

WAAROM TRAUMA INFORMED CARE ALS ORGANISATIEBREED RAAMWERK VOOR TRAUMA-SENSITIEVE ZORG?

Jessica Vervoort-Schel¹
Rianne Pellemans-van Rooijen²
Roel Kooijmans³
Xavier Moonen⁴

Mensen met cognitieve en adaptieve beperkingen maken relatief vaak ingrijpende (jeugd)ervaringen mee, maar de impact van deze ervaringen wordt helaas nog onvoldoende herkend noch adequaat behandeld. Deze gevolgen kunnen de reeds bestaande gezondheidsverschillen tussen mensen met en zonder cognitieve en adaptieve beperkingen uitvergroten, wat welbevinden, ontwikkeling, leermogelijkheden, gedragsmatig functioneren, psychische en fysieke gezondheid, levensduur en perspectief negatief kan beïnvloeden. Nieuwe wetenschappelijke inzichten bieden perspectief. Organisatiebrede implementatie van Trauma Informed Care kan organisaties een fundament bieden voor welbevinden en ontwikkeling, passende behandeling en ondersteuning, en preventie van ingrijpende (jeugd)ervaringen bij zowel de hulpvrager als de hulpverlener.

1. Inleiding

1a. Urgentie; ACE's en gezondheid

Het verband tussen Adverse Childhood Experiences (ACE's; ingrijpende jeugdervaringen, zie Box 1) en gezondheidsproblemen gedurende de levensloop is de afgelopen decennia in wetenschappelijk onderzoek wereldwijd aangetoond. Inmiddels is de relatie tussen ACE's en zo'n 40 uiteenlopende psychische en fysieke gezondheidsproblemen vastgesteld (Hamby et al., 2021). Bovendien heeft de impact van ACE's doorgaans een cumulatief effect, waarbij het meemaken van meer ACE's vaak leidt tot meer ingrijpende gevolgen. In afbeelding 1 wordt gevisualiseerd hoe ACE's de basis voor ontwikkeling, gezondheid, sociaal welzijn en ziekte gedurende de levensloop kunnen beïnvloeden. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft de preventie van ACE's en het ondersteunen van hen die ze meemaakten, tot prioriteit uitgeroepen (WHO, 2014). In 2017 werd in *The Lancet* de centrale rol van

ingrijpende jeugdervaringen bij het optreden van psychische gezondheidsproblemen als de grootste uitdaging voor de volksgezondheid beschreven (Sara & Lappin, 2017). Mensen met cognitieve en adaptieve beperkingen lijken bovendien extra kwetsbaar voor zowel het meemaken als de gevolgen van ACE's (James et al., 2021). Dit zijn mensen die veelal functioneren op verstandelijk beperkt of zwakbegaafd niveau, maar ook mensen waarbij adaptieve (psychosociale) problemen op grond van andere oorzaken op de voorgrond staan. Die verhoogde kwetsbaarheid kan onder andere worden verklaard door bijvoorbeeld grotere afhankelijkheid van anderen in het dagelijks leven, moeite hebben met het verwoorden of onthullen van ervaringen, door het gebrek aan het vermogen om zichzelf te beschermen of om te begrijpen wat hen overkomt (Vervoort-Schel, 2021).

¹ Orthopedagoog-generalist en supervisor NVO, Programmaleider transitie jeugdhulp Koraal Jeugd, PhD-kandidaat Universiteit van Amsterdam. jvervoort@koraal.nl

² Senior onderzoeker Koraal

³ Onderzoeker Koraal, Psycholoog en Regiebehandelaar Koraal de Hondenberg, PhD-kandidaat Universiteit van Amsterdam

⁴ Wetenschappelijk adviseur bij Koraal, Bijzonder hoogleraar kennisontwikkeling over jeugdigen en jongvolwassenen met licht verstandelijke beperkingen en gedragsproblemen bij de Universiteit van Amsterdam, Bijzonder lector 'inclusie van mensen met een verstandelijke beperking' bij Zuyd Hogeschool Heerlen



Bron: Vrij vertaald naar Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & 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(4), 245-258.



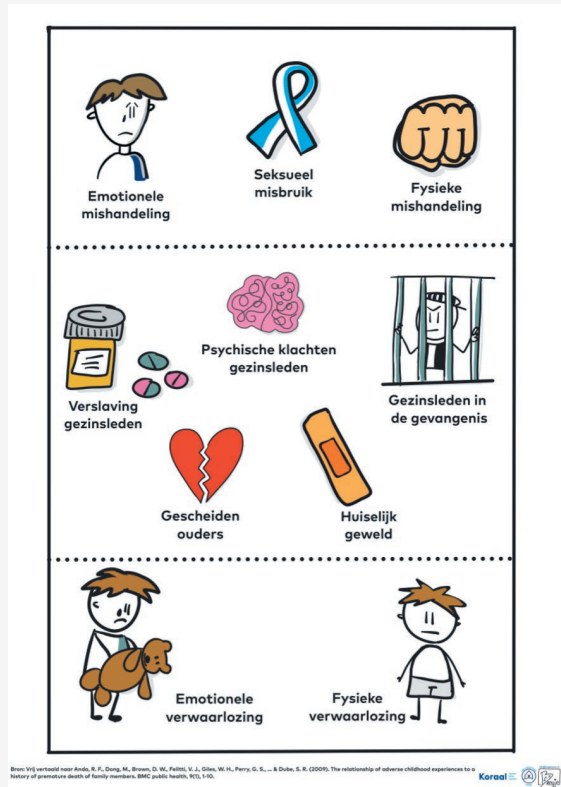
Afbeelding 1: De ACE-piramide: Het mechanisme waardoor ingrijpende jeugdervaringen gezondheid en welzijn beïnvloeden (Felitti et al., 1998).

Box 1: Wat zijn ACE's?

