



Stress door Corona. Wat is het effect op onze kinderen?

PTSS bij kinderen





Inleiding

Op 16 maart jl. is ons land in een intelligente lockdown beland, door het Corona-virus dat snel om zich heen greep. Vanaf dat moment ziet het dagelijkse leven van kinderen en volwassenen er anders uit. Vaste patronen en routines vallen weg, banen staan op de tocht, mensen worden ziek en vrezen wellicht voor hun leven of voor het leven van hun dierbaren. Zekerheden worden onzekerheden. Kinderen mogen niet meer fysiek naar school, mogen hun opa's en oma's niet bezoeken en kunnen niet meer met vriendjes spelen. Het nieuws wordt gedomineerd door het gevaar dat Corona levert of kan opleveren voor het leven van kwetsbare ouderen en mensen met een zwakke gezondheid. De impact van het virus op de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen blijft enigszins onderbelicht.

Elke gebeurtenis of periode die een aanslag doet op het dagelijkse leven van kinderen, heeft logischerwijs een ontwrichtende werking en brengt stress en zorgen met zich mee. Wat staat ons de komende periode te wachten, wanneer de schoolgang van kinderen langzaam wordt hervat? Is het aannemelijk dat wij de komende tijd te maken gaan krijgen met aanzienlijk meer kinderen die een acute stressstoornis (ASS) of een posttraumatische stressstoornis (PTSS) gaan ontwikkelen? Kunnen wij hier al op anticiperen door een inschatting te maken van de zorgbehoefte van kinderen?

“De impact van het virus op de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen blijft enigszins onderbelicht.”

In dit whitepaper wordt een theoretische onderbouwing uiteengezet betreffende traumatisering bij kinderen tussen 6 en 18 jaar. Daarbij wordt een prognose gesteld voor de komende maanden, zodat hierop geanticipeerd kan worden wat betreft de onderwijs-, ondersteuning- en zorgbehoefte van kinderen.

Wat is trauma?

Het woord trauma komt oorspronkelijk uit de medische wereld en het is het Griekse woord voor verwonding. Binnen de psychologie wordt de term psychotrauma gebruikt om de reactie van volwassenen en kinderen op een ingrijpende gebeurtenis te beschrijven. Het is belangrijk om het onderscheid te maken tussen een traumatische gebeurtenis en een stressvolle of spannende gebeurtenis. Een traumatische gebeurtenis of ervaring:

- hangt samen met het gevoel van bedreiging van het leven of de fysieke integriteit van een kind of iemand die belangrijk is voor dat kind, zoals een ouder, grootouder, broer of zus
- veroorzaakt een overweldigend gevoel van angst, hulpeloosheid en onmacht

- heeft intense lichamelijke effecten (zoals hartkloppingen, versnelde ademhaling, trillen, duizeligheid of verlies van controle over blaas of darmen)

De lichamelijke reacties op een traumatische gebeurtenis kunnen voor kinderen heel beangstigend zijn. Zij begrijpen vaak niet wat er in hun lijf gebeurt, waardoor de angst nog verder toeneemt (Coppens & van Kregten, 2012).



Soorten trauma

Er zijn verschillende soorten trauma te onderscheiden: enkelvoudig trauma, chronisch trauma en complex trauma. Bij enkelvoudig of acuut trauma gaat het om een eenmalige gebeurtenis die korte tijd duurt. Gebeurtenissen of ervaringen die kunnen leiden tot enkelvoudig trauma zijn bijvoorbeeld getuige of slachtoffer zijn van een verkeersongeluk, het meemaken van een natuurramp of een aanranding of verkrachting (Coppens, Schneijderberg & Kregten, 2016). Gerelateerd aan Corona, zou een enkelvoudig trauma kunnen zijn dat een kind ziet hoe een ouder, opa, oma of een ander dierbaar familielid door een ambulance wordt afgevoerd of dat het kind te horen krijgt dat een dierbare aan Corona is overleden. Ook het zien van beelden in het nieuws van de toestanden in de intensive care kunnen zorgen voor indirecte (secundaire) traumatisering van kinderen. Enkelvoudig trauma kan meestal snel en effectief worden behandeld.

