lijkt voor dissociatieve kinderen een absolute noodzaak om tot succesvolle traumaverwerking te komen.

Interventies in de stabilisatiefase moeten gestructureerd worden in een specifieke volgorde, waarbij de ontwikkeling van het brein wordt gevolgd. Het neuro-sequentieel therapeutisch model (NMT; Perry, 2006; Perry & Dobson, 2013) biedt een model om trauma-casus te evalueren (door een functionele plattegrond van de hersenen) en doet aanbevelingen voor klinisch werk, gebaseerd op deze neurologische ontwikkelingsbenadering. NMT benadrukt het belang van activiteiten met repeterende patronen om

slecht georganiseerde onderdelen van het brein te bereiken. Behandeling wordt gedaan met het kind, ouders en het netwerk om het kind heen en is systemisch georiënteerd (Arvidson et al, 2011; Struik, 2014; Waters, 2016; Wieland, 2015.)

In tegenstelling tot het werken met volwassenen, is het niet noodzakelijk om de complete interne wereld van het kind van begin af aan te kennen. Werken met delen van de persoonlijkheid wordt alleen gedaan om negatieve dissociatieve inhoud op andere wijze te kunnen verwoorden en beschouwen (Silberg, 2013; Struik, 2014; Wieland, 2015; Waters, 2016).

In de volgende fase, namelijk traumaverwerking, worden traumatische herinneringen verwerkt. In de laatste fase, integratie van dissociatieve toestanden en het toegroeien naar meer leeftijdsadequaate functioneren, werkt het kind aan het ontwikkelen van betere copingstrategieën om met stress om te gaan om zo toekomstig trauma te voorkomen en het leven op functionelere wijze voort te zetten. Zowel tijdens de stabilisatiefase als tijdens de verwerkingsfase moet de clinicus letten op het functioneren van dissociatieve toestanden. Ze kunnen aan de oppervlakte komen in spel, symptomen of gedrag. Het kind moet deze dissociatieve toestanden leren kennen en begrijpen: hun gevoelens, hun wensen, hun functie, waar ze voor staan en wat ze nodig hebben. Ze kunnen tijdens de stabilisatiefase worden geïdentificeerd, maar ook later tijdens traumaverwerking in de vorm van jonge, bange of behoeftige dissociatieve toestanden, als helpers, beschermers, verzorgers of dader introjecten. Dit [representeert](#) ~~laat~~ de fase [zien](#) van 'begrijpen wat verborgen is' (de U van *understanding what is hidden* in EDUCATE) en 'erkennen dat datgene wat verborgen is aan jezelf toebehoort' (de C van *claiming the hidden parts of the self* in EDUCATE). Het is belangrijk voor de clinicus om dissociatieve toestanden niet aan te moedigen om tevoorschijn te komen of direct met ze te communiceren. De taak van de clinicus is om congruent en respectvol te blijven jegens alle dissociatieve toestanden en het kind vooral aan te moedigen "naar binnen te luisteren" (Silberg, 2013) of "in te tunen op wat er in zijn/haar hoofd of geest gebeurt" (Waters 2016) wanneer de clinicus informatie nodig heeft over een dissociatieve toestand. Dit stelt het kind in staat om zich met de dissociatieve toestand te verbinden en stimuleert interne communicatie en controle over de meer complexe dissociatieve toestanden. Dit stelt het kind in staat om te erkennen wat verborgen is (de C in EDUCATE) (Silberg, 2013). Het bevordert het accepteren van gevoelens, sensaties, angst en spanning over verborgen delen van het zelf en geeft betekenis aan hun betekenisgeving aan hun oorsprong. Teven stelt dit proces het kind in staat om leeftijdsadequate autobiografische herinneringen te vormen, doordat het kind met de therapeut kan werken aan verbinding tussen de oorsprong van dissociatieve toestanden en de traumatische gebeurtenis in de levensgeschiedenis of -levensverhaal van het kind. Waters & Raven (2016) adviseren het gebruik van creatieve werkvormen in combinatie met psychotherapie, vooral in het geval van verborgen dissociatieve

toestanden. Enkel wanneer de dissociatieve toestand in de kamer aanwezig is en het kind niet op een andere manier bereikt kan worden zal de therapeut direct met een dissociatieve toestand in contact treden.

Silberg (2013) beschrijft 5 behandelprincipes, namelijk:

- een houding die diep respect uitdrukt voor de wijsheid van individuele copingstrategieën
- een intense overtuiging in de mogelijkheid van genezing en het potentieel voor toekomstige groei en voorspoed
- het gebruik van een praktische benadering bij symptoommanagement
- het creëren van een relatie met zowel validering als verwachting
- het erkennen dat traumatische symptomen zowel automatisch als aangeleerd zijn

Omdat alle paragrafen over behandeling zijn gebaseerd op klinische richtlijnen (KR), wordt enkel bij uitzonderingen aangegeven in hoeverre deze optioneel (OP) of niet onderschreven (NO) zijn.

Behandelmodellen specifiek voor dissociatie

Verschillende auteurs beschrijven behandelmodellen specifiek gericht op de behandeling van dissociatieve kinderen, die op belangrijke gebieden overlappen. Silberg & Waters (1998) waren de eersten die de fases beschreven waar een behandeling van het dissociatieve kind uit bestaat: Verbintenis aangaan, inclusief stabilisatie, Trauma werk en het oplossen van traumasymptomen, inclusief integratie.

Waters (2016) pleit daarnaast voor een integratie van verschillende theorieën in de behandeling van het dissociatieve kind (STAR Theoretisch Model). Zij stelt dat voor een effectieve behandeling van dissociatie het betrekken van het hechtingssysteem van het kind, ontwikkelingsaspecten, neurobiologie en familiesystemen bij de behandeling noodzakelijk is. Wieland (2017) beschrijft eveneens dat bij behandeling van kinderen het werken met ouders belangrijk is.

Wieland (2015) beschrijft de stabilisatiefase in de behandeling van deze kinderen als: het creëren van veiligheid, stabiliteit in het dagelijks leven, psycho-educatie, leren omgaan met triggers. Silberg (2013) presenteert haar fasemodel (EDUCATE) specifiek voor kinderen met dissociatieve stoornissen, dat bestaat uit psycho-educatie, motivatie, vermindering van amnesie, affectregulatie en hechting, triggers en integratie van dissociatieve toestanden.

Behandelmodellen voor complex trauma en dissociatie

Andere zinvolle modellen met een breder bereik die zijn ontwikkeld voor complex trauma en dissociatie kunnen eveneens behulpzaam zijn. Het ARC behandelingsmodel van Blaustein en Kinniburgh (2010) biedt een theoretisch framework, de kernprincipes van de interventies en een leidende structuur voor mensen die met deze kinderen en hun ouders/verzorgers werken, terwijl zij erkennen dat er niet zoiets bestaat als een model dat voor iedereen geldt (geen one-size-fits-all). ARC is ontwikkeld voor kinderen vanaf de vroege kindertijd tot adolescentie en tevens op hun ouders of verzorgers. De focus van het ARC model ligt op de drie kerndomeinen in het leven van een kind die door blootstelling aan chronisch interpersoonlijk trauma met name worden getroffen, namelijk hechting, zelfregulering en de ontwikkeling van competenties. Trauma Experience Integration, de laatste bouwsteen, integreert een reeks van vaardigheden die de drie kerndomeinen omvatten, die het kind in staat stellen een meer coherent en geïntegreerd besef van zichzelf te ontwikkelen.

Struik (2014) beschrijft de Slapende Honden methode voor chronisch getraumatiseerde kinderen met specifieke interventies voor dissociatieve kinderen en adolescenten. De stabilisatiefase is gestructureerd door zes 'testen' (stappen): Veiligheid, Dagelijks leven, Hechting, Emotieregulatie, Cognitieve shift en de Notendop. Deze tests hebben een vaste volgorde en het formulier "Zes testen" helpt de clinicus de casus te analyseren en de behandeling te plannen. Elke test heeft een set van interventies die gebruikt kunnen worden om stabiliteit te bevorderen als het kind de test niet direct haalt. Het voornaamste doel van stabiliseren is om voldoende stabiliteit te creëren om traumaverwerking te kunnen starten. Na stabilisatie beschrijft "slapende honden, wakker maken!" interventies in de traumaverwerkingsfase met gebruik van EMDR en de integratiefase. [In de Nederlandse derde druk van deze methode \(Struik 2021\) zijn de testen vervangen door barrières, wordt een Slapende Honden tool gebruikt om de behandeling te structureren en zijn interventies uitgebreider beschreven.](#)

[_____](#) In de volgende paragrafen worden alle behandelingsfasen beschreven voor de leeftijdsgroepen 4-18 en 0-4 en gestructureerd aan de hand van de zes testen (Struik, 2014).

6.1 Stabilisatie fase 4-18 jaar

In de stabilisatiefase ligt de nadruk op het helpen van het kind bij het ontwikkelen van emotieregulatie, het verbeteren van hechtingsrelaties met de primaire verzorger en het in staat zijn om een gevoel van veiligheid te internaliseren voor het gaan verwerken van het traumatische materiaal.

6.1.1 Psycho-educatie en motivatie voor zowel kind als ouders

Voor de start van de behandeling is het noodzakelijk om het kind en de verzorgers te motiveren. Meestal zijn deze kinderen niet gemotiveerd om

zich hun traumatische herinneringen te herinneren, omdat ze erdoor overspoeld kunnen worden en wellicht proberen de traumatische herinneringen 'te vergeten.' Ze zien geen voordeel in het ophalen van de herinneringen, omdat ze vaak hun huidige moeilijkheden, zoals extreme boosheid of angst, concentratieproblemen of het 'vergeten' van gebeurtenissen niet verbinden aan deze traumatische herinneringen.

