

Wij zijn het SAT ScheidingsAdviesTeam

De werkgroep 'Wij zijn het SAT' bestaat uit wisselende samenstelling van wetenschappers en hulpverleners, die bewust hun namen niet bekend maken. De bedoeling is de wetenschap haar werk te laten doen. Het SAT geeft commentaar op onderzoeken en artikelen en geeft informatie (o.a. samenvattingen van onderzoeken) aan geïnteresseerden om de rechten van kinderen te ondersteunen.

Impact van gedwongen omgang bij scheiding met een psychiatrisch belaste ouder

2025- Dit artikel beschrijft de impact van een scheiding en gedwongen omgang op kinderen van 0 tot 12 jaar wanneer sprake is van een ouder met psychiatrische of ernstige persoonlijkheidsproblematiek, waarbij het kind onder dwang omgang moet hebben met deze ouder. De focus ligt op het ontwikkelingsperspectief van het kind.

Het artikel is als volgt opgebouwd:

- Algemene uitgangspunten
- Gevolgen van gedwongen omgang per leeftijdsfase
 - Leeftijd 0–2 jaar: Hechtingsfase
 - Leeftijd 2–4 jaar: Autonomie en basisveiligheid
 - Leeftijd 4–6 jaar: Fantasie en schuld
 - Leeftijd 6–9 jaar: Realiteitsbesef
 - Leeftijd 9–12 jaar: Identiteitsontwikkeling
- Wat gedwongen omgang 'doet' met een kind
 - Directe effecten bij het kind
 - Effect van juridische dwang
 - Conclusie
- Gevolgen van het hebben van een verslaafde ouder
 - Emotionele gevolgen
 - Gedrags- en ontwikkelingsgevolgen
 - Relaties op latere leeftijd
- Gevolgen van het hebben van een verslaafde ouder in een gescheiden situatie
 - Extra belastende factoren
 - Veelvoorkomende gevolgen
 - Overlevingsstrategieën, die later belemmerend werken
- De rol van de hoog intelligente ouder
- Langetermijngevolgen: zeker bij wekelijkse of tweewekelijkse herhaling
 - Emotioneel
 - Identiteit en zelfbeeld
 - Relaties later
- Het kind moet ervaren dat zijn binnenwereld betrouwbaar is
- Gedrag van een verslaafde ouder, een ouder met een persoonlijkheidsstoornis en de gevolgen voor het kind

- Ernstige gevolgen voor het kind: C – PTSS
 - Emotieregulatie: gevoelens zijn moeilijk te hanteren
 - Aanhoudend gevoel van onveiligheid: hyper- of hypo-arousal
 - Negatief en fragiel zelfbeeld: kern-kenmerken C- PTSS
 - Hechtings- en relatieproblemen
 - Gedragmatige signalen: om te overleven (geen onwil)
 - Cognitieve en schoolse signalen
 - Trauma-specifieke reacties
 - Leeftijdsspecifieke uitingen
- Leeftijdsspecifieke uitingen
 - Peuters/kleuters
 - Basisschoolleeftijd
 - Adolescenten
- Wat C-PTSS onderscheidt van 'gewone'PTSS
- Hoe zie je C-PTSS bij kinderen in de praktijk?
- Hoe C-PTSS vaak wordt gemist of verkeerd begrepen
- Waarom professionals het missen
- Het risico van verkeerd labelen
- Verschil tussen C-PTSS, ADHD, ASS en ODD
- Wat helpt bij begeleiding en behandeling van C-PTSS
- Overzicht C-PTSS per leeftijd
 - 0 tot 2 jaar: baby/dreumes
 - 2 tot 4 jaar: peuter
 - 4 tot 6 jaar: kleuter
 - 6 tot 9 jaar: jonge schoolleeftijd
 - 9 tot 12 jaar: midden/bovenbouw
 - 12 tot 16 jaar: adolescent
 - 16 tot 18+ jaar: late adolescentie/jong volwassenen
- Niet kijken vanuit strijd, maar vanuit de gezonde ontwikkeling en veiligheid van het kind
- Het kernprincipe: het belang van het kind
- Overwegingen van de rechter
 - Emotionele en fysieke veiligheid:
 - De reactie van het kind op de omgang:
 - De mening van het kind.
- Voorbeeld observatie-logboek
- Psychologisch onderzoek in verband met belasting omgang
- Ondersteunende onderzoeken en bronnen

Algemene uitgangspunten

Racisme is geen psychiatrische stoornis maar een ideologie of attitude. In dit artikel wordt gekeken naar psychiatrische stoornissen en ernstige persoonlijkheidsproblematiek, zoals schizofreniespectrumstoornissen, bipolaire stoornis, ernstige depressie, verslaving, persoonlijkheidsstoornissen (cluster A, B, C volgens DSM-V), paranoïde wanen en onbehandelde trauma- of dissociatieve stoornissen.

