

## **Emotionele mishandeling en verwaarlozing van kinderen de late gevolgen en behandeling**

Pauline de Vries en Sophie van Houwelingen – Universiteit van Leiden

**Jaarlijks komen zo'n 119.000 kinderen in aanraking met kindermishandeling. Kindermishandeling is meestal niet met voorbedachte rade. Opvoedingsonmacht speelt heel vaak een rol. In ons onderzoek ligt de nadruk vooral op emotionele mishandeling en verwaarlozing. De belangrijkste reden hiervoor is dat het onderzoek dat tot dusver is gedaan naar kindermishandeling voornamelijk de nadruk heeft gelegd op lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik. Vaak wordt verwacht dat lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik als ergst worden ervaren. Uit recenter onderzoek en de interviews die we hebben gehouden, blijkt dat emotionele mishandeling en verwaarlozing als minstens zo indringend worden ervaren. Uit de interviews kwam naar voren dat dit komt omdat je als kind gaat geloven wat gezegd wordt. Met dit onderzoek willen we daarom voor deze vormen van mishandeling meer aandacht vragen.**

Onderzoek laat zien dat de meeste slachtoffers meerdere vormen van kindermishandeling hebben ervaren. Juist omdat dit belemmerend kan zijn in de behandeling, is het van belang om onderzoek hiernaar te starten om te onderzoeken wat de afzonderlijke én gezamenlijke invloed is van emotionele mishandeling, emotionele verwaarlozing en lichamelijke verwaarlozing op de ontwikkeling. In de literatuur is een aantal risicofactoren gevonden die de kans op kindermishandeling te vergroten. De belangrijkste hiervan zijn: het opleidingsniveau van de ouders; werkloosheid van de ouders; alleenstaande ouders; grote families; stiefgezinnen; en de leeftijd van het kind (tussen 0 en 3 jaar en in de adolescentie). Naast de risicofactoren zijn ook enkele protectieve, ofwel beschermende, factoren gevonden. Denk hierbij aan de betrokkenheid van de ouders/ familieleden bij de kinderen; de sociale steun van de omgeving; en het vertrouwen in de eigen bekwaamheid en het vermogen de eigen doelen te realiseren.

Kindermishandeling kost de maatschappij zo'n € 3.000 per slachtoffer, per jaar. Dit zijn vooral meer directe en indirecte zorgkosten. Slachtoffers van kindermishandeling lopen een verhoogd risico op het ontwikkelen van obesitas, diabetes en andere chronische ziekten. Emotionele mishandeling is gelinkt aan psychiatrische problematiek en emotionele verwaarlozing is net zo schadelijk voor de ontwikkeling als andere vormen van mishandeling. De geïnterviewden vertellen dat zij voornamelijk problemen ervaren in de relationele sfeer (de mate van binding of de binding zelf) en dat zij stress ondervinden op het werk bij autoritaire of verbaal sterke personen. Ook hebben de ervaringen hun pad gekleurd als het gaat om hun keuze voor een bepaalde opleiding of werk. Tot slot gaven de geïnterviewden aan dat zij hun eigen kinderen op totaal andere wijze willen opvoeden en dat zij verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen psychisch welzijn als ouders, door geregeld therapie te ondergaan, zodat zij niet de verkeerde ervaringen doorgeven. Enkele geïnterviewden spraken ook over dat ze sterk in hun schoenen zijn gaan staan en goed coping gedrag hebben ontwikkeld, ondanks de ervaringen van mishandeling en verwaarlozing, wat getuigt van veerkracht.

Ten aanzien van de verschillende behandelvormen is de conclusie dat bij chronische en terugkerende depressie cognitieve gedragstherapie en schematherapie het meest effectief zijn. Schematherapie gaat in op vaste denkpatronen die door de ervaringen zijn gevormd en probeert deze aan te pakken. Dit is juist bij deze groep van belang. Eventueel zou deze therapie goed kunnen worden aangevuld met antidepressiva. Verder bleek dat zowel de individuele, trauma-gefocusste therapie als op de op-fasen-gerichte therapie (zoals STAIR/exposure) geschikt zijn voor het aanpakken van PTSS-problematiek bij deze groep. Een alternatief voor exposure, bij cliënten die hier niet voor willen kiezen, zou mindfulness kunnen zijn. Daarnaast is de 'op componenten gebaseerde therapie' geschikt voor het verwerken van trauma-ervaringen specifiek voor de groep slachtoffers van emotionele verwaarlozing en mishandeling: deze is hierin uniek. Bij behandeling is het niet alleen belangrijk gebleken wát er wordt aangeboden, maar vooral hóe. De therapeutische band is belangrijk

voor het bereiken van emotieregulatie en deze emotieregulatie houdt verband met in hoeverre een cliënt van een behandeling kan profiteren. Ook de geïnterviewden gaven aan dat zij een prettige en persoonlijke band met hun therapeut als zeer belangrijk ervaren binnen het behandelingsproces. Op basis van wat er volgens de cliënten werkt en wat zij gemist hebben zijn aanbevelingen voor de praktijk opgesteld.

# 1. Kindermishandeling

## 1.1 Doel

Met dit rapport willen we de late gevolgen van verwaarlozing en emotionele mishandeling en de behandeling daarvan door professionals benaderen vanuit een combinatie van wetenschappelijk onderzoek en de analyse van verhalen van volwassenen die in hun jeugd slachtoffer zijn geworden van onder andere deze vormen van kindermishandeling. Ook vinden wij het belangrijk dat het taboe rond dit onderwerp doorbreken. Door het bespreekbaar te maken, kunnen slachtoffers wellicht eerder hulp vragen. Hiermee kan ook het herstelproces eerder beginnen. In eerder onderzoek naar kindermishandeling is er vooral aandacht geweest voor lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik. Hierdoor ontbreekt informatie over andere vormen van kindermishandeling. Hier is ons onderzoek dan ook meer op gericht. Wij wilden deze onderbelichte kant naar voren brengen in ons onderzoek.

## 1.2 Wat is kindermishandeling?

Kindermishandeling staat in de Jeugdwet omschreven als: *“Elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel”* (artikel 1.1 Jeugdwet). Hierin zijn de belangrijkste aspecten dat de mishandeling actief of passief kan zijn, dat de minderjarige afhankelijk is van de dader en dat de schade ook kan dreigen te gebeuren. In de wet wordt rekening gehouden met dat het kind niet per definitie al beschadigd is, dan wel fysiek dan wel psychisch ten tijde van de melding.

## 1.3 Prevalentie algemeen

In Nederland krijgen bijna 119.000 kinderen jaarlijks te maken met kindermishandeling (Euser, Alink, Pannebakker, Vogels, Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 2013). Dit komt neer op 34 per 1.000 kinderen, of 1 kind per klas. Wanneer gekeken wordt naar de zelfrapportage onder jongeren en volwassenen die dit hebben meegemaakt, lopen de cijfers op tot 1 op de 10 kinderen (Euser et al., 2013). Deze cijfers zijn gebaseerd op officiële cijfers van een prevalentiestudie. Op het moment zijn dit de meest recente officiële cijfers. Momenteel wordt de prevalentie studie herhaald en hiermee zullen binnenkort nieuwe cijfers naar voren komen. Schellingerhout & Ramakers (2017) hebben ondertussen een onderzoek gedaan onder scholieren. Hier zijn hogere cijfers uit gekomen. Namelijk dat 65 op de 1.000 scholieren in de eerste vier jaar van het middelbaar onderwijs in het afgelopen jaar in aanraking zijn gekomen met kindermishandeling (Schellingerhout & Ramakers, 2017). Dit zijn enorme getallen. Het toont aan dat kindermishandeling veel vaker voorkomt dan gedacht. Behalve de hoge prevalentie zijn er ernstige gevolgen verbonden aan het meemaken van kindermishandeling, met name als het niet wordt ontdekt (Gilbert, Widom, Browne, Fergusson Webb, & Janson, 2009). Bij kindermishandeling is er niet alleen sprake van schade voor het kind, maar ook van ernstige tekortkomingen van ouders in de opvoeding (Barlow & Underdown, 2017). In hoofdstuk 4 staan de late gevolgen van kindermishandeling centraal.

## 2. Vormen van kindermishandeling

Er worden wel verschillende vormen van kindermishandeling onderscheiden. De meest grove is die tussen commissie, het actief schade toebrengen aan het kind, ook wel mishandeling genoemd, en omissie, het passief schade aanbrengen aan het kind, ook wel verwaarlozing genoemd (Gilbert et al., 2009; Miller-Perrin & Perrin, 2013). Hiernaast wordt een verdeling gemaakt in lichamelijke en emotioneel. Hiermee kan kindermishandeling onder worden verdeeld in vier verschillende vormen: emotionele mishandeling, emotionele verwaarlozing, lichamelijke verwaarlozing en lichamelijke mishandeling.

	<b>Commissie</b>	<b>Omissie</b>
<b>Fysiek</b>	Lichamelijke mishandeling (2.1)	Lichamelijke verwaarlozing (2.3)
<b>Emotioneel</b>	Emotionele mishandeling (2.2)	Emotionele verwaarlozing (2.4)

Bij officiële meldingen bij Veilig Thuis, wordt verwaarlozing verder opgedeeld in lichamelijke verwaarlozing, pedagogische verwaarlozing en affectieve verwaarlozing. In vergelijking met de in dit verslag gebruikte definities zijn pedagogische en affectieve verwaarlozing gelijk aan emotionele verwaarlozing.

Los van deze vier onderscheidde vormen van kindermishandeling, wordt seksueel misbruik beschouwd als aparte vorm van kindermishandeling die alle vier hier boven beschreven vormen kan aannemen. In dit hoofdstuk zal per vorm van kindermishandeling een uitleg gegeven worden, gevolgd door de gevolgen hiervan. De late gevolgen worden in hoofdstuk 4 verder uitgewerkt voor emotionele mishandeling, emotionele verwaarlozing en lichamelijke verwaarlozing.

### 2.1 Lichamelijke mishandeling

Bij lichamelijke mishandeling wordt aan het kind actief schade toegebracht (WHO, 2006). Denk hierbij aan schoppen, slaan (met voorwerpen), in sommige gevallen wordt het kind verbrand. Hierbij kunnen lichamelijke verwondingen het gevolg zijn.

*Mijn vader trok mij aan mijn haren, sloeg me op de grond om me in elkaar te slaan. Hij sloeg me op het hoofd en trapte me in mijn buik.  
Mijn vader heeft mij bij mijn keel gegrepen om me te wurgen.  
- Interview 4*

*Toen ik klein was en ooit in bed plaste, heeft me vader me bont blauw geslagen en mijn gezicht door de plas gehaald.  
- Interview 9*

Uit het scholierenonderzoek is gebleken dat 101 op de 1.000 leerlingen in het voortgezet onderwijs ooit ervaring hebben gehad met lichamelijke mishandeling (Schellingerhout & Ramakers, 2017). Een bijzondere vorm van kindermishandeling is het Shaken Baby Syndroom. Hierbij wordt een baby zo hard door elkaar geschud dat het hoofdletsel overhoudt en in ernstige gevallen met de dood als gevolg. Slechts 15% van de slachtoffers van deze specifieke vorm komt weg zonder enig letsel (Russell, 2010). Ouders geven vaak aan dat zij in het moment niet meer weten wat ze moeten doen aan het gehuil van de baby, en schudden het uit frustratie en onmacht (Russell, 2010). Een andere vorm van lichamelijke kindermishandeling is het Münchhausen by Proxy syndroom. Bij deze specifieke vorm van lichamelijke mishandeling

*“Ik heb veel pijn.’ Ik begon te praten. In mijn hoofd hoorde ik de stem van mijn moeder. Ik moet de dokter vertellen dat ik pijn heb.”*

– Nina Blom

wordt door, vaak, de moeder gegevens over de gezondheid van het kind gefalsificeerd, nagemaakt, of toegediend bij het kind, met als doel aandacht te krijgen van artsen. (Yates & Bass, 2017).

*“Mijn moeder werd met de week gekker. Mijn zwachtels werden bijvoorbeeld elke nacht nog strakker om mijn armen gebonden. Dit deed ze stiekem. Het deed pijn, mijn vingers werden vreselijk dik en gevoelloos. Ik voelde me net een ingesnoerd stuk rollade. Mijn benen werden bewust in een X-houding gelegd. Dat deed pijn. Tintelingen. Alsof mijn armen en benen niet meer van mij waren.”*

– Nina Blom

In de vroege literatuur en onderzoeken naar kindermishandeling is een grotere aandacht geweest voor deze lichamelijke vorm van mishandeling. Dit komt doordat lichamelijke mishandeling ernstigere directe, lichamelijke gevolgen lijkt te hebben, omdat zichtbaar is. Hierdoor is al vroeg aandacht uitgegaan naar de lichamelijke symptomen die teruggeleid konden worden naar de acties van de ouders. Omdat al vroeg aandacht is besteed aan lichamelijke mishandeling, is deze studie gericht op de andere vormen om ook hier een duidelijker beeld van te scheppen.

## 2.2 Emotionele mishandeling

Bij emotionele mishandeling ontbreekt voor het kind een veilige en ondersteunende omgeving voor de ontwikkeling van het kind. Hierin worden de emotionele gezondheid en ontwikkeling van het kind bedreigd en/of belemmerd (WHO, 2006). Voorbeelden van emotionele mishandeling zijn schreeuwen naar het kind, het belachelijk maken van het kind, kinderen intimideren, discrimineren, en afwijzen of elke andere vorm van niet-fysiek geweld. Ook het meemaken van huiselijk geweld behoort tot emotionele mishandeling.

*Als er een foto werd gemaakt, zeiden ze tegen me: “Je tanden zijn lelijk, glimlach maar niet”*

– Interview 2

*Mij werd verteld “je bent een gedrocht”, “je bent lelijk”, “niemand zal van je houden”, “je bent een duivelskind” en “je kunt beter dood zijn”*

– Interview 3

*In het pleeggezin waar ik seksueel werd misbruikt, zeiden ze: “jij wordt toch niet geloofd” en “Je zal hoer worden voor je 18<sup>e</sup> en achter de kinderwagen lopen”*

– interview 7

*Mijn vader vertelde me dat ik lesbisch was. Dat ik niet “goed genoeg” was. Hij vertelde me ook dat ik beter een jongetje had kunnen zijn.*

– Interview 9

*Mijn moeder noemde ons regelmatig  
“kutkinderen” en “stelletje dieven”  
– Interview 11*

*Vanuit huis heb ik meegekregen dat ik te dik, te stom en  
te lelijk was. Hierdoor heb ik aangeleerd dat ik een slecht  
kind ben.  
– Interview 1*

*“Ik was opgevoed te geloven dat ik geen eigenwaarde had, dat ik mezelf moest haten”. Ik was een  
“betweter”, “dom” en “arrogant”  
– Interview 8*

Emotionele mishandeling is één van de meest voorkomende vormen van kindermishandeling (Schellingerhout & Ramakers, 2017). Het scholierenonderzoek heeft aangetoond dat 143 op de 1.000 leerlingen in het voortgezet onderwijs ooit te maken hebben gehad met emotionele mishandeling. Helaas is het ook één van de minst onderzochte vormen van kindermishandeling. Door professionals wordt deze vorm minder gesignaleerd, vaak omdat dit achter de voordeur plaatsvindt en een kind geen duidelijke (lichamelijke) signalen hoeft te tonen.

Omdat de kennis over deze vorm van kindermishandeling sterk aan het groeien is, is ook het aantal meldingen bij Veilig Thuis hierover toegenomen. In 2017 waren de meeste meldingen betreffende kindermishandeling, toegespitst op emotionele mishandeling (Centraal Bureau voor Statistiek; CBS, 2018). In het rapport van Veilig Thuis komt naar voren dat meer dan de helft van de meldingen, in een groot deel van de verschillende regio's van Veilig Thuis, de aard van het geweld wat tot de melding heeft geleid emotionele mishandeling is. De ernst van dit probleem ligt niet enkel bij deze getallen, maar voornamelijk bij de kennis dat niet alle gevallen van mishandeling gemeld worden. De cijfers die bekend zijn, zijn slechts een klein topje van de grote ijsberg.

Als direct gevolg op emotionele mishandeling, is uit de interviews naar voren gekomen dat kinderen gaan geloven wat hen verteld wordt.

*Ik heb de emotionele mishandeling ervaren als één van de moeilijkste. Lichamelijk kan je je weren,  
constant onderdrukt worden, kun je niet weren. En het ergste is, je gaat het geloven.  
– Interview 3*

*De emotionele mishandeling was erger dan het seksueel misbruik. Het heeft me geschaad in mij  
psychologische ontwikkeling.  
– Interview 7*

Hiernaast wijst recent onderzoek steeds vaker uit dat de late gevolgen van emotionele mishandeling als het meest ernstig worden ervaren en waar slachtoffers op latere leeftijd meer problemen mee ervaren (Gilbert et al., 2009; Miller-Perrin & Perrin, 2013; Perry & Szalavitz, 2006). Zo heeft onderzoek ook aangetoond dat, in vergelijking met andere vormen van kindermishandeling, emotionele mishandeling de sterkste voorspeller is voor negatieve gevolgen op het gebied van psychologisch functioneren en psychopathologie (Miller-Perrin & Perrin, 2013). Het meemaken van emotionele mishandeling draagt de grootste verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van psychopathologie op latere leeftijd, vergeleken met de andere vormen van kindermishandeling (Cecil, Viding, Fearon, Glaser, & McCrory, 2017). Dit beeld komt overeen met meerdere interviews die af zijn genomen ten behoeve van dit onderzoek. Als late gevolgen van emotionele mishandeling zijn gevonden: internaliserende problematiek; vijandigheid; PTSS; en dissociatie. Deze late gevolgen zullen verder uitgewerkt worden in hoofdstuk 4.

## 2.3 Lichamelijke verwaarlozing

*We kregen vroeger nooit ontbijt, en als straf kregen vaak ook geen avondeten. Er werd niet voor je gezorgd als je ziek thuis zat.*

– Interview 3

*In de winter heeft mijn vader me in mijn hemdje buiten laten staan. De buren hebben dit gezien, maar niemand heeft wat gedaan*

– Interview 9

*Tussen de middag kreeg ik geen eten*

– Interview 7

*Mijn moeder was alcoholist en kon daardoor niet goed voor ons zorgen. Vaak gingen zonder eten naar bed.*

– Interview 11

Zoals eerder benoemd valt verwaarlozing onder ommissie. Dit houdt in dat de ouders of verzorgers tekort schieten in hun opvoeding en falen de ondersteuning van de basisbehoeften van een kind te voorzien (Miller-Perrin & Perrin, 2013; WHO, 2006). Onder lichamelijke verwaarlozing vallen enkele gebieden waarin ouders of verzorgers tekort kunnen schieten: gezondheid, voeding en onderdak (Miller-Perrin & Perrin, 2013; WHO, 2006).