De gevolgen van het meemaken van meerdere traumatische gebeurtenissen na elkaar noemen we chronisch trauma. Hierdoor kan de veerkracht minder worden, wat ertoe leidt dat iemand minder goed in staat is om de meegemaakte gebeurtenissen te verwerken. De gevolgen zijn vaak ernstiger en kunnen langer duren. Wanneer een kind afgelopen periode door Corona meerdere nare of schokkende ervaringen heeft meegemaakt, waarbij het kind zich bijvoorbeeld zorgen heeft gemaakt om zijn/haar eigen veiligheid of de veiligheid van een dierbare, is het mogelijk dat er dan niet meer gesproken wordt van enkelvoudig trauma maar van chronisch trauma. Chronisch trauma vergroot het risico op nieuwe traumatische ervaringen.

Wanneer gedurende de vroege kinderjaren chronische traumatisering plaatsvindt, spreken we ook wel over vroegkinderlijke chronische traumatisering of complex trauma. De gevolgen van chronische traumatisering op heel jonge leeftijd zijn ernstiger en veelomvatter omdat ze een negatieve invloed hebben op

de ontwikkeling van de hersenen. Vooral waar het gaat om situaties die worden veroorzaakt door de volwassenen die juist zouden moeten zorgen voor de veiligheid en bescherming van een kind. Dit is bijvoorbeeld het geval bij fysieke of emotionele mishandeling, huiselijk geweld of seksueel misbruik. Het kan ook gaan om situaties, waarin volwassenen juist bepaalde handelingen achterwege laten die van belang zijn voor de veiligheid van een kind, zoals bij fysieke of emotionele verwaarlozing. Vroegkinderlijke chronische traumatisering gaat vaak samen met eigen problemen van ouders, zoals een verstandelijke beperking, verslaving, psychiatrische problematiek (waaronder onverwerkt trauma), gezondheidsproblemen en financiële problemen.

Bij een kind met complex trauma kan de Corona-crisis op verschillende manieren invloed hebben. De onzekere periode kan de gevoelens van onveiligheid aanwakkeren en ervoor zorgen dat de overlevingsmechanismen van het kind geactiveerd worden. Mogelijk gedrag dat het kind laat zien, is boos en

agressief gedrag (vechten), teruggetrokken /neerslachtig/ depressief gedrag (vluchten) of apathisch/passief gedrag (bevrozen). Doordat soms het hele gezin in quarantaine heeft gezeten, kunnen spanningen zijn ontstaan waardoor de kans op (herhaling van) een onveilige thuissituatie toeneemt. Stress en onzekerheid over bijvoorbeeld het verlies van een baan, de hele dag “op elkaars lip zitten” of frustratie bij het uitleggen van de leerstof, zijn een aantal voorbeelden die tot huiselijk geweldsituaties kunnen hebben geleid.

Tegelijkertijd kan de thuis-/quarantaineperiode ervoor zorgen dat deze kinderen tot rust komen. Zij hoeven zich immers door de dag heen niet te verplaatsen tussen verschillende omgevingen en hebben minder te maken met andere personen (leraren, klasgenoten, vrienden, sporttrainers, buschauffeurs, mensen op straat) die eisen aan hen stellen of dingen van hen verwachten. Hoe kinderen met complex trauma op de Corona-crisis reageren, is zeer grillig en verschilt per kind.

