

Opgroeien

Beleidsvoorstel 6: Toegankelijkheid van hulpverlening voor minderjarige geadopteerden en pleegkinderen binnen de netwerken geestelijke gezondheidszorg

Datum: 18/11/2022

Auteur: Werkgroep zorg en begeleiding

Onderwerp: Beleidsvoorstel 6: Toegankelijkheid van hulpverlening voor minderjarige geadopteerden en pleegkinderen binnen de netwerken geestelijke gezondheidszorg

Toegankelijkheid van hulpverlening voor minderjarig geadopteerden en pleegkinderen binnen de netwerken geestelijke gezondheidszorg

Ter achtergrond: getraumatiseerd zijn impliceert een leven met een grotere kans op periodes van kwetsbaarheid.

We vinden het belangrijk enkele bemerkings vooraf te noteren omtrent trauma in het algemeen, en type III trauma in het bijzonder. Trauma in het algemeen betreft *an emotionally overwhelming, highly upsetting event that may involve actual or threatened death, serious injury, or sexual violence (REF); of word took beschreven als 'an event, or a sequence of events, that is accompanied by an amount of **stress which supersedes one's coping capacities** or capacity to integrate the accompanying feelings.*

Traumatische ervaringen kunnen het gevolg zijn van een eenmalige gebeurtenis (type 1, bv je leven werd bedreigd of je leed groot verlies door een tsunami) of als een opeenvolging van gebeurtenissen (type 2, je werd gepest op je werk, mishandeld door een partner). Dit kan plaatsvinden buiten een relationele context (zoals een natuurramp) of binnen relaties met mensen waar je al dan niet een band mee hebt.

In de context van opgroeien buiten de eerste gezinscontext, waaronder adoptie, is trauma per definitie **type 3 trauma**, ook wel complex trauma, ontwikkelingstrauma of gehechtheidstrauma genoemd. Bij type 3 trauma wordt de persoon zeer vroeg in het leven geconfronteerd met een onveilige, stressvolle zorgcontext, waar de vroegste situatie die een bron van warmte, zorg, stimulatie en veiligheid hoort te zijn om goed te kunnen ontwikkelen, afwezig is en het kind (een deel van) zijn eerste levensjaren doorbrengt in omstandigheden van problematische zorg of geconfronteerd wordt met ongewone angst, stress, verlies, onvoorspelbaarheid, ...

Bronnen van trauma in de loop van een kindertijd (Adverse Childhood Experiences, ACEs, Anda et al, 2006) zijn lichamelijk misbruik, seksueel misbruik, verbaal geweld, lichamelijke verwaarlozing, emotionele verwaarlozing, een zorgfiguur met een depressie of andere psychische problematiek, een zorgfiguur met een alcohol of andere verslavingsproblematiek, een zorgfiguur in de gevangenis, getuige zijn van huiselijk geweld, het verlies van een zorgfiguur. Van deze 10 'Adverse Childhood Experiences' is er in een geheel aan wetenschappelijke onderbouwing aangetoond dat ze een traumatische impact hebben op de ontwikkeling evenals op de lichamelijke en de psychische gezondheid van een persoon. Vroege traumatische ervaringen zijn van invloed op de neurobiologische ontwikkeling van kinderen, op de sociaal-emotionele en

cognitieve ontwikkeling, en leidt tot specifieke trauma-mechanismen zoals herbelevingen, het hanteren van fight, flight, freeze en faint mechanismen bij (intense) affect... Bovendien is aangetoond dat met hoe meer ACEs een persoon geconfronteerd werd in diens kindertijd, hoe heftiger de impact is op de ontwikkeling en de gezondheid (concept 'dose response').