Echter, is deze vorm van verwaarlozing in onderzoek tot nu toe vaak samengegaan met emotionele verwaarlozing. Zo geven Miller-Perrin en Perrin (2013) een definitie dat verwaarlozing een tekortkoming is voor de basisbehoeften van een kind op zowel fysiek als emotioneel gebied. Hiernaast wordt bij de definitie voor verwaarlozing vermeld dat het leven in armoede niet per definitie een vorm is van lichamelijke verwaarlozing. Bij het onderzoeken naar mishandeling wordt het inkomen en leefomgeving van de ouders in acht genomen (WHO, 2006). Dit is van belang om de oorzaak van het probleem op een adequate manier aan te pakken (Miller-Perrin & Perrin, 2013). Waar ook rekening mee gehouden wordt, is dat het eenmalig voor kan komen dat ouders tekort komen in hun opvoeding op een minimale wijze. Dit zal niet worden geclassificeerd als verwaarlozing. Wanneer sprake is van consequente en terugkerende gebreken in de opvoeding en ondersteuning van de basisbehoeften, zal gesproken worden van verwaarlozing. Ook wanneer de eenmalige uiting van verwaarlozing extreem is, kan worden benoemd onder kindermishandeling.

Verwaarlozing is vaak lastiger te definiëren omdat het vaak niet gepaard gaat met (lichamelijke) symptomen. Hierdoor is het ook lastiger om de ernst van het probleem te onderzoeken. Om deze reden is in het wetboek opgenomen dat de schade niet alleen berokkend hoeft te worden, maar ook dreigt berokkend te worden. Op deze manier wordt naar de situatie gekeken en de mogelijkheid tot schade die kan worden toegebracht aan het kind, dan wel emotioneel, dan wel fysiek (Miller-Perrin & Perrin, 2013).

Vroege blootstelling aan verwaarlozing wordt geassocieerd met het verhoogde risico op het ontwikkelen van psychologische stoornissen, zoals depressie en angststoornissen (Cohen, Menon, Shorey, Donna Le, & Temple, 2017). Hiernaast heeft verwaarlozing een gevolg van middelenmisbruik in de vroege volwassenheid. Alcohol gebruik viel hier echter niet onder (Cohen et al., 2017).

## 2.4 Emotionele verwaarlozing

Bij emotionele verwaarlozing ontbreken warmte en regels in een gezin (Miller-Perrin & Perrin, 2013). Wanneer een kind te maken krijgt met emotionele verwaarlozing, krijgt het hierdoor niet de kans op te groeien in een liefdevol gezin, waardoor de emotionele ontwikkeling wordt belemmerd. Ook wordt hiermee de lichamelijke ontwikkeling belemmerd.

*Met mijn moeder ergens over praten was moeilijk.*  
– Interview 3

*Affectief konden mijn ouders helemaal niets*  
– Interview 6

*Wij hebben onszelf opgevoed*  
– Interview 11

*Vroeger liep ik weleens naar beneden voor een knuffel, maar die kreeg ik dan niet.*  
– Interview 10

*Er was wel warmte maar ik voelde me niet veilig. Er waren veel regels waar ik me aan moest houden. Hierdoor was er een grote druk, want als ik me er niet aan hield dan was ik een verrader naar mijn moeder toe. Hierdoor was er vanaf jonge leeftijd al stress voor verantwoordelijkheid.*  
– Interview 8

*Mijn vader was er alleen met het eten. Hij toonde geen interesse in zijn eigen kinderen. Hij wist bijvoorbeeld niet eens welke brodtrommel van wie was, of welke fiets van wie was. Verjaardagen wist hij ook niet.*  
– Interview 6

*Er was geen vertrouwensband met mijn vader en moeder. Mijn moeder had hierbij emotioneel niks in te brengen, ze gaf excuses voor het gedrag van mijn vader. Mijn moeder gaf geen bescherming.*  
– Interview 5

Net als bij de emotionele mishandeling zijn ook de meldingen bij Veilig Thuis voor een groot deel toe te wijzen aan emotionele verwaarlozing (CBS, 2018). Doordat emotionele en lichamelijke verwaarlozing vaak samen wordt gevoegd, zorgen deze twee vormen van kindermishandeling voor de hoogste officiële cijfers (Gilbert et al., 2009).

Ook hier worden de gevolgen als negatiever en doordringender ervaren. Het lastige aan deze vorm van verwaarlozing is dat veel kinderen het niet als dusdanig ervaren. Sommigen komen er pas op latere leeftijd achter. Vaak komt dit omdat een kind niet beter weet dan de situatie waarin het opgroeit.

Dat emotionele verwaarlozing ook belemmerend is voor de lichamelijke ontwikkeling van kinderen is pas recentelijk in de wetenschap naar voren gekomen (Perry & Szalavitz, 2006). Kinderen hebben niet alleen voeding nodig, maar ook ouderlijke warmte en liefde. Doordat de ontwikkeling van deze kennis nog in de kinderschoenen staat, is het ingewikkeld om hier een duidelijk beeld van te kunnen vormen. Het onderzoek dat reeds is gedaan naar de nodige liefde voor de lichamelijke ontwikkeling is begonnen bij Harlow (1958) die onderzoek deed naar aapjes. In zijn baanbrekend onderzoek is naar voren gekomen dat aapjes liefde verkiezen boven de voeding.

Naast dit onderzoek, heeft dr. Perry, een Amerikaanse psychiater, een boek geschreven met daarin casussen die hij in zijn carrière tegen is gekomen. Enkele van deze casussen hadden



betrekking op kindermishandeling en specifiek ook op emotionele verwaarlozing. In het boek van Perry en Szalavitz (2006) worden niet alleen de zichtbare symptomen uitgelegd, maar ook psychische gevolgen. Zij beschrijven de karakteristieken, maar ook de veranderende patronen in de hersenen. In hoofdstuk 4 van het

boek wordt een casus besproken waar een meisje met ernstig ondergewicht in het ziekenhuis komt. Haar moeder geeft haar eten en kleren wat zij nodig heeft. Het enige wat ontbreekt in de opvoeding is de liefde van moeder. Door de ontbrekende liefde heeft het lichaam van het meisje zich niet ontwikkeld zoals zou moeten (Perry & Szalavitz, 2006). Verder in het boek gaat dr. Perry in op nog twee andere casussen van emotionele verwaarlozing die leiden tot afwijkend gedrag van de kinderen. In één van de hoofdstukken beschrijft hij een jongen in de gevangenis, terwijl zijn broer een goede carrière heeft. Na veel gesprekken met deze ouders, bleek dat de jongste van de broers is verwaarloosd, waardoor hij geen emotieregulatie heeft geleerd (Perry & Szalavitz, 2006). In nog een ander hoofdstuk wordt de casus besproken van een jongen die zich heeft leren gedragen als een hond, doordat hij in zijn vroege jeugd in een hondenkennel is gehouden. Door de afwezigheid van een emotionele band met ouders of verzorgers heeft deze jongen zich nooit leren gedragen als een jongen, maar in plaats hiervan als een hond. Zoals uit deze casussen blijkt, zijn de gevolgen van emotionele verwaarlozing breed en kan het sterk verschillen per individu.

Hiernaast wordt het getuige zijn van huiselijk geweld niet alleen beschouwd als emotionele mishandeling, maar ook als emotionele verwaarlozing. In deze situaties zijn de ouders emotioneel niet beschikbaar voor het kind. Ook kan het getuige zijn van geweld een traumatisch effect hebben op kinderen op latere leeftijd. Het meemaken van huiselijk geweld op een jonge leeftijd is als risicofactor voor het later plegen of slachtoffer zijn van partnergeweld (Perrin-Miller & Perrin, 2013). Dit proces wordt ook wel aangeduid als intergenerationele overdracht, waar wij in hoofdstuk 3 verder op in zullen gaan. Kinderen die geweld meemaken hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) (Perry & Szalavitz, 2006).

*“Je weet niet dat het niet normaal is, dus je kunt het ook niet missen” Ik vond het in het moment wel stom, maar daarna vergat ik het weer.*

– Interview 10

*Mijn ouders hadden geen goede band. Ze hadden veel ruzie onderling. Dit zorgde voor veel spanning, ook richting mij en mijn zusje.*

– Interview 10

## 2.5 Seksueel misbruik

Naast deze vier vormen van mishandeling wordt seksueel misbruik gezien als een aparte vorm en vormt hiermee de vijfde vorm van kindermishandeling. Seksueel misbruik kan zowel fysiek als non-fysiek contact zijn. Zo kan een dader foto's maken of kan een kind verplicht worden naar seksueel getinte beelden en handelingen te kijken (non-fysiek), of lichamelijke acties met het kind ondernemen, zoals aanraking en penetratie. Wat van belang is bij seksueel misbruik bij kinderen, is dat het kind in een relatie van afhankelijkheid staat met de dader (Miller-Perrin & Perrin, 2013). Hierdoor is het voor een kind moeilijk om af te wijzen en is het minder in staat te realiseren dat de situatie niet klopt.

*Toen ik rond 5 of 6 jaar was, was ik op vakantie met mijn ouders. Mijn vader dwong mijn moeder tot seks waar ik bij lag, in dezelfde kamer.*

*Mijn ouders hadden altijd seks waar ik bij was.*

- Interview 1

Seksueel misbruik is de meest besproken en meest onderzochte vorm van kindermishandeling. Om die reden hebben wij ervoor gekozen om hier minder aandacht aan te besteden. Niet omdat het minder belangrijk is, maar omdat al veel aandacht uit is gegaan naar deze specifieke vorm van kindermishandeling en wij graag meer inzicht willen krijgen in de ervaringen en gevolgen van lichamelijke en emotionele verwaarlozing en emotionele mishandeling.

## 2.6 Co-morbiditeit

*“Ma begon mij, over heel mijn lichaam, hard te slaan. “Je bent een verschrikkelijk kind, hoor je?”*

– Nina Blom

In dit voorbeeld zien we een combinatie van lichamelijke mishandeling en emotionele mishandeling.

Onderzoek heeft uitgewezen dat kinderen die worden blootgesteld aan één vorm van kindermishandeling, vaak ook ervaring hebben met een andere vorm (Euser et al., 2013; Gilbert et al., 2009) Uit het onderzoek van Euser en collega's is gebleken dat 55% van slachtoffers van kindermishandeling slechts één vorm hebben meegemaakt, 30% heeft aangegeven twee vormen mee te hebben gemaakt en 13% tot drie vormen van kindermishandeling (Euser et al., 2013). In het scholierenonderzoek geeft 1/3 van de leerlingen aan meerdere vormen van kindermishandeling te hebben ervaren (Schellingerhout & Ramakers, 2017). Ook bij Veilig Thuis wordt bij een groot deel van de meldingen een aard van co-morbiditeit aangetroffen bij de aard van het geweld van de melding. (CBS, 2018). Deze co-morbiditeit heeft ook een effect op de behandeling. De co-morbiditeit maakt het lastiger voor professionals om een eenduidige oorzaak te vinden, waardoor het moeilijker is om een traumabehandeling te starten. Hiernaast zorgt co-morbiditeit voor een cumulatief effect op de late gevolgen van mishandeling (Cecil et al., 2017). Om een beter beeld te krijgen van het effect van co-morbiditeit op de behandeling zou hier meer onderzoek naar gedaan moeten worden. Wanneer meer bekend is over de ernst en het effect van co-morbiditeit bij professionals kan hier in de behandeling op in gespeeld worden.

### 3. Risico- en beschermende factoren

Voor het plegen of ervaren van kindermishandeling zijn risico- en beschermende factoren gevonden. Deze worden in dit hoofdstuk verder besproken. Een risicofactor is een eigenschap of een factor die een persoon, of een gezin heeft dat leidt tot een verhoogd risico van het vertonen van bepaald gedrag. In dit geval een verhoogd risico voor het meemaken van kindermishandeling. Naast risicofactoren zijn ook beschermende factoren verbonden aan de ervaringen van kindermishandeling. Zo kunnen enkele factoren dienen als een mediator om de late gevolgen van kindermishandeling te mediëren en daarmee de impact licht verminderen.

#### 3.1 Risicofactoren

De grootste risicofactor voor het plegen van kindermishandeling is een laag opleidingsniveau van de ouders (Euser et al., 2013). Andere belangrijke risicofactoren voor kindermishandeling zijn werkloosheid van beide ouders; alleenstaande ouders; grote families; en stiefgezinnen (Euser et al., 2013; Gilbert et al., 2009). Hiernaast is ook de leeftijd van het kind als risicofactor gevonden. Namelijk jonge kinderen, tussen 0 en 3 jaar, hadden meer kans op het slachtoffer worden van kindermishandeling. Maar ook oudere adolescenten (Euser et al., 2013). Zoals eerder genoemd is het opvoedingsonmacht van de ouders de meest voorkomende oorzaak voor het plegen van kindermishandeling. De risicoleeftijden gaan samen met wat als moeilijke tijden worden ervaren in het ouderschap. De peuterpuberteit, zijnde van 18 maanden tot vier jaar, en de puberteit, vanaf 12 jaar tot gemiddeld 18 jaar. Omdat ouders niet met bepaald gedrag om weten te gaan, kunnen zij dit gaan uiten in fysiek straffen of schreeuwen tegen het kind. Met een klein verschil hebben ook meisjes een verhoogd risico op het meemaken van kindermishandeling. Dit is wat ook uit de interviews is gebleken. Het overgrote deel van de geïnterviewden, waren vrouwelijk. En uit veel verhalen bleek dat, bij lichamelijke mishandeling, zij juist jong waren of in de puberteit tijdens de gebeurtenissen.

Een andere risicofactor is intergenerationele overdracht. Bij intergenerationele overdracht wordt door een slachtoffer van vroeger de acties herhaald. Ouders die vroeger mishandeld zijn, hebben een verhoogd risico op het herhalen van de gedragingen bij hun eigen kinderen (Perry & Szalavitz, 2006). De nieuwe daders weten, door hun eigen ervaringen, niet hoe het in de opvoeding wel zou moeten, waardoor zij hun eigen geschiedenis gaan herhalen. Hier zou meer aandacht naar moeten komen door men in te lichten over kindermishandeling en de late gevolgen hiervan.

*Omdat ik niet wist hoe het anders moest, heb ik mijn eerste kind ook mishandeld.*

*-Interview 9*

#### 3.3 Beschermende factoren

Eén van de beschermende factoren is sociale steun (Sperry & Widom, 2013). Een andere benaming hiervoor zou zijn: positieve relaties. Door de sociale steun zijn kinderen in staat een coping mechanisme te ontwikkelen waarmee zij zich beter staande zouden kunnen houden in de negatieve situaties. Ook zou dit steunend zijn in de ontwikkeling. Zo heeft onderzoek aangetoond dat het ontvangen van sociale steun een mediator is bij de ontwikkeling van angststoornissen en depressie. Een voorbeeld van sociale steun zou kunnen zijn dat de overige familieleden steunen in het proces van herstel. In een aantal gevallen kan de familie ook steun bieden terwijl de mishandeling gaande is. Dit is niet per definitie een melding maken of aangifte doen, zoals in enkele interviews naar voren is gekomen, hebben slachtoffers van kindermishandeling soms al steun aan familie als zij een keuze krijgen of wanneer zij merken dat zij toch geliefd zijn door volwassenen.

Ook hiervan hebben wij enkele voorbeelden mogen horen:

*Bij opa en oma kreeg ik toch nog een keuze. De logeerpartijtjes daar waren altijd erg leuk.*

*-Interview 3*

*Voor mij was een belangrijk persoon een jongetje uit mijn klas. Hij gaf mij een briefje met daarop: "Ik vind jou lief". Dit heeft mij ondersteund in het overleven.*

*-Interview 7*

*Ik heb mijn opa en oma als steunende factor ervaren ondanks dat zij de mishandeling niet hebben gestopt. "Als zij van mij hielden, was ik misschien toch wel een goed kind."*

*-Interview 1*

Andere beschermende factoren voor kindermishandeling zijn: een hoog level van *self-efficacy*, dit is het vertrouwen hebben in je eigen bekwaamheid en vermogen om je doel te bereiken; en betrokkenheid van de ouders bij de activiteiten van hun kinderen (Slack, Berger, DuMont, Yang, Kim, Ehrhard-Dietzel, & Holl, 2011).

Echter, zoals al eerder aangegeven, is en blijft het lastig te voorspellen wat helpt in elke unieke situatie. Geen van de situaties zal identiek zijn. Zelfs niet binnen één gezin. Dit maakt het moeilijk om individuele risico- en/ of beschermende factoren te selecteren die in alle, of zelfs de meeste, respectievelijk nadelig of voordelig kunnen zijn.

*"Bij al dat op mijn pad komt: uit elk nadeel haal ik een voordeel."*

*- Interview 11*

*"Bij emoties zei mijn moeder: "Dat heeft geen zin, doe maar weg die tranen." Ze was er niet voor me en knuffelde mij niet. Maar hoe zwaar het ook geweest is en ingewikkeld, ben ik dankbaar voor hoe ik mij heb ontplooid. Ik ben vechtlustig en kan nog steeds van de simpele dingen genieten. Heb een mooi mens opgevoed."*

*- Interview 7*

## 4. Late gevolgen van verwaarlozing en mishandeling

*“Mijn ervaringen hebben mij gemaakt tot wie ik nu ben.”*  
- Interview 7

Verschillende studies hebben zich gericht op het blootleggen van de late gevolgen van kindermishandeling op de mentale gesteldheid tijdens periodes als adolescentie en de jongvolwassenheid. In de volgende alinea's zullen wij een overzicht schetsen van de late gevolgen op basis van de tot nu toe bekende literatuur voor emotionele mishandeling en verwaarlozing. Naast de gevolgen voor slachtoffers zelf, gaan we ook in op de maatschappelijke gevolgen, waaronder de kosten.

In het onderzoek dat wordt gedaan om meer te weten te komen over kindermishandeling, is het door de hoge co-morbiditeit lastig om specifiek de late gevolgen te analyseren van de afzonderlijke vormen van kindermishandeling. Hier is wel een poging naar gedaan. Zo zijn er enkele lange termijn gevolgen die veroorzaakt zijn door verwaarlozing. Kinderen die in hun vroege jeugd zijn verwaarloosd, hebben een hoger risico op een verminderde cognitieve ontwikkeling. De effecten van verwaarlozing zijn cumulatief en worden gevonden over het hele spectrum van de ontwikkeling van kinderen (Hildyard & Wolfe, 2002; Miller-Perrin & Perrin, 2013). De ontwikkelingsdomeinen die hier worden bedoeld, zijn: sociaal-emotioneel, cognitief en gedrag (Hildyard & Wolfe, 2002). Deze gebieden ontwikkelen zich vanaf de vroege jeugd tot in de late adolescentie. Door de langdurige ontwikkeling, worden de domeinen ook in de volwassenheid bedreigd. Op gedragsniveau kunnen de late gevolgen zowel internaliserend als externaliserend zijn (Gilbert et al., 2009). Voorbeelden van internaliserend probleemgedrag kunnen zijn: depressie, angststoornissen. Externaliserend probleemgedrag is naar buiten gericht en kan de vorm aannemen van agressie en criminaliteit.