Acute stress of PTSS

Mensen zijn over het algemeen goed in staat om te gaan met schokkende gebeurtenissen en in de meeste gevallen leidt de gebeurtenis niet tot het ontwikkelen van een acute stressstoornis (ASS) of een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Een paar weken last hebben van klachten, kan omschreven worden als een normale reactie op een abnormale gebeurtenis. Wanneer het kind een indringende Corona-gerelateerde gebeurtenis heeft meegemaakt, maakt zijn lichaam allerlei ‘vechthormonen’ aan om de situatie het hoofd te bieden en de periode daarna wordt gebruikt om weer in balans te komen. In de meeste gevallen, gaan die klachten na enige tijd weer over. De gebeurtenis is dan verwerkt en je kunt er aan terugdenken zonder dat je nog van slag raakt. Vergeten wordt de gebeurtenis niet omdat deze diepe indruk heeft gemaakt.

“Bij het verwerken, is het belangrijk dat er verandering/beweging is in de klachten.”

Bij het verwerken, is het belangrijk dat er verandering/beweging is in de klachten. Heftige klachten mogen best een paar weken duren, als ze maar afnemen. Blijven klachten ‘vastzitten’, dat wil zeggen dat de heftigheid niet verandert, is dit een reden om verder te onderzoeken of er sprake zou kunnen zijn van ASS of PTSS. Om vroegtijdige signalering te bevorderen, wordt aanbevolen het instrument CRIES-13 af te nemen. Het betreft een korte screeningslijst waarna besloten kan worden of verdere diagnostiek nodig is. Een ASS-stoornis en een PTSS-stoornis delen dezelfde symptomen.



Het voornaamste verschil tussen deze stoornissen is de duur van de symptomen. De diagnose ASS wordt gesteld wanneer de symptomen drie dagen tot één maand na blootstelling aan de schokkende gebeurtenis aanwezig zijn. Wanneer de symptomen langer dan één maand aanhouden, is er sprake van PTSS. In veel gevallen gaat de acute stressstoornis vooraf aan PTSS (Bron: website volksgezondheid en zorg).

Om van PTSS te spreken, moet sprake zijn van de volgende criteria (DSM-V):

- A.** Ervaring van trauma: blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld
- B.** Ongewenste herinneringen die samenhangen met de traumatische gebeurtenis en zijn begonnen nadat deze heeft plaatsgevonden (bijvoorbeeld flashbacks en pijnlijke dromen)
- C.** Vermijding van prikkels (bijvoorbeeld mensen, gedachten of gevoelens) die geassocieerd worden met de traumatische gebeurtenis
- D.** Negatieve veranderingen in gedachten en stemming gerelateerd aan de traumatische gebeurtenis
- E.** Veranderingen in activiteitsniveau en reactiviteit gerelateerd aan de traumatische gebeurtenis zoals concentratieproblemen of overdreven schrikreacties
- F.** De duur van symptomen is langer dan één maand
- G.** Er is sprake van klinische lijdensdruk of verstoringen in belangrijke levensdomeinen
- H.** De stoornis wordt niet veroorzaakt door een middel of somatische aandoening

Naast de genoemde criteria dient te worden aangegeven of er sprake is van de volgende specificaties:

- Met dissociatieve symptomen: depersonalisatie en/of derealisatie
- Met uitgestelde expressie: indien minstens zes maanden na de schokkende gebeurtenis pas volledig wordt voldaan aan de classificatiecriteria

De diagnose mag alleen door een bevoegde diagnosticus worden gesteld (Psychiater, Psychotherapeut, GZ-psycholoog, Orthopedagoog-Generalist of Kinderen Jeugdpsycholoog NIP).

De cijfers

De prevalentie van PTSS bij kinderen en adolescenten is relatief laag. In de volwassen bevolking hebben mensen tussen de 18 en 34 jaar met 9,8% het grootste risico op een PTSS. De voornaamste verklaring hiervoor is een hogere blootstelling aan geweld (bron: website volksgezondheid en zorg).



Protectieve factoren en veerkracht

Protectieve factoren en veerkracht zijn belangrijke ingrediënten in het kind en de omgeving van het kind, die ervoor zorgen dat de ontwrichtende werking van nare ervaringen beperkt blijft of (sneller) hersteld wordt. Protectieve factoren kunnen op drie niveaus werkzaam zijn: op het niveau van het kind (goed IQ, positief temperament), het niveau van het gezin (veilig gezin, goede interacties tussen gezinsleden) en op het niveau van de sociale context (prosociale vrienden, betrokken leraren).