Oorspronkelijk werden ACE's gedefinieerd als ervaringen van misbruik, verwaarlozing of gezinsdisfunctioneren in de kindertijd, welke een significante bijdrage leveren aan negatieve gezondheidsuitkomsten in de kindertijd, adolescentie en/of volwassenheid (Felitti et al., 2019). Het brein van kinderen is volop in ontwikkeling en hun afhankelijkheid van hun omgeving is groot. In deze levensfase is de invloed van ingrijpende, maar ook van beschermende en compenserende, ervaringen het grootst. Onderzoekers verschillen van mening over welke ingrijpende gebeurtenissen als ACE bestempeld kunnen worden. Er zijn echter 10 ACE's waar wereldwijd veel onderzoek naar wordt gedaan (zie afbeelding 2): fysieke en emotionele mishandeling, fysieke en emotionele verwaarlozing, seksueel misbruik, gezinslid in de

gevangenis, scheiding van opvoeders, huiselijk geweld, middelengebruik in het gezin en psychische gezondheidsproblemen in het gezin (Felitti et al., 2019). Recenter wordt er internationaal ook steeds meer onderzoek gedaan naar ingrijpende ervaringen buiten het gezin (Hamby et al., 2021; Portwood et al., 2021), zoals sociale uitsluiting, niet thuis op kunnen groeien of ernstige schoolproblemen. Alhoewel er steeds meer aanwijzingen zijn voor de negatieve gevolgen van dergelijke ervaringen voor de ontwikkeling, is er internationaal echter nog geen consensus over de definitie van ACE's, wat bijdraagt aan aanzienlijke variatie in internationale onderzoeksbevindingen (Karatekin & Hill, 2019). Er is wel groeiende overeenstemming dat de reikwijdte van de gehanteerde ACE-definitie afhangt van het doel van de gebruiker, zoals screening of doorverwijzing

naar gespecialiseerde diensten (Portwood et al., 2021).



Afbeelding 2: De 10 ACE's waar wereldwijd veel onderzoek naar wordt gedaan (Felitti et al., 2019).

1b. Prevalentie van ACE's

Onderzoek naar de gevolgen van ACE's draagt bij aan een breder inzicht in de ontwikkelingsprocessen van jeugdigen en hun (late-re) behoeften op het gebied van onderwijs, psychische en fysieke gezondheid en maatschappelijke deelname. Eerste Nederlandse bevindingen zijn dat 44% van de volwassenen (Kuiper et al., 2010) en 45,3% van de kinderen (Vink et al., 2019) aangeeft ingrijpende jeugdervaringen te hebben meegemaakt. Helaas worden mensen met cognitieve en adaptieve beperkingen nog vrijwel niet geïnccludeerd in onderzoeken naar ACE's. Er zijn eerste aanwijzingen dat de ACE-prevalentie onder kwetsbare groepen hoger ligt; in een Nederlandse studie onder kinderen met verstandelijke be-

perkingen en bijkomende psychiatrische en systeemproblematiek, die tijdelijk of langdurig verblijven in een residentiële setting, had zo'n 90% minimaal één ACE meegemaakt (Vervoort-Schel et al., 2021). Ook onder volwassenen met cognitieve en adaptieve beperkingen gaf ruim 80% aan minstens één ingrijpende gebeurtenis meegemaakt te hebben in hun jeugd (Santoro et al., 2018). Welke factoren bijdragen aan dit verschil (bijv. cognitieve en adaptieve beperkingen, residentiële setting, opgroei-context, enz.) is door gebrek aan verder vergelijkingsmateriaal niet met zekerheid te zeggen.

1c. ACE's, het stresssysteem en de relatie met gedrags- en gezondheidsproblemen van mensen met verstandelijke beperkingen

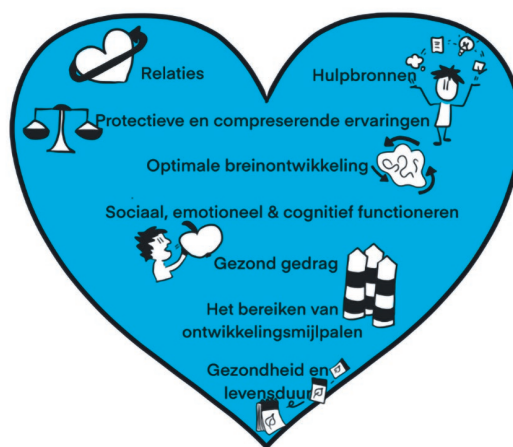
Het meemaken van ACE's kan leiden tot frequente en langdurige blootstelling aan stress, dit wordt ook wel toxische stress genoemd (zie Box 2). Het stresssysteem wordt hierbij telkens opnieuw geactiveerd en komt niet meer tot rust. Onderzoek laat zien dat mensen met cognitieve en adaptieve beperkingen een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van stressklachten na blootstelling aan toxische stress (Razza et al., 2011). Vanwege onder andere verminderde vermogens tot verbale expressie uiten zij de gevolgen van toxische stress vaak gedragsmatig. In de praktijk worden gedragsproblemen echter nog te vaak gezien als uitingen van de cognitieve en adaptieve beperkingen van een persoon en worden deze problemen niet gekoppeld aan toxische stress (McNally et al., 2021; Wijnroks, 2017). Het niet herkennen van de impact van ACE's op de gezondheid en het niet vertalen van deze inzichten naar passende interventies, kan de vaak al bestaande ongelijkheid op het gebied van gezondheid tussen mensen met cognitieve en adaptieve beperkingen en mensen in de algemene populatie alleen maar vergroten. Dit terwijl het herkennen van problematisch gedrag als mogelijk symptoomgedrag ten gevolge van ingrijpende (jeugd)ervaringen en adequate behandeling hiervan een wezenlijk verschil zou kunnen maken voor het welbevinden, de gezondheid en het perspectief

van een persoon met cognitieve en adaptieve beperkingen. Inmiddels zijn er steeds meer positieve ervaringen met behandeling van trauma bij mensen met cognitieve en adaptieve beperkingen (Mevissen et al., 2016).