Gevolgen van gedwongen omgang

Gedwongen omgang na scheiding kan bij kinderen leiden tot chronische stress, gevoelens van machteloosheid, zeker wanneer de ouder onvoldoende stabiel of onbehandeld is.

Leeftijd 0–2 jaar: Hechtingsfase

In deze fase staat veilige hechting centraal. Gedwongen omgang met een psychisch instabiele ouder kan leiden tot desorganisatie van de hechting, verhoogde stressrespons, slaapproblemen en eetproblemen. Onvoorspelbaar of emotioneel afwezig gedrag kan door het kind niet worden begrepen of geplaast.

Leeftijd 2–4 jaar: Autonomie en basisveiligheid

Kinderen ontwikkelen een beginnend zelfbesef maar kunnen emoties nog niet reguleren. Gedwongen omgang kan leiden tot angstige hechting, driftbuien, regressie (zoals terugval in zindelijkheid), nachtangsten en schuldgevoelens. Het kind betreft het gedrag van de ouder vaak op zichzelf.

Leeftijd 4–6 jaar: Fantasie en schuld

In deze leeftijdsfase is sprake van magisch denken. Kinderen kunnen denken dat zij verantwoordelijk zijn voor het welzijn of de stemming van de ouder. Gedwongen omgang kan leiden tot overaanpassing, angst of externaliserend gedrag.

Leeftijd 6–9 jaar: Realiteitsbesef

Het kind ontwikkelt een realistischer wereldbeeld en moreel besef. Gedwongen omgang met een ouder met psychiatrische problematiek kan leiden tot schaamte, geheimhouding en problemen op school, zoals concentratieverlies.

Leeftijd 9–12 jaar: Identiteitsontwikkeling

Kinderen ontwikkelen zelfreflectie en een beginnende identiteit. Langdurige gedwongen omgang kan leiden tot een verstoord zelfbeeld, angst om op de ouder te lijken, verlies van vertrouwen in volwassenen en symptomen passend bij complexe traumatisering (C-PTSS).

Wat gedwongen omgang ‘doet’ met een kind

Wanneer een kind elke week/14 dagen tegen zijn innerlijke signalen in naar een ouder moet, leert het kind één fundamentele boodschap: “Mijn gevoel telt niet, ik moet me aanpassen om te overleven.” Dit is psychologisch zeer ingrijpend.

Directe effecten bij het kind:

- Stress vóór, tijdens en na de omgang
- Lichamelijke klachten: buikpijn, hoofdpijn, misselijkheid
- Emotionele ontregeling: boosheid, huilbuien, terugtrekken in zichzelf
- Slaapproblemen rond de omgangsdagen
- Dissociatie: op slot gaan, vlak worden, afwezig lijken

Effect van juridische dwang

- Wanneer omgang juridisch wordt afgedwongen, ervaren kinderen vaak dat hun signalen niet worden gehoord. Dit vergroot gevoelens van machteloosheid en kan traumatiserend werken, vooral wanneer stresssignalen structureel worden genegeerd.

Conclusie

- Voor kinderen van 0–12 jaar kan gedwongen omgang met een psychisch instabiele ouder na scheiding ernstige gevolgen hebben voor hun emotionele veiligheid, ontwikkeling en psychisch welzijn. De ernst van de schade hangt samen met de mate van instabiliteit van de ouder, de duur van de blootstelling en het ontbreken van bescherming en afstemming op de behoeften van het kind.

Gevolgen van het hebben van een verslaafde ouder

Een ouder met een verslaving (alcohol, drugs, medicijnen, gokken) is vaak emotioneel en praktisch onvoorspelbaar. Dit raakt de basisveiligheid van een kind.

Emotionele gevolgen:

- Onveiligheid en angst: het kind weet niet wat het kan verwachten
- Schuld en schaamtegevoelens: kinderen denken vaak dat het 'hun schuld' is.
- Laag zelfbeeld en moeite met vertrouwen

Gedrags- en ontwikkelingsgevolgen:

- Parentificatie: het kind neemt een zorgende of verantwoordelijke rol over
- Problemen met grenzen: te veel aanpassen of juist rebellie
- Schoolproblemen: concentratie, motivatie, verzuim
- Verhoogd risico op eigen verslaving of psychische klachten later in het leven

Relaties op latere leeftijd:

- Angst voor verlating
- Moeite met intimiteit of juist afhankelijk gedrag
- Aantrekken van instabiele relaties: bekend patroon uit de jeugd herhaalt zich

Gevolgen van het hebben van een verslaafde ouder in een gescheiden situatie

De combinatie van een verslaafde ouder en scheiding vergroot de impact door:

Extra belastende factoren:

- Dubbele onveiligheid: emotioneel en relationeel
- Onvoorspelbaar contact met de verslaafde ouder door diens onvoorspelbare gedrag
- Aanpassen aan steeds wisselende omstandigheden bij de verslaafde ouder

Veelvoorkomende gevolgen:

- Chronische stress of ontwikkelingstrauma
- Emotieregulatieproblemen: ongecontroleerde boosheid (uit machteloosheid), terugtrekken (apathie), somberheid

Overlevingsstrategieën, die later belemmerend werken:

- Perfectionisme
- Controle willen houden
- Pleasen: naar de mond praten
- Emotionele afsluiting

Veel kinderen herkennen zich later als volwassene als een KOPP/KOV: kind van ouders met psychische problemen of verslaving.

De rol van de hoog intelligente ouder

In combinatie met emotionele onveiligheid kan het voor het kind extra belastend zijn.

Wat kinderen vaak ervaren bij dit type ouder:

- Verbaal overwicht: het kind wordt overtuigd (veel en hard praten totdat het kind het 'op geeft')
- Gaslighting-achtige ervaringen: zo voel jij je niet echt, dat heb je verkeerd begrepen (verwarring scheppen, zodat het kind aan zichzelf twijfelt)
- Subtiele manipulatie: schuldgevoel, verantwoordelijkheid bij het kind leggen
- Emotionele onvoorspelbaarheid, maar intellectueel overtuigend

Het kind verliest vertrouwen in zijn eigen waarneming.

Het concludeert: 'Ik kan mezelf niet geloven'.

Omdat kinderen altijd afhankelijk zijn, 'kiezen' ze onbewust voor aanpassing in plaats van authenticiteit

Langetermijngevolgen: zeker bij wekelijkse of tweewekelijkse herhaling

Wanneer de gedwongen omgang met een verslaafde (hoog intelligente) ouder maanden of jaren doorgaat, zien we vaak:

Emotioneel:

- Chronische onzekerheid
- Angst- of stemmingsklachten
- Gevoelens van machteloosheid
- Moeite met boosheid (weerbaarheid) of juist te veel boosheid in verhouding tot het gebeurde

Identiteit en zelfbeeld:

- Laag zelfvertrouwen
- Moeite met eigen grenzen voelen en aangeven
- Twijfel aan eigen gevoelens en gedachten

Relaties later:

- Aantrekken van dominante of emotioneel onbeschikbare partners
- Angst voor conflicten
- Moeite met nabijheid of juist afhankelijkheid

Interpretaties, die onjuist zijn:

- Het kind moet nog/even wennen aan de omgang
- Dit is een moeilijke, maar leerzame ouder
- Ook deze ouder heeft rechten
- Als deze ouder maar het minimum doet voor het kind is het al goed
- Het is toch de biologische ouder en dus belangrijk voor de ontwikkeling van het kind

Het kind moet ervaren dat zijn binnenwereld betrouwbaar is

Bovenstaande uitspraken, aannames, gedachten en overtuigingen in het kader zijn niet correct. Het gaat in eerder geschetste situatie over:

- Structurele emotionele onveiligheid
- Herhaalde dwang
- Een kind zonder keuzevrijheid, dat gaat twijfelen over de eigen waarneming en gevoelens

Gedrag van een verslaafde ouder, een ouder met een persoonlijkheidsstoornis en de gevolgen voor het kind
Iemand kan verslaafd zijn aan drugs, alcohol, seks, medicijnen of gamen.

Er zijn 10 persoonlijkheidsstoornissen (DSM-5):

Cluster A – Vreemd / Excentriek: Paranoïde persoonlijkheidsstoornis, Schizoïde persoonlijkheidsstoornis, schizotypische persoonlijkheidsstoornis

Cluster B – Dramatisch / Emotioneel / Impulsief: antisociale persoonlijkheidsstoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis, histrionische persoonlijkheidsstoornis, narcistische persoonlijkheidsstoornis

Cluster C – Angstig / Vermijgend: vermijdende persoonlijkheidsstoornis, afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis

Bij een verslaving: gedrag is sterk gekoppeld aan gebruik, onthouding, perioden van functioneren en instorting.
De schade voor het kind: situationeel.

Bij persoonlijkheidsstoornissen: het gedrag is vaak structureler en persoonlijkheidsgebonden, minder inzicht of ziektebesef.
De schade voor het kind: relationeel en identiteitsgericht.

Overeenkomst:
Het kind heeft vooral last van het ontbreken van een betrouwbare, emotioneel beschikbare ouder.