Veerkracht wordt gedefinieerd als het vermogen te overleven, te herstellen, te volharden of zelfs te

groeien na confrontatie met schokkende gebeurtenissen. Het betreft een reactiepatroon waarbij er bij een aanzienlijke bedreiging in het welzijn positieve aanpassing plaatsvindt. Kinderen met veerkracht lijken beter in staat problemen en negatieve invloeden zodanig te verwerken, dat zij hiervan in hun verdere leven niet of slechts in beperkte mate last hebben. Een kind ontwikkelt veerkracht naarmate het binnen het gezin en de gemeenschap de middelen daartoe vindt. Het kind kan hierdoor gebruik maken van interne capaciteiten, zoals een gemakkelijk temperament en van externe middelen, zoals sociale ondersteuning (Bannink, 2007).

“Kinderen met veerkracht lijken beter in staat problemen en negatieve invloeden zodanig te verwerken, dat zij hiervan in hun verdere leven niet of slechts in beperkte mate last hebben.”



Conclusie

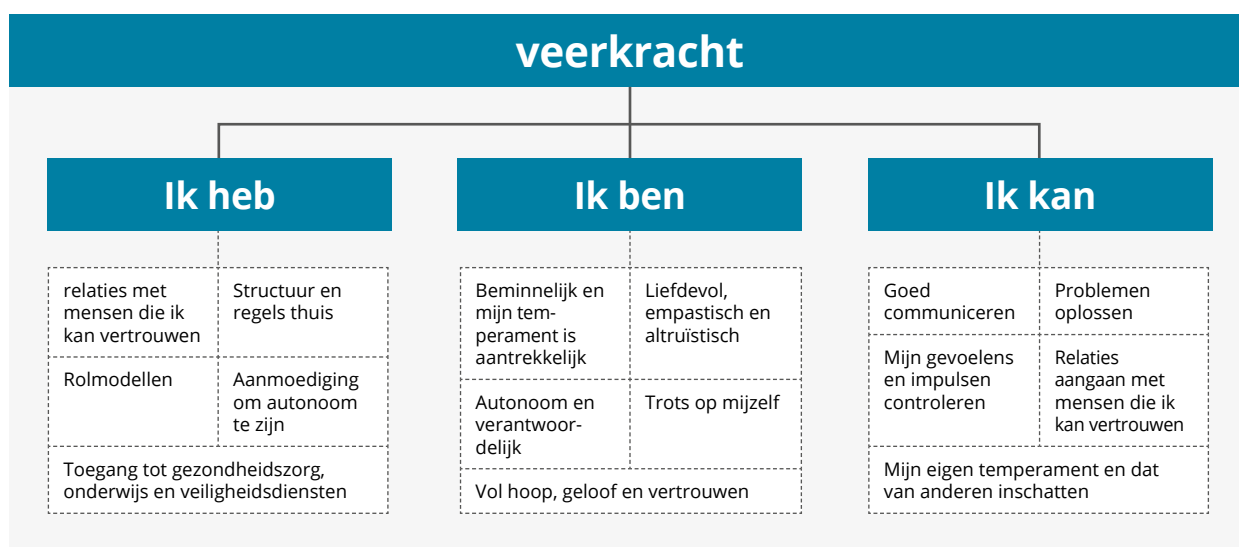
Aan de hand van de theoretische onderbouwing kan worden geconcludeerd dat klachten zoals stress, verdriet, boosheid, schrikreacties als gevolg van een nare gebeurtenis, normale reacties zijn van het menselijke lichaam. Het is aannemelijk dat kinderen, gedurende de twee maanden van de lockdown, onder de indruk zijn geweest van de ontwrichtende situatie die de Corona-crisis heeft meegemaakt. Het heeft een impact op hun dagelijkse leven en invloed op hun routine en zekerheden. Wanneer sprake is geweest van het verlies van dierbaren of onveiligheid hebben ervaren als gevolg van zelf ziek zijn geweest, kan er sprake zijn van het oplopen van enkelvoudig trauma. Wanneer bij kinderen al sprake was van een (complex) trauma heeft de Corona-crisis waarschijnlijk voor nog meer stress gezorgd, het gevoel van onveiligheid en het terugvallen op overlevingspatronen (vechten, vluchten of bevriezen).