De krachtige link tussen 'opgroeien in een gezin buiten de eerste gezinscontext' (geadopteerd zijn of pleegkind zijn) en trauma ligt dan ook hier, en heeft te maken met twee situaties in het leven van een geadopteerde of pleegkind. Allereerst: Wie niet kan opgroeien bij de ouders waaruit hij/zij geboren is, wordt als het ware per definitie met één ACE geconfronteerd, met name het verlies van een zorgfiguur. Volgens de literatuur betekent dit niet dat elke persoon met het verlies van een zorgfiguur ook getraumatiseerd is, maar soms wel levenslang kwetsbaar blijft voor verlies (zie verder). Ten tweede, wanneer een kind niet kan opgroeien bij zijn/haar eerste zorgfiguren, is dit zelden omdat zorgfiguren zich in de beste levensomstandigheden bevinden, maar bestaat er een grotere kans dat er ook andere ACEs aanwezig zijn in de context van het kind in het gezin van herkomst. Zeker na het Verdrag van Den Haag, worden in ons /land vaker kinderen geadopteerd die ouder zijn (en vaak meer negatieve levenservaringen achter de rug hebben), waarvan men weet dat ze ernstiger (lees meer ACEs) getraumatiseerd zijn, die moeilijker gedrag stellen (vaak een antwoord van een kind op traumatische ervaringen). Bovendien is de aanwezigheid van ACEs in het gezin waarin het kind uiteindelijk opgroeit, nooit uitgesloten. Daar speelt selectie een belangrijke rol, maar ook na adoptie kan een gezin in moeilijke leefomstandigheden belanden met een negatieve impact op een reeds kwetsbaar ontwikkelend kind. Dan geldt het 'dose response' concept: hoe meer negatieve levenservaringen, hoe groter de impact van trauma. Concreet leert de literatuur ons dat één derde van alle geadopteerde kinderen en jongeren moeilijkheden kennen die we 'complex trauma' noemen (REF), waardoor een gunstig emotioneel, sociaal en school functioneren zeer zwaar belast is, en dat het suïcidecijfer bij geadopteerde volwassenen vier keer hoger ligt dan in de hele populatie (Hjern, Lindblad, & Vinnerljung, 2002).

Tenslotte in dit verband nog een noot over het onderscheid tussen

- (1) het wezenlijke verlies, De kwetsuur of de potentieel traumatische ervaring die elke geadopteerde treft bij verlies van zorgfiguren/gezin van oorsprong, van een eerste zintuiglijke wereld, van cultuur, en die in een bepaalde periode van het leven aandacht, zorg en begeleiding vergt;
- (2) de gevolgen van ernstige traumatisering die het leven zodanig hinderen dat een kind niet langer kan functioneren (ontwikkeling vastloopt en sociaal en school functioneren onmogelijk wordt) of dat een volwassene onderuitgaat (zich emotioneel zo slecht voelt dat iemand niet langer plezier heeft aan het leven en/of niet kan functioneren in sociale en/of professionele situaties). Deze gevolgen zijn in de traumaliteratuur en/of in diagnostische criteria beschreven (zie eerder).

Het is in deze van belang dat een samenleving zich realiseert dat kwetsbaarheid zoals hier beschreven zich in elke individuele persoon op andere manieren en op verschillende momenten kan voordoen. Sommige kinderen ontwikkelen zich goed op diverse domeinen, maar hebben last van verdriet en verlies, en zijn in nood voor hulp bij de verwerking daarvan naar aanleiding van een bepaalde gebeurtenis. Andere kinderen met veel negatieve levenservaringen (ACEs) worstelen hun hele kindertijd door met ontwikkelingsproblemen, trauma-mechanismen, gedragsproblemen, leermoeilijkheden ... en hebben gedurende hun hele ontwikkeling nood aan psychotherapeutische en contextuele hulp. Nog andere kinderen ervaren weinig problemen doorheen hun kindertijd en worden in de puberteit geconfronteerd met heftige identiteitsvragen, of pas als volwassene bij het eigen ouderschap plots geconfronteerd met heftige affectieve moeilijkheden (angsten, depressie). Een breed aanbod aan en een flexibele toegang tot passende hulpverlening houdt dan ook rekening met deze individuele verschillen in ervaringen en noden. Belangrijk om te onthouden is dat zowel

kinderen als volwassenen intens lijden onder de dysregulerende gevoelens van rouw en verdriet, van leegte of van boosheid, en dat hulp nodig is en beschikbaar dient te zijn wanneer iemand hiermee geconfronteerd wordt.