Ernstige gevolgen voor het kind: C - PTSS

Complexe PTSS (C-PTSS) bij kinderen ontstaat door langdurige, herhaalde onveiligheid. Het verschilt van klassieke PTSS (Post Traumatische Stress Stoornis) doordat het de ontwikkeling raakt: emoties, zelfbeeld, relaties, lichaam. Niet ieder kind laat alles zien: signalen verschillen per leeftijd en context.

Emotieregulatie: gevoelens zijn moeilijk te hanteren:

- Heftige woede-uitbarstingen of juist emotionele vervlakking
- Snel overspoeld, paniekerig, dichtklappen
- Overmatige schaamte of schuld
- Moeite met troost ontvangen of zichzelf kalmeren

Aanhoudend gevoel van onveiligheid: hyper- of hypo-arousal:

- Altijd 'aan' staan: hyper-alert, schrikachtig
- Controlebehoefte, perfectionisme

- Slaapproblemen, nachtmerries
- Lichamelijke klachten zonder medische oorzaak: buikpijn, hoofdpijn
- Dissociatie: dromerig, afwezig, niet 'hier'
- Traag, weinig initiatief

Negatief en fragiel zelfbeeld: kern-kenmerken C- PTSS

- Diep gevoel van waardeloosheid
- Zich anders, slecht of 'te veel' voelen
- Overmatige zelfkritiek
- Moeite met eigen wensen, grenzen en identiteit

Hechtings- en relatieproblemen

- Overmatig aanpassen, pleasen (fawn-respons)
- Angst om verlaten te worden
- Moeite met vertrouwen van volwassenen
- Wisselend: extreem afhankelijk of afstandelijk
- Conflicten met leeftijdgenoten

Gedragmatige signalen: om te overleven (geen onwil)

- Teruggetrokken of juist grensoverschrijdend gedrag
- Lichamelijke of verbale agressie
- Regelovertredend (bij oudere kinderen), zelfbeschadigend (pubers) of risicovol gedrag (adolescenten)

Cognitieve en schoolse signalen

- Concentratieproblemen
- Geheugenproblemen
- Leerachterstanden, die niet te verklaren zijn door intelligentie

Trauma-specifieke reacties

- Herbelevingen: niet altijd in beelden, ook gevoelens of lichamelijke sensaties
- Vermijden van bepaalde situaties, mensen of emoties
- Dissociatie: tijd 'kwijt', er 'niet zijn' vlakheid
- Trigger-reacties, die buiten proportie lijken

Leeftijdsspecifieke uitingen

Peuters en kleuters:

- Separatieangst
- Ontwikkelingsregressie (weer bedplassen, duimzuigen)
- Heftige driftbuien

Basisschoolleeftijd:

- Over-verantwoordelijkheid
- Piekeren
- Somatische klachten

Adolescenten:

- Identiteitsverwarring
- Zelfbeschadiging
- Suïcidegedachten
- Heftige relaties of juist isolement

Wat C-PTSS onderscheidt van 'gewone' PTSS

PTSS	C-PTSS
Eén of enkele traumatische gebeurtenissen	Langdurige, relationele onveiligheid
Angst staat centraal	Schaamte, schuld, leegte
Trauma overkomt iemand	Trauma vormt iemand
Minder impact op identiteit	Diepe impact op zelfbeeld en relaties

C-PTSS is geen etiket, maar een begrijpelijke reactie op langdurige onveiligheid. Veel kinderen functioneren ogenschijnlijk goed, tot de draagkracht op is.

Hoe zie je C-PTSS bij kinderen in de praktijk?

Let vooral op patronen, niet op incidenten.

Emotionele reacties:

- Heftige reacties op kleine gebeurtenissen
- Emoties 'schieten uit' of verdwijnen plotseling
- Onverklaarbare schaamte of schuld

Relatiegedrag:

- Overmatig aanpassen of pleasen
- Bang om fouten te maken
- Zorgen voor volwassenen (parentificatie)

Lichamelijke reacties:

- Stress
- Slecht slapen, nachtmerries
- Buikpijn/hoofdpijn zonder medische oorzaak
- Chronische vermoeidheid

Verdere observaties:

- Concentratie wisselt sterk
- 'Braaf' en onzichtbaar of juist explosief
- Meer stress bij veranderingen
- In contact overgevoelig voor correctie
- Bang om teleur te stellen
- Zoekt bevestiging of trekt zich terug
- Gedrag verergert bij stressmomenten: dwang omgang, ruzies, toetsen

Hoe C-PTSS vaak wordt gemist of verkeerd begrepen

C-PTSS bij kinderen wordt regelmatig niet herkend, omdat het zich anders toont dan klassieke trauma's.