Door te starten met psycho-educatie (E van *education* in EDUCATE model, Silberg, 2013) voor kinderen vanaf ongeveer 4 jaar oud en tevens voor hun verzorgers, over dissociatie, dissociatieve toestanden, de hersenen, stress regulering, de window of tolerance ("het raampje") en hechting, zal het kind zichzelf en zijn eigen reacties en gedrag beginnen te begrijpen. Silberg (2013) en Struik (2014) benadrukken ook dat kinderen moeten weten dat ze verantwoordelijk zijn voor hun gedrag, ongeacht welke dissociatieve toestand zich uitte en alle dissociatieve toestanden moeten samenwerken om een meer positief gedrag te bevorderen. Het is ook belangrijk dat het kind begrijpt dat geen deel van het zelf moet worden genegeerd tijdens het therapeutisch proces en dat de stemmen, imaginaire vrienden, delen van het zelf en dat de gevoelens in feite herinneringen zijn aan wat gebeurd is in het verleden. Psycho-educatie helpt verzorgers en ouders om het kind en diens gedrag beter te begrijpen, waardoor ze in staat gesteld worden om anders te reageren. Boeken, plaatjes, tekeningen of metaforen kunnen gebruikt worden om het functioneren van verschillende dissociatieve toestanden uit te leggen, buiten het bewuste beseffen van het kind op dat moment. Basale concepten van neuronen en het veranderingspotentieel van het brein kan het kind in staat stellen om meer gemotiveerd te raken om deel te nemen aan therapie. Coppens, Snijderberg & Von Kregten (2016) dringen erop aan dat ook scholen en opvoeders van het kind psycho-educatie moeten krijgen. Mogelijk hebben zij ook een andere aanpak nodig, zoals Coppens et al. (2016) de metafoor aandragen waarin het kind op school aanwezig is met een met een 'onzichtbare koffer' met daarin het trauma.

Silberg (2013) beschrijft eveneens de behoefte om te analyseren en de factoren te identificeren die het kind gevangen houdt in dissociatieve strategieën: dissociatieve motivatie (D van *dissociation motivation* in het EDUCATE model). "Dissociatieve vermijdingsstrategieën zijn voor veel getraumatiseerde kinderen een gewoonte geworden. Hun vergeetachtigheid, automatische gedrag, en switching tussen verschillende dissociatieve toestanden houdt anderen op afstand en stelt ze in staat om de gevolgen van hun acties niet echt onder ogen te hoeven zien. Hun motivatie mobiliseren om een andere manier van coping te vinden is een enorme uitdaging" (p.70). Het kind heeft hoop nodig en moet in staat gesteld worden om een perspectief voor de toekomst te ontwikkelen en tevens de realiteit te begrijpen van de impact op zijn/haar leven als het trauma en dissociatie niet wordt aangesproken. Gebieden die dissociatie mogelijk in stand houden moeten in een zo vroeg mogelijk

stadium worden aangesproken. Waters (2016) stelt dat elk gedrag dat een betekenis heeft en benadrukt het belang van hiermee te werken. Volgens Waters, is gedrag soms 'gecodeerd en verborgen' en is het een manier om de interne wereld van het kind te externaliseren.

6.1.2 Veiligheid

Veiligheid is de eerste prioriteit bij de behandeling van getraumatiseerde kinderen (AACAP, 2005; ISSTD, 2003; Zeannah, Chesher & Boris, 2016). Het is logisch dat traumaverwerking niet effectief is wanneer het kind nieuwe traumatische ervaringen opdoet. Naast dat het kind veilig moet zijn, moet het kind zich ook veilig voelen. Een bedreigd kind zal zich automatisch focussen op de wereld om hem heen om zichzelf te beschermen, hetgeen vecht-/vlucht-/bevroezings-responsen of de noodzaak om te dissociëren zal uitlokken. Om traumatische ervaringen te verwerken moet het kind zich op zijn binnenwereld focussen, hetgeen hem in een kwetsbare positie plaatst. Een kind kan dat alleen doen als er geen dreiging wordt waargenomen vanuit de buitenwereld. Er zijn vier aspecten met betrekking tot veiligheid: fysieke veiligheid, gedragscontrole, emotionele veiligheid en therapeutische veiligheid. Soms is het plaatsen in een klinische setting noodzakelijk om dit niveau van controle over het gedrag van het kind te bewerkstelligen (OP).

Fysieke veiligheid betekent dat de mishandeling is gestopt. Signs of Safety (Turnell & Edwards, 1999), Resolutions (Turnell & Edwards, 2006) of een andere benadering voor bevorderen van veiligheid in gezinnen, zijn manieren die kunnen worden ingezet om de veiligheid van hun kinderen te vergroten.

Daarnaast heeft het kind een veilige volwassene nodig die het gedrag van het kind aankan. Een volwassene, die het kind op tijd naar bed brengt, hem/haar in staat stelt naar school te gaan en ervoor zorgt dat hij/zij met regelmaat zijn/haar therapie bijwoont, is van groot belang in het leven van het kind. Als deze volwassene genoeg autoriteit heeft en controle over het gedrag van het kind, zal het het kind een gevoel van veiligheid geven. Een kind moet ondersteund worden terwijl het de moeilijkheden die aan de traumatische herinneringen verbonden zijn, onder ogen ziet. Emotionele veiligheid betekent dat het kind een hechtingsfiguur heeft die continuïteit geeft in hun relatie.

Kinderen zonder een veilige, beschikbare hechtingsfiguur kunnen doorgaans niet gemotiveerd worden om toegang hebben tot hun traumatische ervaringen voor traumaverwerking. Zonder een vaste en beschikbare hechtingsfiguur kan het kind overweldigd worden door emoties en kunnen symptomen verergeren. Deze hechtingsfiguur is een van de kernelementen in de behandeling.

Het laatste element van veiligheid is therapeutische veiligheid: een kind moet voelen dat het toestemming heeft van zijn ouders om in therapie te praten over zijn traumatische ervaringen. Als dat niet zo is, zullen kinderen

het heel moeilijk vinden om dat te doen. Een dissociatief kind kan ook een dissociatieve ouder hebben. Dan is het extra belangrijk om je ervan te verzekeren dat alle dissociatieve toestanden van de ouder ook overeenstemming hebben over het praten van het kind en zijn deelname aan het therapeutisch proces óf dat het kind een ander hechtingsfiguur heeft om tijdens de behandeling op te vertrouwen (OP).

6.1.3 Dagelijks leven

Naast veiligheid heeft een kind ook stabiliteit en voorspelbaarheid in het dagelijks leven nodig. Wanneer een kind begint met traumaverwerking, zou hij geen nieuwe problemen moeten tegenkomen die bij herhaling zijn aandacht opeisen. Daarbij komt dat de fase van traumaverwerking veel energie kost en kan leiden tot een tijdelijke verergering van symptomen. Kinderen en verzorgers moeten hierop voorbereid zijn. Anders moet het kind dermate veel aandacht gericht houden op de buitenwereld en is het niet in staat te focussen op zijn binnenwereld. De problemen in het dagelijks leven die het hoofd geboden moeten worden om traumaverwerking te kunnen starten kunnen worden geïnventariseerd en behandeld, zoals slaapproblemen, nachtmerries, intrusies, dissociatie, middelengebruik, gebrek aan dagstructuur, eten, school en gedragsproblemen.

Het is belangrijk om samen met kind en ouders uit te vinden welke situaties en welke verzorger of gedrag van leraren in het dagelijks leven het kind triggeren, zodat het reageert met dissociatie. Omgekeerd is het van belang om uit te vinden welk gedrag ben het kind de verzorgers triggert om zich jegens het kind ongepast te gedragen. Het kind moet triggers leren identificeren, als ook wanneer en waarom dissociatieve toestanden optreden. De oefening “Hier en Nu” (Struik, 2014, blz. 96-97) kan ze helpen om meer controle over de dissociatie te verwerven. Een “Veilige Plek” oefening (Struik, 2014, blz. 94-95) kan het kind helpen om zichzelf te kalmeren als het kind reeds over een bepaald niveau van emotieregulatie beschikt. Zorg die ontoereikend is of mishandeling in de kindertijd heeft een grote impact op het brein (structuur en functie) en dissociatieve toestanden ontstaan. Oefeningen die het kind helpen om te stabiliseren in het dagelijks leven kunnen het best worden herhaald en ingesleten tot een patroon, waarbij de nadruk ligt op troost en zelfregulering (Perry & Dobson, 2013).

Medicatie wordt vooral gebruikt om problematische symptomen te reduceren die interfereren met dagelijks functioneren of om co-morbide symptomen te behandelen zodat het kind of de adolescent meer profijt kan hebben van de therapeutische interventies. Er is geen specifieke medicatie voor dissociatie, maar nieuwe studies op het gebied van epigenetisch gebaseerde farmacotherapie zullen in de toekomst wellicht specifiekere behandelmogelijkheden bieden voor kinderen met complex trauma. Het gebruik van medicatie verschilt van land tot land, afhankelijk van de specifieke richtlijnen (er zijn landen waar het voorschrijven van

medicatie 'off label' niet is toegestaan). Stierum, een kinder- en jeugdpsychiater (in Waters, 2016) en Nemzer (1998) beschrijven hun ervaringen met het gebruik van off label medicatie bij deze kinderen.

6.1.4 Hechting

Een kind zou een hechtingsfiguur moeten hebben die in staat is het stressniveau van het kind te reguleren en hem te ondersteunen tijdens traumaverwerking. Anders kan het stressniveau van het kind te hoog worden en kan het kind overspoeld raken of gedissocieerd. Dissociatieve kinderen hebben vaak hechtingstrauma meegemaakt, gedesorganiseerde hechting in relatie met hun ouders, gecombineerd met fysieke en emotionele verwaarlozing, mishandeling of misbruik (Waters, 2016). Ze hebben op jonge leeftijd geen sensitieve afstemming ervaren. Voor verzorgers kunnen de reacties van deze kinderen moeilijk te begrijpen zijn en kan het lastig zijn om hier sensitief en adequaat op te reageren. Een belangrijke taak is om de hechtingsrelatie tussen kind en verzorger te versterken (Wieland, 2017). Dit vraagt aanpassingen aan beide kanten, van de kant van de hechtingsfiguur en van het kind. De therapeut moet dit proces vakkundig begeleiden door zowel de ouder als het kind bij het therapeutisch proces te betrekken en empathie en begrip voor beiden te houden. De therapeut moet zich ook bewust zijn van de overdracht en de tegenoverdracht die onderdeel uit kunnen maken van dit proces (Wieland, 2017).