We hechten belang aan deze situering en achtergrond, omdat dit het denken over de nodige hulpverlening vergemakkelijkt. Het geeft immers iets weer van het continuüm aan zorgnoden (bv van een snelle maar goede toegang tot een ambulante psychotherapie, tot een vlotte samenwerking tussen een intens persoons-kind- gezins- en contextgericht hulpaanbod op ambulant en op residentieel vlak). Waar elke geadopteerde in een bepaalde periode van zijn/haar leven nood kan hebben aan professionele begeleiding, hebben personen met een ernstige traumatisering nood aan intense en langdurige ambulante (en soms residentieële) psychologische zorg.

Daarenboven is competente, adoptie- en traumasensitieve zorg van belang, die nu vaak beperkt aanwezig is op een klein aantal plekken in de hulpverlening. Belangrijk in deze is dat kennis zowel ervaringskennis, praktijk-kennis als wetenschappelijke kennis integreert. In dit verband is bovendien relevant dat iedere professionele hulpverlener die zich engageert in hulpverlening aan adoptie-betrokkenen voldoende en relevante opleidingsbagage heeft. In dit kader plaatsen we een kritische noot bij het idee dat iedereen zich momenteel 'coach' kan noemen, en dat dit ook zo is voor wie zich 'adoptiecoach' noemt. Wanneer de titel van 'coach' beter gereguleerd wordt door de overheid, dient daarbij zeker ook aandacht besteed te worden aan de adoptiecoach.

Referenties

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.

Hjern, A., Lindblad, F., Vinnerljung, B. (2002). Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptions in Sweden: a cohort study. *The Lancet*, 360, 443-448.

1. Een GGZ-pilootproject voor minderjarige geadopteerden en pleegkinderen

Voor wie is dit aanbod bedoeld?

Een deelgroep van kinderen en jongeren die opgroeit in een gezin buiten hun eerste gezinscontext wordt – bovenop de aan adoptie of pleegzorg inherente aanpassingstaken – geconfronteerd met ernstigere psychische moeilijkheden, waardoor ze vastlopen in hun ontwikkeling. Dit uit zich in emotionele, relationele en/of gedragsmatige moeilijkheden, en dit binnen meerdere contexten (thuis, school, bij andere zorgfiguren, bij vrijetijdsbesteding), waardoor zij het risico lopen op hertraumatisering (bv bij ernstige gezinsmoeilijkheden of door school dropout) wanneer hun moeilijkheden onvoldoende begrepen en verholpen worden. Deze kinderen hebben nood aan extra begeleiding, bovenop de zorg uit het basisaanbod. Om hun vastlopende ontwikkeling tijdig weer op een positief ontwikkelingsspoor te krijgen en het risico op hertraumatisering te beperken, is een aangepast intensief aanbod nodig binnen de Geestelijke Gezondheidszorg op een redelijke termijn.

Op dit moment is zorggarantie voor deze kinderen/jongeren, zoals decretaal vastgelegd voor de Centra Geestelijke Gezondheidszorg, onvoldoende. Voorzieningen voor gespecialiseerde GGZ worden overbevraagd, ze moeten zich in eerste instantie richten naar zorgvragers die een multidisciplinair zorgpakket nodig hebben met bovendien bijzondere aandacht voor sociaal en financieel kwetsbaren. Doordat het hier niet zelden gaat om ouders met voldoende financiële draagkracht, worden geadopteerde kinderen/jongeren en hun gezinnen in de concrete realiteit vaker naar privé-zorgverleners verwezen. In dit private veld kan echter

niet altijd worden voldaan aan de noodzakelijke kenmerken van een 3sporen-aanbod vanuit een multidisciplinair team volgens de principes van stepped, matched an wrapped care.

Wat willen we dat er aangeboden wordt?