De kans op het ontwikkelen van een acute stressstoornis (ASS) of een posttraumatische stressstoornis (PTSS) bij kinderen (6 tot 12 jaar) en adolescenten (12 tot 18 jaar) is klein. Dit heeft mogelijk te maken met de veerkracht die kinderen hebben. Protectieve factoren in het kind zelf (veerkracht, positief temperament) en in de omgeving van het kind (stabiele thuis-situatie, betrokken leerkrachten) spelen een grote rol in het verwerken van schokkende gebeurtenissen.

Dat de kans op het ontwikkelen van PTSS klein is, wil niet zeggen dat er geen zorgen zijn om hoe kinderen zich de komende tijd gaan ontwikkelen. Traumaklachten openbaren zich niet altijd direct; dit kan ook (veel) later het geval zijn, waardoor de signalen moeilijker te herkennen zijn en te duiden. Het is van groot belang om het welbevinden van kinderen die mogelijk door de corona-crisis heftig zijn geraakt, te blijven monitoren.

Advies

- Nu dat de scholen weer open gaan, zullen de kinderen daarnaast op zoek gaan naar 'het nieuwe normaal'. Het betreft een periode die nog nooit iemand meegemaakt heeft; het is dan ook moeilijk te voorspellen hoe leerkrachten en leerlingen hiermee om zullen gaan. Ruimte voor het bespreken van het welzijn van de kinderen en hun sociaal-emotionele toestand is onontbeerlijk. Voor inspiratie hoe hiermee om te gaan, wordt verwezen naar de 'terug naar school' bundel (www.eclg.nl/lockdown/terug-naar-school.pdf)
- Gebruik van het veerkracht-boomdiagram van Grotberg (2007) wordt aanbevolen, om als leidraad te laten dienen bij de inventarisatie van veerkrachtbevorderende factoren bij kinderen. De leraar, hulpverlener of coach kan kinderen en omgeving vragen stellen naar wat het kind al heeft (Ik heb), wat het kind al is (Ik ben) en wat het kind al kan (Ik kan). Op grond hiervan kan gekeken worden naar wat al aanwezig is en vervolgens naar waar verbeteringen bereikt kunnen worden. Een positieve benadering en het versterken van de bevorderende factoren die al aanwezig zijn in en om het kind, vergroten de kans op een gewenste sociaal-emotionele- en leerontwikkeling.