Enkele late gevolgen waar slachtoffers van kindermishandeling mee te maken kunnen krijgen zijn het ontwikkelen van posttraumatische stressstoornis (PTSS), depressie, eetstoornissen, abnormaal seksueel gedrag, alcoholproblemen in de late adolescentie en volwassenheid, en agressie naar anderen toe (Gilbert et al., 2009). In het volgende hoofdstuk worden enkele van deze late gevolgen verder uitgewerkt om zo een beter beeld te kunnen scheppen wat voor late gevolgen voortkomen uit kindermishandeling en hoe deze een effect kunnen hebben op individuen.

### 4.1 Kindermishandeling in de maatschappij

Naast de schade die individuen oplopen, heeft kindermishandeling ook een negatief effect op de maatschappij. Zoals eerder genoemd, zijn jaarlijks, volgens officiële cijfers, 119.000 kinderen slachtoffer van kindermishandeling. De extra maatschappelijke kosten lopen jaarlijks tot bijna € 3.000 per slachtoffer van kindermishandeling (Thielen et al., 2016). Deze getallen lopen hoog op en staan voor de kosten die voornamelijk worden gependend aan de zorg. Specifiek kost emotionele verwaarlozing zo'n € 3,5 miljard; emotionele mishandeling €1,2 miljard; € 915 miljoen voor lichamelijke mishandeling; € 1,2 miljard voor seksueel misbruik en de co-morbiditeit kost de samenleving zo'n € 4,1 miljard (Ransen & Tanger, 2018). Deze cijfers zijn op jaarbasis. Over de jaren heen loopt dit erg hoog op.

Behalve de psychologische hulp die slachtoffers (niet eens altijd) ontvangen, waar in de volgende paragraaf verder op in zal worden gegaan, zijn er ook andere gevolgen voor de zorg. Zo is in eerder onderzoek gevonden dat slachtoffers van kindermishandeling een slechtere gezondheid hebben dan kinderen die dit niet hebben meegemaakt (Boullier & Blair, 2018). Dit heeft te maken met dat deze mensen een ander coping mechanisme ontwikkelen, waardoor hun gezondheid negatief wordt beïnvloedt. Zo hebben kinderen die slachtoffer zijn van kindermishandeling een verhoogd risico op het ontwikkelen van obesitas (Gilbert et al., 2009). Specifiek voor seksueel misbruik worden eetstoornissen als boulimia en anorexia aangetoond. Er wordt gesuggereerd dat volwassenen die

kindermishandeling hebben meegemaakt, vaker chronische pijn ervaren. Het onderzoek van Gilbert en collega's (2009) kan dit echter niet bevestigen. Wat onderzoek daarentegen wel heeft bevestigd, is dat slachtoffers een verhoogd risico, tot twee keer vaker, voor het ontwikkelen van een chronische ziekte hadden (Boullier & Blair, 2018). Ook heeft deze groep een verhoogd risico op het ontwikkelen van diabetes en hart- en vaatziekten. Naast het verhoogd risico op het ontwikkelen van chronische ziektes, zijn slachtoffers van kindermishandeling sneller geneigd hulp te zoeken bij een arts (Boullier & Blair, 2018). Hier moet echter rekening gehouden worden met het al bestaande verhoogd risico op het ontwikkelen van chronische ziekten, waarvoor men vaker naar de dokter moet.

De nadelige effecten gaan verder dan slechts de gezondheidszorg. Naast deze effecten, hebben de negatieve vroege ervaringen ook een blijvend effect op de maatschappelijke participatie van de groep mensen. Gilbert en collega's (2009) hebben aangetoond dat slachtoffers van kindermishandeling vaker in een ondergeschikte baan terechtkomen. Ook blijven zij minder binnen één bedrijf werken (Gilbert et al., 2009). Dit wijst uit dat zij vaker moeten solliciteren, of vaker geen baan hebben dan volwassenen die geen kindermishandeling hebben meegemaakt. Naast de effecten op de carrière is uit het interview naar voren gekomen dat deze groep mensen meer moeite heeft met het maken en in stand houden van relaties. Om deze mensen hierin te kunnen ondersteunen tijdens en na de behandeling, wordt aangeraden hier meer onderzoek naar te doen.

Waar in de maatschappij rekening mee dient gehouden te worden is het risico van intergenerationele overdracht. Deze specifieke risicofactor draagt als extra risico dat kinderen, onnodig, slachtoffer worden van kindermishandeling, waardoor een hogere prevalentie zou kunnen ontstaan. Om dit zoveel mogelijk te voorkomen, moet er meer aandacht komen voor dit fenomeen. Zo kunnen voorlichtingen geregeld worden waar aandacht wordt gegeven, zonder te veroordelen, aan hoe het opvoeden wel moet en hoe ouders om kunnen gaan met frustraties in de opvoeding. Met extra aandacht voor de gevolgen van kindermishandeling op de lange termijn.

De prevalentie studie van Euser en collega's (2013) heeft aangetoond dat de officiële cijfers en de cijfers van de zelfrapportage over de jaren heen steeds meer overeen kwamen (Euser et al., 2013). Dit toont aan dat professionals vaker een melding maken bij verdenkingen van kindermishandeling. De kennis van signaleren en melding is hiermee in een stijgende lijn.

#### **4.2 Late gevolgen van emotionele mishandeling: voorspeller van psychiatrische problemen**

Voor het ontsluiten van de gevolgen van mishandeling en verwaarlozing maakten Cecil en collega's (2017) een onderscheid tussen unieke en algemene effecten. Zo bestaan bij bepaalde vormen mishandeling of verwaarlozing enkele unieke effecten, zoals bij emotionele mishandeling. Emotionele mishandeling voorspelt op latere leeftijd PTSS-symptomen en is als enige type uniek in verband gebracht met de ernst van de PTSS-symptomen en het niveau van posttraumatische stress. Ook versterkt emotionele mishandeling de effecten van andere vormen van mishandeling en verwaarlozing en heeft het een unieke impact op de niveaus van dissociatie die kunnen bestaan bij het slachtoffer (Cecil et al., 2017). Dissociatie<sup>1</sup> wordt momenteel in verband gebracht met emotionele mishandeling, doordat een emotioneel dreigend en onveilige omgeving het zelfbeeld van de jongere kan fragmenteren en aantasten. Verder is uit onderzoek gebleken dat bij deze onveilige omgevingen dissociatie een adaptieve strategie is om hiermee om te gaan (Cecil et al., 2017). Zo kan iemand - als hij/zij fysiek niet in staat is om te vluchten - door middel van dissociatie toch uit de omgeving ontsnappen.

Als tweede uniek effect kwam uit onderzoek naar voren dat, naast het bijdragen aan de ernst van trauma-symptomen, emotionele mishandeling een nadelig effect heeft op de ontwikkeling van een positief zelfbeeld en eigenwaarde: het voorspelt van zichzelf al internaliserende problemen, los van de algemene effecten van andere typen van mishandeling en verwaarlozing op deze internaliserende problematiek (Cecil et al., 2017). Zo blijkt volgens de studie van Cecil (2017) dat emotionele mishandeling op eigen wijze angst en depressie voorspelt op latere leeftijd. Een door hen aangehaald en mogelijk verklarend mechanisme was dat "*de aanhoudende denigrerende ervaringen bij het kind*

---

<sup>1</sup> Geestesgesteldheid waarin bepaalde gedachten, emoties, waarnemingen of herinneringen buiten het bewustzijn worden geplaatst, tijdelijk niet 'oproepbaar' zijn of minder samenhang vertonen.

ervoor kunnen zorgen dat het kind deze kritiek internaliseert, wat bijdraagt aan een laag gevoel van eigenwaarde en negatieve percepties van het kind ten opzichte van zichzelf" (2017, p. 115).

*"Ik was bang dat mensen zouden denken dat ik een ontzettend slecht mens was.  
Waarom? Omdat m'n moeder niet van mij hield:  
dan moet je wel een slecht mens zijn."  
- Interview 2*

Naast internaliserende problematiek speelt emotionele mishandeling ook een rol bij het ontwikkelen van gevoelens van vijandigheid. Dit komt doordat moeilijkheden affect te reguleren óók een rol spelen bij het in goede banen leiden van gevoelens van woede, naast het feit dat deze moeilijkheden het risico op het ontwikkelen van depressie en angst vergroten (Cecil et al., 2017). Alle resultaten gelden voor zowel vrouwen als mannen en de ernst van de psychiatrische symptomen wordt ook bepaald door het aantal verschillende vormen van mishandeling dat men ervaren heeft in zijn of haar jeugd: hoe meer vormen (ook wel multipele mishandeling geheten), hoe meer psychiatrische problematiek. Helaas blijkt ook uit veel studies dat het samengaan van verschillende vormen van mishandeling en verwaarlozing eerder regel dan uitzondering is, aangezien uit zelfrapportages onder jongeren blijkt dat bij hen in maar 1 op de 4 gevallen sprake is van enkel 1 door hen ervaren vorm van mishandeling (Cecil et al., 2017; Euser et al., 2013). Co-morbiditeit, komt dus aantoonbaar vaker voor en dit hangt op lineaire wijze samen met de ernst van de psychiatrische symptomen op latere leeftijd. In het kader van emotionele mishandeling betekent dit dus niet alleen verschillende ernstige mentale gezondheidsuitkomsten gelieerd aan dit type mishandeling op zichzelf. Er is ook sprake van een versterkend en schadelijk effect van emotionele mishandeling op alle andere vormen waar het mee samen kan gaan (Cecil et al., 2017).

Uit de studie van Barahmand, Khazaei en Hashjin (2016) kwam naar voren dat emotionele mishandeling verband houdt met middelengebruik bij adolescenten. Deze onderzoekers vonden dat hier sprake was van mediatie bij emotionele mishandeling - die loopt via slechtere emotieregulatie - op het gebruik van Tramadol: de neiging om dit opiaat te gebruiken voor het verlichten van stress en het ervaren van een positieve stemming bij adolescenten bleek indirect gelinkt aan emotionele mishandeling. Dit kwam doordat emotionele mishandeling de ontwikkeling van adaptieve emotieregulatie vaardigheden verstoort die een adolescent in staat hadden gesteld om op goede wijze met stressoren om te gaan. Hierdoor waren zij eerder geneigd zich te wenden tot het gebruik van dit middel. Bovendien geven de onderzoekers aan dat deze eerste stap in Tramadol-misbruik kan leiden tot het ontwikkelen van nog meer ernstige vormen van middelenmisbruik op latere leeftijd (Barahmand et al., 2016). Tevens bleek ook uit het hiervoor eerder aangehaalde onderzoek van Cecil en collega's (2017) dat emotionele mishandeling kan leiden tot risicovol gedrag. Een bijkomend mogelijk gevolg van een slechtere emotieregulatie – naast middelenmisbruik, angst, depressie en gevoelens van vijandigheid – betreft namelijk ook het risico op suïcide dat bij dit type mishandeling als algemeen effect gevonden is (Cecil et al., 2017; Felitti et al., 1998). Ook wijzen Barahmand en anderen (2016) op het klinische belang van suïcide-probleem bij opiaten-misbruikers: zij hebben meer kans om pogingen te ondernemen en om te slagen zichzelf het leven te benemen. Emotionele mishandeling is dus aan veel meer gelinkt dan enkel een geïnternaliseerd negatief zelfbeeld en lage eigenwaarde bij de opgroeiende jongere. Het is ook gekoppeld aan risicovol gedrag, waaronder (pogingen tot) suïcide. Het moet niet onderschat worden in haar unieke, algemene en versterkende effecten en het samenspel van al deze effecten op onder andere de mentale gezondheid van de latere volwassene.

*“ ‘Je bent een stom, slecht, onhandig kind’, zei mijn moeder. Ik had het gevoel dat ik niet gezien werd en niet goed genoeg was. Ik was niet belangrijk en probeerde het daarom te “verdienen” om in de wereld te mogen zijn.”*

*- Interview 2*

*“Emotionele mishandeling is een van de moeilijkste dingen: Je gelooft het. Lichamelijk kun je je weren, maar constant onderdrukt worden kun je je niet tegen weren.”*

*- Interview 3*

Kortom: slachtoffers van emotionele mishandeling (en ook verwaarlozing) hebben met net zulke ernstige of zelfs slechtere gevolgen te maken dan slachtoffers van andere vormen van mishandeling (Gilbert et al., 2009; Grossman, Spinnazola, Zucker & Hopper, 2017). De slachtoffers hebben meer moeite om veilige, gezonde en liefhebbende relaties met anderen aan te gaan en ze bezitten een negatiever zelfbeeld en hun gevoel van eigenwaarde is negatiever (Gilbert et al., 2009; Grossman, 2017). Ze internaliseren hun gevoelens van stress waardoor zij vaker moeilijkheden ervaren met depressie, angsten, sociaal teruggetrokken en geïsoleerd zijn. Ook kennen zij slechtere coping strategieën en een grotere prevalentie van automutilatie, middelenmisbruik en risicovol gedrag (Gilbert et al., 2009; Grossman, 2017).

#### **4.3 Late gevolgen van emotionele verwaarlozing: verschillende problematische gevolgen**

Ook emotionele verwaarlozing kent abnormale ontwikkelingsuitkomsten: verwaarlozing tijdens de vroege kindertijd resulteert in verhoogde niveaus van depressie en PTSS gedurende jongvolwassenheid (Cohen, et al., 2017; Neumann, 2017). In een longitudinale studie werden emotionele en lichamelijke verwaarlozing onderzocht, aangezien deze vormen van verwaarlozing het meest voorkomen en 1 op de 5 jongeren treffen in enigerlei vorm (Cohen et al., 2017). Ondanks dat lichamelijke en emotionele verwaarlozing het meest voorkomen wereldwijd, is hier veel minder onderzoek naar gedaan. Desalniettemin blijkt deze vorm van mishandeling eveneens de normale ontwikkeling naar volwassenheid te hinderen: vroege blootstelling aan emotionele verwaarlozing werkt ook middelenmisbruik en internaliserende problemen in de hand op latere leeftijd, waaronder sigaretten-gebruik in de aanloop naar volwassenheid en illegaal drugsmisbruik ten tijde van de volwassenheid (Cohen et al., 2017). Daarnaast blijkt emotionele verwaarlozing bij de studie van Comijs en collega's (2013) het sterkst gerelateerd aan het ontstaan van depressie, zowel op vroege als late leeftijd.

Het Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke chronische Traumatisering (CELEVT, 2017) geeft aan dat *“het ontbreken van affectieve interactie en wederzijdse afhankelijkheid in de vroege kinderjaren tussen het jonge kind en de verzorgende(n) wordt gezien als een grotere bedreiging voor het ontwikkelen van een stabiele en gezonde persoonlijkheid dan daadwerkelijk lichamelijke dreiging of levensgevaar. Het verborgen trauma van emotionele verwaarlozing leidt tot het deactiveren van de normale respons op hechtingssignalen in reactie op het onvermogen van de verzorger om affectieve disregulatie te moduleren ”* (p. 15-16). Met andere woorden doet een thuisomgeving waar het kind emotioneel verwaarloosd wordt af aan diens vermogen om een stabiele en gezonde persoonlijkheid te ontwikkelen, omdat deze niet meer normaal reageert op hechtingssignalen en er niet op kan rekenen dat de verzorger helpt de emoties te reguleren, wat nodig is voor het ontwikkelen van deze gezonde persoonlijkheid (CELEVT, 2017). Het kind ontwikkelt dan geen emotieregulatie, geen zelfzorg en leert zijn basale behoeften niet te uiten (CELEVT, 2017). Het heeft “geleerd” om zijn behoeften te negeren om te kunnen overleven.



*“Ik was mijn zelfvertrouwen en eigen smaak kwijt.”  
- Interview 3*

#### **4.4 Late gevolgen van emotionele verwaarlozing en mishandeling**

Volgens het CELEVT (2017) zijn de volgende gevolgen bij emotionele mishandeling en verwaarlozing bij cliënten het geval: gedesorganiseerde gehechtheid, complexe posttraumatische stressstoornis (CPTSS), dissociatieve stoornissen, hechtingsstoornissen, angst- en depressieve stoornissen, suïcidaliteit, somatische klachten, relatieproblemen, eetstoornissen, zelfbeschadiging, seksueel onaangepast gedrag, agressief en gewelddadig gedrag, leer- en geheugenproblemen, een laag zelfbeeld, verminderde sociale competentie, een lagere sociaaleconomische status en een lagere levensverwachting.

Het is bekend dat zowel emotionele mishandeling en verwaarlozing op significante wijze depressie voorspellen, en het ging hier met name om het herinneren van emotioneel trauma dat hiermee geassocieerd wordt (Neumann, 2017). De vroege kindertijd is een kwetsbare periode in het leven waarin interpersoonlijke ervaringen leiden tot relatief stabiele schema's over zelf en anderen (Neumann, 2017). Juist in tijden van stress, met name interpersoonlijke stress, worden dan deze vroege schema's (gebaseerd op ervaringen uit de kindertijd) geactiveerd in tegenstelling tot de schema's die later gevormd zijn. Wanneer een persoon met negatieve en pijnlijke herinneringen niet behandeld wordt, kan dit uitmonden in een depressie.

Ook Comijs, Exel, van der Mast, Paauw, Oude Voshaar en Stek (2013) geven aan dat er een verband bestaat tussen emotionele verwaarlozing of mishandeling en een depressie op latere leeftijd, zelfs na de leeftijd van 60 jaar. Met andere woorden: mensen die als kind ernstig mishandeld zijn, kunnen hier een leven lang last van ondervinden.

*“Je loopt altijd achter: de schade is en blijft. Je wilt meedoen, maar keuzes maken is moeilijker. Je maakt minder een onderdeel van de maatschappij uit, ook op je werk. Ik heb last van angst in nieuwe situaties. Paniekerig, relatief snel angstig. Vervelend is het gevoel om 2x zo hard te moeten werken om hetzelfde te bereiken als anderen. Ik heb een verminderd vermogen om met stress om te gaan.”*

- Interview 5

*“Ik ben 80% afgekeurd. Ik ben bang om te werken, omdat ik daar ook getreiterd kan worden. Zo bang om weer in het proces te komen. Ook angst online om gepest te worden.”*

- Interview 9

De depressie bij deze groep kent ook een chronisch verloop (Comijs et al., 2013). Opmerkelijk uit dit onderzoek bleek dat het ontstaan van de 1e depressie ook kan plaatsvinden op latere leeftijd, ook al bleek het verband met het vroeg ontstaan van een depressie sterker, met name bij emotionele verwaarlozing (Comijs et al., 2013).