Het eerste onderdeel van het werken aan hechting focust zich op het verbeteren van de afstemming van het hechtingsfiguur op het kind. De ouders/verzorgers zullen zich moeten realiseren dat het gedrag van het kind (of de toestanden van het kind) vaak de innerlijke relaties van het kind uit zijn gezin van herkomst of ten tijde van de traumatisering weergeven en niet zozeer zijn huidige relaties. Dit kan helpen om beter op het kind af te stemmen en de stress voor het kind te reguleren. De verzorger moet begrijpen wat er in de binnenwereld van het kind gebeurt en zich bewust zijn van en een relatie opbouwen met de verschillende dissociatieve toestanden. De hechtingsfiguur moet in staat zijn om kalm te blijven en zijn eigen behoeften opzij te zetten als het kind in paniek is, boos wordt of over overspoeld raakt. Dit kan moeilijk zijn voor ouders/verzorgers (hechtingsfiguren) die zelf getraumatiseerd zijn of een dissociatieve stoornis hebben. De sterke emoties van het kind kunnen hen triggeren het moeilijk maken om afgestemd te blijven op het kind. De hechtingsfiguur moet een kalm brein hebben (en houden) om zijn ouderschap zo aan te passen dat het hechtingssysteem van het kind geactiveerd wordt. Sommige ouders/verzorgers vinden dat, begrijpelijkerwijs, heel moeilijk, daar het brein van de ouder verschillende ouderschapspatronen bevat die mogelijk veranderen gedurende het proces (Wieland, 2017). Dissociatieve kinderen vertonen thuis vaak verschillend en meer extreem gedrag dan op school of bij hun behandelaren, zo dat de stress, agressie en afwijzing die ouders en

verzorgers kunnen meemaken niet wordt gezien en vaak wordt onderschat. Veel ouders of verzorgers voelen zich onbegrepen. Erkenning en steun is belangrijk wanneer een ouder of verzorger geen kalm brein kan houden om zo een oplossing te vinden die helpend is voor het kind, maar ook is het van belang niet het onmogelijke van ouders te vragen. Het is ook belangrijk om ouders/verzorgers in staat te stellen een hechtingsrelatie op te bouwen met dissociatieve delen, gedurende het therapieproces en ook te begrijpen dat sommige dissociatieve delen hechting zullen weigeren. Soms is fysieke scheiding tussen ouder/verzorger en het kind noodzakelijk om dat doel te bereiken.

Omdat ouders of verzorgers een integraal onderdeel zijn van het therapeutisch proces van het kind, is het belangrijk om ouders regelmatig te checken, onder meer op secundaire traumatisering. Het extreme gedrag van het kind kan de verzorger traumatiseren en sommige verzorgers hebben zelf traumatherapie nodig. (OP) Volgens Hughes & Baylin (2010) moet de behandelaar eerst de negatieve emotionele ervaringen van de ouder reguleren voor ze in staat zijn om open te staan voor de taak om het kind te steunen in het betreden van de traumatische herinnering. Ze verwijzen naar ouders die ervaren dat ze 'geblokkeerd' raken in hun zorgtaken en in een defensieve mentale toestand terecht komen waar ze alleen nog focussen op het 'slechte' van het gedrag van hun kind in plaats van er betekenis aan te kunnen geven.

Sommige behandelaren betrekken ouders in de therapiesessie, ofwel selectief, ofwel meer regelmatig, om ouders in staat te stellen om het therapeutisch proces van hun kind beter te begrijpen, als veilige haven te fungeren voor het kind tijdens de therapie en/of een actief onderdeel te zijn van het therapeutisch proces van het kind (Hughes, 2006, Potgieter-Marks, 2015, Waters, 2015). Andere behandelaren betrekken de ouders in het therapeutisch proces maar niet noodzakelijkerwijs door ze voortdurend in de therapie-ruimte met het kind aanwezig te laten zijn. Silberg (2013) legt uit hoe ze informatie aan het kind geeft en nodigt dan ouders uit in de kamer zodat het kind de informatie op zijn beurt aan ouders kan geven. Verder is het belangrijk om gedurende het proces een aantal sessies met de ouders te hebben om het gedrag van het kind te bespreken en manieren waarop ouders hiermee om zouden kunnen gaan (Wieland, 2015, 2017).

Het tweede deel van het hechtingsgericht werken richt zich op activering van het hechtingssysteem en het bevorderen van gezonde co- en zelfregulering van het kind door oefeningen voor het kind en een hechtingsfiguur, die geoefend worden in de sessie en dagelijks thuis herhaald worden. De belangrijkste focus tijdens het hechtingsgericht werken is de ouder/verzorger te helpen de arousal en het affect met en voor het kind te reguleren. Een toestand van hyper-arousal of hypo-arousal is een tijdelijke reactie om met overweldigende emoties om te

gaan. Voor een kind die complex trauma heeft ervaren kan deze toestand meer permanent en chronisch worden, ook als is het kind inmiddels veilig. De eerste stap in de ontmoeting met het kind is het vestigen van een therapeutische relatie en het creëren van hoop. Het kind heeft het vertrouwen nodig dat hij welkom is bij de behandelaar en geaccepteerd wordt zoals hij is en dat de behandelaar beangstigende herinneren, overweldigende fantasieën en zelfs dissociatieve toestanden die extreem beangstigend of behoeftig zijn, of extreem destructief of zelfdestructief gedrag vertonen, kan verdragen. (OP)

Voorbeelden van interventies zijn:

- Lichaamswerk kan het kind helpen te kalmeren (bij hyperarousal) of zichzelf te activeren (bij hypo-arousal): oefeningen zoals trampoline springen, dansen op muziek die het kind leuk vindt, drummen, ademhalingsoefeningen, een 'veilige geur' gebruiken, taai voedsel geven waar het kind op kan kauwen, het kind uit een fles laten drinken en sabbelen aan een lolly kunnen het kind helpen om zich meer te gronden, hun emotieregulatie te verbeteren en zich meer bewust te worden van het hier-en-nu (Potgieter-Marks, 2017).
- Jonge dissociatieve toestanden, die vaak in een toestand van hypo-arousal of hyper-arousal verkeren, kunnen ondersteund worden door spel, te focussen op oogcontact, veilig en verzorgend lichamelijk contact zoals massage (wanneer het kind dit verdraagt), worden gewiegd worden in een hangmat of gevoerd. Verhaaltjes of zelf bedachte liedjes die zich richten op krachtbronnen en veilig zijn, kunnen het kind troosten. Gebruik van video-interactie voor het bevorderen van hechting kan een handig hulpmiddel zijn (Havermans, Verheule & Prinsen, 2014).
- Dissociatieve kinderen kunnen vaak hun woede niet beheersen. Ouders/verzorgers moeten worden getraind om dicht bij hun kind te blijven en hem helpen zijn woede te reguleren en te kalmeren. Ook moeten ze duidelijke grenzen stellen zodat het kind containment kan ervaren. Het dissociatieve kind moet leren dat hij verantwoordelijk is voor destructief gedrag, ook als hij anamnestic is voor wat hij gedaan heeft. Een accepterende houding jegens alle dissociatieve toestanden, inclusief de boze/woedende/gewelddadige toestanden zullen het kind bijstaan in het maken van een begin met het aanvaarden van deze toestanden als een onderdeel van zichzelf. Afwijzing van bepaalde dissociatieve toestanden of bepaalde gevoelens versterken de noodzaak om de dissociatie in deze dissociatieve toestanden te handhaven. Ouders of verzorgers kunnen het kind in therapie vertellen dat ze alle dissociatieve toestanden van het kind accepteren of kunnen een bedankbriefje schrijven aan de beschermende of boze toestanden van het kind. Silberg (2013) verwijst naar Seligman, Steen & Peterson (2005) die dankbaarheid identificeerde als tegengif voor depressie en sleutelonderdeel van mentale

gezondheid. Dankbaarheid bij kinderen kan bevorderd worden door het schrijven van bedankbriefjes voor alle hulp die ze hun dissociatieve toestanden hebben gegeven ten tijde van het trauma.

- Als sommige kinderen stress vertonen op school, hebben ze op school een persoon nodig die ze kunnen vertrouwen en die bereid is een emotionele verbinding met het kind te maken. Specifieke interventies kunnen ook geïntroduceerd worden in termen van voorspelbaarheid (visuele tijdsindeling) en consequente steun op school om een 'hechtingsfiguur' in de school te kunnen bieden (Bomber, 200&). Alles (2017) stelt dat 'steun door volwassen sleutelfiguren op school essentieel is voor het kind om dysregulering te voorkomen' (p.208).

6.1.5 Emotieregulering

Om het kind in staat te stellen om arousal te handelen (de A van *arousal, affect and attachment* in het EDUCATE model), is het nodig het kind psycho-educatie te geven over het optreden van hyper-arousal en hypo-arousal en de impact op zijn lichaam. Het kind moet zich bewust worden van lichaamssensaties en kan verschillende technieken aangeleerd krijgen om arousal te managen. Tijdens deze arousal-ervaringen moeten de behandelaar en de verzorgers van het kind op het kind afgestemd zijn om het kind te helpen de arousal van de ervaringsoefeningen te reguleren. Dan zal het kind over zowel inter- als intrapersonlijke technieken en ervaringen van co- en zelfregulering gaan beschikken.

Als het kind heeft geleerd om arousal te reguleren, kan het kind beginnen om te leren hoe hij emoties kan hanteren. Uiteraard hangt de ontwikkeling van emotiereguleringsvaardigheden af van de leeftijd van het kind. Dissociatie is een manier om overweldigende emoties te ontvluchten. Gedurende traumaverwerking kunnen intense gevoelens zoals boosheid, angst en schaamte het kind dermate overspoelen dat het kind niet meer verder kan gaan. Het kind kan dissociëren en het contact met de therapeut verliezen. Het kind kan ook na de sessie te zeer overspoeld raken door gevoelens en zijn toevlucht zoeken in zelfbeschadiging of gebruik van (psychoactieve) middelen om de emoties te reguleren. Om die reden hebben dissociatieve kinderen uitgebreid emotiereguleringswerk nodig.

Emotiereguleringswerk bestaat uit verschillende fases. Als kinderen in hun kindertijd getraumatiseerd worden kunnen ze moeite hebben om verschillende emoties van elkaar te onderscheiden en is het inzicht in hun emotionele leven beperkt. Daar komt bij dat soms het onderontwikkelde emotionele leven zich op een autistische manier presenteert, die beter begrepen kan worden als neuropsychologische achterstand.

Het emotionele bewustzijn van het kind kan verbeteren wanneer het kind met hulp van de behandelaar en steunende ouders/verzorgers, somatische sensaties onderzoekt, benoemt en met elkaar verbindt. Kinderen met

dissociatieve stoornissen hebben soms een dissociatieve toestand met ogenschijnlijk geen gevoelens, of toestanden met gewelddadige en overweldigende gevoelens. Overweldigende gevoelens maken het kind bang voor gevoelens in het algemeen. De verschillende dissociatieve toestanden worden dan bang voor elkaar. Gedrag en gevoelens van andere dissociatieve toestanden worden dan niet begrepen. Het kind moet in staat zijn om alle gevoelens en gedragingen aanvaardt. Silber (2013) beschrijft ook het belang van het aanspraak maken op van wat verborgen is in iemand (C van *claiming the hidden parts of the self* in het EDUCATE model). Het kind zal moeten leren om te omarmen wat zijn geest probeert te vermijden en af te wijzen. Dit leidt vaak tot hevige gevoelens die het kind eerder niet kon voelen of hanteren en betekent het begin met betekenisgeving aan deze gevoelens tijdens de therapie.