Box 2: Toxische stress

Er worden drie soorten stress onderscheiden; gezonde, verdraagbare en toxische stress. Gezonde stress (ook wel positieve stress genoemd), zoals het meemaken van een belangrijke of een spannende ervaring, roept kortdurende stressreacties op. Dit resulteert in een kortdurende stijging van de hartslag en milde toename van stresshormonen. In combinatie met veilige, warme, positieve en ondersteunende relaties, draagt dit bij aan de ontwikkeling van zelfbeheersing, copingstrategieën en veerkracht. Bij verdraagbare stress gaat het om stressreacties die niet zo lang duren, maar die potentieel schadelijk kunnen zijn voor het zich ontwikkelende brein. Denk aan situaties als het overlijden van een geliefd persoon of het meemaken van een ernstig ongeluk. Wanneer de mensen in de omgeving voldoende steun en troost bieden, is goed herstel mogelijk en kan iemand leren (of zelfs groeien) van de ervaring. Toxische stress (ook wel chronische stress genoemd) gaat om frequent voorkomende en/of langdurig aanhoudende stress, bijvoorbeeld ten gevolge van mishandeling of verwaarlozing. Ook wanneer andere vormen van stress niet goed ondersteund worden vanuit de omgeving kan dit leiden tot toxische stress. Dit resulteert in langdurige activering van het stressnetwerk. De stressor is niet te controleren en er is geen of onvoldoende steun van belangrijke anderen. Dit type stress ontregelt het stressnetwerk dermate dat het stresssysteem naderhand ook bij relatief milde stressoren actief wordt. Daarnaast kan de stressreactie langer aanhouden dan nodig en tot psychische uitputting en blijvende psychische en fysieke schade leiden (Pijpers et al., 2019).

Wanneer hulpverleners (tijdelijk) betrokken raken bij andermans leven, bevinden zij zich in de unieke positie om het welbevinden, het functioneren en de gezondheid van de ander positief te ondersteunen en bij te dragen aan de vermindering van de invloed van toxische stress. Protectieve en compenserende ervaringen, ook wel PCE's of counter-ACE's genoemd, spelen hierin een belangrijke rol (Crandall et al., 2019). Het gaat hierbij voornamelijk om het opbouwen van gezonde, steunende relaties. PCE's hebben een compenserend effect op de negatieve gevolgen van ACE's en kunnen bijdragen aan gezonder gezinsfunctioneren en het voorkomen van psychische gezondheidsproblemen (Crandall et al., 2019; Morris et al., 2021; zie afbeelding 3). Levenservaringen, zowel positief als negatief, vormen gezamenlijk het terrein van Trauma Informed Care. Een organisatiebrede implementatie van Trauma Informed Care binnen organisaties die ondersteuning bieden aan hulpvragers, al dan niet met cognitieve en adaptieve beperkingen, kan ervoor zorgen dat de potentieel negatieve gevolgen van ACE's zo veel mogelijk worden behandeld en begeleid en dat nieuwe ingrijpende ervaringen worden voorkomen.



Afbeelding 3: Het hartmodel: Het mechanisme waardoor protectieve en compenserende jeugdervaringen gezondheid en welzijn beïnvloeden (Morris et al., 2021).

2. Trauma Informed Care

2a. Wereldwijde doorontwikkeling van de hulpverlening

Momenteel is er wereldwijd een beweging gaande in de gezondheidszorg waarbij het verbeteren van de algehele gezondheid van mensen, de kwaliteit van zorg, de tevredenheid met de dienstverlening en kostenreductie centraal staan (Obucina et al., 2018). In dit nieuwe tijdperk van hulpverlening is er een duidelijke verschuiving van traditionele, op ziekte gerichte zorg, naar mensgerichte zorg zichtbaar (Bokhour et al., 2018). Naast een centrale plaats voor de hulpvrager en familie, is er ook steeds meer aandacht voor krachten en bronnen van hulp en steun van de hulpvrager (Sams et al., 2016). Psychische problemen worden steeds meer gezien als het resultaat van complexe interacties tussen sociaal-culturele, psycho-existentiële en neurobiologische invloeden en de wezenlijke bijdrage van de hulpverleningsrelatie aan positieve behandeluitkomsten wordt steeds meer onderschreven (Köhne & Van Os, 2021). Op de website www.hoedeggzverandert.nl zijn hierover inspirerende podcasts te vinden. Deze beweging in de gezondheidszorg vraagt om nieuwe vormen van (de organisatie van) hulpverlening die gericht zijn op het ondersteunen van hulpvragers bij hun herstel en het bereiken van een bevredigend leven, ondanks de beperkingen die voortkomen uit hun problemen of ziekte. Persoonlijke groei, hoop, perspectief, eigen regie en het bereiken van het eigen potentieel zijn centrale thema's in deze beweging (Wilrycx et al., 2012). 'Redesigning psychiatry', 'De Nieuwe GGZ' en 'Samen beter' zijn voorbeelden hiervan in Nederland (<https://ggzacademy.nl/column-rob-keukens-hoe-de-ggz-verandert/>). Al deze stromingen vertonen veel gelijkenissen en worden onder andere gekenmerkt door aandacht voor het persoonlijke verhaal, een relationele benadering en een herstelgerichte visie. Dit sluit aan bij een traumasensitieve benadering waarvoor gepleit wordt binnen Trauma Informed Care (TIC). TIC is in Amerika ontstaan vanuit het besef dat veel mensen die om hulp vragen voor psychische en soci-

ale problemen ingrijpende (jeugd)ervaringen achter de rug hebben (Bendall et al., 2020) en dat de kwaliteit van hulp voor hen verbeterd moest worden om te komen tot gewenste en duurzame resultaten (Bargeman et al., 2020). Er werd geconstateerd dat de gevolgen van toxische stress en de niet herkende en niet behandelde traumasymptomen van de hulpvrager van invloed zijn op de werkaliantie en de motivatie voor het vragen om en het accepteren van hulp door de hulpvrager. Dit kan bijdragen aan voortijdige beëindiging van de hulp door de hulpvrager of het niet behalen van de gewenste resultaten. TIC richt zich bovendien niet alleen op de hulpvragers, maar er is ook evenredig veel aandacht voor het welzijn van medewerkers (zie paragraaf 2c). Indirect trauma en verhoogde stress bij medewerkers kunnen de behandeluitkomsten ook negatief beïnvloeden (Branson, 2019). Het bevorderen van hun zelfredzaamheid en werkgerelateerde veerkracht maakt onderdeel uit van TIC. Daarnaast beschrijft TIC het klimaat waarmee opgedane schade als gevolg van ACE's kan worden gecompenseerd en hersteld. Het wordt steeds duidelijker dat een traumasensitieve benadering dient door te dringen in alle lagen van een organisatie, in alle organisatiesystemen en -processen (Thirkle, 2021). Dit zorgt voor een organisatiemodel en -klimaat waarin hulpvragers én hulpverleners adequate ondersteuning krijgen.