Ook is emotionele mishandeling en verwaarlozing gerelateerd aan chronische ziekten en verhoogde ontstekingsniveaus en slechtere gezondheidsuitkomsten op latere leeftijd (Comijs et al., 2013). Verslechterde gezondheid kan ook de kwetsbaarheid voor depressie verhogen bij slachtoffers van kindermishandeling. Kindermishandeling is dus niet alleen gerelateerd aan psychische kwetsbaarheid, maar ook lichamelijke kwetsbaarheid (Comijs et al., 2013).

Daarnaast is emotionele mishandeling en verwaarlozing gerelateerd aan zorgen over de gezondheid (Reiser, McMillan, Wright & Asmundson, 2014). Hier is sprake van mediatie: een hogere blootstelling aan negatieve vroege kindervaringen is geassocieerd met hogere niveaus van zorgen

over de gezondheid en dit loopt indirect via de negatieve gevoelens bij de persoon en via de mate van angst/zorgen die een persoon kenmerkt (Reiser et al., 2014). Hier moet dus ook aandacht aan worden besteed om zorgen over de gezondheid of ziekte-angststoornis te verhelpen.

Verder geven Tardif-Williams, Tanaka, Boyle en MacMillan (2017) aan dat er een sterke link bestaat tussen lichamelijke en seksuele mishandeling en moeilijkheden om later relaties met anderen te vormen. De doelgroep uit dit verslag bestaat uit slachtoffers van emotionele verwaarlozing en mishandeling, maar aangezien deze vormen vaker samengaan met bijv. lichamelijke en seksuele mishandeling, is het niet ongebruikelijk om deze uitkomst mee te nemen in ons verslag. Onze doelgroep heeft ook lichamelijke en seksuele mishandeling meegemaakt en gaf aan dat dit hen nog steeds in de weg zat bij het aangaan van diepe banden met anderen. Tardif-Williams en collega's (2017) geven ook aan dat de relationele moeilijkheden die men ervaart, voortduren tot in de volwassenheid. Verder geeft het CELEVT (2017) aan dat de groep emotioneel mishandelden extra gevoelig zijn voor sociale dreiging, uitsluiting en afwijzing. Hieronder volgt een compilatie van uitspraken uit de interviews over de invloed van de ervaringen van kindermishandeling en verwaarlozing op de relaties die men aangaat op latere leeftijd:

*"Ik zal altijd eerst de vraag ontwijken, maar ik wil wel meer leren te leunen op anderen. Ook al heb ik geen andere mensen nodig om dingen te verwerken of te bespreken. Het is niet leuk om alleen te zijn, het is leuker met anderen."*

- Interview 10

*"Ik kapte vriendschappen af: als het close werd, durfde ik niet verder. Omdat mijn vader mij lesbisch noemde."*

- Interview 9

*"Het is moeilijk om onbezorgd een relatie te hebben."*

- Interview 5

*"Mijn partner zegt: 'Ik accepteer dat ik jou niet voor de volle 100% heb.' Ik ben terughoudender in contacten en in het kwetsbaar opstellen. Ik snakke naar contacten, maar als het ook maar enigszins iets meer kon worden, ging het weg."*

- Interview 7

*"Bij relaties zit het onvoorwaardelijke er niet in bij mij."*

- Interview 6

*"Ik had nooit verwacht dat ik na 17 jaar nog bij mijn huidige man zou zijn."*

- Interview 9

*"Toen ik voor het eerst hoorde dat ik lief was, snapte ik er niets van."*

*Blijf bang dat hij me verlaat. Relatie is een van de moeilijkste dingen."*

- Interview 1

*"Ik heb een eigen intieme manier moeten zoeken en gevonden. Eerst hadden we geen gelijkwaardige relatie, nu weer wel."*

- Interview 3

*"Bij relaties heb ik tijd nodig. Heb ontzettend angst om te vertrouwen. Op korte termijn afspreken gaat wel, maar op lange termijn afspraken maken zoals samenwonen niet, vanwege mijn bindingsangst. Complimenten en houden van is nog lastig om te zeggen en te krijgen."*

- Interview 4

*"Ik kom minder vanuit mezelf met iets. komt bijna niet in me op. Heb niet de neiging om te praten over dingen die mij dwarszitten. Niet omdat ik het niet wil, maar omdat ik het niet gewend ben. Ik sta ook iets verder van mijn vrienden af dan gemiddeld."*

- Interview 10

Soms kan mishandeling later herhaald worden door degene die mishandeld of verwaarloosd is geweest. In het merendeel echter wordt de vicieuze cirkel doorbroken, waardoor deze mishandelde groep niet ook nog hun eigen kinderen gaat mishandelen, misbruiken of verwaarlozen (CELEVT, 2017). Over ouderschap en het opvoeden hebben de geïnterviewden de volgende uitspraken gedaan:

*"Zo'n eentje als mij vind je niet meer. Ik ben verdomd sterk. Zeer goede probleemoplosser ook en de beste moeder op aarde. wat mijn ouders deden zal ik nooit en te nimmer mijn kinderen aan doen."*

- Interview 11

*“Werd op m’n 39<sup>e</sup> pas moeder. Ik kon niet hechten. Hoe kan je dan een kind grootbrengen? Ik had geen ego: mijn kind zou onzeker en afhankelijk worden.”*  
- Interview 6

*“Ik heb een vervormd beeld van hoe thuis eruit ziet, wat ouders zijn en wat die voor je betekenen.”*  
- Interview 10

*“Ik heb problemen met eigenwaarde en onzekerheid. Er gebeuren snel dingen die vervelend kunnen aanvoelen.”*  
- Interview 8

*“Mijn systeem zit sneller in de alarmfase. Ik kan mijn emoties met ratio beheersen.”*  
- Interview 7

Verder kwam uit de interviews naar voren dat de ervaringen van mishandeling en verwaarlozing impact hebben gehad op het al dan niet afmaken van een opleiding en op de carrièrekeuze van de geïnterviewden. Ook spraken ze over de impact van de ervaringen op het werken zelf. Hierover zijn de volgende uitspraken gedaan:

*“Bij verbaal sterkere mensen voel ik mij klein & bang.”*  
- Interview 6

*“Ik heb achterstand in mijn hbo-opleiding. Nu pas, op m’n 24<sup>e</sup>, begonnen.”*  
- Interview 4

*“Werk was te druk, hield ik niet vol. Als een manager of collega autoritair deed, was het weer stress.”*  
- Interview 4

*“Als dit niet was gebeurd, had ik gestudeerd.”*  
- Interview 3

*“Als dit niet was gebeurd, had ik mogelijk gekozen voor fotografie, dus een andere beroepskeuze gemaakt. Maar ik moest van mijn vader met computers bezig gaan. Met iets creatiefs, ook al wilde ik dat, kon ik volgens hem geen brood verdienen.”*  
- Interview 9

*“Ik heb de lat altijd hoog gelegd. Nu ervaar ik dat anderen dingen fout doen, dus mag ik misschien ook wel iets vergeten. Ik leer dat fouten maken hoort bij het leven.”*  
- Interview 7

Als het gaat om de impact van de ervaringen van emotionele mishandeling en verwaarlozing besluiten we dit hoofdstuk met de volgende 3 uitspraken, die voor zichzelf spreken als het gaat om de ernst van kindermishandeling op de ontwikkeling van de latere volwassene:

*“Ik heb problemen met eigenwaarde en onzekerheid. Er gebeuren snel dingen die vervelend kunnen aanvoelen.”*  
- Interview 8

*“Mijn systeem zit sneller in de alarmfase. Ik kan mijn emoties met ratio beheersen.”*  
- Interview 7

*“Mijn emotie- Emmertje zit halfvol. Ik word sneller moe en ben sneller emotioneel. Dissociëren kostte veel energie om op de wereld te blijven.”*  
- Interview 6

## 5. Behandelingen

*“Vroeger zocht ik geen hulp, omdat ik de “grote broer” moest zijn. Daarom is het nu moeilijk om hulp te zoeken.”*

- Interview 10

### 5.1 Werkzame soorten behandelingen

Welke behandelingen zijn effectief bij welke late gevolgen van kindermishandeling? Dat is de vraag die in dit hoofdstuk aan de orde is. Helaas ontbreekt nog veel informatie over behandeling van de specifieke doelgroep van slachtoffers van emotionele verwaarlozing en mishandeling en is een achtergrond van mishandeling niet altijd meegenomen als moderator in onderzoek. Zo geven Harkness, Bagby en Kennedy (2012) aan dat er meer vervolgonderzoek moet komen om dit hiaat in kennis aan te pakken. Er is wel een begin gemaakt in wetenschappelijke literatuur om de groep (ernstig) mishandelden te onderscheiden van de groep zonder (ernstige) mishandeling bij het bepalen van de mechanismen en processen die een rol spelen bij de behandelingsuitkomsten. In dit hoofdstuk hebben wij de resultaten op een rij gezet wat betreft de werkzame soorten behandelingen die tot nu toe wel bekend zijn en die onderbouwd zijn door wetenschappelijke literatuur, aangaande onze doelgroep van cliënten die te maken hebben gehad met emotionele mishandeling en/of verwaarlozing. Verderop komen de werkzame elementen inzake de processen tijdens de behandeling aan bod. Hieronder volgen eerst de werkzame soorten behandelingen die worden ingezet bij de doelgroep en waarom deze aangewezen zijn voor de doelgroep.

#### 5.1.1 Antidepressiva en cognitieve gedragstherapie bij terugkerende perioden van depressie

Harkness en anderen (2012) concluderen dat interpersoonlijke therapie<sup>2</sup> niet in alle gevallen kan werken. Bij de groep ernstig mishandelde en verwaarloosde cliënten die lijden aan terugkerende episodes van depressie werkt antidepressiva het beste: 84% reageert hier goed op (Harkness et al., 2012). Als alternatief voor medicatie is cognitieve gedragstherapie een goede optie om in te zetten bij deze groep. Opvallend is dat van de 3 behandelingsoorten die deze onderzoekers onderzochten, er geen verschillende resultaten in uitkomsten vertoond worden bij de groep zonder geschiedenis van ernstige mishandeling en/of verwaarlozing ten opzichte van de groep met deze geschiedenis (Harkness et al., 2012). De groep zonder geschiedenis van emotionele mishandeling en/of verwaarlozing profiteerde wél van interpersoonlijke therapie, waar de groep ernstig mishandelden dat niet deden: zij geven als mogelijke verklaring dat deze laatste groep vaker ambivalent of vermijdend gehecht is en dat deze groep daardoor significant minder uit interpersoonlijke therapie kan halen (Harkness et al., 2012). Hierdoor slaan antidepressiva en cognitieve gedragstherapie - beiden minder afhankelijk van de cliënt-therapeut relatie - bij deze groep beter aan. Tegelijkertijd is het belangrijk om te vermelden dat hier meer onderzoek naar moet worden gedaan volgens de auteurs, die op geen enkele wijze het belang van deze cliënt-therapeut relatie in hun artikel teniet doen en enkel en alleen aangeven dat de doelgroep ernstig mishandelden mogelijk minder kan profiteren van deze relatie. Het is interessant voor de praktijk als hier gericht onderzoek naar kan worden gedaan. Vanwege de hoge kans op terugkerende depressie is het ook van belang dat er onderhoudende therapie kan plaatsvinden nadat cliënten voor hun depressieve periode uitbehandeld zijn. Dit heeft te maken met het feit dat een achtergrond van mishandeling een voorspeller is voor een terugkerende depressie binnen 12 maanden na het afsluiten van de behandeling (Harkness et al., 2012).

---

<sup>2</sup> Een steunende gesprekstherapie specifiek ontworpen voor de behandeling van depressie die voortkomt uit ingrijpende veranderingen of is ontstaan door verstoringen in belangrijke relaties

*“Ik ga 1x per maand naar een particuliere GGZ-instelling, voor wat ik “onderhoudstherapie” noem. Zij stimuleren juist, waardoor ik er al sinds mijn 45e elke maand kom.”*  
- Interview 3

### 5.1.2 Schematherapie bij chronische depressie: aanpakken van maladaptieve schema's

Bij schematherapie wordt de onderliggende oorzaak aangepakt die aan de basis ligt van psychopathologie, in dit geval vroege maladaptieve schema's (Renner, Arntz, Leeuw & Huibers, 2013). Deze schema's zijn stabiel en het zijn langdurige overtuigingen over zichzelf en de wereld. Hierbij wordt de oorsprong gevonden in negatieve ervaringen gedurende kindertijd, waaronder emotionele mishandeling en verwaarlozing. Er zijn wel 18 vroege maladaptieve schema's, waaronder de volgende 5: (1) verlating/instabiliteit (ervaren instabiliteit en het niet kunnen rekenen op degenen die steun kunnen bieden), (2) wantrouwen/mishandeling (verwachting dat anderen je opzettelijk pijn doen, vernederen, manipuleren, tegen je liegen of je gebruiken), (3) emotionele deprivatie (de verwachting dat iemands behoeften voor emotionele steun, verzorging, empathie en bescherming door anders niet gehonoreerd zullen worden), (4) schaamte/defect zijn (voelen dat je slecht, ongewild en inferieur bent) en (5) afhankelijkheid/incompetentie (het geloof dat je niet zonder hulp van anderen je verantwoordelijkheden zal aankunnen). Dit zijn slechts 5 van de 18 schema's, en al tekenend voor wat ook in de interview naar voren kwam.

Bij een stressvolle gebeurtenis kunnen de schema's "gewekt" worden en geactiveerd, wat volgens schematherapie kan leiden tot symptomen van psychopathologie en onaangepast gedrag, waardoor deze schema's moeten worden veranderd naar adaptieve schema's (Renner et al., 2013). Dit is ook het doel van schematherapie. Cliënten leren om bewijs te vergaren dat het schema weerlegt, zodat zij gaan inzien dat het schema niet klopt. Ook wordt in de laatste stap binnen schematherapie de aandacht gericht op het breken van patronen, zoals vermijding (Renner et al., 2013). In plaats van vermijden zou de cliënt dan zich bijvoorbeeld assertiever kunnen gaan opstellen bij interpersoonlijke problemen en ontwikkelt het een betere en adaptieve interpersoonlijke stijl. Het verschil met cognitieve therapie, is dat bij schematherapie doelgericht gekeken wordt naar het veranderen van de schema's en dat er aandacht is voor het ontstaan ervan en er een link wordt gelegd tussen de huidige problemen met de vroege gebeurtenissen (Renner et al., 2013). Er is dus een focus op de ontwikkelingscontext waarin schema's zich ontwikkeld hebben en specifiek oog voor de achtergrond van onze doelgroep (slachtoffers van emotionele mishandeling en verwaarlozing).

Binnen schematherapie staat de therapeutische band centraal, omdat de therapeut de cliënt op empathische wijze kan confronteren met gedragingen die komen door onderliggende vroege maladaptieve schema's. Ook kan de therapeut de cliënt voorzien in behoeften die bij de cliënt onvervuld zijn gebleven en de therapeut kan de cliënt aanmoedigen om voor zijn eigen behoeften zorg te gaan dragen (Renner et al., 2013). *Chair dialogues*, verschillende stoelen die allemaal een kant van de cliënt symboliseren, kunnen worden ingezet om de verschillende schema modi (zoals de eisende ouder modus of het kwetsbare kind) te adresseren. Zo kan de therapeut dan grenzen stellen aan het zelf-bestrafende gedrag en het eisende gedrag van de cliënt ten opzichte van zichzelf, en zorgen voor het kwetsbare innerlijke kind van de cliënt, totdat de cliënt een gezonde volwassen-modus heeft ontwikkeld. Als dat tot stand is gekomen kan de therapeut de cliënt aanmoedigen en hier verder in coachen, opdat deze meer vertrouwen en autonomie ontwikkelt en niet meer terugvalt (Renner et al., 2013).

Ook is het doel om te zorgen voor functionele copingstrategieën: cliënten met negatieve schema's kennen 3 soorten copingstrategieën om te compenseren voor hun negatieve emoties die zij ondervinden als gevolg van het geactiveerde mal-adaptieve schema. Hieronder valt coping (a) om het maladaptieve schema te vermijden opdat het niet wordt geactiveerd; (b) het zichzelf overgeven of toegeven aan het schema, waarbij deze bevestigd wordt en (c) het overcompenseren van het schema door zich tegengesteld te gedragen (Renner et al., 2013). Deze copingstrategieën zijn allen mal-adaptief omdat ze het schema juist in stand houden. Renner en collega's (2013) geven het voorbeeld van een cliënt met een sterk wantrouwen/mishandeling schema die toegeeft aan zijn schema

waardoor hij/zij opnieuw te maken krijgt met mishandeling bijv. in de vorm van gewelddadige relatie, waardoor het eerdere maladaptieve schema weer wordt bevestigd. In de interviews kwam ook naar voren dat bij sommige geïnterviewden op latere leeftijd opnieuw mishandeling plaatsvond in de relationele sfeer.

*“Géén identiteit hebben, je heel onzeker gevoelen en gediensstig. Je afvragen hoe je je in relaties met anderen verbindt. Foute vriendjes die dominant zijn. Faalangst en constant het gevoel “ik ben niet goed genoeg/ik mag er niet zijn.”*

- Interview 6

*“Ik vermeed grote mannen met het daten. Maar ik maakte ook hele foute keuzes. Was “gewoon losgegaan”.*

- Interview 9

Bij chronische depressie speelt vroege negatieve kind-ervaringen (naast persoonlijkheid, cognitieve factoren en interpersoonlijke factoren) een grote rol. Juist bij de chronische variant, die vroeg aanvangt in het leven, is een relatie gevonden met vroege negatieve kind-ervaringen en dit wordt ook vaker door cliënten aangegeven. Zoals aangegeven vormt juist emotionele mishandeling een verhoogd risico op depressie en hoe meer negatieve ervaringen, hoe hoger de kans om depressie te krijgen (Renner et al., 2013). Hoe het kind omgaat met de negatieve ervaringen (of het al dan niet mal-adaptieve schema's ontwikkelt, dus hoe hij/zij de negatieve ervaringen binnen een cognitief schema organiseert) bepaalt of het later depressie ontwikkelt en andere psychopathologie zal ervaren (Renner et al., 2013). De schema's spelen dus een mediërende rol tussen enerzijds negatieve ervaringen in vroege kindertijd en psychopathologie anderzijds (Renner et al., 2013). Schematherapie benadrukt het belang van deze vroege negatieve ervaringen bij het aanpakken van de depressieve schema's en de chronische depressie (Renner et al., 2013).

