

KINDER
& JEUGD
PSYCHO
THERAPIE

1

Trauma-informed care voor hulpvragers en hulpverleners in de jeugdhulp

Review en ervaringen uit de praktijk

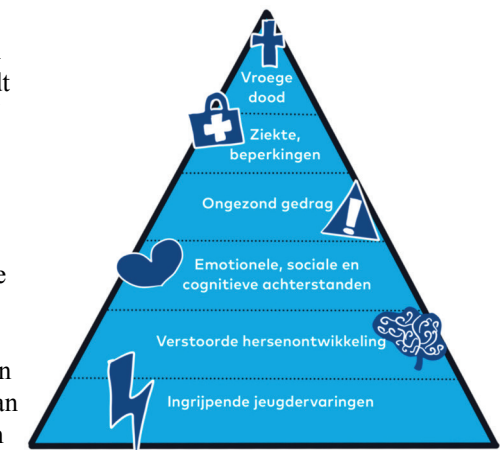
Rianne Pellemans-van Rooijen, Jessica Vervoort-Schel, Gina Hofman & Xavier Moonen

De impact van ingrijpende jeugdervaringen op de lichamelijke en psychische gesteldheid is de laatste decennia door wetenschappelijk onderzoek aangetoond (Hamby e.a., 2021).

Ingrijpende jeugdervaringen zijn stressvolle ervaringen die een jeugdige ofwel rechtstreeks schaden – zoals geweld, verwaarlozing en misbruik – dan wel, op grond van gezinsdisfunctioneren zoals scheiding van ouders, middelenmisbruik, delinquent gedrag in het

gezin of huiselijk geweld, een negatieve invloed op de jeugdige hebben (Felitti e.a., 1998). In de internationale literatuur wordt vaak de term *adverse childhood experiences (ACEs)* gebruikt voor dergelijke negatieve ervaringen; dit tijdschrift besteedde er uitvoerig aandacht aan in een themanummer met de titel ‘Nare jeugdervaringen’ (VKJP, 2021). De samenhang tussen het meemaken van ACEs en de gevolgen hiervan voor de ontwikkeling van gedrag, zelfbeeld, psychische en fysieke gezondheid gedurende de levensloop wordt weergegeven

Figuur 1.
De ACE-piramide (Felitti e.a., 1998).



Noot. Illustratie: vrij naar The ACE Pyramid (Centers for Disease Control and Prevention, 2021b).

Trauma-informed care voor hulpvragers en hulpverleners in de jeugdhulp

Samenvatting

Ingrijpende jeugdervaringen kunnen een grote, negatieve invloed hebben op iemands lichamelijke en psychische gezondheid gedurende de rest van het leven. Het invoeren van het organisatiebrede raamwerk *trauma-informed care* (TIC) in de jeugdhulp biedt mogelijkheden om deze *impact* te verminderen. Aangezien ingrijpende jeugdervaringen relatief veel voorkomen bij hulpvragers in de jeugdhulp, is dit een werkveld waarin de waarden en uitgangspunten behorende bij TIC en het behandelkader dat TIC biedt van grote meerwaarde kunnen zijn. In dit artikel wordt ingegaan op de gevolgen van ingrijpende ervaringen voor het leven van jeugdigen en hun ouders, de indirecte gevolgen hiervan voor hulpverleners, het belang van TIC, wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van TIC en ervaringen uit de praktijk, aan de hand van een casus.

Trefwoorden: trauma-informed care, ingrijpende jeugdervaringen, jeugdhulp, hulpverleners.

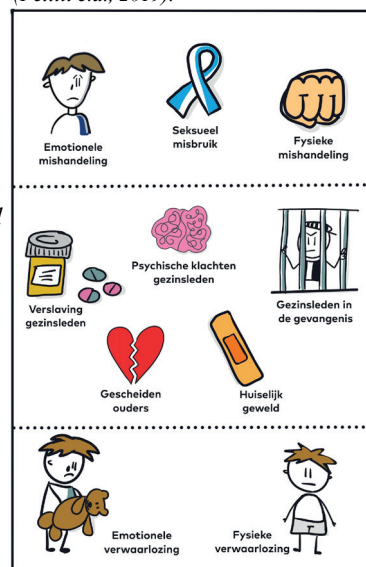
in de ACE-piramide die is afgebeeld in figuur 1 (Felitti e.a., 1998). Toxische stress – de reactie van het lichaam op langdurige en ernstige stress, zonder voldoende steun van een ouder of andere voor het kind belangrijke volwassenen te ervaren – speelt een belangrijke rol in het verband tussen ACEs en de negatieve gevolgen voor iemands gezondheid en ontwikkeling (O’Connor e.a., 2021; Vervoort-Schel e.a., 2022).