- (1) Een zorggarantie binnen de provincie voor elk kind/ elke jongere die opgroeit buiten de eerste gezinscontext en diens gezin binnen een gespecialiseerde GGZ-voorziening (ambulante en waar noodzakelijk tijdelijk residentieel)
- (2) Een proeftuin of pilootproject 'Geadopteerd kind/jongere of pleegkind met complex trauma' binnen de diensten voor GGZ

Dit pilootproject is bedoeld om verder uit te zoeken hoe er tegemoet kan worden gekomen aan de noden van deze kinderen, en hoe er op termijn zorggarantie kan worden geboden voor deze kinderen en jongeren. Voor deze kinderen en jongeren en hun gezinnen/ bredere context is het immers belangrijk dat ze toegang krijgen tot competente en betaalbare hulpverlening op een redelijke termijn en binnen een haalbare afstand van hun woon- en leefsituatie. Het is van belang dat dit aanbod rekening houdt met het specifieke ontwikkelingstraject van ieder individu (zie achtergrond).

Deze kinderen en jongeren en hun omgeving krijgen toegang tot een intensief psychotherapeutisch behandeltraject, aangeboden door een team met kennis en expertise inzake vroege traumatisering en de impact op kind, gezin en context, en dit op een betaalbare manier binnen een redelijke afstand van hun leefomgeving. Dergelijk traject voldoet aan volgende specifieke kenmerken:

- (a) **Een driesporenaanbod** voor kind, ouders en context, waarin (a) ouders en context worden versterkt in hun mentalisatievermogen, en gesteund om vanuit een trauma- en ontwikkelingsgeïnformeerde blik om te gaan met de ontwikkelingsmoeilijkheden van hun kind, en om een zo goed mogelijke groeibevorderende omgeving te realiseren voor hun adoptiekind. Daarbij is aandacht voor siblings in het gezin van belang. (b) andere belangrijke partners in de zorg voor een kind/jongere (Bv school, CLB, huisartsenpraktijk) worden versterkt in het zoeken naar een goed aanbod voor kind/jongere en diens gezin; en (c) wanneer gezins- en contextaanbod voorzien zijn en onvoldoende blijken, het kind of de jongere een individueel trauma- en ontwikkelingsgericht psychotherapeutisch aanbod krijgt indien en wanneer nodig (bovenop het hierboven beschreven aanbod voor ouders en context).
- (b) **Door een multidisciplinair team** (psycholoog en/of orthopedagoog, psychiater, maatschappelijk werker, andere therapeuten (ergo, logo en/of kine) naargelang de specifieke individuele vragen en noden. Waar mogelijk gebeurt dit best binnen een ambulante gespecialiseerd GGZ-kader (Centra Geestelijke Gezondheidszorg); waar nodig kan dit tijdelijk binnen een residentieel gespecialiseerd GGZ-kader (afdelingen voor kinderen en voor jong-volwassenen van psychiatrische ziekenhuizen). We onderlijnen daarbij zowel het belang van een goede samenwerking tussen de verschillende GGZ-diensten als met de opvang- en begeleidingsdiensten van het Agentschap Opgroeien om een globaal en afgestemd ondersteuningstraject te realiseren.
- (c) **Volgens de principes van 'stepped, matched & wrapped care' en met zorg voor continuïteit.** Dit betekent dat het basisaanbod, aangeboden door de adoptiediensten, instaat voor de eerste screening, voor verwijzing en voor verdere samenwerking met de meer gespecialiseerde GGZ. Het basisaanbod heeft op die manier een belangrijke preventieve en screenende rol (stepped care) en kan mee op zoek naar passende hulpverlening (matched care). Daarenboven blijft de zorgverlener vanuit het basisaanbod betrokken op het kind/de jongere en de context waardoor er een werkzaam netwerk wordt gevormd rond het individuele kind/ de jongere (wrapped care). De hulpverlener die het basisaanbod vanuit de adoptiedienst of dienst voor pleegzorg verzorgt, vormt als

trajectbegeleider de rode draad doorheen het leven van het kind/de jongere (doorheen de tijd) en is bovendien de casemanager die de verbindende figuur is doorheen diverse andere hulpverlenende instanties op alle niveaus van specialisatie (doorheen het netwerk). Deze kinderen en jongeren moeten – waar aangewezen - op redelijke termijn toegang krijgen tot gespecialiseerde ambulante (en waar noodzakelijk residentiële) hulpverlening.