Volgens Renner en collega's (2013) kan er bij kindermishandeling een verhoogde kwetsbaarheid ontstaan voor het ontwikkelen van een verlatings- en instabiliteitsschema. Een recente trigger kan dan het onderliggende schema activeren, wat bijdraagt aan het ontwikkelen van chronische depressie. Qua copingmechanismen bleek dat alleen het copingschema waarbij men het schema probeert te vermijden, gerelateerd is aan terugkerende depressie bij cliënten. Er moet zowel gewerkt worden aan verbeterde schema's als verbeterde copingstrategieën binnen de schematherapie. Uit het onderzoek van Renner en collega's (2013) bleek ook dat bij cliënten met een verleden van veel negatieve ervaringen, medicijnen in het algemeen minder aanslaan dan psychotherapie. Psychotherapie zou dan bij deze groep cliënten met chronische depressie beter werken en vooral schematherapie kent dan de voorkeur: juist daar ligt de nadruk op die vroege negatieve ervaringen, omdat het gezien wordt als de oorsprong van hun negatieve schema's die de chronische depressie in stand houden bij deze groep (Renner et al., 2013).

Concluderend: schematherapie is een belovende nieuwe aanpak voor chronische depressie vanwege de aanpak van onderliggende kwetsbaarheid voor chronische depressie (mal-adaptieve schema's en copingstrategieën) en kan leiden tot langdurige en positieve uitkomsten. Juist omdat het toegespitst is op negatieve ervaringen in vroege kindertijd, vinden wij dat deze behandeling een plek verdient in het rijtje.

### 5.1.3 Op componenten-gebaseerde-psychotherapie bij trauma-ervaringen

Slachtoffers van emotionele mishandeling en verwaarlozing hebben geen consistente emotionele steun ervaren in hun jeugd waardoor zij bepaalde vaardigheden zich niet of op verkeerde wijze eigen hebben gemaakt (Grossman et al., 2017). Volgens het nieuwe kader van Grossman en collega's, gebaseerd op werkzame bestanddelen uit de praktijk (maar nog niet gevalideerd door gerandomiseerd onderzoek met controlegroepen) richt therapie bij deze groep zich op: het tolereren van intense emoties, mogelijkheden om te vertrouwen, het hechten aan anderen, relaties en hun eigen gevoel over zichzelf. Het model en de therapie hier beschreven, *Component-Based Psychotherapy* (CBP), omvat 4 componenten die wel empirisch onderbouwd zijn en belangrijk voor

het behandelen van trauma-ervaringen, zoals aanwezig bij deze vormen van mishandeling: (1) het belang van het construeren van de verhaallijn van het trauma; (2) het integrale aspect van de kwaliteit van de onderlinge cliënt-therapeut relatie en de aanwezigheid van empathie en authenticiteit; (3) het belang van een trauma-behandeling welke in fasen verloopt waarbij eerst wordt gewerkt aan emotieregulatie alvorens de verwerking van het trauma aan bod komt; en als laatste (4) de aanwezigheid van het behandelen van klinische niveaus van dissociatie als kernelement bij het behandelen van complexe jeugdtrauma's. Alle componenten zijn verweven in deze op-componenten-gebaseerde psychotherapie en komen bij elkaar. De behandeling is specifiek bedoeld voor slachtoffers van emotionele mishandeling en verwaarlozing (Grossman et al., 2017).

Allereerst is het belangrijk dat de cliënt een overkoepelend verhaal maakt over ervaringen uit het verleden, het heden en de toekomst en dat dit verhaal omarmd wordt zodat de cliënt hiermee kan leren leven en een nieuw levensperspectief ontwikkelt (Grossman et al., 2017; Rensen, 2018). Hiermee ontstaat tegelijkertijd bij de cliënt het besef dat het beeld over hem/haarzelf meer moet bevatten dan het stuk traumatische geschiedenis (Grossman et al., 2017). De therapeut helpt de cliënt om de verschillende onderdelen van zijn verhaal met elkaar in verband te brengen. Het is van belang dat de therapeut ook oog heeft voor het fenomeen overdracht (re-enactments geheten), naast wat de cliënt vertelt. De momenten van overdracht laten namelijk ook zien wat de cliënt verwacht van anderen en hoe dit zijn/haar identiteit geschapen heeft (Grossman et al., 2017; CELEVT, 2017). Overdracht is het fenomeen waarbij de cliënt op iets van de therapeut reageert vanuit gevoelens en het gedrag die passen bij situaties uit het verleden: alsof het verleden het heden plotseling geworden is (CELEVT, 2017). De therapeut moet daarnaast erop letten dat zijn eigen verhaal ook een invloed heeft op wat door hem/haar wordt opgemerkt en waar hij mogelijk al dan niet mee bezig gaat binnen de therapie, tegenoverdracht geheten (Grossman et al., 2017). Het ontwikkelen van een overkoepelend verhaal is een manier om betekenis te geven aan hetgeen wat gebeurd is bij de cliënt en om te helen: sommige cliënten kunnen met hun ervaringen anderen helpen en halen hier veel voldoening uit (Grossman et al., 2017).

Binnen de behandeling wordt aandacht besteed aan de moeite bij cliënten om hun emoties te reguleren, hetgeen een gevolg is van emotionele mishandeling of verwaarlozing, en ziet stoornissen (depressie, angst, automutilatie, eetstoornissen, verslavingen, vermijden van nabijheid) als manieren van de cliënt om met hun slechte emotieregulatie om te proberen te gaan (Grossman et al., 2017). Het is daarom een van de kernzaken in CBP om cliënten te helpen om hun emoties te leren reguleren. In CBP gaat het er volgens Grossman en collega's (2017) om dat de therapeutische relatie wordt ingezet om dit doel te bereiken. Over het belang van het proces, de cliënt-therapeut relatie, wordt verder in het verslag dieper op ingegaan. De therapeut fungeert als co-regulator bij volwassenen die slachtoffer zijn van complex trauma en te maken hebben met ernstige emotionele ontregeling: in dit kader zou de therapeut volgens de CBP uit zijn of haar comfortzone moeten kunnen stappen om zich bezig te kunnen houden met deze ontregeling van de cliënt. Dan kan de therapeut de extreme ontregeling bij de cliënt samen met hem of haar opmerken en aanpakken.

Bij CBP wordt de nadruk gelegd op het werken aan vaardigheden, waaronder het ontwikkelen van een verhoogde tolerantie voor emoties en het beter identificeren van deze emoties. Als derde hoort hierbij het leren communiceren met een betrouwbaar persoon over hoe de cliënt zich voelt. Als laatste het leggen van de link tussen de gemoedstoestand van de cliënt met de ervaringen uit het verleden en het heden (Grossman et al., 2017). CBP omvat onder andere: het visualiseren, ademoefeningen, biofeedback, progressieve spier-ontspanningsoefeningen en andere lichaams-gefocuste technieken met als doel verbeterde emotieregulatie en een verbeterde kwaliteit van leven.

Een andere component binnen CBP pakt dissociatieve symptomen aan. Binnen deze therapie wordt het werken aan deze symptomen gezien als een kernonderdeel bij slachtoffers van emotionele mishandeling of verwaarlozing (Grossman et al., 2017). Dissociatie is een proces dat ervoor zorgt dat verschillende mentale toestanden en lichamelijke ervaringen van elkaar gescheiden worden (Grossman et al., 2017). Bij extreme dissociatie heeft volgens Grossman en collega's (2017) in vroege kindertijd inadequate hechting plaatsgevonden, waardoor het kind was overgeleverd aan intense en ondraaglijke fysiologische en emotionele ontregeling die het ontwikkeld heeft in deze situatie. De



dissociatieve onderdelen bij de volwassene komen dan dus tot stand door deze achtergrond. Binnen therapie kunnen deze onderdelen interacteren met die van de therapeut, waardoor CBP ook wel spreekt over het “interpersoonlijke aspect van dissociatie” (Grossman et al., 2017). De dissociatieve onderdelen die terugkomen bij slachtoffers van emotionele mishandeling en verwaarlozing, zijn als volgt van aard: het zijn jonge onderdelen van de psyche met intense onvervulde behoeften; er is bij de cliënten sprake van gevoelens die binnen de familie niet werden geaccepteerd of herinneringen van traumatische ervaringen. Deze onderdelen zijn bij de volwassene nog steeds qua ontwikkelingsstadium hetzelfde als toen ze ontwikkeld werden en worden ook wel “kind-onderdelen” genoemd (Grossman et al., 2017).

*“Ik praat, denk en doe als een klein meisje.”*  
- Interview 3

Bovenop deze laag bestaat er de defensieve laag die ontwikkeld is om deze kind-onderdelen tot stilte te manen en te beheersen. Deze “defensieve onderdelen” kunnen onderdeel worden van de persoonlijkheid (Grossman et al., 2017). Dan kan een individu vervolgens ontregeld raken wanneer iets hem of haar triggert bij zijn kind-onderdeel (trauma) waardoor hij/zij reageert vanuit de defensieve laag, op een zelf bekritiserende manier. Dit kan ook in therapie gebeuren, waardoor hier aandacht voor is. In CBP wordt getracht om de “volwassen zelf” te ontwikkelen, te integreren en te versterken, omdat deze de dissociatieve onderdelen (kind-onderdelen, defensieve onderdelen) moet helpen helen (Grossman, 2017). In CBP wordt eerst psycho-educatie gegeven over deze verschillende onderdelen van de psyche die in meer of mindere mate gefragmenteerd zijn en inherent bij elk individu voorkomen. Vervolgens komt de cognitieve stap waarin wordt gekeken naar welk onderdeel geactiveerd wordt en waardoor. Als laatste stap moet de cliënt beginnen het onderdeel te helen en hierbij komen gevoelens aan bod: de bedoeling is om de affectieve, cognitieve, fysiologische, sensorische en gedragsmatige aspecten van de gefragmenteerde ervaringen van de cliënt met elkaar te verbinden (Grossman et al., 2017). Belangrijk is volgens CBP dat er bewust rekening gehouden moet worden met overdracht en tegenoverdracht: als deze momenten binnen therapie succesvol herkend en opgelost worden dan draagt dat bij aan het helingsproces bij cliënten met een achtergrond van emotionele mishandeling en verwaarlozing. Concluderend: CBP moet nog middels gerandomiseerde proefopzet onderbouwd worden, maar de practice-based evidence is veelbelovend. Een pluspunt is dat CBP zich specifiek richt op cliënten met een achtergrond van emotionele mishandeling en verwaarlozing.

#### **5.1.4 Trauma-gefocusste therapie en op fasen-gebaseerde therapie voor verminderen PTSS**

Aan kindermishandeling gelinkte PTSS kan met EMDR (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing) of met op-exposure-gebaseerde cognitieve gedragstherapie worden behandeld: het zijn trauma-gefocusste therapieën welke bewezen effectief zijn voor het behandelen van niet-complexe PTSS-problematiek (Zoet, Wagenmans, van Minnen & de Jongh, 2018; Dorrepaal, Thomaes, Smit, Balkom, van Dyck, Veltman & Draijer, 2010). Het PTSS dissociatieve subtype is van behandeling door deze genoemde therapieën niet uitgesloten: integendeel kunnen de symptomen van dissociatie door middel van bovengenoemde trauma-gefocusste therapieën volgens de auteurs bij dit subtype evenzeer worden verminderd, gelijktijdig naast een afname van de PTSS-symptomen (Zoet et al., 2018). Zoet en collega's (2018) geven ook aan dat het noodzakelijk eerst trainen van emotieregulatie vaardigheden daarom ook niet gegrond is. Dit in tegenstelling tot Cloitre en collega's (2010) die onderschrijven dat bij een PTSS populatie met vroegkinderlijk trauma aangetoond is dat een op-fasen-gebaseerde behandeling tot betere resultaten leidt en minder negatieve effecten. Zij gaven aan dat er een complete afname in PTSS plaatsvindt en dat deze behouden blijft in de groep die eerst vaardigheden getraind had voordat zij overgingen tot het verwerking van hun trauma-ervaringen. Het verschil in beiden resultaten kan worden verklaard doordat Zoet en collega's (2018) geen randomisatie gebruikten in hun proefopzet waardoor er geen goede vergelijking kon worden getrokken

met de op-fasen-gebaseerde behandeling zoals bij Cloitre en collega's en zij geen conclusie konden trekken over welke beter werkte. Cloitre en anderen (2010) daarentegen onderzochten specifiek onze doelgroep waardoor wij van mening zijn dat uit de literatuur naar voren komt dat het bij vroegkinderlijk trauma van belang is dat daadwerkelijk eerst gewerkt wordt aan betere vaardigheden om met emoties om te gaan.

Vervolgens kan als tweede stap worden gewerkt aan het verwerken van de PTSS-symptomen en de blootstelling hieraan, de zogeheten *skills training in affect and interpersonal regulation* (STAIR/Exposure) behandeling (Cloitre et al., 2010). Bijkomend voordeel van deze therapie bestaande uit verschillende fasen is dat er een lagere uitval mee gepaard gaat. Men vond grotere vooruitgang in de emotieregulatie capaciteit dan bij een behandeling zonder vaardigheidstraining, en grotere vooruitgang wat betreft de mate van interpersoonlijke problemen in tegenstelling tot behandelingen waarin vaardigheden niet werden getraind. En de PTSS-symptomen waren significant lager van sessie tot sessie in vergelijking tot andere exposure behandelingen (Cloitre et al., 2010; Rensen, 2018). In het artikel wordt aangehaald dat een oorzaak voor deze gunstige effecten gelegen is juist bij deze vaardigheidstraining, doordat de cliënt deze aangeleerde vaardigheden ook meteen kan toepassen bij dagelijkse problemen: hierdoor is hij of zij meer betrokken bij de volgende sessies, stopt niet voortijdig met de behandeling (ofwel: minder uitval) en kan er ook daadwerkelijk toegewerkt worden naar exposure als volgende fase in de traumabehandeling (Cloitre et al., 2010). Concluderend: STAIR/Exposure lijkt daardoor een goede keuze voor het behandelen van symptomen van PTSS bij vroegkinderlijk trauma.

### **5.1.5 Geen groepstherapie bij (complexe) PTSS: individuele trauma-gefocusste therapie inzetten voor beste effecten bij het verminderen van PTSS**

Bij complexe PTSS problematiek geven Dorrepaal, Thomaes, Smit, van Balkom, van Dyck, Veltman en Draijer (2010) aan dat het allereerst van belang is dat er genoeg tolerantie bij de cliënt tot stand is gebracht voor zijn/haar intense emoties voordat er tot exposure kan worden overgegaan. Complexe PTSS omvat problemen met de emotieregulatie, zelfbeeld, relaties, impulsief gedrag, hoge niveaus van dissociatie, middelengebruik, somatisatie en gevoelens van hopeloosheid en verlies van zingeving (Dorrepaal et al., 2010; Ehring et al., 2014). Zoals aangegeven is bij de niet-complexe PTSS exposure therapie en cognitieve gedragstherapie aangewezen als evidence-based behandelingen (Dorrepaal et al., 2010). Bij de complexe variant geven Dorrepaal en anderen (2010) aan dat er vroege tekenen zijn van effectiviteit bij een gestructureerde groepsinterventie die gericht is op stabilisatie bij vrouwen met een achtergrond van kindermishandeling en complexe PTSS-problematiek. Echter, dit was wel een pilotstudie en daarom moet meer onderzoek gedaan worden om het bewijs hiervoor te verstevigen. De therapie kent ook een individuele fase waarop deze groepsgerichte fase volgt.

Het onderzoek van Ehring, Welboren, Morina, Wicherts, Freitag en Emmelkamp (2014) geeft een heel ander, tegenovergesteld beeld in de tot nu toe bekende wetenschappelijke literatuur weer: hier wordt aangetoond dat groepsbehandelingen veel minder effectief zijn dan geïndividualiseerde, trauma-gefocusste behandelingen. Het verschil zou kunnen komen doordat er bij dit onderzoek sprake is van een meta-analyse in tegenstelling tot een pilotstudie. Daarom is het goed om naar meerdere bronnen te kijken en naar een overkoepelend effect.

Groepsbehandeling sorteert minder effect dan individuele behandeling en dan een combinatie van groepsbehandeling met individuele behandelingen (Ehring et al., 2014). Trauma-gefocusste behandelingen resulteren in significant hogere effectgroottes dan niet-trauma gefocusste interventies. Het verwerken van de traumatische herinneringen vormen een belangrijk onderdeel binnen de PTSS behandeling, juist omdat deze de PTSS-problematiek in stand kunnen houden (Ehring et al., 2014). Dus het is plausibel dat de effectiviteit van de behandeling voor PTSS-klachten gerelateerd is aan de mate van het helpen (middels trauma-gefocusste therapie) om de herinneringen te verwerken.

Verder bleek uit de meta-analyse dat bij hogere mate van complexiteit (qua symptomen) er wel degelijk een trauma-gefocusste behandeling kan worden ingezet, dus trauma-gefocusste behandelingen kunnen ook bij de groep cliënten met een achtergrond van emotionele mishandeling

en verwaarlozing worden ingezet, die kampen met complexe problematiek (Ehring et al., 2014). De vrees dat de cliënt een dergelijke traumabehandeling niet aankunnen vanwege decompensatie, is ongegrond (Rensen, 2018). Bij deze behandeling zijn er gemiddeld tot grote effecten gevonden voor het verminderen van de ernst van de PTSS-problematiek als voor niveaus van depressie, angst en dissociatie. Dus bij onze doelgroep lijkt trauma-gefoceerde individuele therapie een goede aanpak voor PTSS-problematiek: het is zeer effectief (Rensen, 2018).

### **5.1.6 Mindfulness helpt bij verminderen PTSS en depressie: een alternatief voor exposure**

Als het gaat om het behandelen van PTSS klachten, dan is voor sommigen cliënten een andere behandeling dan exposure therapie aangewezen wanneer zij niet in staat of bereid zijn om exposure te ondergaan. *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) biedt een combinatie van cognitieve gedrags therapie met mindfulness training en is voorgesteld als behandeling bij PTSS klachten, ook al moet klinisch onderzoek nog gepubliceerd worden (Kimbrough, Magyari, Langenberg, Chesney & Berman, 2009). Dialectische gedragstherapie (DBT) gebruikt ook mindfulness vaardigheden en is een bewezen aanpak, echter wordt het ingezet bij borderline persoonlijkheidsstoornis en er is weinig data beschikbaar over de afname van PTSS klachten (Kimbrough et al., 2009).