Gedrag	Wordt vaak gezien als	Maar is vaak
Over-verantwoordelijk	'Zo volwassen'	Parentificatie
Teruggetrokken	Verlegen	Dissociatie
Woede-uitbarstingen	Slechte impulscontrole	Stressontlading
Controlebehoefte	Perfectionisme	Angst
easen	Sociaal wenselijk	Overlevingsstrategie

Waarom professionals het missen

Professionals, net als 'gewone mensen', gaan uit van wat zij hebben geleerd. Daarbij komt de reactie van confirmation bias: zoeken naar zaken, die het eigen (voor)oordeel bevestigt,

En professionals concluderen:

- Er heeft zich geen grote traumatische gebeurtenis voorgedaan
- Chronische onveiligheid wordt onderschat: het is een gevoel bij een kind en hoeft geen fysieke onveiligheid (slaan, schoppen etc.) te betekenen
- Het kind functioneert ogenschijnlijk goed

En professionals zijn gericht op:

- De focus van professionals ligt over het algemeen op *gedrag*, en niet op de relatiegeschiedenis. Integratieve Kindertherapeuten richten zich juist wel op relaties en gevoelens, omdat zij zich altijd op het *lijden* van het kind richten. Hoe klein en onbeduidend dit ogenschijnlijk lijkt, omdat er in gedrag bijvoorbeeld weinig verontrustends wordt gezien.
- Vooral kinderen uit gezinnen met verslaving, psychiatrie of scheiding worden gemist door de professionals door confirmation bias en gebrek aan kennis en vaardigheden

Het risico van verkeerd labelen

Professionals concluderen:

- ADHD, ODD, ASS
- Behandeling gericht op symptoombeheersing

Verschil tussen C-PTSS, ADHD, ASS en ODD

Aspect	C-PTSS	ADHD
Oorzaak	Chronische stress/trauma	Neurobiologisch
Aandacht	Wisselt per veiligheidsgevoel	Structureel
Impulsiviteit	Stress-afhankelijk	Altijd aanwezig
Reacties	Trigger-gebonden	Situatie-onafhankelijk
Zelfbeeld	Schaamte, schuld	Vaak intact

Aspect	C-PTSS	ASS
Sociale moeite	Angst-gedreven	Inzichtgebrek
Emoties	Overweldigend	Moeilijk te lezen
Flexibiliteit	Laag bij stress	Structureel laag
Hechting (verbinding met andere mensen)	Angstig wisselend	Vaak neutraal
Ontstaan	Relationele schade	Neuro-ontwikkeling

Aspect	C-PTSS	ODD
Woede	Overlevingsreactie	Neurobiologisch
Relatie tot autoriteit	Ambivalent/angstig	Vijandig
Schuldgevoel	Hoog	Vaak laag
Respons op nabijheid	Ontspant	Escaleert

Wat helpt bij begeleiding en behandeling van C-PTSS

C-PTSS bij kinderen is relationeel en ontwikkelingsgericht. Het wordt vaak gemist of verkeerd gelabeld. Observatie vraagt een traumabril. Begeleiding begint bij veiligheid (gevoel en in realiteit) en niet bij dwang en correctie. Differentiatie-diagnose voorkomt schade door verkeerde aanpak.

Hieronder de vier gebieden waarop ingezet kan worden:

Allereerst: veiligheid. Geen enkele therapie werkt zonder ervaren veiligheid.

- Voorspelbare routines
- Eerlijke, rustige communicatie
- Emotioneel beschikbare volwassene

Effectieve behandelvormen

- Traumagerichte therapie: gespecialiseerde Integratieve Kindertherapie
- Lichaamsgerichte therapie: sensomotorische therapie
- Herinneringen verwerken en nieuwe vaardigheden opbouwen: emotieregulatie, zelfrespect, zelfliefde (compassie), zelfvertrouwen

Wat ouders kunnen doen

- Zoek samen met het kind het woord (ook zelf bedacht is prima) dat bij dit gevoel hoort
- Wees alert op signalen van kleine emoties, die diepere gevoelens kunnen verbergen, voordat extreem gedrag het kind 'overneemt'
- Wees consequent in contact: ben er voor je kind! Hoe vreemd of onbegrijpelijk die ook lijkt te doen. En wees daar liefdevol en mild in.
- Vertel wat je ziet: "Ik zie je zo doen en ik denk dat 't te maken heeft met X. Klopt dat? Of begrijp ik het verkeerd?" Zeg niet zomaar wat jij denkt, maar sluit altijd af met 'Klopt dat? Of begrijp ik het verkeerd?'

Wat de leerkracht kan doen

- Trauma sensitieve benadering. Lees een boek over traumasensitief lesgeven.
- Rustige correcties. Wees vriendelijk.
- Geen straf, wel duidelijke manier om de juiste weg in relaties te vinden. Richt je als leerkracht op herstel van vertrouwen in volwassenen.
- Eén vaste vertrouwenspersoon.