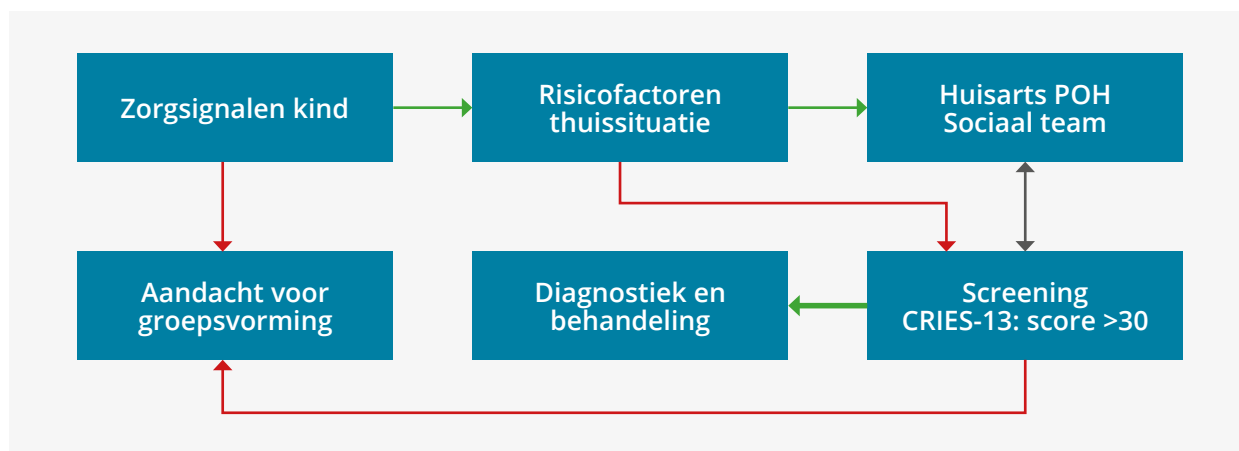


Figuur 1 Het veerkracht-boomdiagram van Grotberg (2007)

- Wanneer er zorgsignalen zijn bij een kind, is het raadzaam om daar actie op te ondernemen. Zorgsignalen kunnen gedragingen zijn die het kind laat zien of achterwege laat zoals: boos, opstandig, teruggetrokken, bang, depressief of die enigszins anders zijn dan hoe leraren, ouders of andere betrokkenen het kind kennen. Hoe een kind omgaat met het meemaken van nare gebeurtenissen is heel divers en er is vaak sprake van misinterpretatie van gedrag. ECLG biedt per september 2020 een training gericht op traumasensitiviteit. In deze training worden leerkrachten en andere professionals getraind in het herkennen van signalen die op trauma's kunnen wijzen. Ook wordt aandacht besteed aan de juiste bejegening voor deze kinderen.

- Wanneer sprake is van zorgsignalen kunnen aan de hand van het volgende schema de benodigde stappen worden doorlopen.

Tabel 1 Route verwijzing diagnostiek en behandeling



- Het visueel maken van mogelijke gedragingen, gevoelens en reacties van een kind op een schokkende gebeurtenis kan leerkrachten en andere professionals helpen om het kind beter te begrijpen en met het kind in gesprek te gaan.



- Wanneer na een diagnostiektraject (enkelvoudig) trauma of PTSS is vastgesteld, zijn twee behandelmethodes bewezen effectief: **Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)** en **Imaginaire Exposure**.

Bronnen

Bannink, F.P. (2007). *Gelukkig zijn en geluk hebben. Zelf oplossingsgericht werken*. Amsterdam: Pearson.

Coppens, L. & Kregten, C. van (2012). *Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: een training voor opvoeders*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Vertaling van: Grillo, C. A., Lott, D.A, (2010). *Caring for children who have experienced trauma: A workshop for resource parents*. National Child Traumatic Stress Network.

Coppens, L., Schneijderberg, M. & Kregten, C. van (2016). *Lesgeven aan getraumatiseerde kinderen*. Amsterdam, Nederland: Uitgeverij SWP

Grotberg, E. (2007). 'I have I am I can'. *NHSA Dialog*, 10 (1), 3-5

Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5. (2014). Amsterdam: Boom.

Website: www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/posttraumatische-stressstoornis/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-van-ptss-de-bevolking



Praktijken ECLG: Maastricht, Kerkrade, Sittard-Geleen, Roermond, Helmond, Eindhoven, Tilburg, Breda, Nijmegen, Tiel, Doetinchem, Arnhem, Ede, Nieuwegein, Amersfoort, Apeldoorn, Deventer.

Tel 085 878 11 70 info@eclg.nl
www.eclg.nl
www.expertisecentrum-dyslexie.nl

Pearson Benelux B.V.
Gatwickstraat 1
1043 GK Amsterdam

t: +31 (0)20 581 5500
e: info-nl@pearson.com

www.pearsonclinical.nl
www.pearsonclinical.be