Een verklaring voor de bedoeling van de verschillende gevoelens en gedragingen stelt het kind in staat om zijn eigen gevoelens en gedrag beter te leren begrijpen. Silberg (2013) legt uit hoe belangrijk het is voor het kind om te begrijpen wat er verborgen ligt achter de dissociatieve toestanden (U van *understanding what is hidden* in het EDUCATE model). Dit proces stelt het kind in staat om de geheime plekjes te ontrafelen van automatisch geactiveerd affect, identiteit en gedragsrepertoire, die het kind stuk voor stuk helpen om centraal bewustzijn te omzeilen en zijn toevlucht te nemen tot vermijding. Voorts moeten ze leren emoties te aanvaardt en te tolereren, ze te uiten en reguleren in het dagelijks leven. Alleen dan kunnen ze beginnen om de oude emoties, verbonden aan het trauma, te accepteren en te tolereren.

Het kind moet in staat raken om op alle gedrag te reflecteren, hoe akelig het ook mogen zijn, als een poging om doelen te bereiken, als een poging om het kind te redden of te ondersteunen. Deze gedragingen waren in het verleden belangrijk, omdat ze het kind in staat stelden de traumatische ervaringen te overleven, maar leiden in het heden tot significant ongemak voor het kind en/of de mensen om het kind heen. Doordat het kind begint te begrijpen waarom sommige dissociatieve toestanden angstaanjagend/complex gedrag vertonen, wordt dit gedrag minder beangstigend; er is een reden voor het gedrag, waardoor het kind en ouders/verzorgers het gedrag beter kunnen verdragen. Soms kan het kind wellicht stemmen horen die hem agressieve opdrachten geven. Als het kind begint te begrijpen dat boosheid zinvol is en niet slecht en hoe hij met boosheid kan omgaan, zal hij meer in staat raken zijn eigen boosheid te accepteren. Op deze manier kan de zorg, angst of fobie voor zijn eigen binnenwereld worden geneutraliseerd.

6.1.6 Cognitieve shift

Als het kind bewust of onbewust getraumatiseerd is door een ouder of een andere volwassene die een nauwe relatie heeft met het kind, is het belangrijk om deze problemen in deze test te bekijken. Kinderen nemen

zichzelf vaak kwalijk wat er is gebeurd en hebben cognities als 'het is mijn fout' of 'ik ben een slecht kind.' Door traumaverwerking veranderen deze cognities en het kind moet een cognitieve shift maken naar cognities als 'ik ben niet verantwoordelijk' en 'ik ben een goed kind'. Het kind moet in staat zijn om de verantwoordelijkheid voor wat er gebeurd is bij de dader (vaak de ouder) te leggen zonder het risico te lopen te worden afgewezen. Alleen dan is het mogelijk voor het kind om deze cognitieve shift te maken. Maar om in staat te zijn om de verantwoordelijkheid bij de dader (ouder) te leggen, moet het kind weten of de ouder dit erkent, zodat het kind niet bang hoeft te zijn te worden afgewezen. Als de dader (ouder) of de ouder die niet in staat was het kind te beschermen, niet in staat is om te erkennen wat er gebeurd is en niet kan bevestigen dat wat er gebeurd is noch de fout, noch de verantwoordelijkheid van het kind was, hebben kinderen de neiging om loyaal te blijven en blijven ze zichzelf verantwoordelijk voelen. Alleen als ze voldoende gehecht zijn aan een andere persoon (de niet-overtredende ouder, pleegouder, adoptief ouder of verzorger) kan het kind het risico nemen om afgewezen te worden door de dader (ouder) en toch een cognitieve shift maken.

Als een van de ouders het kind misbruikt of verwaarloosd heeft, is ook de andere ouder verantwoordelijk voor het feit dat ze het kind niet hebben beschermd. Dit is een moeilijke boodschap voor niet-daders die zich toch al schuldig voelen. Behandelaars zijn geneigd om hun schuld te minimaliseren of verantwoordelijkheid of het zelfs ontkennen. Dit kan ervoor zorgen dat het kind in de problemen komen tijdens de traumaverwerking. Door de verantwoordelijkheid te ontkennen kan een rolverwisseling in de ouder-kindrelatie in stand blijven omdat het kind het idee zal vasthouden dat zijn ouder hem niet kan beschermen en hij zichzelf moet beschermen. Het kind kan pas met traumabewerking beginnen als het kind weet dat deze cognitieve shifts veilig kunnen worden gemaakt (Struik, 2014).

Verschillende dingen zijn belangrijk bij deze test. Het is cruciaal om een neutrale houding te handhaven en accepterend te zijn naar een dader-ouder en altijd positieve gevoelens die het kind kan hebben ten aanzien van de dader of positieve gevoelens die de dader-ouder kan hebben jegens het kind. Ondanks wat de dader-ouder heeft gedaan, is het van belang het aan het kind te vertellen over de positieve gevoelens die hij wellicht jegens het kind heeft. Als het kind het gevoel heeft dat de behandelaar zijn ouder afwijst kunnen er interne conflicten ontstaan. Het is ook belangrijk om het kind in staat te stellen negatieve emoties jegens de ouders te uiten als kind dit moet doen. Dit zou moeten gebeuren in een veilige en begrensde wijze. Het kind moet leren om ambivalente gevoelens te verdragen.

Een ontmoeting tussen de behandelaar en de dader, zeker als het kind nog steeds contact heeft met de dader, kan noodzakelijk zijn om te

bespreken in hoeverre deze persoon verantwoordelijkheid kan nemen. Dit zou alleen moeten gebeuren met voorzichtigheid en de zekerheid dat de ontmoeting het kind niet uit evenwicht brengt. Het kind moet weten dat de behandelaar het kind steunt, omdat complex getraumatiseerde en dissociatieve kinderen vaak verraad hebben meegemaakt (Freyd, 1994, 1996; Freyd et al., 2005; Freyd & Birell, 2013). Dissociatieve kinderen pikken de gevoelens van boosheid of afwijzing van hun behandelaar jegens hun dader-ouders snel op. Dit moet vermeden worden omdat dit ook een afwijzing betekent van het innerlijke dader-deel van het kind. En door te voorzichtig te zijn ten aanzien van het ontmoeten van de dader kan de behandelaar angst overbrengen, zo dat het kind het gevoel heeft dat de dader en ook zijn innerlijke deel heel gevaarlijk is. Een dader-ouder ontmoeten, zijn verhaal horen en hem vertellen over zijn kind en het uitleggen van de impact van het trauma op de cognities van het kind kunnen ertoe leiden dat een dader meer verantwoordelijkheid gaat nemen. Deze informatie kan gebruikt worden om het kind te informeren over de opvattingen van ouders en de opvattingen van het maken van een cognitieve shift. De ouder kan dat bijvoorbeeld ook doen in een brief of een video, of de behandelaar kan het kind vertellen over het gesprek dat hij had met de betrokken ouder. Met behulp van deze informatie kan het kind het risico op afwijzing inschatten door zijn ouders of familie inschatten als hij een begin zou maken met het praten over traumatische herinneringen (Struik, 2014).

6.1.7 Notendop

Een chronisch getraumatiseerd kind heeft veel traumatische herinneringen die één voor één verwerkt moeten worden. Daarom moet het kind in staat zijn om de activatie en de-activatie van zijn herinneringen tot op zekere hoogte te controleren. Het kind moet in staat zijn om de voornaamste traumatische herinneringen te benoemen of samen te vatten zonder teveel ontregeld te raken. Als het kind hierbij overspoeld raakt, is het nodig om meer werk te doen op het gebied van de andere tests. Dissociatieve kinderen herinneren zich vaak niet alle traumatische herinneringen ineens. Vaak komen er na het verwerken van enkele herinneringen, nieuwe herinnering boven. Technieken die gebruikt kunnen worden zijn:

- imaginair werken met de Kluis-oefening (Struik, 2014) of Veilige Haven
- de Scherm-techniek (Adler-Tapia & Settle, 2008; Besser, 2011; Struik, 2014) kan worden geoefend zodat het gebruikt kan worden gedurende de fase van traumaverwerking. Het is een therapeutische techniek, aangepast vanuit de traditie van de klinische hypnose, die ernaar streeft om het kind maximale controle te geven tijdens het verwerken van traumatisch materiaal. Het kind ervaart zichzelf in de positie van een observator en projecteert een traumatische ervaring

als een film op een imaginair schema. Het kind bepaalt welke dissociatieve toestanden zijn uitgenodigd om naar de traumatische herinnering te kijken en welke dissociatieve toestanden op een veilige plek blijven. Positieve herinneringen of favoriete foto's kunnen dienen als screensaver, die het kind kan gebruiken als hij zich overspoeld dreigt te voelen (Huber, 2011).

6.2 Traumaverwerkingsfase 4-18 jaar

Voor volwassenen wordt geadviseerd om traumaverwerking in de middelste fase van de behandeling te laten plaatsvinden, na een stabilisatiecursus. Als verwerking te vroeg start kan het volwassen overlevers destabiliseren, wat kan leiden tot opname, zelfbeschadiging en regressie. Echter, met kinderen en adolescenten, moet deze aanbeveling voor elk kind en zijn unieke situatie opnieuw geëvalueerd worden. Het is belangrijk om te erkennen dat kinderen en adolescenten niet zoveel mogelijkheden gehad hebben om de intense vermijding, verdediging en fobieën te ontwikkelen zoals volwassenen dat hebben gedaan (Silber, 2013; Struik, 2014).

Tijdens deze fase van de therapie, moet het kind ook triggers begrijpen en de gelegenheid geboden om het trauma te verwerken (de T van *trauma processing and understanding triggers* in het EDUCATE model). Het kind moet ook de intense gevoelens van angst, verlating, afwijzing, schaamte en ongerustheid die nog steeds de perceptie van het kind van het trauma kunnen overheersen, verwerken. Gedurende traumaverwerking is er specifieke aandacht voor somatoforme dissociatie en voor dissociatieve toestanden die risicovol gedrag kunnen veroorzaken, zelfbeschadiging of gewelddadig en geseksualiseerd gedrag. Deze dissociatieve toestanden brengen meestal significante opluchting voor het kind en voor de volwassenen om het kind heen.