Onderzoek vanuit de neurowetenschappen, psychologie, psychiatrie, epigenetica en immunologie ondersteunt het belang van TIC en biedt aanknopingspunten voor het vormgeven, aanbieden en evalueren van interventies op individueel, team- en systeemniveau (Piotrowski, 2020). Wereldwijd is TIC inmiddels geïmplementeerd in uiteenlopende domeinen, zoals de (geestelijke) gezondheidszorg, het onderwijs, het rechtssysteem, de jeugdbescherming, de crisis- en daklozenopvang en in andere hulpdiensten. In Amerika is een inhaalslag in de gehandicaptensector nu ook ingezet (<https://blog.traumaticstressinstitute.com/blog/pilot-tic-learning-collaborative-for-organizations-serving-people-with-intellectual-and-developmental-disabilities>). Lang heeft

de erkenning van de invloed van ACE's niet op de voorgrond gestaan in de dienstverlening aan mensen met cognitieve en adaptieve beperkingen. Maar gezien de hoge prevalentie van ACE's binnen deze populatie, zijn enkel individuele interventies op dit gebied ontoereikend en is een verandering in aanpak op organisatieniveau nodig (McNally et al., 2021). Koraal heeft deze handschoenen nu ook opgepakt en werkt aan de implementatie van TIC in zowel hulpverlening als onderwijs.

2b. Definitie TIC

TIC is een organisatiebreed raamwerk: een cultuur, een structuur én een behandelkader. TIC kan hierdoor gezien worden als een systeemontwikkelingsmodel dat de focus verschuift van het traditionele individuele diagnosemodel van "wat is er mis met jou?" naar een systemische verhaal-gebaseerde benadering van "wat is je/jullie overkomen?" (Thirkle, 2021). Gevolgd door de vraag "hoe kunnen wij jullie daarbij helpen?". Het levensverhaal, met daarin de ingrijpende én bufferende ervaringen van de gezinsleden (en van eerdere generaties), staat centraal. Samen vormen deze ervaringen de opgroeicontext van kinderen en vormen ze een belangrijke bron van informatie voor de integrale en verklarende probleem- en krachtenanalyse. TIC voert daarmee terug op

fundamentele menselijkheid, krachten, kwetsbaarheid, een intergenerationele blik, oog voor het creatief vermogen tot aanpassing en het potentieel tot groei binnen relaties die kunnen helen en verbinden (Thirkle et al., 2021).

Een veelgebruikte definitie van TIC wordt weergegeven in afbeelding 4. Deze definitie is noodzakelijkerwijs ruim opgezet om zo zinvol te kunnen worden uitgewerkt in uiteenlopende contexten (Bendall et al., 2020). Het oorspronkelijk Amerikaanse TIC-model bestaat uit de 'four R's: Realizing, Recognizing, Responding, Retraumatization' (SAMSHA, 2014), die in het Nederlands vertaald zijn naar de vier hoofddoelen van TIC: Beseffen, Herkennen, Handelen en Voorkomen van (her)traumatisering. Om TIC te kunnen implementeren wordt in een organisatie op de eerste plaats het bewustzijn van de brede impact van ingrijpende ervaringen centraal gesteld. Hiervoor is het noodzakelijk dat een organisatie beseft wat de ernstige gevolgen van ACE's kunnen zijn én bekend is met de mogelijkheden om herstel te bevorderen. Dit betekent dat er organisatiebreed kennis is over, en besef is van, de potentiële gevolgen van toxische stress voor (brein)ontwikkeling, interacties, emoties, coping, zelfbeeld, gedrag, leren, welbevinden, executief functioneren, lichamelijke en psychische gezondheid en le-



Bron: Vrij vertaald naar Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMSHA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014.



Afbeelding 4: Conceptueel model van Trauma Informed Care (SAMSHA, 2014).

vensduur (Sheffler et al., 2020; Vig et al., 2020). Het tweede doel betreft het herkennen van de signalen en symptomen van ingrijpende ervaringen bij zowel hulpvragers als hulpverleners. Deze herkenning fungeert als onderlegger voor het professioneel handelen in de dagelijkse praktijk. Ten derde dient een organisatie kennis over ACE's, preventie en herstel in het (organisatie)handelen te integreren, zowel in het beleid en de procedures als in de behandeling, zodat er adequaat gereageerd en gehandeld kan worden. Ten vierde is het voorkomen van (her)traumatisering van zowel hulpvragers, hun systeem én hulpverleners een belangrijk doel van TIC. TIC omvat een diepgaand begrip van preventie van nieuwe ingrijpende ervaringen en de wegen naar herstel; wat helpt en wat vraagt dit op het gebied van interacties en interventies van betrokkenen? Wat draagt bij aan het vinden van een nieuw evenwicht? De nadruk ligt op fysieke, psychologische en emotionele veiligheid voor alle betrokkenen en het creëren van mogelijkheden om weer een gevoel van controle, eigenwaarde, zelfredzaamheid en (veer)kracht in jezelf en je omgeving te ervaren (Thirkle et al., 2021).