Casus – Het gezin Van Hove

In het gezin Van Hove, een groot gezin bestaande uit vader Patrick, moeder Sandra en tien kinderen, gaat het al langere tijd niet goed. De ouders kunnen door hun eigen problemen de fysieke en emotionele veiligheid van de kinderen niet waarborgen. Er is sprake van een verwaarlozende opvoedingssituatie met verbale en fysieke agressie. Alle kinderen zijn onder toezicht gesteld. Er dreigt uithuisplaatsing. Om dit te voorkomen is er professionele thuisbegeleiding, die recent geïntensiveerd is naar acht uur per dag gedurende zeven dagen per week, en er is individuele en gezinsgerichte traumabehandeling. De moeder kon na meerdere gesprekken achter deze intensivering staan en wilde zich inzetten omwille van de kinderen. De vader vond het intensieve hulpaanbod aanvankelijk onacceptabel en weigerde bij gesprekken aanwezig te zijn.

ACEs komen relatief veel voor, hangen onderling samen en hebben een cumulatief effect (Hays-Grudo & Morris, 2020). De langetermijninvloed van ACEs is afhankelijk van uiteenlopende variabelen zoals duur, ernst en combinatie, maar ook van de genetische basis, leeftijd, reacties van anderen, overige problemen en de afwezigheid van steunbronnen (Nelson e.a., 2020).

Figuur 2.
De tien ACEs uit het Felitti-raamwerk (Felitti e.a., 2019).



Noot. Illustratie: vrij naar What are Adverse Childhood Experiences? (Centers for Disease Control and Prevention, 2021a).

Eerste Nederlandse bevindingen (zelfrapportage) laten zien dat 45,3 procent van de kinderen in het regulier basisonderwijs, met een gemiddelde leeftijd van 11 jaar, minimaal 1 van de 10 ACEs uit het ‘Felitti-raamwerk’ (figuur 2) heeft meegemaakt (Vink e.a., 2019). In een recente tweede Nederlandse zelfrapportagestudie, uitgevoerd in het onderwijs, werd gevonden dat in het regulier onderwijs 69,8 procent van de kinderen minimaal 1 ACE had meegemaakt, voor het speciaal onderwijs gold dit voor 86,9 procent en voor het voortgezet speciaal onderwijs voor 84 procent van de kinderen (Offerman e.a., 2022). Bij jeugdigen die functioneren op verstandelijk beperkt of zwakbegaafd niveau die residentieel opgenomen waren vanwege hun complexe gedragsbeeld en ontwikkelingsstagnaties, bleek zelfs 90 procent van hen minimaal 1 ACE te hebben meegemaakt. In tegenstelling tot eerdergenoemde zelfrapportagestudies is deze informatie geëxtraheerd uit cliëntendossiers (Vervoort-Schel e.a., 2021). Van de residentieel opgenomen jeugdigen uit de studie van Vervoort en collega’s (2021) had minimaal 20 procent 4 of meer ACEs meegemaakt, in vergelijking met de 6,5 (Vink e.a., 2019), respectievelijk 12 procent (Offerman e.a., 2022) van de leerlingen in het regulier onderwijs. In het speciaal onderwijs had 39,1 procent van de kinderen 4 of meer ACEs meegemaakt, tegenover 31,3 procent in het voortgezet speciaal onderwijs (Offerman e.a., 2022).

Volgende generaties

Ingrijpende ervaringen van jeugdigen staan vaak niet op zichzelf, maar kunnen samenhangen met de belaste levensgeschiedenissen van hun ouders. Wanneer volwassenen ingrijpende jeugdervaringen hebben meegemaakt, neemt de kans op ingrijpende ervaringen voor volgende generaties toe (Lê-Scherban e.a., 2018; Lehrner & Yehuda, 2018; Schickedanz e.a., 2018). Er kan sprake zijn van ongezonde patronen en van verstoord gezinsfunctioneren, op grond van epigenetische veranderingen en van gedrags- en omgevingsfactoren die doorgegeven kunnen worden aan volgende generaties. Zo is bijvoorbeeld gevonden dat de kinderen van ouders die vier of meer ACEs hadden meegemaakt, vier keer zoveel kans hebben op geestelijke gezondheidsproblemen (Schickedanz e.a., 2018). Ook kunnen ouderlijke ACEs van invloed zijn op ouderlijk gehechtheidsgedrag, dat de ouder-kindrelatie negatief kan beïnvloeden (Murphy e.a., 2014). Het is daarom van het grootste belang om belangstelling te hebben voor zowel het levensverhaal van het kind als dat van de ouders (en eventueel ook van de grootouders), om zodoende de impact hiervan op ieders gedrag en ontwikkeling te herkennen. Dit pleit ervoor om hulp systemisch vorm te ge-