Overzicht C-PTSS per leeftijd

C-PTSS groeit mee met het kind. Het verandert van vorm, maar verdwijnt niet vanzelf. Vroege herkenning voorkomt latere escalatie. Bij C=PTSS gaat het om langdurige ontregeling, raakt aan meerdere levensgebieden, waarbij de ontwikkeling stagneert of verslechtert. De (gevoels)veiligheid van het kind zelf is in het geding.

0 tot 2 jaar: baby/dreumes

Emotioneel en regulatie:

- Moeilijk te troosten
- Veel huilen of opvallend stil
- Weinig zelf kalmerend gedrag door op duim/doekje te zuigen, wegstijgen bij te veel prikkels, knuffel friemelen, geluidjes maken of wiegen/rustig bewegen met lijfje.

Hechting en relatie:

- Overmatig klampen of contact vermijden
- Weinig oogcontact
- Niet zichtbaar genieten van nabijheid

Lichaam:

- Slaapproblemen
- Overmatig schrikken
- Spanningsvol lichaam: stijf of slap

Kern: basisveiligheid en hechting zijn verstoord

Risico: gedesorganiseerde hechting (verlangen en angst tegelijk voor nabijheid)

2 tot 4 jaar: peuter

Emoties en gedrag:

- Extreme driftbuien
- Snel overspoeld
- Agressie of juist bevriezen

Ontwikkeling:

- Terugval (regressie) in spraak, zindelijkheid
- Moeite met overgangen en veranderingen

Relatie:

- Separatieangst (verlatingsangst)
- Controlerend gedrag: "Ik bepaal".

Kern: geen innerlijk gevoel van veiligheid

Risico: gedrag wordt gelabeld als 'gedragsprobleem' en 'lastig'. Trauma komt naar buiten in gedrag en regressie.

4 tot 6 jaar: kleuter

Emoties:

- Angstig, snel schrikken
- Nachtmerries
- Schuldgevoelens: "Ik ben stout" en "Het komt door mij"

Gedrag:

- In spel thema's van verlies, macht of gevaar
- Herhalend, controlerend spel
- Pleasen of extreem claimend
- Moeite met groepssituaties

Kern: verwarring over oorzaak-gevolg

Risico: internaliseren van schuld. "Alles komt door mij". Schuld wordt een vast onderdeel van het zelfbeeld.

6 tot 9 jaar: jonge schoolleeftijd

Emoties en zelfbeeld:

- Laag zelfvertrouwen
- Schaamte en faalangst
- Overmatige zelfkritiek

Gedrag:

- Over-verantwoordelijk (te volwassen)
- Explosief bij kleine triggers

Leersituatie (school):

- Concentratieproblemen
- Prestatieblokkades
- Snel dichtklappen bij correcties

Kern: “Ik moet het goed doen om veilig te zijn”

Risico: C-PTSS wordt gemist omdat het kind redelijk functioneert

9 tot 12 jaar: midden/bovenbouw

Emoties:

- Piekeren
- Somberheid
- Innerlijke onrust of leegte

Relaties:

- Moeite met gedwongen omgang: weigeren, huilen, schreeuwen of afsluiten/apathisch
- Parentificatie: zorgen voor de (onveilige) ouder om angst te dempen
- Moeite met (houden van) vriendschappen

Gedrag:

- Perfectionisme
- Controlebehoefte
- Lichamelijke (psychosomatische) klachten: buik- en hoofdpijn

Kern: identiteit gebouwd op aanpassen

Risico: emotionele uitputting

12 tot 16 jaar: adolescent

Emoties en zelfbeeld:

- Diepe schaamte
- Identiteitsverwarring
- Gevoel ‘niet bestaan’ of ‘leeg zijn’

Gedrag:

- Zelfbeschadiging: krassen, snijden
- Terugtrekken of juist explosieve conflicten
- Risicogedrag: seksueel, middelen, verslavingsgedrag (gamen, seks)

Relaties:

- Heftige hechting (klampen, claimen) of juist afstoten
- Angst voor verlating
- Onveilige romantische relaties

Kern: strijd tussen autonomie en verbindingsangst

Risico: suïcide(gedachten)

16 tot 18+ jaar: late adolescentie/jong volwassenen

Emoties:

- Chronische stress
- Depressieve klachten
- Dissociatie (niet bij bepaald gedrag of gevoel kunnen komen, afwezig zijn/liken)

Identiteit:

- Geen duidelijk zelf-gevoel
- Moeite met keuzes
- Sterk afhankelijk van externe bevestiging

Functioneren:

- Burn-outklachten op jonge leeftijd
- Relatieproblemen
- Moeite met grenzen en zelfzorg (voldoende en gezond eten, uiterlijke verzorging)