2c. Medewerkers

Werken in de hulpverlening vraagt om empathische betrokkenheid. De complexe problematiek en de belaste levensgeschiedenissen van hulpvragers kan bij hulpverleners echter leiden tot een verstoord gevoel van hoop, optimisme en betekenisgeving. Hoop dat er nog ontwikkeling / verandering mogelijk is voor iemand, optimisme over iemands kansen en twijfels over de betekenisgeving van het werk. Het wereldbeeld van hulpverleners kan veranderen, wat een negatieve invloed kan hebben op het vermogen tot intimiteit en emotieregulatie, maar ook op kernovertuigingen van hulpverleners over veiligheid, vertrouwen en controle. Daarnaast vragen de emotionele behoeften, het gedragsbeeld en de complexe problemen van de hulpvrager om deskundigheid, continue alertheid, emotionele betrokkenheid en een lange adem bij de hulpverlener. Dit alles kan leiden tot verhoogde stressniveaus burn-out-klachten, indirecte (vicarious) traumatische

ring en/of compassiemoeheid bij de hulpverlener (Branson, 2019). Zelfbewustzijn en zelfzorg kunnen stress en onrust bij hulpverleners verminderen, waardoor de arbeidstevredenheid en de kwaliteit van zorg verbeteren. Het is daarom belangrijk dat medewerkers preventieve en adequate steun ontvangen vanuit de organisatie om hun vakmanschap voor de hulpvrager optimaal in te kunnen zetten, waarbij tevens ruimte gecreëerd wordt om te leren en te reflecteren. Bovendien is een beter bewustzijn van een hulpverlener van de eigen stresssymptomen, patronen, triggers en gehechtheidsrelaties cruciaal in het tot stand brengen van verbindende relaties met hulpvragers. Onbewust projecteert een hulpverlener vroegere, totaal andere relaties op de huidige relatie met de hulpvrager, dit wordt ook wel tegenoverdracht genoemd. Om te voorkomen dat toekomstige interacties hierdoor beïnvloed worden, is een beter begrip en bewustzijn van de eigen tegenoverdracht nodig.

2d. Uitgangspunten van Trauma Informed Care

In afbeelding 5 wordt een overzicht van de waarden en uitgangspunten van TIC weergegeven. Deze waarden en principes vormen de basis voor het vormgeven van interacties, relaties en allianties en behoeven doorgaande (organisatie)reflectie. Elk uitgangspunt kan een verschillende betekenis hebben voor verschillende mensen op verschillende momenten en binnen verschillende contexten. Daarom zijn een voortgaande dialoog en reflectie zo belangrijk. De gezamenlijke uitgangspunten helpen bij het ontwikkelen en bijhouden van een gezamenlijke visie en taal en bij het gezamenlijk concretiseren van het dagelijks professioneel handelen. Voorbeelden van reflectievragen zijn: Wat betekenen deze uitgangspunten voor jou en je teamleden? Wat verstaan jullie eronder? Hoe zien ze eruit in jullie handelen? Is er een punt dat al sterk aanwezig is in het team/de organisatie? Waarom is dit punt zo belangrijk? Hoe willen jullie verder vormgeven aan de uitgangspunten? Welke gedachten, angsten, hoop heb je bij deze uitgangspunten? (Treisman, 2021).



Afbeelding 5: Uitgangspunten van Trauma Informed Care (SAMHSA, 2014; Treisman, 2021)

2e. Een ontwikkelingsgerichte en herstelbevorderende omgeving

TIC is niet enkel ondersteunend en zinvol wanneer er sprake is van 'trauma' (zie Box 3). TIC heeft als doel om een optimale omgeving voor ontwikkeling en herstel vorm te geven voor iedereen; hulpvrager, familie en hulpverlener. Aan de hand van drie pijlers wordt een fundament gelegd voor zo'n omgeving: Regulatie, Verbinding en Veiligheid (Bath, 2008; zie afbeelding 6). Deze basis hebben we allemaal nodig in ons leven om gezond te kunnen ontwikkelen en ons goed te voelen, waar en op welke manier iemand ook opgroeit. Wanneer iemand veel ellende heeft meegemaakt, is het extra belangrijk dat die persoon gezonde, warme, steunende relaties ervaart. Deze relaties vormen namelijk een buffer voor de mogelijke gevolgen van ingrijpende ervaringen. Hulp, zowel in de thuissituatie als elders, moet zich daarom vooral richten op het toevoegen van bronnen

van steun en kracht, zoals verbindingen en relaties, zodat een hulpvrager ervaringen op kan doen die beschermend en compenserend zijn.

Box 3: Trauma?

De term 'trauma' wordt in de praktijk gebruikt voor zowel de ingrijpende gebeurtenis (het incident) als de psychische reactie op die gebeurtenis (de gevolgen). De gevolgen uiten zich in psychische klachten, overweldigende emoties en vaak ook lichamelijke effecten. Dit kan resulteren in een posttraumatische stressstoornis (PTSS) zoals gedefinieerd in de DSM-5 (APA, 2014). PTSS is dus één van de mogelijke gevolgen van toxische stress. Echter is bij lang niet alle mensen die toxische stress hebben ervaren sprake van PTSS. De ingrijpende gebeurtenis zelf, in combinatie met hoe de gebeurtenis wordt ervaren, eerdere ervaringen, eventuele psychische aandoeningen, onveilige

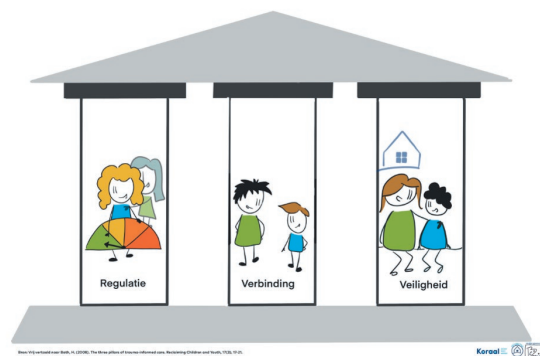
gehechtheidsrelatie en de reacties en gebrek aan steun van ouders en omgeving spelen een rol bij het al dan niet ontstaan van PTSS-klachten.