ven. Naast interventies die rechtstreeks het kind ten goede komen, kunnen ook interventies die gericht zijn op de fysieke en psychische gezondheid van de ouders gunstig zijn voor het welbevinden en de ontwikkelingskansen van hun kinderen.

Casus – Sandra’s ingrijpende (jeugd)ervaringen

Sandra (36) groeide op als enig kind in een intact gezin. De jonge Sandra ervoer huiselijk geweld en emotionele verwaarlozing. Haar ouders waren regelmatig in conflict met elkaar in het bijzijn van Sandra. Ze herinnert zich dat ze zich terugtrok op haar kamer wanneer dit gebeurde: “Ik wist niet beter.” Sandra kan zich niet herinneren dat zij zich veilig of geborgen heeft gevoeld bij haar ouders. Een kus of knuffel kreeg zij niet en er was geen opa, oma of ander familielid, vriend, buur of kennis die deze rol op zich nam. Toen Sandra een relatie kreeg met haar eerste partner werd zij zelf slachtoffer van fysieke en emotionele mishandeling. Deze situatie heeft jarenlang voortgeduurd, tot het moment dat zij met de dood werd bedreigd en buurtbewoners de politie inschakelden. Haar partner werd gedetineerd en het contact stopte. Kort daarna ontmoette Sandra haar huidige partner Patrick (37). Ook Patrick kent een verleden van huiselijk geweld. Sandra werd bijna direct zwanger van hun eerste kindje, waarna de overige negen kinderen kort na elkaar volgden. Stress over financiën en huisvesting zorgt voor spanningen in de partnerrelatie en opnieuw is er sprake van huiselijk geweld in het gezin.

Uitdagingen voor hulpverleners in de jeugdhulp

Een geschiedenis van ingrijpende jeugdervaringen kan zich bij jeugdigen uiten in onder andere agressie, emotionele en gedragsontregelingen, internaliserende problematiek, zelfbeschadigend gedrag, problemen op seksueel gebied, leer- en cognitieproblemen of middelenmisbruik. De ingrijpende ervaringen kunnen bovendien van invloed zijn op de kwaliteit van de gehechtheidsrelaties en mentaliserende vermogens (Domon-Archambault e.a., 2020).

Nog te zelden wordt erbij stilgestaan dat het complexe gedragsbeeld dat deze jeugdigen laten zien, en mogelijk ook hun ouders, kan leiden tot een gevoel van onveiligheid bij hulpverleners. Deze gevoelens kunnen controlerende, inperkende of bestraffende reacties van hulpverleners uitlokken, wat op

hun beurt kan zorgen voor het toenemen van gevoelens van onveiligheid bij jeugdigen. Dit vergroot de kans op escalatie, doordat jeugdigen daarop kunnen reageren op basis van ingesleten sociaal disfunctionele overlevingspatronen. Vaak ligt de focus van interventies door hulpverleners op de waarneembare ‘probleemgedragingen’ (in wezen betreft dit adaptief gedrag). Hierbij worden technieken en procedures toegepast om risicovol gedrag te verminderen, zoals contact verbreken, regie inperken, uitsluiten, straffen, vastpakken, afzonderen of doorplaatsen. Maar die kunnen als ‘triggers’ werken die ontregeling en reactief gedrag kunnen versterken (Hodgdon e.a., 2013).