Om tegemoet te kunnen komen aan alle hierboven beschreven cruciale kenmerken, is het van belang dat – zeker in de pilootfase – deze begeleiding wordt aangeboden door de kinder- en jongvolwassenenwerking (16+) van één centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg per provincie, ondersteund door één psychiatrisch ziekenhuis (met K-afdeling en -waar aanwezig- eveneens een specifiek aanbod voor Jongvolwassenen- JOVO) per provincie. In een pilootfase kan dit aanbod worden gerealiseerd en aangeboden aan de hand van een casusbudget voor 5 gezinnen per aanbiedende organisatie. In deze fase kan de verdere nood en de specifiek vereiste zorgkenmerken in kaart worden gebracht door de betrokken diensten, en de kostprijs evenals de gezondheidswinst berekend om dit aanbod in te kantelen in het reguliere aanbod (zie Prof. Dr. Ronny Bruffaerts).

Belangrijke thema's die mee in rekening dienen te worden gebracht in deze trajecten: (a) het op een positieve manier aanwezig stellen van geboorte-/eerste ouders, op een verbindende manier waken over relaties en banden, en/of hen actief betrekken waar mogelijk en aangewezen, (b) het perspectief van optimale verbinding in relaties en optimale integratie binnen diverse levensdomeinen en contexten (peer groups, vrije tijd, opleiding, werk...).

Wat is de relevantie en de achtergrond? Welke wetenschappelijke literatuur en/of meningen van (ervarings-)deskundigen steunen het belang van dit aanbod?

Dit aanbod is van belang omwille van een waaier aan redenen, waaronder (a) het voorkomen van secundaire traumatisering en (b) het vermijden van uithuisplaatsing. Het voorkomen van deze negatieve outcome is bovendien van grote preventieve waarde wat betreft toekomstige (volwassen) lichamelijke en psychische gezondheid (gezondheidswinst en kostenbesparing gezondheidszorg).

Impactanalyse (gevolgen op vlak van efficiëntie, financieel kader, regelgevend kader)?

Bovenstaande doelstellingen sluiten aan bij de missie en visie van het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren (Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren Psy 0-18). Deze Gids stelt dat “Het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren breder gaat dan de sector van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De overheden hebben de opdracht om oog te hebben voor het brede perspectief van het nieuwe beleid om de sector-externe partners aan te spreken op hun verantwoordelijkheden voor de geestelijke gezondheid van kinderen, jongeren en hun context. Alle partners binnen of buiten het strikte domein van de psychiatrische stoornissen hebben een opdracht aangaande de geestelijke gezondheid van de kinderen en jongeren die hen toevertrouwd worden. Samen blijven ze verantwoordelijk om, in een netwerk, passende antwoorden op de uitdagingen te leveren”.

Binnen de strategische doelstelling “Versterken van een globale, geïntegreerde en zorgnoodgestuurde geestelijke gezondheids- en welzijnszorg voor kinderen en jongeren vanuit een samenlevingsgericht kader” pleit men voor een voldoende, kwaliteitsvol, toegankelijk en betaalbaar basisaanbod van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren binnen het werkingsgebied van ieder netwerk (i.c. de provincie) gerealiseerd wordt volgens bovenstaande omschrijving van het noodzakelijke aanbod.

Randvoorwaarden voor dit aanbod?

Investeren in de expertiseverhoging van adoptiediensten en diensten voor pleegzorg is een belangrijke voorwaarde. Zij dienen versterkt te worden in hun competenties evenals hun capaciteiten inzake (a) vroege detectie van signalen van een traumaproblematiek, (b) stabiliseren vanuit en samen met de context waar mogelijk, (c) correct toeleiden en ondersteunen van de zorgcontinuïteit (d) voorzien in en bewaken van wraparound care voor de meest complexe situaties (zie ook basisaanbod). Hier kan mogelijk beroep worden gedaan op de expertise binnen pleegzorg, waar de opdracht om in te schatten waar het basisaanbod voldoende stabiliserend en ondersteunend kan zijn, en waar wel extra begeleiding en behandeling nodig is ook deel uitmaakt van de opdracht. Aangezien de hulpverleners in het basisaanbod de uitgelezen 'toeleiders' zijn, dienen zij bovendien te beschikken over een goede kennis van en relaties in het werkveld, zowel in het domein van Opgroeien als in het domein personen met een handicap, als in de basis mentale zorg en het gespecialiseerde ambulante en residentiële GGZ-aanbod in hun bepaalde werkregio.