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) kan gebruik worden voor het verwerken van traumatische ervaringen. EMDR is een evidence based methode voor de behandeling van PTSD, die geschikt is voor kinderen vanaf hun jonge kindertijd. EMDR vraagt niet veel verbale mogelijkheden, die vaak onderontwikkeld zijn in dissociatieve kinderen. Levine & Kline (2007) stellen dat EMDR betere toegang lijkt te hebben tot dissociatieve toestanden dan cognitieve gedragstherapie, omdat de cortex vaak niet toegankelijk is of beschikbaar tijdens het herinneren van het trauma.

Hypnose of begeleide synthese, zoals gebruikt voor volwassenen met dissociatieve stoornissen, wordt bij kinderen met dissociatie niet vaak gebruikt. Symbooldrama zou als psychotherapeutische methode veelbelovend kunnen zijn bij adolescenten (kleine pilot studie), wanneer de adolescent in een ontspannen toestand is en onder leiding van een behandelaar werkt met beelden en dagdromen (Nilson, 2007; Nilsson & Watsby, 2010). Progressief tellen kan een veelbelovende methode zijn

(kleine pilot studies) wanneer ze onderdeel uitmaken van een fasegericht model van traumabehandeling (Greenwald, 2013).

In de klinische praktijk gebruiken ervaren behandelaren EMDR om traumaverwerking te starten, zo snel als mogelijk is na stabilisatie, omdat het snel symptomen verlicht wanneer dissociatie co-morbide is aan PTSS of complexe PTSS.

Met kinderen met ernstige structurele dissociatie en een reeds gefragmenteerd zelfgevoel, kan EMDR ook worden gebruikt, zij het met voorzichtigheid. De volgende interventies kunnen worden toegevoegd aan gebruik van EMDR/bilaterale stimulatie voor traumaverwerking bij kinderen.

- Werken met een tijdlijn om het kind in staat te stellen het trauma beter te begrijpen en pijnlijke gebeurtenissen te verwerken (Wieland, 2015).
- Het gebruik van een imaginair beschermend schild dat het kind zal beschermen (Waters, 2016)
- Elke activiteit die het kind in staat kan stellen om grip te krijgen op zijn emoties, gedrag of probleem na de verwerking van het trauma (Adler Tapia, 2012)
- Tekeningen en discussie van tekeningen waarin de focus ligt op de traumatische ervaringen (Wieland, 2015)
- Speltherapie over de traumatische gebeurtenis (Potgieter-Marks, 2017)
- Gebruik van poppen (Waters, 2012)
- Reddingsfantasieën (Waters, 2012)
- Onverwerkte herinneringen of bedreigende herinneringen in een doos plaatsen om het veilig te kunnen verwerken (Waters, 2016)
- Sensori-motorische activiteiten (Waters, 2016; Potgieter-Marks, 2017)
- Een veilig plek creëren om dissociatieve toestanden voor een bepaalde periode in tijd te kunnen herbergen
- Een veilige plek creëren of 'boosheidskamer' om agressieve of gewelddadige toestanden te herbergen

Traumatische herinneringen kunnen worden ingebed in een framework van herinneringen van toen de wereld nog goed was, vlak voor de traumatische ervaringen (dit kan alleen als het kind ooit een gevoel van veiligheid heeft gekend voor het trauma begon) en herinneringen waar het kind enige veiligheid ervoer na de traumatische ervaringen. Deze

herinneringen kunnen fungeren als ‘emotioneel anker’ aan het eind van een traumatische film, die gebruikt kan worden tijdens de ‘scherm techniek.’ Tegelijkertijd wordt het kind aangemoedigd om de traumatische gebeurtenis als een ‘oude film’ te projecteren op het scherm en gesteund om er stap-voor-stap naar te kijken. Het doel is om het kind, dat normaal vast zit in verwarring, te helpen zich te gaan oriënteren in wat in het verleden gebeurd is. Een imaginaire afstandsbediening kan het kind helpen om zijn affect en arousal te reguleren. Het kind kan de film pauzeren, doorspoelen of terugspoelen. Hij kan in- en uitzoomen. Door de film herhaaldelijk af te spelen kan het kind zijn traumatische herinneringen doorwerken door op zijn emoties, sensaties en cognities te focussen. Belangrijke aspecten van de herinnering kunnen worden uitgelicht en in detail bekeken.

Er zijn een aantal specifieke aandachtspunten voor gebruik van EMDR voor kinderen met dissociatieve stoornissen:

- Aangeraden wordt om gebruik te maken van oogbewegingen tijdens EMDR; Dit maakt het voor de behandelaar eenvoudiger om te zien of het kind dissocieert en geeft de behandelaar meer controle over het proces. Jonge kinderen vinden het eenvoudiger om zich op vingers te concentreren als de behandelaar vingerpoppetjes gebruikt. Sommige getraumatiseerde kinderen kunnen problemen hebben met fixeren en volgen met de ogen door fysieke problemen, of vroegkinderlijke verwaarlozing en traumatisering. In deze gevallen kunnen verschillende typen bi-laterale stimuli gebruikt worden, zoals tapping of buzzers (Adler-tapia & Settle, 2008) in combinatie met tekeningen, storytelling, zandbak of relevante boeken het kind ondersteunen in de verwerking van het trauma.

- Bij dissociatieve stoornissen kan het noodzakelijk zijn om verschillende dissociatieve toestanden actief te betrekken. Dit hangt ook af van het co-bewustzijn van het kind. Hoe ouder het kind wordt, hoe sterker de amnestische grens kan worden tussen dissociatieve toestanden. Verschillende toestanden van het zelf kunnen een andere perceptie van het trauma hebben en elke toestand van het zelf heeft een mogelijkheid nodig om hun traumatische ervaringen te verwerken (waters, 2016).

- EMDR kan herinneringen en andere dissociatieve toestanden activeren en enactment van traumatische herinneringen activeren. Een kind kan bijvoorbeeld tijdelijk heel boos worden, sadistisch of seksueel actief. Dit zou gemonitord en gelabeld moeten worden als vooruitgang in plaats van als regressie of terugval.

- Vragen (cognitieve interweaves) als “wat doet de jongen of het meisje daar?”, “wie is bij haar”, “waar lijkt hij op?” “Wat

gebeurde er toen?" kunnen worden gesteld. De behandelaar kan het kind helpen om te differentiëren tussen verleden en heden.

- Gebruik van Resource Development and Installation (RDI; Adler Tapia, 2012) kan effectief gebruikt worden bij dissociatieve kinderen om voldoende bronnen te installeren, voorafgaand, tijdens en na de traumaverwerking.

- Enscenering van traumatisch materiaal kan optreden in spel. Traumaverwerking tijdens spel kan dan eenvoudig worden geïntroduceerd. De re-enactment van delen van de traumatische ervaringen door het kind vindt plaats in de zandbak met menselijke of dierlijke figuurtjes, in het poppenhuis met poppen of in rollenspel met handpoppen of knuffels. Ze kunnen gedissocieerde gevoelens, speciale herinneringen, verschillende lichaamstoestanden en cognities bevatten. De behandelaar kan van specifieke figuren naar hun gevoelens, hun cognities over zichzelf of de wereld en hun lichaamssensaties vragen om het kind te steunen in zijn realisatie van wat de verschillende figuren in het spel voor staan. De behandelaar kan het kind aanmoedigen om enkele figuren met elkaar te laten praten zodat een proces van 'elkaar leren kennen' ontstaat en interne communicatie en integratie kan beginnen. Ook kan de behandelaar zijn kennis over de traumageschiedenis van het kind verbinden aan wat het kind re-ensceneert in zijn spel. Behandelaren die in EMDR geschoold zijn kunnen verwerking ondersteunen tijdens spel door bilaterale stimulatie toe te voegen (OP).

Het is van belang voor behandelaren die EMDR gebruiken om te weten dat ernstig gedissocieerde kinderen en adolescenten niet noodzakelijkerwijs alle dissociatieve toestanden aanwezig zullen of kunnen laten zijn tijdens de behandeling. Er kan sprake zijn van voortdurende dissociatie en sommige dissociatieve toestanden kunnen de EMDR (net als andere methoden) als beangstigend en ontregeld beschouwen. Vaak worden niet alle aspecten van de traumatische herinnering, gedrag, affect, sensorisch-motorisch, kennis (BASK model van Braun, 1988) gelijktijdig verwerkt. Traumaverwerking vindt vaak plaats in laagjes. Het kind zal sommige herinneringen verwerken, dan weer stabiliseren en werken aan hechting. Een paar maanden later kunnen nieuwe herinneringen of andere aspecten van dezelfde herinnering omhoog komen en verwerkt moeten worden.

Het is belangrijk om op te merken wanneer het kind herhaaldelijk bepaalde ervaringen of gedrag begint te vertonen, dit kan wijzen op onvermogen tot verwerken van het trauma en dat het kind als het ware vastzit in de traumatische ervaring (Potgieter-Marks, 2017). Therapeuten moeten zich bewust zijn van het feit dat kinderen ook het vermogen hebben om de traumatische ervaringen te vermijden en daardoor de therapie gebruiken om te dissociëren en in een fantasiewereld te verkeren in plaats van actief het trauma te verwerken. Dit lijkt vaker voor te komen bij onervaren therapeuten die enkel ongestructureerde therapieën waar

het getraumatiseerde kind de therapie bepaalt en tegelijkertijd de trauma-informatie vermijdt (Potgieter-Marks, 2017). Om deze activiteiten desalniettemin te gebruiken en zich ervan te verzekeren dat er verwerking optreedt van het trauma, geven sommige behandelaars er de voorkeur aan om tijdens dit gedrag bilaterale stimulatie toe te passen. Dit kan gebeuren door lopen, marcheren, drummen of welke andere bilaterale stimulatie dan ook (OP).

Ouders of verzorgers moeten geïnformeerd worden over het effect dat traumaverwerking op het kind kan hebben. Geregeld treedt regressie op en dit moet worden toegestaan en worden beschouwd als progressie. Het is ook belangrijk dat een regressieve staat ook op het verschijnen van een dissociatief deel kan duiden (Waters, 2005) (KR).

6.3 Stabilisaties fase 0-4 jaar

Voor jonge kinderen kan de stabilisatiefase veel korter zijn dan bij oudere kinderen. Traumatische herinneringen kunnen angst triggeren rond hechting en het verdiepen van hechtingsrelaties tegenhouden. Door deze traumatische herinneringen zo vroeg mogelijk te verwerken, kunnen hechtingsrelaties verbeteren en beginnen kinderen zich snel in alle ontwikkelingsgebieden te ontwikkelen. Informatie van ouders, familie, pleegouders, verzorgers, triggers, de reactie van het kind, littekens, lichamelijke verwondingen of het dossier van het kind kunnen gebruikt worden om een verhaal te construeren over de traumatische ervaringen die mogelijk en/of zeker hebben plaatsgevonden. Een pop, knuffeldier, een plaatje van een held, in de armen zijn van een hechtingsfiguur, kunnen aanvullende bevestiging bieden. Ook muziek, of een geur (lavendel) of deken (aanraken) kunnen helpen om de emotionele toestand van hoogspanning of laagspanning helpen beter te reguleren.