Bij mensen met cognitieve en adaptieve beperkingen is er naast een verhoogd risico op het meemaken van ACE's (James et al., 2021) vaker sprake van een stapeling van ingrijpende gebeurtenissen in hun leven. Denk aan medische ingrepen, wisselende begeleiding en/of woonplekken, sociale isolatie of uitsluiting, faalervaringen, ongewenste inperking van autonomie, enzovoort. Bovendien zijn er vaak meer risicofactoren aanwezig in de opgroei-context, zoals opgroeien in armoede, een ouder met psychische problemen of een ouder met een verstandelijke beperking. Hierdoor neemt de kans op sociale buffers en de ondersteuning van veerkrachtige reacties vanuit de omgeving af. Mensen met cognitieve en adaptieve beperkingen zijn hierdoor kwetsbaarder voor het ontwikkelen van psychische klachten na toxische stress.

Ook als niet voldaan wordt aan de DSM-criteria voor PTSS is het nog steeds van groot belang om mogelijke negatieve gevolgen van (toxische) stress voor welbevinden, leren, gedrag, functioneren en gezondheid te (h)erkennen en adequaat te behandelen. Evidence-based, traumagerichte behandelingen, binnen een context van TIC, moeten daarom altijd worden overwogen wanneer sprake is van ontregeling en een geschiedenis van ingrijpende ervaringen en daaruit voortvloeiende toxische stress.

Iedereen die om een individu heen staat, is in de positie om bij te dragen aan diens welbevinden, ontwikkeling en/of herstel. Echter, mensen die veel hebben meegemaakt in hun leven, kunnen de mensen om hen heen als een bron van dreiging zien gaan zien, in plaats van als een bron van troost en steun. Dit beeld wordt bevestigd wanneer er op complex gedrag dat voortkomt uit ingrijpende (jeugd)ervaringen gereageerd wordt met controlerende of zelfs bestraffende reacties uit de omgeving (thuis en in een behandelsetting). Dit creëert een onveilige omgeving. Hulpvragers met een verleden

van ingrijpende ervaringen laten een verhoogd risico zien op escalerende interacties en fysiek geweld. Dit complexe gedragsbeeld weerspiegelt vaak innerlijke pijn. Wanneer in een behandeling emotie- en gedragsregulatieproblemen vooropstaan, gaat dit vaak ten koste van gevoelens van veiligheid en herstelbevordering (Bath, 2008). De uitdaging voor de omgeving is om de ander te ondersteunen in zijn primaire pijn, zonder hier nieuwe pijn aan toe te voegen door controlerende, inperkende of straffende reacties. Dit complexe gedrag vraagt juist om het creëren van veiligheid, het bevorderen van steunende relaties en om (co)regulatie. Hierdoor komt er weer meer ruimte voor ontwikkeling en herstelbevorderende interesses en activiteiten.



Afbeelding 6: Regulatie, Verbinding en Veiligheid als pijlers voor het vormgeven van een ontwikkelingsgerichte en herstelbevorderende omgeving (Bath, 2008).

Regulatie

Het vermogen tot reguleren van eigen emoties en gedrag, en het helpen van anderen hierbij (co-reguleren), zijn van invloed op de mate van veiligheid die wordt ervaren en het vermogen om verbinding aan te gaan met anderen (Dana, 2018). Wanneer er zich momenten voordoen waarop een ouder en kind niet goed op elkaar zijn afgestemd, merkt een gereguleerde en ontvankelijke ouder dit op, herstelt de breuk en het kind ervaart door de co-regulatie een gevoel van veiligheid. Op basis van positieve ervaringen met co-regulatie wordt het vermogen tot zelfregulatie ontwikkeld. Ook wanneer er

sprake is van toxische stress is het van groot belang dat een kind volwassenen om zich heen heeft om hem/haar te helpen reguleren. Als ouders dit, om welke reden dan ook, niet kunnen bieden, dan krijgt de vaardigheid reguleren onvoldoende kans om zich te ontwikkelen. Wanneer een kind onvoldoende co-regulatie ervaart, zal dit de verwachtingen van een kind over toekomstige interacties beïnvloeden. Maar zelfs wanneer mensen goed hebben geleerd om emoties en gedrag te reguleren, blijft gedurende het gehele leven een behoefte aan co-regulatie bestaan op momenten dat stress en spanning oplopen (Winfrey & Perry, 2021). Het is voor een hulpverlener dus essentieel om deze mechanismen te (her)kennen en in staat te zijn tot (co)regulatie. Het vermogen van professionals om te kunnen co-reguleren is een doorslaggevende factor voor het bieden van protectieve en compenserende ervaringen, de opbouw van vertrouwen en het bevorderen van veilige gehechtheidsrepresentaties.

Verbinding

De wisselwerking tussen genen en ervaring geeft vorm aan de zich ontwikkelende hersenen. Hoewel genen de blauwdruk leveren voor de vorming van verschillende hersennetwerken, worden deze netwerken versterkt door herhaaldelijk gebruik. De eerste levensjaren vormen, samen met de adolescentie, de meest actieve periodes voor de ontwikkeling van hersennetwerken. Maar gedurende het gehele leven kunnen nieuwe verbindingen tussen hersencellen worden gevormd, bestaande verbindingen worden versterkt en ongebruikte verbindingen worden afgebroken. Dit wordt neuroplasticiteit genoemd. Een cruciaal ingrediënt in dit ontwikkelingsproces is de interactie met anderen. Relaties vormen de krachtigste omgevingsfactor in het leven van mensen; ze spelen een essentiële rol in het meemaken van tegenspoed en herstel (Bennett, 2017). Positieve relaties zijn noodzakelijk voor een gezonde hersenontwikkeling, maar ingrijpende (jeugd)ervaringen kunnen de invloed van positieve relaties ondermijnen (Bath, 2008). Het is dus cruciaal dat de omgeving voorziet in veilige, liefdevolle, ondersteunende, stabiele

en verzorgende relaties (Crandall et al., 2019). Uiteindelijk bepalen genen en ervaring samen de ontwikkeling van het brein.