Timing – stappenplan om dit te verwezenlijken?

1. Afspraken over zorggarantie per provincie kunnen op korte termijn.
2. Een proeftuin of pilootproject dat loopt overheen drie jaar kan op korte termijn, om verder uit te zoeken op welke schaal een grotere uitbouw nodig is.
3. Vervolgens kan een evaluatie van proces-, outcome en werkstructuur in het laatste (derde) jaar de basis vormen voor de voorbereiding van een structurele uitrol voor Vlaanderen vanaf het vierde jaar.

2. Uitbreiding criteria voor zorgtoeslag voor kinderen met een complex trauma

a) Wat willen we dat er aangeboden wordt?

We vragen dat het agentschap opgroeien zich buigt over "criteria voor de zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte" voor kinderen wiens functioneren beïnvloed is door Adverse Childhood Experiences (ACEs) en wiens functioneren beantwoordt aan de diagnose van complex trauma (type 3 trauma, gehechtheidstrauma, ontwikkelingstrauma). Complex trauma kan worden beschouwd als een ernstige, chronische en complexe vorm van PTSS, waar bovenop de PTSS-symptomen ook alle kenmerken van ADHD, autisme, depressie, een gedragsstoornis en/of een gehechtheidsstoornis tijdelijk of blijvend aanwezig zijn. Daardoor krijgen deze kinderen nu veelal verschillende diagnostische labels (F43.1 post-traumatic stress disorder; F84.0 childhood autism; F90 hyperkinetic disorders; F94.1 reactive attachment disorder of childhood; F94.2 disinhibited attachment disorder of childhood) die binnen een trauma- of adoptie-sensitieve diagnostiek als complex trauma kunnen worden benoemd.

b) Wat zijn de kerndoelstellingen?

Het is van belang deze kinderen op te nemen binnen de doelgroepen voor de clusterprocedure. Tot hiertoe zijn er vijf clusters van problemen die een rechtstreeks toegang geven tot de verhoogde zorgtoeslag¹, met name ADHD (normaal tot zwakbegaafd), ASS (normaal tot zwakbegaafd), mentale retardatie; Diabetes, Visus

¹ <https://www.kindengezin.be/nl>

of gehoorstoornissen. We zouden complex trauma (type 3) hieraan toegevoegd willen zien. Deze klachten hebben immense gevolgen voor zowel het kind als voor diens omgeving die omwille van de ernst en de duur langdurige zorg en ouderlijk toezicht noodzakelijk maakt. Toekennen van extra zorgtoeslag aan kinderen met een diagnose van complex trauma (type 3) zou de noodzakelijke hulp voor ouders meer betaalbaar maken. Deze kinderen en hun ouders hebben immers nood aan een goede toegang tot een psychotherapeutische omkadering, vaak om de risico's op veelvuldige psychische decompensaties te voorkomen die medische, psychiatrische of politionele interventie vergen, en die veelvuldig leiden tot schooluitval. Deze kinderen kunnen immers vaak niet functioneren zonder de nabije beschikbaarheid van hulp.

c) Waarom vinden we dit belangrijk? Wat is onze motivatie van dit voorstel. Op welke vragen en noden willen we een antwoord bieden?

De zorgtoeslag wordt toegekend bij een ondersteuningsbehoefte die het gevolg is van een aandoening, beperking of (vermoeden van) handicap, met gevolgen voor zichzelf of voor de familiale omgeving. Tot hiertoe wordt de extra zorgtoeslag makkelijker toegekend voor afgebakende aandoeningen (zie hoger) of bij kinderen met een verstandelijke beperking. Dat leidt tot de vreemde situatie dat de meest ernstige en meest invaliderende pathologie op zich niet erkend wordt, en hulpverleners soms haast blij zijn dat er ook een verstandelijke beperking of een andere aandoening (de comorbiditeit is groot) is, omdat het gezin op die manier met meer zekerheid een toegang krijgt tot de extra zorgtoeslag.

d) Voor wie is dit aanbevolen aanbod bedoeld? Specificeer zo concreet als mogelijk.