Uiteindelijk keken Kimbrough en collega's (2009) naar *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) als behandeling die minder confronterend is voor de cliënt dan bij exposure het geval is. MBSR is bewezen effect in het verminderen van symptomen binnen het trauma spectrum, zoals: depressie, stress, angst, slaap- en somatische klachten (Kimbrough et al., 2009). Het wordt ook in verband gebracht met veranderingen in het functioneren van het brein, waaronder verbeteringen in de emotie en aandacht (Kimbrough et al., 2009). Bij mindfulness gaat het om het aanwezig zijn van de geest in het hier en nu, waarbij men niet veroordeelt wat er gebeurt of wordt gedacht en waarbij meditatie het middel is om dit te bereiken (Kimbrough et al., 2009).

Uiteindelijk bleek uit de studie van Kimbrough en collega's (2009) dat er statistisch significante uitkomsten werden gevonden na 8 weken MBSR-behandeling en dat deze uitkomsten behouden werden na 24 weken. Het ging om een groot effect: vooral op 8 weken bleken PTSS-klachten als vermijden en verdoven sterk te zijn verminderd. Ook werden symptomen als hyperarousal en herbelevingen verminderd door de mindfulness-behandeling (Kimbrough et al., 2009). Echter ondergingen de participanten uit deze studie tegelijkertijd ook psychotherapie, waardoor het lastiger is om beiden effecten te scheiden. Mogelijk is MBSR een goede toevoeging op psychotherapie (Kimbrough et al., 2009).

De afname van de depressieve symptomen bij MBSR kunnen komen doordat bij mindfulness minder gepekerd wordt en de emotie beter gereguleerd kan worden (Kimbrough et al., 2009). En dit zorgt voor afname in depressieve klachten. Men wordt als het ware getuige van zijn eigen gevoelens en gedachten in plaats van dat men er zelf in verzeild raakt, en krijgt de mogelijkheid in te zien dat deze gedachten en gevoelens als tijdelijke voorbijgangers die uiteindelijk voorbij gaan (Kimbrough et al., 2009). Dit zorgt voor verhoogde flexibiliteit, verbeterde emotie regulatie en een afname in gepeker (Kimbrough et al., 2009).

Uit de studie van Kimbrough en collega's (2009) bleek dat voornamelijk het vermijdend (een symptoom van PTSS) gedrag na de mindfulness behandeling afnam, waarvan wordt gedacht dat het PTSS in stand houdt. Bij mindfulness, waar acceptatie centraal staat, gebeurt juist het omgekeerde van vermijden en verdoven en hierdoor verminderen de klachten. Door open te staan, nieuwsgierig te zijn en het huidige moment te accepteren verandert de relatie die de cliënt met zijn negatieve gedachten had. Door mindfulness zou daardoor een vorm van exposure plaatsvinden, doordat het geaccepteerd wordt om de gedachten en gevoelens te hebben, waardoor ze naar boven kunnen komen bij de cliënt en kunnen worden aangepakt (Kimbrough et al., 2009). Daarnaast zou mindfulness van zichzelf al een positief effect kunnen hebben bij andere behandelingen, omdat het de capaciteit bij de cliënt verhoogt om aanwezig te zijn tijdens therapie, wat het uiteindelijke behandelingsresultaat ten goede komt (Kimbrough et al., 2009). Al met al: mindfulness moet nog meer worden onderzocht met een gerandomiseerd en gecontroleerde proefopzet, echter blijkt het bij PTSS

en depressie de klachten van cliënten in een pilotstudie significant te verminderen en is het dus een veelbelovende behandelingsmogelijkheid.

## **5.2 Het proces tijdens de behandeling: positieve cliënt-therapeut relatie centraal**

Naast de inhoud hebben wij ook gekeken naar de werkzame elementen in het proces van de behandeling. Slachtoffers van mishandeling en verwaarlozing komen bij een therapeut met een scala aan negatieve schema's, interpersoonlijke ervaringen en complexe psychische problematiek. Dit kwam in het vorige hoofdstuk aan de orde. Het is daarom van belang dat het slachtoffer bij een therapeut niet alleen doeltreffend geholpen wordt, maar ook een veilig gevoel heeft opdat hij ook geholpen kan worden. Het proces faciliteert de inhoud. Daarom volgt hieronder wat er bekend is vanuit de literatuur over de werkzame elementen en mechanismen tijdens de behandeling voor slachtoffers van mishandeling en verwaarlozing wiens vertrouwen in anderen geschonden is.

Grossman en collega's (2017) richten zich op de invloed van de therapeut tijdens het behandelingsproces: hoe de therapeut zich opstelt - dus de relationele context en het proces zelf - telt evenzeer mee als de inhoud van de behandeling (emotieregulatie-vaardigheden en copingstrategieën die de cliënt zich eigen kan maken) op het uiteindelijke resultaat van de behandeling. Zo blijkt de relatie-component zeer van belang voor de mate waarin de cliënt profiteert van de behandeling; hoe succesvol de behandeling is blijkt gerelateerd aan hoe goed de relatie tussen therapeut en cliënt door cliënt zelf ervaren wordt (Grossman et al., 2017). Eerder werd inhoudelijk ingegaan op de CBP, waarin het trainen van emotieregulatie vaardigheden, het construeren van een verhaallijn en het behandelen van klinische niveaus van dissociatie aan bod komen (Grossman et al., 2017). Een ander belangrijke component bij deze behandeling betreft de relatie-component: volgens Grossman en collega's (2017) is de therapeutische relatie het eerste medium voor het helen bij de cliënt. Juist daarom is het zó belangrijk om deze cliënt-therapeut relatie aan het begin van de therapie op te bouwen en om een gevoel van veiligheid te scheppen (Grossman et al., 2017).

Bij cliënten met complex trauma is sprake van een problematische gehechtheid, waardoor zij ofwel heel behoeftig ofwel heel afstandelijk zich bij de therapeut op kunnen stellen. Het is daarom belangrijk dat de therapeut - vanwege deze gehechtheid die interacteert met die van de therapeut wat tot botsingen kan leiden - zich open op blijft stellen naar de cliënt toe. Daarnaast is het belangrijk dat de therapeut niet teveel nabijheid van de cliënt behoeft: het is aan de therapeut zelf om aan zichzelf te blijven werken als problemen (o.a. eigen problematische gehechtheid) zich voordoen tijdens de behandelingen die zij geven (Grossman et al., 2017). Constante supervisie is bij elke therapeut die werkt met complexe trauma in dit kader ook aangewezen (Grossman et al., 2017). Ook geven Grossman en collega's (2017) aan dat de therapeut - meer dan deze gewend is vanuit zijn trainingen - veel meer bewust moet zijn van de context waar zijn cliënt zich in begeeft of mee te maken heeft gehad, zoals: etniciteit, religie, geaardheid en de sociale klasse. De therapeut moet zijn eigen vooroordelen en aannames leren herkennen waar de cliënt mee opgegroeid is.

De therapeut moet volgens Grossman en collega's (2017) volledig in het hier en nu zijn zodat hij/zij de subtiele verschuivingen in de cliënt-therapeut relatie opmerkt bij de cliënt (lichaamstaal, stemgeluid, oogcontact etc.) en bij hem- of haarzelf: hoe meer mindful de therapeut is, hoe beter de relatie stand houdt en hoe beter het resultaat van de behandeling zal zijn.

Verder stippen Grossman en collega's (2017) aan dat in CBP de therapeut wordt aangemoedigd om samen te werken met de cliënt om zo de behoeften in kaart te brengen en de mogelijkheden die de therapeut kan bieden. Zo helpt de therapeut dan ook met aanvullende ondersteuning (zoals het aanraden van bijvoorbeeld yoga of groepstherapie) en met het ontwikkelen van relaties met anderen buiten therapie om en als laatste met het ondernemen van hobby's of activiteiten die de cliënt energie kunnen opleveren. Deze elementen zouden dan ook in andere therapievormen kunnen worden opgenomen.

Ook geven Grossman en collega's (2017) aan dat juist vanwege de extreme gevoeligheden en kwetsbaarheden die cliënten meebrengen naar therapie, subtiele aspecten binnen de therapeutische relatie vereist zijn. Hieronder worden geschaard: rituelen die zachtvaardig zijn en op empathische manier humor bevatten; het voorzichtige gebruik van confrontatie; het reageren op

veranderingen in emotioneel welbevinden en het doordachte gebruik van zelfonthullingen vanaf de kant van de therapeut richting de cliënt. Grossman en collega's (2017) benadrukken dat hóé de therapeut zich opstelt in de ruimte met de cliënt velen malen belangrijker is dan welke technieken hij of zij toepast binnen de therapie. Daarom is het zo van belang dat de therapeut zich - over een lange tijdsspanne - geduldig en mindful opstelt zodat de cliënt zich veilig begint te voelen en kan beginnen te helen. Sommige cliënten voelen daarnaast ook een druk om "te pleasen" of zich bij de inhoud van therapie neer te leggen, ook al merken ze dat soort therapie spaak loopt of niet voor hen werkt (Grossman et al., 2017). In CBP wordt rekening gehouden met deze aspecten en het is wederom een reden waarom bij deze therapievorm de nadruk ligt bij het proces tussen de therapeut en de cliënt.. Het doelgericht betrekken van de cliënt bij het aanleren van capaciteiten voor emotieregulatie en het cultiveren hiervan is veel belangrijker voor het succesvol vervaardigen van deze capaciteiten dan welke specifiek gebruikte techniek dan ook. Het "hoe" overtreft wederom het "wat". QUOTE

Bij overdracht en tegenoverdracht is het van belang dat er openlijk en eerlijk wordt gecommuniceerd door therapeut en cliënt (Grossman et al., 2017). Als de therapeut verantwoording neemt voor zijn eigen fouten of verkeerde afstemmingen, dan weerspiegelt dat een relatie die de cliënt eerder nooit ervaren heeft (Grossman et al., 2017). Het openlijk bespreken van wat er gebeurt tussen therapeut en cliënt binnen de therapie kan zelfs het begin zijn van emotioneel herstel bij de cliënt (Grossman et al., 2017).

Volgens Cloitre, Stovall-McClough, Miranda en Chemtob (2004) voorspelt een positieve therapeutische relatie in het begin van de therapie de afname van PTSS-symptomen aan het eind van de therapie. Er was sprake van mediatie die verliep via een verbeterde capaciteit voor het reguleren van negatieve stemmingen gedurende de exposure fase richting de afname van deze PTSS-symptomen. De therapeutische relatie had hier dus indirect effect op en dit effect was groter bij slachtoffers van kindermishandeling (Cloitre et al., 2004). De rol van de therapeutische relatie is bij het behandelen (van PTSS) dus een buitengewoon belangrijke factor bij deze slachtoffers, juist vanwege de interpersoonlijke context waarbinnen hun trauma zich heeft afgespeeld (Cloitre et al., 2004). Door middel van deze cliënt-therapeut relatie worden verstoringen gerepareerd die de psychotherapie hadden kunnen ondermijnen (Cloitre et al., 2004). Dus deze therapeutische relatie is een belangrijke ingrediënt binnen therapie, met name voor deze groep. Ook bij behandelingen als STAIR (zie eerder in hoofdstuk 5) bepaalt een positieve relatie in hoeverre de cliënt zich vaardigheden eigen maakt om zijn emoties te reguleren en in hoeverre hij vervolgens deze vaardigheden kan inzetten tijdens de exposure-fase om zijn trauma te verwerken. Het proces binnen therapie beïnvloedt dus de uitkomsten van de therapie, want, zoals Cloitre en collega's (2004) aangeven: "een sterke therapeutische band in de beginfase van behandeling voorspelt hoe goed de cliënten in staat zijn gebruik te maken van hun emotieregulatie-vaardigheden tijdens de omstandigheden van de exposure-fase, en het is deze combinatie die op zijn beurt de verbetering van de PTSS-problematiek voorspelt." Samenvattend: de therapeutische band is belangrijk voor het bereiken van emotieregulatie en deze emotieregulatie houdt verband met in hoeverre een cliënt van een behandeling kan profiteren. Hiervoor is door Cloitre en collega's (2004) empirisch bewijs aangeleverd.

### 5.3 Wat heeft gewerkt en wat niet werkt volgens de geïnterviewden

*Samen zoeken en openstaan: samen het pad bewandelen werkt.*

*Dat de professional ook over zichzelf vertelt, emoties toont en persoonlijk is. Dat hij kijkt naar wat ik nodig heb. Dat hij geïnteresseerd is en zijn eigen grenzen aangeeft en eventueel doorverwijst. Dat ze zeggen wat ze zien en emoties checken. "En vertrouwen uitspreken dat ik het kan." Vertrouwen moet langzaam opgebouwd worden. "Ik moet weten dat je blijft". Therapeut en ervaringsdeskundige moeten naast elkaar staan, "de therapeut kan nooit op dat niveau zitten". Gelijkwaardigheid is dus belangrijk. Volgens de regels werken werkt niet. - Interview 1*

Op het horloge kijken (waar de cliënt bij zit) werkt niet. Groepstherapie ook niet: was ik bang voor. "Ik wilde niet over mezelf praten in de groep, want ik was bang voor afwijzing, dat ze dachten dat ik mij aanstelde en dat ik hoorde dat ik beter mijn best zou moeten doen." De psychiater liet niets van zichzelf zien, was in pak. Alles moest van mij komen, niet mijn eigen keuze qua behandeling en hij was heel afstandelijk. Toen ik bij een vrouwelijke therapeut terecht kwam, was ik zo bang dat ik niets durfde te zeggen, en "zij prikte nergens doorheen". Wat wel werkte: hapnotherapie waarbij ik eigen tempo mocht bepalen en er gekeken werd naar wat ik nodig had. Ook therapie met paarden werkte: "Die communiceren niet met het hoofd, maar met het hart: dat was de eerste keer dat ik heb gevoeld dat ik er mocht zijn." En de kleine dingetjes kunnen van groot belang zijn, zoals het zeggen dat ik "een heel goed mens" ben. - Interview 2

Ik mocht niet over wat er was gebeurd praten, moest volgens de GGZ eerst stabiliseren, maar daarna mocht ik nog stééds niet praten. Mocht alleen groepstherapie doen: maar dit paste niet bij mij, want het ging over gevoelens en ik had er geen gevoel bij. Voelde mij er niet thuis, maar er werd mij niks anders aangeboden. GGZ kijkt ook heel erg naar protocol. Wat de psychiater tegen mij zei: niet geschoten is altijd mis, was stuitend, vertrouwde hem niet. Wat ook niet werkte was een psychotherapeut die altijd te laat kwam. De therapeut en GGZ konden het niet aan: ik moest 's nachts terug ondanks dissociatieve stoornis. Wat wel werkt: particuliere GGZ, waar ik 1x maand heen ga voor onderhoudstherapie, zij stimuleren juist. Wat niet werkt: heb 20 jaar gezocht naar goede hulp. Wat wel werkt: wel mogen praten, vertrouwen en eigen regie. Wat niet werkt: niet mogen praten, protocollen volgen en niet kijken naar het individu en het niet kunnen meebeslissen over de medicatie. Het vaak wisselen van de psychiater. - Interview 3

Wat niet werkte: niet doorgevraagd over gezinssituatie waardoor EMDR op dat moment ook niet werkte. Wat wel werkte: psychotrauma centrum waarin ik intensief behandeld werd met allerlei behandelingen (exposure, EMDR, psychoeducatie) en de hele dag therapie kreeg. Waar men gespecialiseerd is in PTSS, hele goede uitleg geeft op neurowetenschappelijk niveau, waarbij je gezien wordt als cursist in plaats van patiënt en waarbij ze tot het gaatje gaan. Hierdoor was het ergste eraf. Wat niet werkt: dialectische therapie krijgen, in plaats van traumabehandeling. Want ik had PTSS en geen borderline persoonlijkheidsstoornis. En dat niemand vroeg waarom ik was weggelopen. Wat ook niet werkte: ik werd op de grond gedrukt door 8 sociotherapeuten toen ik onrustig was en niet wilde luisteren en werd hierdoor doodsbang en agressief. Ze storten zich boven op me. - Interview 4

Bij groepstherapie voelde ik geen emoties en deze werden ingevuld. EMDR hielp ook niet, want ik voelde niets. Toen doorverwezen naar lichaamsgerichte therapie: dicht bij de kern, mindful. Lichaam vertelt je iets en geeft duidelijkheid bij wat je triggert. Dus het hielp om steeds meer in mijn lichaam te komen. Wat verder helpt: het gevoel dat de persoon echt naast je staat en dat die echt voor jou gaat. Dan maakt de behandeling geen zak uit. Verder moet de therapeut een band met je aangaan. Er moet sprake zijn van echte empathie, dat er een opening is om te praten. Praten alleen al is fijn. Als je de persoon niet gelooft, dan geloof je de therapie ook niet. Ook moet de onderlinge relatie onderhouden worden. Wat niet werkt: als de therapeut je probeert te redden en vanuit zijn eigen pijn helpt en veel projecteert. Dat is geen therapie. - Interview 5

Wat werkt: dat ik een relatie kan aangaan. Je denkt toch niet dat ik wat deel als je niet eens over je eigen huisdier kan vertellen? Niet alleen indirect vragen, ga ook drempels over en stel soms een suggestieve vraag. Sluit aan. Wat niet werkt: vanuit de eigen weg behandelingen opdringen: probeer juist maatwerk te leveren en aan te sluiten. Nog slechter: iets wat in vertrouwen verteld is, bij mij pushen om aan mijn ouders te vertellen. Ook slecht: niet erkennen dat je vastloopt. Het is kundig om toe te geven dat je iets niet kan. Ongewenst en niet respectvol advies geven, werkt ook niet: "Neem een suikerklontje bij je anorexia" is een voorbeeld. Wat wel werkte: een therapeut die kundig is en op maat werkt. Bij pianomuziek kreeg ik weer emoties, muziektherapie helpt. In individuele behandeling alle emoties aangaan. Dat ik mag leren zoeken. Wat niet werkt als iemand niet aangeeft dat die het

*moeilijk vindt en dat iemand niet samen wil zoeken. Ondeskundigheid werkt ook niet. 2e psycholoog moest koste wat het kost EMDR. Maar ik wilde erover praten. Zij drong je haar behandeling op en ging ermee over mijn grenzen. Een instelling bood wel een extra behandeling aan en dat heeft hen zelfs geld gekost: dat werkte wel. Wat ook goed werkt: als je een soort "emotionele APK" kan krijgen, dus onderhoudende therapie. Zeker als je een baby hebt, is feedback nodig. - Interview 6*