Veiligheid

Het begrip veiligheid kent vele facetten; o.a. interne veiligheid, externe veiligheid, emotionele/psychische veiligheid, relationele veiligheid, culturele en identiteitsveiligheid en morele en ideologische veiligheid (Treisman, 2021). Fysieke en emotionele veiligheid liggen voor de hand, in de vorm van consistentie, betrouwbaarheid, voorspelbaarheid, beschikbaarheid, eerlijkheid en transparantie. Maar ook gezamenlijke besluitvorming is belangrijk, evenals goed informeren. Het ervaren van voldoende regie en controle over eigen omstandigheden is cruciaal voor het ervaren van veiligheid (Bath, 2008). Gedrag dat voortkomt uit meege maakte ingrijpende (jeugd)ervaringen lokt vaak controlerende of zelfs bestraffende reacties uit in de omgeving, wat een onveilige omgeving creëert. Door met een 'TIC-bril' naar dit gedrag te kijken, wordt het mogelijk om probleemgedrag te plaatsen in de context van automatische stressreacties. Zo kan worden voorkomen dat gedrag verkeerd wordt begrepen of gediagnosticeerd. Problematisch gedrag kan er bijvoorbeeld uitzien als druk, depressief, oppositioneel, angstig of weinig afgestemd (Bargeman et al., 2020), terwijl de oorsprong van het gedrag te herleiden is naar ervaren toxische stress. Deze omslag in denken draagt bij aan vormen van de-escalatie met behulp van een co-regulerende en kalme benadering in plaats van een repressieve of bestraffende benadering (Bargeman et al., 2020), wat resulteert in een veiligere omgeving voor alle betrokkenen.

3. Waarom kiezen voor de implementatie van Trauma Informed Care?

Er zijn vanuit wetenschappelijk onderzoek steeds meer aanwijzingen dat de implementatie van TIC gunstige effecten heeft op de beschreven gebieden en in verschillende contexten. De eerste beschikbare onderzoeksresultaten in de hulpverlening tonen aan dat de invoering van TIC leidt tot een afname van gedragsproblemen, psychische klachten en

PTSS-symptomen. Hulpvragers zijn daarnaast meer tevreden over de geboden hulp. Zowel de zwaarte van behandelingen als behandel-tijden nemen af en er wordt beter samengewerkt met alle betrokkenen, zoals het gezin van een kind. TIC resulteert bovendien in een verhoogd gevoel van ervaren veiligheid bij alle betrokkenen. Er vinden minder geweldsincidenten plaats en er wordt minder vrijheidsbeperkend gewerkt. Medewerkers ervaren een kennistoe-namen en een attitude- en gedragsverandering. Medewerkers ervaren daarnaast zelf ook minder stress, minder indirecte traumatisering, betere zelfzorg, meer samenwerking en meer werkplezier. Verzuim en verloop nemen af. Op scholen kan TIC bijdragen aan een hogere kwaliteit van hulp, begeleiding en behandeling, en kan het ertoe leiden dat jeugdigen minder vaak specialistische hulp nodig hebben of meer gerichte specialistische hulp ontvangen door betere signalering (voor een overzicht van positieve effecten, zie Piotrowski, 2020).

In Nederland is in verschillende zorg- en onderwijsorganisaties een ontwikkeling gaande naar een traumasensitieve manier van werken, maar er is nog een weg te gaan. Er is vaak al wel aandacht voor het aanbieden van therapeutische traumabehandeling en er is een toename in bewustwording waarom traumasensitieve interacties belangrijk zijn, maar aandacht voor een traumasensitief klimaat voor de organisatie als geheel blijft vaak achter. Het concretiseren en implementeren van het TIC-raamwerk binnen Nederland, en in het bijzonder in de ondersteuning van mensen met cognitieve en adaptieve beperkingen, vraagt om specifieke inkleuring, doorontwikkeling, doorlopende reflectie en het in beeld brengen van de opbrengsten. Een landelijke 'TIC learning collaborative' conform de werkwijze van het Traumatic Stress Institute of Klingberg Family Centers in de Verenigde Staten zou daarbij ondersteunend kunnen zijn. Een eerste aanzet hiertoe door organisaties kan vorm krijgen door deelname aan het Nederlandse valideringsonderzoek van de ARTIC scale. Dit is een vragenlijst waarmee de attitude t.a.v. TIC van de professionals binnen een organisatie in beeld kan worden gebracht (Baker et al., 2016).

Hoe positiever de attitudes van medewerkers, hoe verder men is in dit groeiproces en hoe traumasensitiever er doorgaans gewerkt wordt in de praktijk. Voor meer informatie of deelname kan contact worden opgenomen met de auteurs.

Tekeningen: info@bregjetekent.nl

Literatuur

Noot: Omwille van de ruimte staan hier enkel de verwijzingen naar de belangrijkste kernartikelen. voor de volledige referentielijst kunt u contact opnemen met Jessica Vervoort-Schel, jvervoort@koraal.nl.

APA (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Nederlandse vertaling van *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*. Arlington: American Psychiatric Association.

Baker, C. N., Brown, S. M., Wilcox, P. D., Overstreet, S., & Arora, P. (2016). Development and psychometric evaluation of the attitudes related to trauma-informed care (ARTIC) scale. *School Mental Health, 8*(1), 61-76.

Bargeman, M., Smith, S., & Wekerle, C. (2020). Trauma-informed care as a rights-based "standard of care": A critical review. *Child Abuse & Neglect, 119*(Part 1), 104762.

Bath, H. (2008). The three pillars of trauma-informed care. *Reclaiming Children and Youth, 17*(3), 17-21.

Bendall, S., Eastwood, O., Cox, G., Farrelly-Rosch, A., Nicoll, H., Peters, W., ... & Scanlan, F. (2021). A systematic review and synthesis of trauma-informed care within outpatient and counseling health settings for young people. *Child Maltreatment, 26*(3), 313-324.

Bennett, M. S. (2017). *Connecting Paradigms: A Trauma Informed & Neurobiological Framework for Motivational Interviewing Implementation*. A BIG Publishing Project.