Voor alle gezinnen waar het kind leidt aan de gevolgen van complex trauma (type 3 trauma)

e) Wie zal dit aanbod bieden? Wat zijn de ideeën hieromtrent?

Agentschap Opgroeien

f) Licht de relevantie en de achtergrond toe. Welke (wetenschappelijke) literatuur en/of meningen van ervaringsdeskundigen steunen het belang van dit aanbod?

Verdere inhoudelijke toelichting over Complex Trauma:

Blootstelling aan ACE's gaat over het verlies van een zorgfiguur, getuige zijn van huiselijk geweld, een zorgfiguur met een alcohol of andere verslavingsproblematiek, een zorgfiguur in de gevangenis, een zorgfiguur met een depressie of andere psychische problematiek, emotionele verwaarlozing, lichamelijke verwaarlozing, verbaal geweld, lichamelijk misbruik, seksueel misbruik (Adverse Childhood Experiences, ACEs, Anda et al, 2006). Dit wordt door hulpverleners vaak samengevat als: opgroeien in een situatie waarin de omgeving, die bron van rust, steun en veiligheid hoort te zijn, bron wordt van stress, angst en dreiging. Hierover is decennialang wetenschappelijk onderzoek dat de nefaste impact hiervan op de ontwikkeling van kinderen en gezondheid van volwassenen onderbouwt. Daarenboven zijn er geadopteerde kinderen die bovenop de hierboven beschreven ervaringen van verlies en bedreiging, ook doorheen langere periodes honger hebben geleden, evenals een gebrek aan ontwikkelingsstimulatie en scholing.

Wat kinderen met deze vorm van complex trauma (type 3) kenmerkt, gaat over volgende klachten, symptomen en ontwikkelingsmoeilijkheden als

- (1) Traumaklachten van herbeleving: zoals terugkerende, onvrijwillige, intrusieve herinneringen aan het trauma die bij het kind tot stressvolle momenten leiden; terugkerende nachtmerries, waarvan de

inhoud of het affect verbonden is met het trauma; flashbacks; trauma triggers: Intense onrust bij blootstelling aan interne of externe signalen die doen denken aan aspecten van het trauma

- (2) Dysregulatie van fysiologie, aandacht en gedrag: Verhoogde arousal en reactiviteit, verhoogde irriteerbaarheid of woede-uitbarstingen (miv temper tantrums), hypervigilantie, concentratie problemen, slaapstoornissen; een beperkte opbouw van affectregulatievaardigheden, waardoor deze kinderen en jongeren veelvuldig ten prooi vallen aan heftige affectstormen die hen volledig dysreguleren, waardoor crisisinterventie door politie en/of psychiatrische crisisopname vaker nodig zijn. Deze kinderen krijgen vaak de diagnose van ADHD en/of ODD.
- (3) Dysregulatie van affect: Een overwicht aan negatieve emotionele toestanden (angst, schuld, verdriet, schaamte, verwarring), tot een intense ervaring van donkere en eventueel suïcidale gevoelens en cognities, een beperkte ervaring en expressie van positieve emotie; en een gebrek aan regulatievaardigheden om met emoties om te gaan.
- (4) Een beperkte ontwikkeling van expressieve en verbale vaardigheden, waardoor er weinig mogelijkheden zijn om iets uit te drukken over wat er in hen leeft. Een beperkte ontwikkeling van mentaliserend vermogen over de eigen binnenwereld.
- (5) Dysregulatie van relaties: Intense relationele moeilijkheden en een beperkte opbouw van relationele vaardigheden, zowel in het omgaan met leeftijdsgenoten als volwassenen. Relaties zijn vaak intense bronnen van spanning en conflict, de capaciteit om op prettige en constructieve manieren gebruik te maken van relaties is zeer beperkt. Vandaar dat ook vaak van een gehechtheidsstoornis wordt gesproken.