Minimale voorwaarden zijn:

- Het misbruik moet zijn gestopt
- Het kind moet een hechtingsfiguur hebben die met hem naar de therapie sessies kan komen en die stabiel genoeg is om zich op het kind af te stemmen. Bij voorkeur is dit een permanente verzorger, maar traumaverwerking kan ook worden gedaan met een tijdelijk hechtingsfiguur, want een paar maanden samenleven met een familie kan voor een kind een eeuwigheid lijken.

6.4 Traumaverwerkingsfase 0-4 jaar

Het gebruik van trauma-gerichte interventies die het hechtingssysteem benadrukken als basis voor klinische interventie is essentieel in het herstel van jonge kinderen die kampen met complex trauma (Osofski, 2004). Met jonge kinderen kan traumaverwerking altijd worden gecombineerd met psycho-educatie van ouders en hechtingswerk. Jonge kinderen hebben de neiging om herinneringen in laagjes te verwerken. Dit kan nieuwe

herinneringen of andere aspecten van herinneringen activeren en het kind kan meer traumaverwerking nodig hebben. Ouders en verwerkers zouden moeten worden geïnstrueerd om 'oplettend af te wachten' en weer therapie te zoeken gericht op traumaverwerking als er meer dissociatief gedrag optreedt.

Voor kinderen onder vier jaar wordt de EMDR techniek Verhalenmethode (Lovett, 1999) gebruikt om traumatische herinneringen te activeren. Het trauma-narratief beschrijft verschillende niveaus die integratie nodig hebben: het kind laat op dit moment gedrag zien dat naar gevoelens, sensaties en cognities kan verwijzen die het kind wellicht had tijdens de traumatische gebeurtenis. De verzorger, ouder of behandelaar kan het traumaverhaal vertellen, met het kind op schoot bij de verzorger, terwijl de EMDR therapeut bilaterale stimulatie toepast. Kinderen die traumatische ervaringen in de pre-verbale fase hebben meegemaakt hebben vaak slechts enkele, of geen bewuste herinneringen. Veel jonge kinderen zijn toch in staat om - hoewel gefragmenteerd - betekenisvolle informatie te geven die gebruikt kan worden om het trauma te verwerken. Jonge kinderen tonen hun spanning vaak middels hun lijf en door te spiegelen wat hun lijf doet kan het kind een beter begrip kweken van zijn binnenwereld. De behandelaar kan ook reflecteren op lichaamsresponsen tijdens EMDR om het jonge kind in staat te stellen de sensorische ervaringen van de traumatische herinneringen te verwerken. Met jonge kinderen kan in plaats van oogbewegingen bilaterale stimulatie zoals 'tapping' of 'buzzers' of andere speelse vormen van bilaterale stimulatie worden gebruikt.

Specifieke modellen van kind-ouder-psychotherapie zijn: het goed gevalideerde dyadische model voor modulering van emotionele toestanden CPP (Van Horn & Lieberman, 2008), ouder-kind interactietherapie (Ford & Gurwitsch, 2008) of familiesystemen (Ford & Salzman, 2009), die worden gebruikt wanneer brusjes mogelijk ook lijden onder het gedereguleerde kind. In de klinische praktijk worden interventies zoals spel, creatieve therapie, tekenen, schilderen en rollenspel gebruikt om traumaverwerking mogelijk te bevorderen. Vooral bij jongere kinderen is het aan te raden om ervan verzekerd te zijn dat ze niet fantasie gebruiken om de traumatische ervaringen te vermijden. Sommige aspecten van karakters in het spel, tekening, schilderij of rollenspel kunnen specifiek worden geëxploreerd omdat ze dissociatieve toestanden kunnen representeren.

Sommige kinderen kunnen ook informatie geven tijdens de traumaverwerking over traumatische ervaringen in de baarmoeder. Als dit gebeurt is het belangrijk om ook deze traumatische ervaringen te onderzoeken en te verwerken (Potgieter-Marks, 2016).

6.5 Integratiefase

Silberg (2013) beschrijft integratie als onderdeel van de eindfase in het (de E van *psycho-education on trauma and dissociation* in het EDUCATE model). Ook Waters (2006) bespreekt verschillende voorbeelden van integratie in kinderen. De eindfase zou ook gebruikt moeten worden om het kind de competenties te laten verwerken die nodig zijn voor leeftijdsadequaat gedrag.

Voor kinderen met dissociatieve stoornissen betekent integratie het accepteren van alle dissociatieve toestanden betekent integratie het aanvaarden van alle dissociatieve toestanden als deel van zichzelf. Traumaverwerking wordt afgerond als het kind met een dissociatieve stoornis zich realiseert hij *zelf* al deze ervaringen heeft (personificatie) en dat deze ervaringen *in het verleden* hebben plaatsgevonden (presentificatie) (Van der Hart et al., 2006). De verklaring van het kind was eerst: "Dit is zo erg, dit kan mij niet zijn overkomen, dus moet het iemand anders zijn overkomen." Dat is hoe opdeling in de persoonlijkheid ontstaat. Voor deze dissociatieve toestanden van de persoonlijkheid zijn de traumatische omstandigheden geen verleden, maar voelen ze echt aan, in het hier-en-nu. Na het verwerken van de traumatische herinneringen en het integreren van alle dissociatieve toestanden van de persoonlijkheid, realiseren kinderen zich dat ze in het hier-en-nu zijn en dat hun traumatische ervaringen in het verleden liggen. Het kind kan zo enigszins betekenis toekennen aan deze ervaringen en al zijn ervaringen combineren in het autobiografisch geheugen. Er kan een periode van rouw en verlies optreden van de verloren kindertijd (Waters, 2016).

Het kind heeft van deze ervaringen belangrijke lessen geleerd en informatie die niet relevant was weggedaan. Het kind heeft geleerd om betekenis te geven aan wat hij heeft meegemaakt. Het kind heeft een verklaring gevonden voor wat er gebeurd is en wat het voor hem persoonlijk betekent. Daarbij moet het kind leren leven met de positieve en negatieve gevoelens, gedachten en wensen. Het kind moet in staat zijn om innerlijke conflicten te verdragen en om te gaan met tegenstrijdige gedachten en emoties. Het zwart-wit-denken dat kenmerkend is voor getraumatiseerde kinderen, is het tegenovergestelde van geïntegreerd denken en het verdragen van ambivalentie. Therapie kan na integratie worden voortgezet om het kind bij te staan bij het integreren van deze nieuwe kennis in zijn nieuwe realiteit.

Dissociatieve toestanden die in het leven van het kind ongepast gedrag vertonen, moeten zich realiseren dat het gevaar verleden tijd is. Deze dissociatieve toestanden moeten worden aangemoedigd om een nieuwe rol aan te nemen (Waters, 1998, 2016), waardoor het huidige leven, gedrag en prestatie van het kind verbeteren. Hoewel de dissociatieve 'dader' toestand extreem destructief of zelfdestructief gedrag kan vertonen, is het van belang zijn primaire functie van bondgenoot van het

misbruikte of mishandelde kind te erkennen, hoewel dit in sommige gevallen onmogelijk is (Potgieter-Marks, 2012a; Potgieter-Marks, 2012b).

Na traumaverwerking, kan spontane integratie optreden. Als de spontane integratie van een dissociatieve toestand nog niet heeft plaatsgevonden, is het noodzakelijk om het kind te hierbij te helpen door specifiek te focussen op integratie van deze dissociatieve toestand. Door interne communicatie kan het kind de naam en functie van de dissociatieve toestand veranderen en deze aanpassen aan een meer acceptabele rol. Integratie kan ook worden uitgelegd met metaforen, zoals die van een voetbalteam. Een voetbalteam kan alleen maar winnen als alle leden van het team samenwerken. Activiteiten die het proces van integratie bevorderen zijn: visuele ervaringen (bijv. het tekenen van een regenboog waarbij verschillende kleuren samenvloeien) of tactiele ervaringen (bijv. verschillende kleuren klei en daar een bal van vormen) waarbij iedere kleur een deel (of toestand) symboliseert, fusierituelen of figuren in de zandbak die dissociatieve toestanden symboliseren die dichterbij komen, handen vast houden (Waters, 1998). Waters (2016) beschrijft zowel symbolische tekeningen van integratie als EMDR tijdens de integratie van dissociatieve toestanden.

Integratie is succesvol als de traumatische herinneringen niet meer overweldigend zijn, als somatische symptomen zijn afgenomen, affectregulering is verbeterd en nieuw cognitief begrip is verworven. Het kind is in staat om meer controle over zichzelf en zijn gedrag te verwerven en ervaart niet langer controleverlies. Er wordt meestal ook een significante verbetering in symptomen waargenomen door de volwassenen die voor het kind zorgen.

7. Klinische behandeling

Bij de behandeling van dissociatieve kinderen verdient poliklinische behandeling de voorkeur. Zeker bij adolescenten is dat het geval. Hiermee wordt regressie voorkomen en vastgehouden aan wat goed gaat. Sinds klinische behandelmogelijkheden in Europa per land verschillen worden in deze paragraaf enkel algemene overwegingen beschreven. Klinische behandeling in een jeugdkliniek of GGZ instelling kan noodzakelijk zijn als de omgeving van het kind niet stabiel genoeg is om het kind voldoende te ondersteunen met zijn innerlijke conflicten en worstelingen tijdens het therapeutisch proces. Voorbeelden kunnen zijn als het kind agressief, seksueel agressief, destructief of zelfdestructief gedrag vertoont dat te overweldigend is voor hemzelf of voor zijn omgeving. Voor het dissociatieve kind kan behandeling in een klinische setting soms een verademing zijn. De intimiteit van een gezin kan een constante bron van stress zijn die niet voldoende wordt onderkend. Vaak verbetert het functioneren na plaatsing in een klinische setting, vooral bij kinderen tussen 6 en 12 jaar oud. Tegelijkertijd is er een grote kans op

hospitalisatie als kinderen geen hechtingsrelatie hebben met een volwassen hechtingsfiguur die continuïteit in de relatie biedt. Deze hechtingsrelatie is nodig om de dissociatieve symptomen te overwinnen en van de dissociatie te helen. Daarna kan plaatsing in een familiesituatie worden geïntroduceerd en geregeld (OP).