De complexe gedragsbeelden van jeugdigen, en soms ook van hun ouders, kunnen echter ook gezien worden als signalen van innerlijke pijn. Deze signaalgedragingen en reacties van zowel de jeugdigen als hun ouders kunnen hulpverleners als overweldigend ervaren, en kan bij hen allerlei (stress)reacties en gevoelens oproepen, zoals machteloosheid, angst of spanning. De uitdaging voor alle betrokkenen is om – ondanks dat – de ander te ondersteunen in zijn primaire pijn, zonder hier nieuwe pijn aan toe te voegen (Anglin, 2002). Omgaan met complexe gedragsbeelden vraagt van deskundige hulpverleners om emotioneel beschikbaar en alert te zijn, doet een beroep op hun behandel- en regulatievaardigheden en vergt een lange adem. Maar hulpverleners zullen dit alleen kunnen opbrengen als ze ruimte krijgen voor reflectie en deskundigheidsbevordering, en wanneer er voor hen voldoende bronnen van steun en kracht zijn. Indirecte traumatisering (Samson e.a., 2021), *burn-out* (Frieiro Padín e.a., 2021) en compassiemoeheid (Webber, 2021) komen vaker voor bij hulpverlening aan mensen met complexe problemen en belaste voorgeschiedenissen. Het is dan ook cruciaal dat de hulpverleners en de hen ondersteunende medewerkers (bijvoorbeeld op de administratie of humanresourcesafdeling) voldoende mogelijkheden hebben tot zelfzorg en zich daarnaast gesteund en gefaciliteerd voelen door de jeugdhulporganisatie. Een preventieve en proactieve benadering door de jeugdhulporganisatie is onontbeerlijk voor het vormgeven van een omgeving waarin hulpverleners en de hen ondersteunende medewerkers gezond en veilig kunnen werken. Voor alle betrokken professionals is kennis over de invloed van ingrijpende jeugdervaringen en de wegen naar herstel belangrijk (Schmid e.a., 2020). Maar ook bewustzijn van de eigen gehechtheidsrelaties, socialisatie, patronen en triggers, de eigen behoeften, over goede zelfzorgvaardigheden beschikken en de ruimte creëren om te leren en reflecteren, zijn van belang in de samenwerking met andere mensen om bij te kunnen dragen aan veiligheid, ontwikkeling en herstel van anderen door middel van verbinding en coregulatie.

Casus – Het perspectief van de begeleiders van het gezin Van Hove

De gezinsbegeleiders die het gezin Van Hove ondersteunen, werken volgens de waarden en uitgangspunten van trauma-informed care (SAMHSA, 2014), zie figuur 3, en geven hun interacties vorm op basis van verbinding, informatie, respect en hoop. De situatie waarin sprake is van belaste voorgeschiedenissen van de ouders, een ondertoezichtstelling van alle kinderen en een zeer intensief hulpverleningsaanbod, vraagt om een lange adem, emotionele betrokkenheid en veel reflectie van de betrokken gezinsbegeleiders om het vertrouwen van het gezin te krijgen en een werkaliantie op te kunnen bouwen. “Alles wat je zegt, ligt op een weegschaal”, zegt een van de begeleiders tijdens de intervisie. Zelf- en coregulatie zijn belangrijk om een kalm brein te behouden en de situatie te de-escaleren wanneer de stress in het gezin oploopt en verwijten en dreigementen richting de gezinsbege-

leiders geuit worden. Openheid in communicatie en naast de ouders staan, ondersteunen het eigenaarschap en de regiemogelijkheden van de ouders. De gezinsbegeleiders worden begrijpelijkerwijs geraakt door het werk en bespreken hun emoties en gevoelens van onveiligheid tijdens reflectiemomenten: “Als ik op huisbezoek ben, dan gaan mijn voelsprietten uit en sta ik continu aan.” Samen delen en vieren van successen geeft tussentijds weer energie en biedt perspectief. Succesfactoren zijn onder andere een intensieve onderlinge samenwerking en een bron van steun en kracht voor elkaar zijn, zoals een luisterend oor en coregulatie bieden of het even overnemen van elkaars taken, indien nodig. Door op elkaar terug te kunnen vallen is er een sterk teamgevoel dat bijdraagt aan een persoonlijk gevoel van veiligheid voor alle betrokkenen en stabiliteit in de hulp voor het gezin.

Figuur 3.

Waarden en uitgangspunten van trauma-informed care (SAMHSA, 2014; Treisman, 2021).



Noot. Illustratie: vrij naar SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach (SAMHSA, 2014) en naar A Treasure Box for Creating Trauma-informed Organizations: A Ready-to-use Resource for Trauma, Adversity, and Culturally Informed, Infused and Responsive Systems (Treisman, 2021).