Kern: overleven wordt levensstijl

Risico: door verkeerde diagnose persoonlijkheidsproblematiek

Niet kijken vanuit strijd, maar vanuit de gezonde ontwikkeling en veiligheid van het kind

Wat hier beschreven wordt is gebaseerd op wetgeving, rechtspraak en de werkwijze van rechtbanken en de Raad voor de Kinderbescherming. Rechters vinden het belangrijk dat ouders geen strijd leveren, en wel:

- Omgang hebben gestimuleerd of geprobeerd
- Hulpverlening hebben geaccepteerd
- Bereid tot alternatieven (begeleid contact)
- Uitspraken als: ik gun mijn kind contact, mits het veilig is, mijn zorg gaat niet over de andere ouder, maar over wat mijn kind laat zien/zegt, ik vraag bescherming voor ons kind.

Geen strijd en ook niet onderstaande, omdat rechters dan snel denken dat er conflict is tussen ouders en dat het conflict het probleem is. Vervolgens wordt mediation voorgesteld en de gedwongen omgang doorgezet.

Doe dus niet:

- Psychologische diagnoses opplakken op de andere ouder: narcist, borderliner
- Morele oordelen: manipulatief, denkt alleen aan zichzelf
- Alles herleiden naar het verleden, zonder actuele signalen
- Het kind inzetten als bewijsstuk zonder objectief observatie-logboek
- Emotioneel overspoeld pleiten

Het kernprincipe: het belang van het kind

Niet het recht van de ouder, niet 'gelijk-hebben', niet wat praktisch is, maar datgene wat de veilige ontwikkeling van dit specifieke kind bevordert op de langere termijn, is leidend. Dit is vastgelegd in o.a. art. 1:253 a en 1:377 a BW. Omgang met beide ouders is belangrijk, maar niet onbegrensd.

De Hoge Raad heeft bevestigd dat gedwongen omgang haar grens vindt waar het kind schade oploopt.

Overwegingen van de rechter

- **Emotionele en fysieke veiligheid:** zijn er signalen van stress, angst, verstarring, lichamelijke klachten, emotionele onvoorspelbaarheid bij de ouder, verslaving, geweld, manipulatie of dwingende controle (intieme terreur). Veiligheid weegt zwaarder dan contact.
- **De reactie van het kind op de omgang:** hoe functioneert het vóór en na de omgang, structurele weerstand (niet één keer, maar structureel), terugkerende ontregeling rond omgangsmomenten. Niet het ‘niet willen’, maar het ‘waarom’ is doorslaggevend.
- **De mening van het kind:** sinds 2025 worden kinderen vanaf 8 jaar gehoord (kind-gesprek of brief). De mening is niet automatisch doorslaggevend, maar weegt steeds zwaarder naarmate het kind ouder is en de wens consistent en goed verwoord is.
- **Opvoedvaardigheden van beide ouders:** kan de ouder aansluiten bij het kind, respecteert de ouder grenzen, kan de ouder omgaan met emoties van het kind, is de ouder beschikbaar, betrouwbaar en voorspelbaar
- **Raadsonderzoek van de Raad voor de Kinderbescherming:** is expliciet alert op machtsmisbruik, emotionele manipulatie, dwingende controle.

Wanneer kan omgang worden beperkt of opgeschorst

- Bij ernstig nadeel voor de geestelijke of lichamelijke ontwikkeling van het kind
- Andere zwaarwegende belangen van het kind

Voorbeeld observatie-logboek

Rechters vinden het (terecht) van belang dat zij objectieve informatie krijgen om tot een juiste beslissing te komen. Dus het is handig om te weten wat rechters *wél* of juist *niet* overtuigend bewijs vinden. Laat zien dat het niet om onwil gaat maar om schade aan het kind. Rechters letten sterk op herhaling en voorspelbaarheid (structurele belasting) vóór de omgang (spanning, weerstand, lichamelijke klachten), tijdens de omgang (ontregeling, stil worden, overmatig aanpassen) en na de omgang (ontlading, boosheid, verdriet, uitputting). Om tot een juist oordeel te kunnen komen heeft de rechter feitelijke en concrete verslaglegging nodig met betrekking tot het kind. Maak een observatie-logboek, zodat duidelijk wordt ‘dit is geen weigering, maar documentatie van belasting’:

- Concreet beschreven gedrag en gevolgen voor het kind:
 - Terugkerende stressklachten rond omgang: buikpijn, hoofdpijn, misselijkheid, bedplassen
 - Slaapproblemen vóór of na de omgang
 - Duidelijke gedragsveranderingen: regressie, woede-uitbarstingen, terugtrekken, angst/paniek bij aankondiging omgang, emotionele vervlakking of dissociatie
- Consistente signalen over tijd
- Observaties van professionals (school, huisarts, therapeut)
- Oog voor rust, voorspelbaarheid en herstel
- Ouders, die het kind niet belasten met strijd