8. Lengte van de behandeling

De stabilisatie voor kinderen kan zeer uiteenlopend zijn. Soms heeft een kind omvangrijk werk te doen, soms betreft het enkel een paar aspecten of soms maar één aspect van het trauma. Leeftijd is een sterke bepalende factor. Zeer jonge kinderen hebben niet veel stabilisatie nodig en hun stabilisatiefase kan heel kort zijn als ze een veilige hechtingsfiguur hebben om op te vertrouwen. Kinderen tussen 6 en 12 jaar oud hebben meer stabilisatie nodig, meestal gedurende een paar maanden. Adolescenten hebben vaak veel meer werk nodig en bij hun kan de stabilisatiefase langer dan 12 maanden duren. Behandeling kan individuele therapie sessies omvatten met een kind, sessies met kind en zijn ouders of verzorgers en soms met de ouders of verzorgers alleen. Therapie kan gecombineerd worden met gezinstherapie en/of steun voor de ouders/verzorgers. Kinderen kunnen kwetsbaar zijn voor nieuwe problemen wanneer ze zich ontwikkelen, in het bijzonder aan het begin van de adolescentie. Vervolgbehandeling kan ze door deze stappen heen helpen.

9. Georganiseerd misbruik

Een toenemend aantal kinderen geven informatie waaruit blijkt dat ze slachtoffer waren van georganiseerd misbruik. Deze kinderen en adolescenten maken deel uit van de groep kinderen die het meest getraumatiseerd zijn en ze hebben mogelijk intensievere behandeling nodig, die is aangepast aan hun specifieke behoefte om ze in staat te stellen van hun traumatische ervaringen te herstellen.

10. Behandelaar

Dissociatieve kinderen vertrouwen volwassenen niet, omdat er sprake is van verstoorde hechting en vaak slachtoffer zijn van verraad (Freyd, 1994, 1996; Freyd et al, 2005; Freyd & Birell, 2013). Een behandelaar heeft een verzorger van het kind nodig die goed genoeg is als co-behandelaar, omdat het kind meer van zijn binnenwereld aan de verzorger dan aan zijn behandelaar zal vertellen.

Omdat deze kinderen de werelden in zichzelf niet integreren en de neiging hebben deze te scheiden, levert het meer op om met iemand te werken die in het dagelijks leven van het kind betrokken is. Mensen die met deze kinderen werken kunnen extreme en intense gevoelens ervaren van

paniek, haat, sadisme, verdriet, hechtingsbehoefte, afwijzing, waardeloosheid of het gevoel er niet toe te doen. Behandelaren die met dissociatieve kinderen werken moeten regelmatig intervisie, supervisie en consultatie kunnen hebben op het gebied van trauma-gerelateerde overdracht en parallel-processen om plaatsvervangende traumatisering te voorkomen. Met name gevoelens van hulpeloosheid en machteloosheid die dissociatieve kinderen hebben ervaren en soms nog steeds ervaren kunnen worden verplaatst en leiden tot plaatsvervangende traumatisering.

11. Conclusie

Het wordt in toenemende mate duidelijk dat professionals die betrokken zijn bij getraumatiseerde kinderen antwoorden zoeken op de vraag hoe deze complexe populatie behandeld moet worden. Deze richtlijnen zouden op zijn minst significante informatie over het onderzoek en behandelproces moeten bevatten en ook richting moeten geven aan therapeuten op het gebied van de beschikbare literatuur. Kinderen en adolescenten kunnen voor complex trauma en dissociatie worden behandeld met goede uitkomsten en significant herstel.

12. References

- Achenbach, TM & Rescorla, LA. (2007). *Manual for the ASEBA School Age Forms and Profiles*. Burlington: ASEBA.
- Adler-Tapia, R. & Settle, Carolyn (2008). *EMDR and the Art of Psychotherapy with Children*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Adler-Tapia, R. (2012). *Child Psychotherapy: Integrating Developmental Theory into Clinical Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., et al. (2006). *The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256(3), 174-186.
- Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2012). Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need A Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187-200.
- Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M., Andres, B., Cohen, C., Blaustein, M.E. (2011). Treatment of Complex Trauma in Young Children: Development and Cultural Considerations in

- Application of the ARC Intervention Model. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(1), 34-51.
- Armstrong, J., Putnam, F.W., Carlson, E., Libero, D., & Smith, S. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experience Scale. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 185, 491-497.
- Barach, P. (1991). Multiple personality as an attachment disorder. *Dissociation*, 4, 117-123.
- Baita, S. (2015a). Dalma (4-6 years old). "I've Got All My Sisters With Me". Treatment of Dissociative Identity Disorder in a Sexually Abused Young Child. In S. Wieland (Ed.), *Dissociation in Traumatized Children and Adolescents - Theory and Clinical Interventions* (2nd ed.) (pp. 41-88). London: Routledge.
- Baita, S. (2015b) *Rompecabezas: Unaguá introducción al trauma y la disociación en la infancia*. Amazon: CreateSpace.
- Besser, L.U. (2011). Screen Technik 1, Unveröffentlichtes Manuskript, *Curriculum für Psychotraumatologie*.
- Blaustein, M. & Kinniburgh, K. (2010). *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents*. Guilford. New York
- Bomber, L.M. (2007). *Inside I'm Hurting. Practical strategies for supporting children with attachment difficulties in schools*. London: Worth Publishing.
- Braun, B. G. (1988). The BASK model of dissociation. *Dissociation*, 1, 2, 4-23.
- Updated July 2017 26
- Brand, B. L.; Armstrong, J. G.; Loewenstein, R. J.; McNary, S. W. (2009). Personality differences on the Rorschach of dissociative identity disorder, borderline personality disorder, and psychotic inpatients. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(3), 188-205
- Briere, J. (1996). *The Trauma Symptom Checklist for Children*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., Hanson, R., & Ernst, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1001-1014.
- Brisch K.H. (2012) *Treating Attachment Disorders. From Theory to Therapy*. New

- York/ London: The Guilford Press
- Brunner, R., Parzer, P., Schuld, V., & Resch, F. (2000). Dissociative symptomatology and traumatogenic factors in adolescent psychiatric patients. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 188, 71-77.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. & Braunwald, K. (1989) *Developmental Psychology*, 25(4), 525-531. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.525>
- Carrion, V. G., & Steiner, H. (2000). Trauma and dissociation in delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(3), 353-359.
- Coons, P.M. (1996). Clinical phenomenology of 25 children and adolescents with dissociative disorders. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 361-374.
- Coppens, L., Schneijderberg, M. & Van Kregten, C. (2016). Lesgeven aan getraumatiseerde kinderen. Amsterdam:Uitgeverij SWP.
- Draijer N. & Langeland W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*, 156(3), 379-85.
- Dell, P.F., & Eisenhower, J.W. (1990). Adolescent multiple personality disorder: A preliminary study of eleven cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 359-366.
- Farrington, A.D., Waller, G.D., Smerden, J.D., & Faupel, A.W. (2001). The Adolescent Dissociative Experiences Scale: Psychometric properties and difference in scores across age groups. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 722-727.
- Ford, J. (2009). Neurobiological and Developmental Research. Clinical Implications. In C. Courtois & J. Ford (Eds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide* (pp 31-58). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ford J., & Courtois, C. (2013). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescent*. New York: Guilford Press.
- Freyd, J. J. (1994). Betrayal-trauma: Traumatic amnesia as an adaptive response to childhood abuse. *Ethics & Behavior*, 4, 307-329.
- Freyd, J. J. (1996). Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Freyd, J. J., & Birrell, P. J. (2013). *Blind to Betrayal: Why we fool ourselves we aren't being fooled*. Somerset, NJ: Wiley.
- Freyd, J. J., Klest, B., & Allard, C. B. (2005). Betrayal trauma: Relationship to physical health, psychological distress, and a written disclosure intervention. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 83-104
- Gerge, A. (red.) (2013). *Vad har du varit med om? PTSD och dissociation hos barn och unga. Förekomst, diagnostik och behandling*. Stockholm: Insidan.
- Greenwald, R. (2013). *Progressive counting within a phasemodel of traumainformed treatment*. New York: Routledge.
- Havermans, A., Verheule, C & Prinsen, B. (2014). *Gehechtheid in Beeld. Handleiding video-interactiebegeleidingvoorprofessionals in de adoptienazorg*. Amsterdam: BV Uitgeverij.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma en recovery*. New York: Basic Books
- Hornstein, N.L., & Putnam, F.W. (1992). Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 1077-1085.
- Huber, M. (2011). *VieleSein. EinHandbuch. Komplextrauma undIdentitäts-verstehen, verändern, behandeln*. Paderborn: Jungfermann.
- Hughes, D. (2006). *Building the Bonds of Attachment - Awakening Love in Deeply Troubled Children*. New York/Oxford: Jason Aronson.
- Hughes, D. & Bailin, J. (2012). *Brain Based Parenting: The Neuroscience of Caregiving for Healthy Attachment*. New York/London: W.W. Norton & Company.
- Kassam-Adams, N. (2006). The Acute Stress Checklist for Children (ASC-Kids): Development of a Child Self-Report Measure. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 129-139.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *The American journal of psychiatry*, 167(6), 640-647.
- Levine, PA & Kline, M. (2007). *Trauma Through a Child's Eyes*. Colorado: Ergos Institute Press.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model of understanding dissociative

- psychopathology. In J. Solomon, & C. George (Eds.), *Attachment Disorganization* (pp. 291-317). New York: Guilford Press.
- Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7, 55-74.
- Liotti, G. (2009). Attachment and Dissociation. In: P. Dell & J. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the Dissociative Disorders. DSM-V and Beyond*. (pp.53-65). New York, London: Routledge Press.
- Lovett, J. (1999). *Small Wonders: healing childhood trauma with EMDR*. New York: Free Press.
- Ludy-Dobson, C. R., & Perry, B. D. (2010). The role of healthy relational interactions in buffering the impact of childhood trauma. In Gil (Ed.), *Working with children to heal interpersonal trauma: The power of play*. (26-43). New York: Guilford Press.
- Mann, B.J., & Sanders, S. (1994). Child dissociation and the family context. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 373-388.
- Nemzer, E. (1998). Psychopharmacological interventions for children and adolescents with dissociative disorders. *The dissociative child: Diagnosis, treatment & management* (2nd ed., pp. 231-272). Lutherville, MD: Sidran.
- Nijenhuis, E. (2012). Fantasy proneness in dissociative identity disorder. *ONE* 7(6), e39279. doi:10.1371/journal.pone.0039279. Supporting information S1.
- Nilsson, D. (2007). *Trauma, Posttraumatic Stress and Disociation Among Swedish Adolescents. Evaluation of Questionnaires*. Linköping: Linköping University Medical Dissertations No 979.
- Nilsson, D., & Wadsby, M. (2010). Symbol drama, a psychotherapeutic method for adolescents with dissociative and PTSD symptoms: A pilot study. *Journal of Trauma and Dissociation* 22, 308-321.
- Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfield, N.S., Carlson, E.A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development & Psychopathology*, 9, 855-979.
- Osofsky, J. D. (2004). *Young children and trauma: Intervention and treatment*. New