*Groepsgesprek wilde ik niet zo. Door de medicijnen voelde ik mij heel vlak: antidepressiva 1x en nooit weer. Wat niet werkte was dat ze de lichamelijke klachten niet koppelden aan de psyche. Ik had altijd pijn waarvoor ze geen oorzaak konden vinden. Kunstzinnige therapie vond ik heel fijn en het werkte. Schema therapie: ik vind de theorie enorm van belang en om te leren over hoe mijn hersenen werken. Wat werkte: EMDR. Als ik het gevoel krijg dat de therapeut iets van menselijkheid en levenservaring laat merken. Dat maakt dat ik mij niet alleen voel en dat maakt dat mijn eenzaamheid minder wordt. Iets teruggeven. Maakt dat ik een plekje in de maatschappij krijg. Had fijne klik met de haptotherapeut: zorgt voor vertrouwen. Geen valse verwachtingen geven: aangeven wat niet mogelijk is en wat wel. Dit samen doen. Geen schot tussen therapeut en cliënt. Er moet levenservaring zijn. Zoek wat bij je op dat moment past, qua levensfase waar je je in bevindt. Wat wel werkte: groepstherapie voor erkenning en lotgenotengroep voor herkenning, dat ik niet de enige ben. Wat werkt: wees altijd eerlijk over wat mogelijk is. - Interview 7*

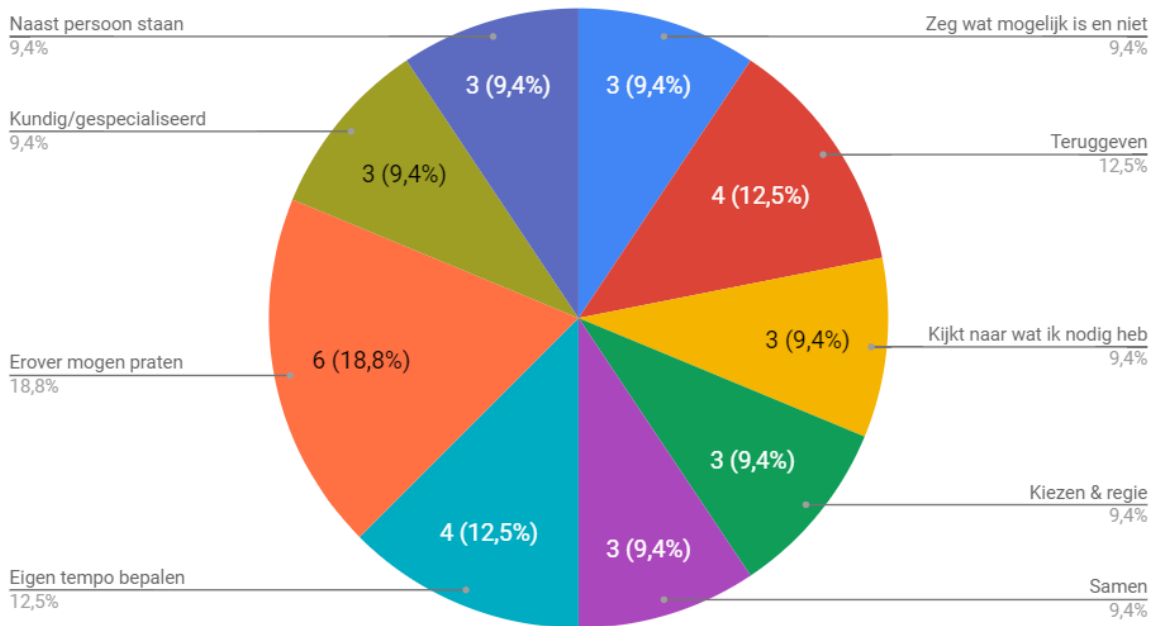
*Wat niet werkt is als er assumpties worden gemaakt en er niet genoeg wordt doorgevraagd. Ook werd mijn probleem onderschat. Als gevolg van dit alles kreeg ik extreme zelfhaat op zo'n niveau dat ik in de spiegel naar mezelf geschreeuwd heb: ik werd er gek van. Wat werkte was om het zelf op te schrijven en vooral de gevoelens uit te schrijven, zelfhulp dus. Hulp zoeken is te moeilijk. Zeker als een psycholoog je ervaringen kleurt. Wat werkt is als men de omvang van het probleem probeert vast te stellen door veel door te vragen en te checken, en door geen aannames te maken. Erkenning krijgen hielp ook. Net als mijn werk als ervaringsdeskundige, waarin ik vertel en trainingen geef: dit vergroot mijn zelfvertrouwen en ik ben er door uit mijn schulp gekropen. Ook tot zelfacceptatie gekomen. Het is fijn dat er naar mij wordt geluisterd en het voelt alsof ik een stuk regie neem. - Interview 8*

*Nadat ik aangifte deed, is mij nooit slachtofferhulp of een schadevergoeding aangeboden geweest. Toen ik naar het RIAGG werd doorgestuurd, kneep er een meneer in mijn bips. Hierna heb ik heel lang geen therapie genomen. EMDR heeft mijn ervaringen minder heftig gemaakt. Uitgummen kan je nooit, je maak het dragelijker. De therapeut, die op mijn vader leek qua lengte, gaf mij tijd om te wennen. In PMT (psychomotorische therapie) heb ik geleerd om opnieuw mijn grenzen aan te geven en dit heeft geholpen. Ook heb ik een trauma-cursus en schematherapie gedaan. Samen in relatietherapie heeft goed geholpen. Ik voelde voor het eerst angst in theatertherapie. Verder hielp het dat ik bij vrouwen terecht kon, daar heb ik specifiek naar gevraagd. - Interview 9*

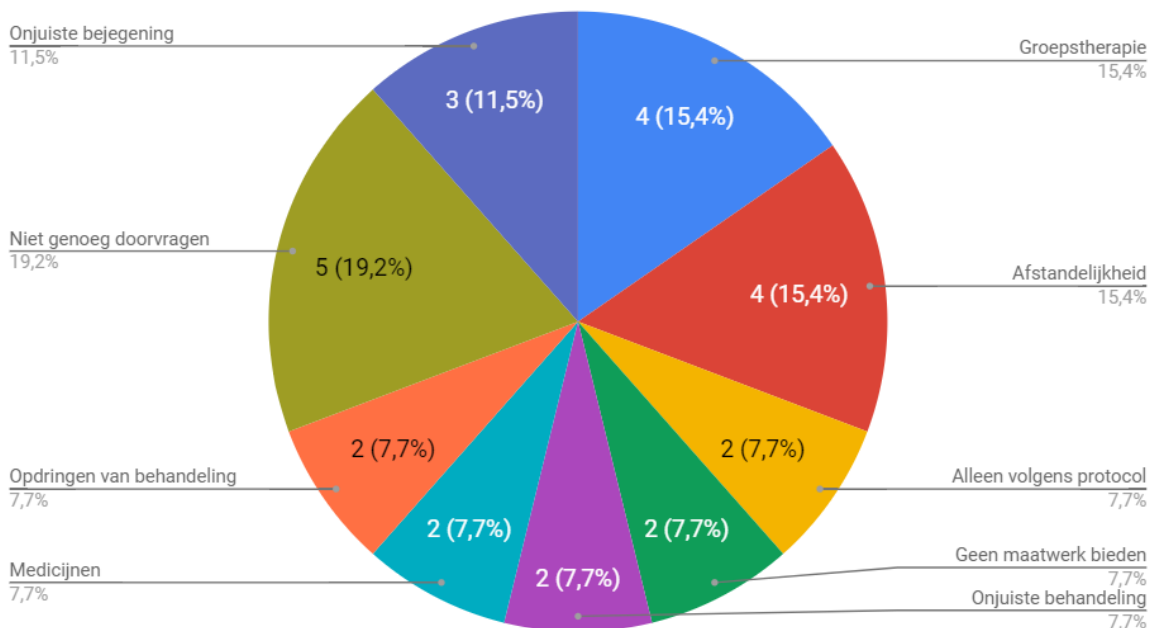
*Toen ik bij de psycholoog 1x in de maand kwam was het alleen maar dat hij mij liet praten, maar dat voegt niet veel toe voor mij. Ook duurde het wachten heel lang voordat ik er terecht kon, waardoor het tegen de tijd dat ik therapie aangeboden kreeg al beter ging. Met de aandachtsproblematiek deed de psycholoog niets. Misschien was een praktijkondersteuner of maatschappelijk werker beter geweest. Psycholoog haakte alleen maar aan: geen toegevoegde waarde. Bij hoogbegaafdheid cursus daarentegen wel dingen opgepikt en dit werkte, omdat ik andere mensen tegen kwam met dezelfde soort problemen en mij niet de enige meer voelde: dat vond ik prettig. Wat niet werkte: psycholoog verwees mij zonder overleg door naar een psychiater voor een consult, dus slechte communicatie. Deze stelde dat ik geen functieverlies had, waardoor er verder met mijn aandachtsproblematiek niets meer gedaan werd. Gevolg: nu ga ik niet meer naar de huisarts voor het uitzoeken van mijn concentratieproblemen. - Interview 10*

*Therapie hielp voor mijn dwangneurose, ik moest 100x de sloten van mijn huis checken. Ook het schrijven en praten helpt verhelderend en rustgevend. De Ritalin werkte voor mij echt niet, omdat ik er agressief van werd. Ook de opdrachten die ze mij mee gaven voor het omgaan met mijn ADHD hielpen niet: het voelde alsof ik als een klein kind van 4 werd behandeld, omdat ik een pictogrammenbord moest maken! Na een half jaar weggegaan. Het helpt niet als er geen klik is; geen klik = geen match. Ook helpt het niet als je wordt veroordeeld. Ze moeten op mijn niveau komen en zich niet verheven voelen. - Interview 11*

### Wat werkt wel volgens geïnterviewden



### Wat niet werkt volgens de geïnterviewden





## 5.4 Wat gemist wordt volgens de geïnterviewden

*Menselijkheid, begrip, warmte. Niet aan durven geven wat de grenzen zijn. Professional brak er niet doorheen. - Interview 1*

*Veel zoeken naar de juiste mensen, dit duurde lang. Miste dat het trauma kon worden besproken en gelijkwaardigheid. - Interview 2*

*Gemist dat er meer naar het individu wordt gekeken en dat ik mee mocht denken. Miste stimulering en dat er niet werd ingevuld. - Interview 3*

*Er is niet in het dossier gekeken en er is geen gezinsonderzoek uitgevoerd. Mijn zus werd niet uit huis geplaatst. Ik miste dat ik met ze kon praten, maar dat kon niet: "Het zijn dezelfde mensen die je duwden in de isoleercel" Ik miste dat de psycholoog vroeg of ik mishandeld werd: psycholoog vroeg dit niet eens toen ik bij het woord "vader" dissocieerde. Ik had 80 behandelingen, maar niemand heeft het ooit gevraagd. Miste dat er een goede diagnose werd gesteld (PTSS in plaats van BPS). Ik miste dat ik serieus genomen werd: jeugdzorg wilde mij niet hebben en de GGZ zag mij als een labiel persoon, die je niet teveel aandacht moest 'schenken". Hierdoor werd het alleen maar erger. Er moet worden gesproken en gevraagd naar ervaringen van kindermishandeling: onverstaanbaar gedrag betekent niet meteen een diagnose, maar kan signaleren dat er huiselijk geweld of kindermishandeling in het spel is. Professionals moeten meer doortastend handelen: maak een melding als je het niet zeker weet, zet ervaringsdeskundigen in, doe gezinsonderzoek en neem het kind meer in bescherming en serieus. Zorg eerst voor psychische veiligheid en vraag het dan daarna. Verder gemist: professionals mogen niet knuffelen in de Jeugdzorg. Ik miste persoonlijk, warm contact. - Interview 4*

*Er wordt veel gepraat en weinig geoefend. Heb vooral willen oefenen. De angst moet worden aangepakt, dat is de grote gemene deler. Maatwerk staat niet centraal, bij de GGZ staat het ziektebeeld centraal. Maatwerk wordt gemist. - Interview 5*

*Dat er wordt geluisterd, maatwerk wordt geboden en dat de wachtlijsten verkort worden of er een mogelijkheid wordt geboden deze tijdelijk te overbruggen. Dat er niet altijd volgens regels wordt gewerkt. En ik miste vaak de klik: als je na 4x geen klik hebt, moet je een andere therapeut zoeken. - Interview 6*

*Heb gemist dat men mijn probleem met voeding serieus nam. En dat men serieus nam dat ik problemen had met mijn lijf en voelen: als dit eerder in therapie aan bod was gekomen had ik nu misschien meer kunnen voelen, maar men liep er omheen. Partner mag wel meer betrokken worden in het proces en de theorie leren en uitgelegd krijgen. Meer aandacht voor partner, voor gevoel. Dat ik niet steeds alles zélf moet uitzoeken. Professionals moeten eerlijk, duidelijk zijn, geen valse verwachtingen bieden en durven zeggen "wij zijn geen match". Miste bij Veilig Thuis dat er teveel rondom het kind gebeurde in plaats van mét het kind. Ga niet forceren een kind te laten praten, maar zorg dat jij die veilige volwassene bent. Laat het voelen dat het bijzonder en gewenst is. - Interview 7*

*Ik heb gemist dat er genoeg wordt doorgevraagd. Elk kind is anders en elk verhaal is anders. Het is zó belangrijk dat je met het kind praat en dat je die ook controle geeft. Niemand kent mijn leven beter dan ik! Ook belangrijk dat er voorlichting komt aan kinderen, zodat zij weten dat wat zij meemaken niet normaal is. Want je weet niet beter dan je eigen leven, dan wat je gewend bent. - Interview 8*

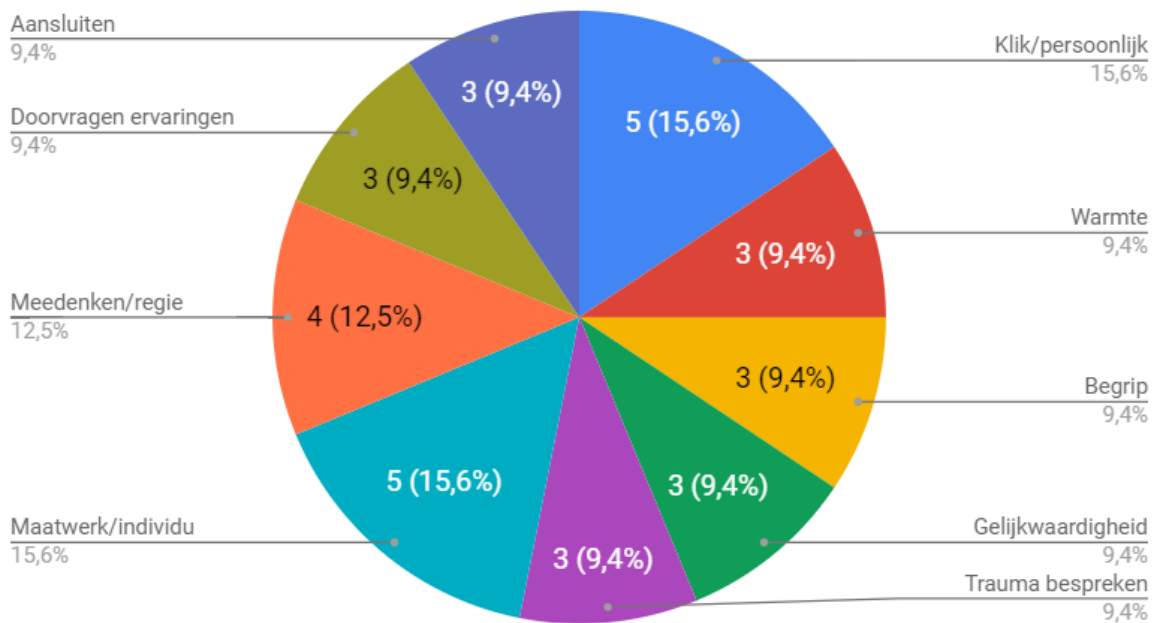
*In het begin miste ik de handvatten om in het heden met mijn ervaringen om te leren gaan: dit leerde ik in de ambulante groep. Bij aangifte miste ik dat er rekening wordt gehouden met de emoties van het slachtoffer. Therapeut moet aansluiten: vrouw voor vrouwen, voor de veiligheid. Ook liever niet in een*

steriele ruimte, maar woonkamer sfeer. Praat met iemand mee en op het niveau van die persoon mee. Zorg dat het slachtoffer de regie houdt. Behandel een kind zoals je zelf behandeld zou willen worden. Partners moeten meer in therapie meegenomen worden, parallel aan de traumabehandeling, want het trauma is bij getrouwd zijn niet verdwenen. - Interview 9

Heb 't gemist dat de psychiater goed naar de hulpvraag keek die er was gesteld. Gemist dat er genoeg werd doorgevraagd en dat er iets concreet mee gedaan werd. Dus: vul niet in maar stel vast wat de hulpvraag is en check dit. Vraag het gericht uit. Parafraseer. Verkort de wachtlijsten. Bekijk een individu holistisch en biedt integrale hulp aan voor lichaam en geest. Er moet een cultuur shift komen zodat de psychiatrie niet helemaal apart wordt gehouden en dat men over hokjes heen kan denken. En men moet goed communiceren met de cliënt. - Interview 10

Ik heb begrip gemist. Van therapeuten en van mensen. Het was soms erg ver te zoeken. Het is belangrijk dat er respect is voor elkaar en dat iemand niet probeert je mening te veranderen en je op te dringen iets te doen. Niet veroordelen. Ik heb gemist dat er niet vanuit het boekje werd gewerkt. Probeer je in te leven in de situatie van een ander. Probeer te begrijpen hoe die persoon zich gevoeld heeft, reageer dan pas. - Interview 11

### Wat er mist volgens de geïnterviewden



## 6. Conclusies

Kindermishandeling komt gemiddeld bij 1 op de 34 kinderen voor. Dit zijn echter slechts officiële cijfers. Hoeveel slachtoffers daadwerkelijk te maken krijgen met kindermishandeling ligt, blijkens zelfrapportages, hoger. Doorgaans wordt kindermishandeling opgedeeld in vijf verschillende vormen. Zo wordt er gesproken van lichamelijke mishandeling, emotionele mishandeling, lichamelijke verwaarlozing, emotionele verwaarlozing en seksueel misbruik. Uit de literatuur komt naar voren dat het overgrote deel van de slachtoffers van kindermishandeling ervaring heeft met meer dan één vorm hiervan, co-morbiditeit. De literatuur heeft uitgewezen dat co-morbiditeit de behandeling en het herstel moeilijker maakt. Hiernaast is gebleken dat verschillende vormen van kindermishandeling gepaard gaan met verschillende late gevolgen, waardoor verschillende therapieën effectief blijken. Dit toont het belang van het achterhalen van de oorzaak van problematiek bij cliënten waar een professional mee te maken krijgt.