Bokhour, B. G., Fix, G. M., Mueller, N. M., Barker, A. M., Lavela, S. L., Hill, J. N., ... & Lukas, C. V. (2018). How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC Health*

- Services Research*, 18(1), 1-11.
- Branson, D. C. (2019). Vicarious trauma, themes in research, and terminology: A review of literature. *Traumatology*, 25(1), 2-10.
- Crandall, A., Miller, J. R., Cheung, A., Novilla, L. K., Glade, R., Novilla, M. L. B., ... & Hanson, C. L. (2019). ACEs and counter-ACEs: How positive and negative childhood experiences influence adult health. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104089.
- Dana, D. (2018). *The Polyvagal theory in therapy: Engaging the rhythm of regulation (Norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & 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(4), 245-258.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (2019). 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*, 56(6), 774-786.
- Hamby, S., Elm, J. H. L., Howell, K. H., & Merrick, M. T. (2021). Recognizing the cumulative burden of childhood adversities transforms science and practice for trauma and resilience. *The American Psychologist*, 76(2), 230-242.
- James, C., Jimenez, M. E., Wade Jr, R., & Nepomnyaschy, L. (2021). Adverse childhood experiences and teen behavior outcomes: The role of disability. *Academic Pediatrics*, 21(8), 1395-1403.
- Karatekin, C., & Hill, M. (2019). Expanding the original definition of adverse childhood experiences (ACEs). *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 12(3), 289-306.
- Köhne, A. C., & van Os, J. (2021). Precision psychiatry: Promise for the future or rehash of a fossilised foundation? *Psychological Medicine*, 51(9), 1409-1411.
- Kuiper, R. M., Dusseldorp, E., & Vogels, A. G. (2010). A first hypothetical estimate of the Dutch burden of disease with respect to negative experiences during childhood. *Leiden: TNO Quality of Life*, 507, 44.
- McNally, P., Taggart, L., & Shevlin, M. (2021). Trauma experiences of people with an intellectual disability and their implications: A scoping review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(4), 927-949.
- Mevissen, L., Didden, R., & de Jongh, A. (2016). Assessment and treatment of PTSD in people with intellectual disabilities. *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder*, 281-299.
- Morris, A. S., Hays-Grudo, J., Kerr, K. L., & Beasley, L. O. (2021). The heart of the matter: Developing the whole child through community resources and caregiver relationships. *Development and Psychopathology*, 33(2), 533-544.
- Obucina, M., Harris, N., Fitzgerald, J. A., Chai, A., Radford, K., Ross, A., ... & Vecchio, N. (2018). The application of triple aim framework in the context of primary healthcare: A systematic literature review. *Health Policy*, 122(8), 900-907.
- Pijpers, F., Vanneste, Y., & Feron, F. (2019). Stress bij kinderen: Hoe houden we het gezond; stress bezien vanuit de jeugdgezondheidszorg. *Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid*.
- Piotrowski, C. C. (2020). ACEs and trauma-informed care. In *Adverse Childhood Experiences* (pp. 307-328). Academic Press.
- Portwood, S. G., Lawler, M. J., & Roberts, M. C. (2021). Science, practice, and policy related to adverse childhood experiences: Framing the conversation. *The American Psychologist*, 76(2), 181-187.
- Razza, N. J., Tomasulo, D. J., & Sobsey, D. (2011). Group psychotherapy for trauma-related disorders in people with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 5(5), 40-45.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Sams, D. P., Garrison, D., & Bartlett, J. (2016). Innovative strength-based care in child and adolescent inpatient psychiatry. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing: Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 29(3), 110-117.

- Santoro, A. F., Shear, S. M., & Haber, A. (2018). Childhood adversity, health and quality of life in adults with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(10), 854-863.
- Sara, G., & Lappin, J. (2017). Childhood trauma: Psychiatry's greatest public health challenge? *The Lancet Public Health*, 2(7), e300-e301.
- Sheffler, J. L., Stanley, I., & Sachs-Ericsson, N. (2020). ACEs and mental health outcomes. In *Adverse Childhood Experiences* (pp. 47-69). Academic Press.
- Thirkle, S. (2021). *Monitoring the Implementation of Trauma-informed Care*. University of Northumbria at Newcastle (United Kingdom).
- Treisman, K. (2021). *A Treasure Box for Creating Trauma-Informed Organizations: A Ready-to-Use Resource for Trauma, Adversity, and Culturally Informed, Infused and Responsive Systems*. Jessica Kingsley Publishers.
- Vervoort-Schel, J. (2021). Heb jij oog voor ingrijpende jeugdervaringen bij jeugdigen met verstandelijke beperkingen? *Sozio*, 3, 12-15.
- Vervoort-Schel, J., Mercera, G., Wissink, I., van der Helm, P., Lindauer, R., & Moonen, X. (2021). Prevalence of and relationship between adverse childhood experiences and family context risk factors among children with intellectual disabilities and borderline intellectual functioning. *Research in Developmental Disabilities*, 113, 103935.
- Vig, K. D., Paluszek, M. M., & Asmundson, G. J. (2020). ACEs and physical health outcomes. In *Adverse Childhood Experiences* (pp. 71-90). Academic Press.
- Vink, R. M., van Dommelen, P., van der Pal, S. M., Eekhout, I., Pannebakker, F. D., Velderman, M. K., ... & Dekker, M. (2019). Self-reported adverse childhood experiences and quality of life among children in the two last grades of Dutch elementary education. *Child Abuse & Neglect*, 95, 104051.
- Wijnroks, L. (2017). De discrepantiehypothese: Hoe nu verder? *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Mensen met Verstandelijke Beperkingen*, 43(4), 294-314.
- Wilrycx, G. K. M. L., Croon, M. A., van den Broek, A. H. S., & van Nieuwenhuizen, C. (2012). Mental health recovery: Evaluation of a recovery-oriented training program. *The Scientific World Journal*, 2012, 820846.
- Winfrey, O., & Perry, B. D. (2021). *What Happened to You?: Conversations on Trauma, Resilience, and Healing*. Flatiron Books.
- WHO (2014). Investing in children: The European child and adolescent health strategy 2015-2020. *Euro.who.int*. Geraadpleegd op 16 oktober 2021 van https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_InvestCAHstrategy_140440.pdf