- York: Guilford Press.
- Perry, B.D. (2006). The Neurosequential Model of Therapeutics: Applying principles of neuroscience to clinical work with traumatized and maltreated children. In N. Boyd Webb (Ed.), *Working with Traumatized Youth in Child Welfare* (pp.27-52). New York, NY: Guilford.
- Perry, BD. (2009). Examining Child Maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens: Clinical Applications of the Neurosequential Model of Therapeutics. *Journal of Trauma and Loss*, 240-255
- Perry, B. D., & Dobson, C. L. (2013). The neurosequential model of therapeutics *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models* (pp. 249-260). New York, NY: Guilford.
- Potgieter-Marks, R. (2012a). *Täterintrojekte in der Behandlung von dissoziativen Kindern*. In :Vogt, R. (Hrsg.) *Täterintrojekte: Diagnostische und therapeutische Konzepte dissoziativer Strukturen* (pp. 139-160) Kroning: AnsangerVerlag
- Potgieter-Marks, R. (2012b). When the Sleeping Tiger Roars – Perpetrator Introjects in Children. In R. Vogt, (Ed.), *Perpetrator Introjects – Psychotherapeutic Diagnostics and Treatment Models* (pp. 87 – 110). Kroning: AnsangerVerlag
- Potgieter-Marks, R. (2015). Jason (7-Years Old) – Expressing Past Neglect and Abuse: Two -Week Intensive Therapy for an Adopted Child with Dissociation. In S. Wieland (Ed.), *Dissociation in Traumatized Children and Adolescents – Theory and Clinical Interventions*.(2nd Ed.) (pp. 89-134). London: Routledge.
- Potgieter-Marks, R. (2016) Pre-Birth Trauma – The Missing Link in Full Recovery? *ESTD Newsletter*, 5(4), pp16-23.
- Potgieter-Marks, R. (2017). When Play Therapy is not Enough: Using EMDR in combination with Play Therapy with Complex Trauma in Children. In: Hendry, A & Hasler, J. *Creative Therapies for Complex Trauma: Helping Children and Families in Foster care, Kinship care or Adoption*. (pp.164-180)

- London: Jessica Kingsley Publishers.
- Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Putnam, F.W., Helmers, K., & Trickett, P.K. (1993). Development, reliability and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 17, 731-742.
- Putnam, F.W., & Peterson, G. (1994). *Further validation of the Child Dissociation Checklist*. *Dissociation*, 7, 204-211.
- Reinders, A., Nijenhuis, E., Paans, A., Korf, J., Willemsen, A. and den Boer, J. (2003). One brain, two selves. *NeuroImage*. 20(4), 2119-2125.
- Reinders, A., Nijenhuis, E., Quak, et al. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: A symptom provocation study. *Biological Psychiatry*, 60(7), 730-740.
- Reinders, S., Willemsen, A., Vos, et al. (2012). Fact or Factitious? A Psychobiological Study of Authentic and Simulated Dissociative Identity States. *PLoS ONE*. 7(6): e39279.
- Saigh, P.A., Yasik, A.E., Oberfield, R.A., Green, B.L., Halmandaris, P.V., Rubenstein, H., Nester, J., Resko, J., Hetz, B., & McHugh, M. (2000). The Children's PTSD Inventory: Development and reliability. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 369-380.
- Sar, V., Önder, C., Kilincaslan, A., Zoroglu, S. S., & Alyanak, B. (2014). Dissociative identity disorder among adolescents: Prevalence in a university psychiatric outpatient unit. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(4), 402-419.
- Schlumpf, Y. R., Nijenhuis, E. R., Chalavi, S., Weder, E. V., Zimmermann, E., Luechinger, R., ... & Jäncke, L. (2013). Dissociative part-dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: An fMRI study of dissociative identity disorder. *NeuroImage: Clinical*, 3, 54-64.
- Schore, A. N. (2009). Relational trauma and the developing right brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1159(1), 189-203.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Silberg, J. (1998). Dissociative symptomatology in children and adolescents as

- displayed on psychological testing. *Journal of personality assessment*, 71(3), 421-439.
- Silberg, J. & Dallam, S. (2009). *Dissociation in Children & Adolescents*. In: P. Dell & J. O'Neil (Eds), *Dissociation and Dissociative Disorders: DSM-V and beyond*. (pp. 67 - 81). New York: Routledge.
- Silberg, J. (2013). *The Child Survivor: Healing Developmental Trauma and Dissociation*. New York: Routledge
- Smith, S.R., & Carlson, E.B. (1996). Reliability and validity of the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 9, 125-129.
- Steinberg, M. (1994). *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D)*, second edition. Washington, D.C., American Psychiatric Press.
- Stien, PT & Kendall, J. (2004). *Psychological Trauma and the Developing Brain*. London: The Hayworth Maltreatment and Trauma Press.
- Stierum, A.J. (2016) Medication as an Intervention in the Treatment of Dissociative Disorders and Complex Trauma with Children and Adolescents. In: Waters (2016), *Healing the Fractured Child: Diagnoses and Treatment of Youth with Dissociation* (pp 249-282). New York: Springer Publishing Company.
- Stolbach, B. C. (1997). *The Children's Dissociative Experiences Scale and Posttraumatic Symptom Inventory: rationale, development, and validation of a self-report measure* (Doctoral dissertation, University of Colorado).
- Stolbach, B. (2005). Psychotherapy of a Dissociative 8-Year-Old Boy Burned at Age 3. *Psychiatric Annals* 35:8, 685-694.
- Struik, A. (2014). *Treating Chronically Traumatized Children. Don't let sleeping dogs lie!* London: Routledge.
- Turnell, A. & Edwards, S. (1999). *Signs of Safety: a solution and safety oriented approach to child protection casework*. New York: Norton.
- Turnell, A. & Essex, S. (2006). *Working with denied child abuse: the resolutions approach*. Berkshire: Open University Press.
- Van der Hart, O, Nijenhuis, ERS & Steele, K. (2006). *The Haunted Self - Structural Dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton & Company.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401.

- Van Dijke, A., Van der Hart, O., Ford, J., O, Van Son, M.J.M., Van der Heijden, P.G.M. & Bühring, M. (2010). Affect dysregulation and dissociation in borderline personality disorder and somatoform disorder: Differentiating inhibitory and excitatory experiencing states. *Journal of Trauma and Dissociation*, 11, 424-443.
- Van Dijke, A., Ford, J. D., van der Hart, O., Van Son, M. J., Van der Heijden, P. G., & Bühring, M. (2011). Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder. *European journal of psychotraumatology*, 2(1), 5628.
- Van Dijke, A., Ford, J.D., Frank, L., Van der Hart, O. (2015). Association of Childhood Complex Trauma and Dissociation with Complex PTSD Symptoms in Adulthood. *Journal of Trauma and Dissociation*, xx. DOI: 10.1080/15299732.2015.1016253.
- Van Horn, P., & Lieberman, A. F. (2008). Using dyadic therapies to treat traumatized young children. *Treating traumatized children: Risk, resilience and recovery*, 210-219.
- Vinkers, C. H., Kalafateli, A. L., Rutten, B. P., Kas, M. J., Kaminsky, Z., Turner, J. D., & Boks, M. P. (2015). Traumatic stress and human DNA methylation: a critical review. *Epigenomics*, 7(4), 593-608. doi: 10.2217/epi.15.11.
- Waters, F.S., (1998) *Promoting Integration in Dissociative Children*. In: Silberg (Ed.), *The Dissociative Child: Diagnosis, Treatment and Management* (pp. 167-190). Baltimore: Sidran Press.
- Waters, F.S. (2005). Recognizing Dissociation on Pre-School Children. *ISSTD News*, 23, 4, July/August.
- Waters, F.S. (2015). Ryan (8 -10 Years Old) – Connecting with the Body. Treatment of Somatoform Dissociation (Encoprecis and Multiple Physical Complaints) in a Young Boy. In S. Wieland (Ed.), *Dissociation in Traumatized Children and Adolescents – Theory and Clinical Interventions* (2nd Ed.) (pp. 135-190). London: Routledge.
- Waters, F.S. (2016) *Healing the Fractured Child: Diagnoses and Treatment of Youth*

with Dissociation. New York: Springer Publishing Company.

Walker, AG, (1999). *Handbook on Questioning Children*. Washington DC: ABA Center on Children and the Law.

Watkins, H.H. (1978). Ego state therapy. In: J. G. Watkins (Ed.), *The therapeutic self*. New York: Human Sciences.

Watkins, JG & Watkins, H.H. (1993). *Ego-state therapy in the treatment of dissociative disorders*. In R. Kluff & G. Fine (Eds.), *Clinical Perspectives on multiple Personality Disorder* (pp. 277-300). Washington,DC: American Psychiatric Press.

Watkins, J.G. & Watkins, H.H. (1997). *Ego states: Theory and Therapy*. New York: W. W. Norton & Company.

Wieland, S. (2015). *Dissociation in Children and Adolescents Theory and Clinical Interventions* (2nd Ed.). London: Routledge.

Wieland, S. (2017). *Parents are our other Client - ideas for Therapists, Social Workers Support Workers, and Teachers*. New York/London: Routledge.

Yehuda, N. (2016). *Communicating Trauma: Clinical Presentations and Interventions with Traumatized Children*. New York: Routledge

Zovkic, I. B., & Sweatt, J. D. (2013). Epigenetic mechanisms in learned fear: implications for PTSD. *Neuropsychopharmacology*, 38(1), 77-93.

Geraadpleegde richtlijnen en praktijkparameters:

AACAP (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 1206-1219.

AACAP (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 414-430.

International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) (2003). Task Force on Children and Adolescents. Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents.

Drawing on the Evidence (Wolpert et al., 2000). PTSS, advice for mental health professionals working with children and adolescents.

NICE guideline (2005). Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care.

National Institute for Clinical Excellence in London Wolpert et al. (2006).

Strand, V., Sarmiento, T., Pasquale, L. (2005). Assessment and Screening Tools for Trauma in Children and Adolescents: a Review. *Trauma Violence Abuse*, Vol 6, 55-78

Zeanah, C., Chesher, T. & Boris N. (2016). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55 (11), 990-1003