Rechters vinden het onderstaande niet overtuigend:

- Algemene beschuldigingen, zonder onderbouwing: hij/zij is manipulatief
- Uitspraken als: het is belangrijk dat hij zijn vader/moeder ziet
- Overtuigingen als 'hij/zij moet wennen': bij langdurige stress.
- Verbale dominantie zonder oog voor emotionele schade: 'Ik heb recht op mijn kind'

Om de omgeving (rechter, Raad voor de Kinderbescherming, ouders, leerkracht, grootouders, huisarts en anderen direct betrokkenen) te laten zien hoe het met het kind gaat in de scheidingssituatie, is het van belang aan eenieder objectieve observaties te vragen. De dagen na de omgang blijven observeren, want herstelduur is cruciaal bewijs.

Dit observatielogboek moet voldoen aan:

- Kort beschreven feitelijke observatie: geen conclusie, niet wat je denkt
- Datum/tijd: dag, uur
- Wanneer: vóór, tijdens of na de omgang
- Vermijd woorden als manipulatief, dwingend, narcistisch/borderline. Dat is immers een gedachte over de andere ouder en geen observatie van het kind.
- Observatie: wat zag, hoorde je van het kind. Herhaalde uitspraken als 'ik moet dit' en 'het maakt toch niet uit wat ik zeg/doe. Mijn vader/moeder luistert toch niet' en 'ik mag dit niet zeggen' en 'als ik het zeg, ga je het dan niet aan mijn vader/moeder zeggen?'
- Herstelduur: hoelang duurde het voordat het kind weer 'gewoon' gedrag liet zien

Psychologisch onderzoek in verband met belasting omgang

Wanneer een ouder zich zorgen maakt, kan deze een psychologisch onderzoek aanvragen gericht op belasting door de (gedwongen) omgang.

De onderzoeksvraag formulering is: 'Wat is het effect van de huidige omgangsregeling op dit kind?' Als uit het onderzoek komt dat de huidige omgangsregeling te belastend is, dan kan de formulering zijn: 'Deze omgang vraagt van dit kind structureel meer dan het aankan en dat zien we terug in zijn/haar lichaam, gedrag en functioneren.'

Ondersteunende onderzoeken en bronnen

- Tustin (2024, Springer): systematisch overzicht dat laat zien dat blootstelling aan ouderlijke verslaving een risicofactor is voor:
 - Emotionele onveiligheid
 - Verhoogde kans op angst- en stemmingsstoornissen
 - Verstoorde hechting
- Romanowicz et al (2019, systematisch review): kinderen van ouders met verslaving tonen vaker:
 - Ge-deorganiseerde hechting
 - Gedragsproblemen
 - Verminderde emotieregulatie
- Urban Institute (2023): ouderlijke verslaving is één van de sterkste voorspellers voor instabiele leefomstandigheden.
- DWP-review (2021 – UK): kinderen, die te maken hebben met zowel ouderlijke verslaving als (conflict na) scheiding hebben een duidelijk hogere kans op:
 - Internaliserende problemen (angst, depressie)
 - Externaliserend gedrag

- EIF (2022): laat zien dat bij gescheiden ouders verslaving van één ouder vaak leidt tot:
 - Onvoorspelbaar ouderschap
 - Verstoorde co-ouderschapsrelatie
 - Emotionele belasting bij kinderen

Ontstaan van de diagnose C-PTSS

Het concept complex trauma (later benoemd als C-PTSS) werd vooral ontwikkeld door: Judith Lewis Herman in haar invloedrijke boek: *Trauma and Recovery*. Daarin beschreef zij een syndroom dat zij “Complex PTSD” noemde. Het concept werd in 1992 uitgewerkt door Judith Herman om beter te beschrijven wat er gebeurt bij mensen die langdurig in traumatiserende afhankelijkheidsrelaties hebben geleefd.

Officiële diagnostische erkenning

Complexe PTSS werd pas formeel erkend in: ICD-11 (2018)

Deze classificatie van de World Health Organization bevat een aparte diagnose Complex PTSD. In de Amerikaanse DSM-5 bestaat nog steeds geen aparte C-PTSS-diagnose; daar wordt het vaak onder PTSS met aanvullende kenmerken geplaatst.

Ontwikkelingsgerichte traumabehandeling

Een belangrijke bijdrage aan dit veld kwam van: Bessel van der Kolk. Hij introduceerde het concept Developmental Trauma Disorder (DTD) voor kinderen die langdurig relationeel trauma meemaken. Dit voorstel werd echter niet opgenomen in de DSM-5. Toch wordt het concept in de praktijk veel gebruikt omdat het beter beschrijft wat hulpverleners zien.