Uit de interviews kwam een aantal dingen telkens terug. Dit is in de cirkeldiagrammen uit hoofdstuk 5 terug te zien. Als het gaat om wat werkt, zijn de geïnterviewden het erover eens dat het allerbelangrijkste is dat

1. Het allerbelangrijkste is dat zij de mogelijkheid krijgen om te praten over hun ervaringen. Dit wordt snel op de voet gevolgd door de volgende vaak aangehaalde punten
2. Dit wordt snel op de voet gevolgd door dat de therapeut ook wat teruggeeft en niet alleen maar luistert
3. Dat cliënten een eigen tempo mogen bepalen en hierin mogen zoeken en wennen
4. Dat een stukje regie bij de cliënt ligt en dat deze mag kiezen
5. Dat cliënt en therapeut samen het pad bewandelen
6. Dat de therapeut aangeeft wat hij kan, maar ook wat de grenzen zijn van zijn kunnen en van wat er mogelijk is
7. Dat er wordt gekeken naar wat de cliënt nodig heeft
8. Dat de therapeut kundig en gespecialiseerd is
9. Dat de therapeut naast de cliënt staat.

Hier waren de geïnterviewden positief over en dit vonden zij belangrijk tijdens de behandeling.

Wat naar voren kwam - aangaande wat volgens de geïnterviewden niet werkt - leverde enkele uitschieters op, waaronder de volgende 3 punten:

- (1) niet genoeg doorvragen
- (2) afstandelijkheid
- (3) groepstherapie

Hier waren de geïnterviewden niet positief over en dit hebben zij als contraproductief ervaren. Een mooi voorbeeld was bijvoorbeeld de psychiater die op zijn horloge keek. Een ander voorbeeld is dat iemand zo bang was tijdens de groepstherapie afgewezen te worden, dat ze zelfs haar eigen banden leeg prikte om maar niet te hoeven gaan. Of iemand die met alleen maar oudere mannen in een groepstherapie zat en hier juist door aan haar trauma werd herinnerd. Uit de in ons verslag gebruikte literatuur bleek ook dat groepstherapie minder effectief is dan individuele, op trauma-gefocusste therapie. Dus deze ervaringen komen overeen. Ook het niet genoeg doorvragen wordt als hinderlijk ervaren, juist omdat deze doelgroep moeite heeft om überhaupt hulp te zoeken en zelf over hun traumatische ervaringen te praten.

## 7. Discussie

Zoals besproken in hoofdstuk 6 is er, vanuit de interviews, een aantal aanbevelingen naar voren gekomen voor de professionals die werkzaam zijn in de behandeling van cliënten met ervaringen van kindermishandeling. In de interviews is ruimte gegeven om aan te geven wat mensen zelf niet goed zien gaan in de zorg voor deze specifieke groep. Hieruit is naar voren gekomen dat de wachttijden erg lang zijn. Dit maakt de drempel om hulp te zoeken erg hoog is. Dat terwijl deze groep meer hulp zou moeten zoeken. Ook is het vinden van de juiste hulp vaak aan de cliënten zelf, waardoor ze in een web van verschillende behandelingen terechtkomen, waar zij zelf weinig vanaf weten. Dit draagt ook bij aan het verhogen van de drempel om de juiste hulp te zoeken en te ontvangen.

Wat ook tegenwerkt bij het inzetten van behandeling, en in de vroege jeugd, is dat Veilig Thuis andere termen gebruikt dan een groot deel van de literatuur. Dit zorgt voor een gat tussen wat er op de opleidingen wordt geleerd, en waarop wordt gereageerd in het begin van de situatie. Vanuit de literatuur wordt vrijwel alleen maar gesproken van emotionele verwaarlozing en van lichamelijke verwaarlozing. Veilig Thuis maakt echter onderscheid tussen lichamelijke verwaarlozing, pedagogische verwaarlozing, en affectieve verwaarlozing/ Dit gat tussen de opleidingen en het werkveld kan zorgen voor een moeilijke samenwerking waar meerdere groepen langs elkaar heen praten. Hier moet meer aandacht naar uit gaan.

Ook is de GGZ voornamelijk gericht op het beleid, en niet zo zeer op de zorg die gedragen moet worden voor de cliënten. De manier van werken in de GGZ staat vastgelegd in beleid. De professionals dienen deze te volgen. Uit de interviews is echter naar voren gekomen dat het werken volgens deze vaste manier niet als prettig wordt ervaren en in sommige gevallen zelfs de behandeling kan stagneren. Voor de toekomst van behandeling van kwetsbare groepen cliënten, dient er onderzoek gedaan te worden naar het beleid en hoe werkzaam het daadwerkelijk is in deze specifieke groep.

Bij het onderdeel wat er gemist werd, bleek dat de geïnterviewden vaak het woord maatwerk in de mond namen. Volgens een van hen was de GGZ niet maatwerk-gericht, maar ziektebeeld-gericht. Het star vasthouden aan protocollen en het opdringen van behandelingen (zelfs verkeerde behandelingen) en het niet aansluiten bij de behoeften van de cliënt hangen hiermee samen. Naast maatwerk misten cliënten een persoonlijke en fijne klik met hun behandelaar, waarbij sommigen deze behandelaar als “verheven” boven de cliënt ervoeren of vonden dat deze tactloos reageerde op problemen bij de cliënt. Bij laatste kwestie hoort de uitspraak van een van de geïnterviewden dat de therapeut haar bij anorexia een suikerklontje aanraadde. En hierbij hoort een andere uitspraak dat de psychiater er uitflapte: “niet geschoten is altijd mis”. Het gaat hier om onhandige uitspraken en soms ook onhandige bejegeningen vanaf de kant van de behandelaars die een klik in de weg kunnen staan. Juist deze doelgroep voelt alles haarfijn aan en is zeer gericht op de reacties van de therapeut en hierdoor zou daar voorzichtig mee moeten worden omgesprongen. Ook valt op dat een stukje regie voor het gevoel mist bij de geïnterviewden. Zij willen graag meedenken, juist omdat zij, zoals een het voortreffelijk verwoordde, het beste weten hoe zij in elkaar steken en wat zij nodig hebben.

Hieruit blijkt dat er zeker aanbevelingen zijn voor de professionals werkzaam in dit gebied. De manier van werken is echter niet alleen hen te verwijten.

Kortom, in dit werkveld zijn zeker nog grote stappen te maken in het verbeteren van de zorg op de korte termijn, maar ook zeker op de lange termijn. Om deze groep zo goed mogelijk te kunnen ondersteunen moet er meer onderzoek worden gedaan naar hoe de behandelingen daadwerkelijk worden ervaren en of deze daadwerkelijk lange termijn effecten laten zien.

## 8. Aanbevelingen

In de interviews die zijn afgenomen hebben we gevraagd naar wat de mensen zelf als aanbeveling mee zouden willen geven aan lotgenoten en professionals. Hieronder volgen eerst de aanbevelingen die zij hadden voor lotgenoten. Vervolgens volgen de aanbevelingen die zijn gegeven voor de professionals.

### Voor lotgenoten

1. Zoek herkenning bij andere lotgenoten. Met elkaar kan je delen in een situatie van gelijkwaardigheid. Dan zul je merken dat je niet alleen bent.
  - a) Zoek hierin ook echt contact
  - b) Praat erover en deel
  - c) Hiermee merk je dat je niet alleen bent, dit geeft motivatie
2. Laat je niet in een hoekje drukken door therapeuten. Kom voor jezelf op. Blijf zelf ook denken
3. Blijf niet in de wrok hangen. Probeer een manier te vinden die voor jou werkt waardoor jij je eigen leven weer op kan pakken. Acceptatie is een belangrijke stap in het proces van herstel
4. Ga een behandeling bij PsyTrec doen. In deze vorm van behandeling wordt ook psycho-educatie geboden, waardoor je ook leert hoe en wat er met je lichaam gebeurt in bepaalde situaties.

PsyTrec biedt behandelingen aan in een korte, intensieve periode. Hierbij kun je overnachten op de locatie. Naast cognitieve behandeling, is hier een intensief bewegings- en sportprogramma. De medewerkers die werkzaam zijn binnen PsyTrec, zijn gespecialiseerd in complexe PTSS en worden bijgeschoold.

Wil je hier meer informatie over hebben, bezoek hun website op: <https://www.psytrec.nl/>
5. Ga oefenen met moeilijke situaties die geen gevaar uitlokken. Bij andere vormen van fobie wordt aangeraden om die situaties te oefenen, dus waarom niet in deze setting.
6. Zoek een therapie die aansluit bij jou als persoon. En als je na 4x geen klik hebt met de therapeut, is het oké om verder te zoeken

### Voor professionals

2. Mens zijn. Wees jezelf, laat diegene jou ook een beetje kennen. Zo kan een oprecht klik ontstaan. Laat hierin ook zien dat je emoties hebt, dat verhalen en gebeurtenissen jou als persoon kunnen raken. Vaak zijn de kleine dingen heel erg van belang. Een voorbeeld vanuit de interviews: een verpleger die zei: *"jij bent een heel goed mens"*
3. Laat de ander in zijn waarde. Ga je cliënten niet kleineren.
4. Wees eerlijk over de mogelijkheden van een behandeling of andere behandelingen.
5. Probeer ze te stimuleren in wat mogelijk is en niet te beperken in wat niet meer kan.
6. Bespreek wat er gebeurt in het lichaam. Geef hierbij ook meer aandacht aan het gevoel. De gevolgen zijn niet per definitie gelimiteerd op het cognitieve gebied.
7. Wees respectvol ten opzichte van je cliënt. De stap om hulp te zoeken is vaak al lastig genoeg. Enkele gegeven voorbeelden van respectvol zijn naar deze specifieke groep vanuit de interviews zijn:
  - a) Help de grenzen te bewaren
  - b) Wees duidelijk over wat de volgende stappen zijn en hoe het proces verder gaat verlopen.
  - c) Schep nooit valse verwachtingen. Dit sluit ook aan bij het eerlijk zijn over de mogelijkheden. Maar dit gaat een stap verder, doe geen beloftes die niet nagekomen kunnen worden. Hierdoor wordt het vertrouwen verder geschaad.
  - d) Durf aan te geven als het geen match is. Dan weet de cliënt ook dat het niet aan hem of haar ligt. Ook hiermee worden dan geen valse verwachtingen geschapen.

- e) Bedenk niet alleen dingen maar bespreek het ook met je cliënt. Laat ze waar mogelijk ook zelf meedenken. Vul het verhaal niet zelf in. Hiermee geef je wat controle aan ze terug.  
*"Niemand kent mijn leven beter dan ik"*
8. Zoek een balans tussen sterk zijn en meebewegen met de cliënt. Tijdens de interviews werd de metafoor gebruikt van een bamboe. Dit houdt in dat je als therapeut sterk moet zijn, maar ook mee moet kunnen bewegen met de emoties van de cliënt.
    - a) Wacht tot ik je vertrouw. Dit is een voorbeeld van meebewegen. Beweeg hierin mee op het vertrouwen van de cliënt. Dit zal de relatie bevorderen en de behandeling ondersteunen.
    - b) Zorg voor veiligheid. Wees hierin sterk en laat merken dat het een veilige omgeving is. Dit houdt ook in dat informatie niet zonder overleg doorgestuurd en overlegd kan worden met derden.
  9. Zoek naar een manier van een multidisciplinaire behandeling, waar alles op één plek is zodat de cliënt kan zoeken naar wat voor hem of haar het fijnste werkt.
    - a) Kijk hierbij ook naar een vorm van interdisciplinair overleg tussen de verschillende professionals, zodat het verhaal niet telkens opnieuw verteld hoeft te worden.
    - b) Doorverwijzingen zijn lastig, vaak moeten ze zelf op zoek naar wat er mogelijk is. Bied 1 startpunt aan waar mensen kunnen kijken naar wat goed werkt in de behandeling. Vanuit daar kunnen ze verder stromen in de behandelingen.
    - c) Probeer, waar mogelijk, de partner te betrekken bij het proces. Niet zozeer dat deze meegaat naar sessies. Maar dat de partner weet wat er gebeurt tijdens de behandelingen en hoe er een verandering plaats kan vinden.
    - d) Maak in behandelingen ruimte voor ervaringsdeskundigen. Dit geeft de cliënt een gevoel van herkenning en kunnen zij onderling makkelijker communiceren over de gebeurtenissen.
  10. Kijk meer naar het individu en generaliseer niet.
    - a) Ga uit van de behoeften van het individu dat voor je zit. Houd hierbij niet vast aan protocollen en probeer zoveel mogelijk maatwerk te leveren bij de cliënt.
    - b) Luister naar wat hij of zij te vertellen heeft. Elk verhaal is anders, elk kind is anders. Het is belangrijk dat zij zich gehoord kunnen voelen.
  11. Durf ernaar te vragen, wees doortastend als je het niet zeker weet. Vaak zijn mensen niet geneigd om er snel zelf wat over te vertellen. In het verlengde daarvan: doe een gezinsonderzoek en neem het kind in bescherming. Als het moet, maak een melding.
  12. Geef voorlichtingen aan kinderen. Kinderen weten zelf niet beter dan hun eigen ervaringen. Zij weten niet dat het abnormaal is tot het hen gezegd wordt. Door voorlichtingen te geven, kunnen kinderen zelf in leren zien dat hun situatie misschien minder normaal is dan zij dachten. Als zij dit leren kunnen zij eerder gaan praten met iemand en kan er eerder ingegrepen worden.

## Literatuurlijst

- Barlow, J. & Underdown, A. (2017). Child maltreatment during infancy: Atypical parent-infant relationships. *Paediatrics and Child Health, 28*, 114-119.
- Blom, N. (2011). *Je bent een verschrikkelijk kind. Veertien jaar ziek gemaakt door haar eigen moeder*. Leens, Nederland: Uitgeverij Personalia.
- Boullier, M. & Blair, M. (2018). Adverse childhood experiences. *Paediatrics and Child Health, 28*, 132-137.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2018). *Veilig Thuis: Stand van zaken in 2017*. Den Haag, Nederland: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (2017). *Emotionele mishandeling en verwaarlozing in de schijnwerpers*. Amsterdam, Nederland: CELEVT
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Miranda, R., & Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 411-416. doi:10.1037/0022-006X.72.3.411
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., Gan, W., & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry, 167*(8), 915-924. doi:
- Comijs, H. C., van Exel, E., van der Mast, R. C., Paauw, A., Oude Voshaar, R., Stek, M. L. (2013). Childhood abuse in late-life depression. *Journal of Affective Disorders, 147*, 241-246.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J. H., van Balkom, A. J. L. M., van Dyck, R., Veltman, D. J., & Draijer, N. (2010). Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: a pilot study. *Child Abuse & Neglect, 34*, 284-288. doi:10.1016/j.chiabu.2009.07.003
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., & Emmelkamp, P. M. G. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical Psychology Review, 34*, 645-657.
- Euser, S., Alink, L. R. A., Pannebakker, F., Vogels, T., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2013). The prevalence of child maltreatment in the Netherlands across a 5-year period. *Child Abuse & Neglect, 37*, 841-851  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.004>
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet, 37*, 68-81.  
doi:10.1016/S0140-6736(08)61706-7
- Grossman, F. K., Spinazzola, J., Zucker, M., & Hopper, E. (2017). Treating adult survivors of childhood emotional abuse and neglect: a new framework. *American Journal of Orthopsychiatry, 87*(1), 86-93. doi:10.1037/ort0000225
- Harkness, K. L., Bagby, R. M., & Kennedy, S. H. (2012). Childhood maltreatment and differential treatment response and recurrence in adult major depressive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(3), 342-353. doi:10.1037/a0027665
- Hildyard, K. L. & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect, 26*. 679-695.
- Kimbrough, E., Magyari, T., Langenberg, P., Chesney, M., & Berman, B. (2010) Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of Clinical Psychology, 66*(1), 17-33.  
doi:10.1002/jclp.20624
- Miller-Perrin, C. L. & Perrin, R. D. (2013). *Child maltreatment: An introduction*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Neumann, E. (2017). Recollections of emotional abuse and neglect in childhood as risk factors for depressive disorders and the need for psychotherapy in adult life. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 205*(11), 873-878
- Perry, B. D & Szalavitz, M. (2006). *The boy who was raised as a dog*. New York, NY: Basic Books.
- PsyTrec. *Over PsyTrec*. Geraadpleegd op 18 juli 2018, op <https://www.psytrec.nl/>

- Reiser, S. J., McMillan, K. A., Wright, K. D., & Asmundson, G. J. G. (2014). Adverse childhood experiences and health anxiety in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, *38*, 407-413. doi:
- Renner, F., Arntz, A., Leeuw, I., & Huibers, M. (2013). Treatment for chronic depression using schema therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *20*(2), 166-180. doi:
- Rensen, G. M. (2018). *Over de multidisciplinaire integrale traumabehandeling bij vroeg-getraumatiseerde volwassenen; een nieuw behandelingsperspectief*. Geraadpleegd op 22 juli 2018.
- Russel, B. S. (2010). Revisiting the measurement of shaken baby syndrome awareness. *Child Abuse & Neglect*, *34*, 671-676. doi:10.1016/j.chiabu.2010.02.008
- Schellingerhout, R. & Ramakers, C. (2017). *Scholierenonderzoek kindermishandeling 2016*. Radboud Universiteit Nijmegen.
- Slack, K. S., Berger, L. M., DuMont, K., Yang, M., Kim, B., Ehrhard-Dietzel, S., & Holl, J. L. (2011). Risk and protective factors for child neglect during early childhood: A cross-study comparison. *Children and Youth Services Review*, *33*, 1353-1363. doi:10.1016/j.childyouth.2011.04.024
- Sperry, D. M. & Widom, C. S. (2013). Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: A prospective investigation. *Child Abuse & Neglect*, *37*, 415-425.
- Thielen, F. W., ten Have, M., de Graaf, R., Cuijpers, R., Beekman, A., Evers, S., & Smit, F. (2016). Long-term economic consequences of child maltreatment: A population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, *25*, 1297-1305. doi:10.1007/s00787-016-0850-5
- Tardif-Williams, C. Y., Tanaka, M., Boyle, M. H., & MacMillan, H. L. (2017). The impact of childhood abuse and current mental health on young adult intimate relationship functioning. *Journal of Interpersonal Violence*, *32*(22), 3420-3447. doi:
- World Health Organization (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yates, G. & Bass, C. (2017). The perpetrators of medical child abuse (Munchausen syndrome by proxy): A systematic review of 796 cases. *Child Abuse & Neglect*, *72*, 45-53. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.07.008>
- Zoet, A. H., Wagenmans, A., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2018). Presence of the dissociative subtype of PTSD does not moderate the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, *9*(1), 1-10. doi:10.1080/20008198.2018.1468707