Trauma-informed care biedt een kader

Momenteel neemt wereldwijd het besef toe dat de kwaliteit van hulp voor kinderen en ouders die ingrijpende gebeurtenissen meemaken of meegemaakt hebben, verbeterd moet worden om te komen tot gewenste en duurzame resultaten (Bargeman e.a., 2020). Uitgaande van de stelling dat veilige, ondersteunende, verzorgende relaties cruciaal zijn voor ontwikkeling en herstel, kan elke ondersteunende interactie hieraan bijdragen. Om de negatieve langetermijneffecten van ingrijpende jeugdervaringen te verminderen, verschuift de hulpverlening van het traditionele, individuele diagnosemodel van ‘wat is er mis met jou?’ naar een systemische, verhaalgebaseerde benadering van ‘wat is je of jullie overkomen?’ (Thirkle, 2021), die gekenmerkt wordt door aandacht voor het persoonlijke verhaal, een relationele benadering en een op herstel gerichte visie. Zo kan veilige behandeling of onderwijs geboden worden met duurzame resultaten en kan voorkomen worden dat er (opnieuw) traumatisering plaatsvindt (Bendall e.a., 2020).

Iedereen die jeugdhulp ontvangt heeft in meer of mindere mate stressvolle ervaringen in zijn leven opgedaan. Daarom is *trauma informed* werken in alle interacties van eminent belang (Goddard, 2021). Trauma-informed care (TIC) biedt een kader om de potentiële gevolgen van ingrijpende ervaringen en ontbrekende beschermende en compenserende ervaringen te herkennen en de rol te erkennen die deze ervaringen kunnen spelen in het leven, van zowel hulpvragers als hulpverleners en medewerkers die hen ondersteunen (Bendall e.a., 2020). TIC biedt een preventief en proactief kader dat nodig is om hulp-

verleners en de hen ondersteunende medewerkers de kennis, faciliteiten én steun te bieden die essentieel zijn om jeugdigen met complex gedrag en belaste geschiedenissen en hun families te kunnen helpen.

TIC biedt een organisatiebreed raamwerk: een cultuur (waarden en uitgangspunten in de onderlinge interacties), een structuur én een behandelkader. Het levensverhaal, met daarin oog voor de ingrijpende én steunende ervaringen van alle gezinsleden (en van eerdere generaties), staat centraal. Het oorspronkelijk Amerikaanse TIC-model bestaat uit de *four R's*: *realizing, recognizing, responding, retraumatization* (SAMHSA, 2014) en is door de Zuid-Nederlandse hulpverlenings- en onderwijsorganisatie Koraal in het Nederlands vertaald. De vier hoofddoelen in het TIC-model zijn vertaald als: *beseffen, herkennen, handelen en voorkomen van (her)traumatisering* (figuur 4). TIC heeft als doel om een omgeving te creëren die als basis dient voor welbevinden, een gezonde ontwikkeling en mogelijkheden voor herstel. Wanneer iemand veel heeft meegemaakt in het leven is het extra belangrijk dat deze persoon steunende relaties ervaart, zodat hij of zij ervaringen op kan doen die beschermend en compenserend zijn. Met TIC wordt aan de hand van drie pijlers een fundament gelegd voor zo'n ontwikkelingsgerichte en herstelbevorderende omgeving: regulatie, verbinding en veiligheid (Bath, 2008). Deze drie pijlers vormen de basis van interacties en er wordt verondersteld dat daardoor de risico's op problemen afnemen en de kansen voor herstel, groei en ontwikkeling toenemen. Een verdere toelichting op het TIC-model werd beschreven in een recent verschenen artikel van Vervoort-Schel en collega's (2022).

Figuur 4.
Conceptueel model van trauma-informed care (SAMHSA, 2014).



Noot. Illustratie: vrij naar SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach (SAMHSA, 2014).

Casus – Traumasensitief werken: wat werkt bij de Van Hoves?

Hoewel het gezin Van Hove erg moest wennen aan de intensieve begeleiding en het contact in de eerste fase veelal vermeed, hebben de begeleiders steeds opnieuw geïnvesteerd in de verbinding en de opbouw van het vertrouwen. Er is veel aandacht voor het levensverhaal van de ouders en de stressoren, maar ook voor de leuke ervaringen. De gezinsbegeleiders tonen oprechte belangstelling voor de ervaringen en belevingswereld van de ouders en de kinderen en delen ook eigen ervaringen, zodat het gezin kennismaakt met de mens achter de hulpverlener. Tussen het gezin en de begeleiders is, over en weer, steeds meer contact, waardoor ruimte ontstaat voor samenwerking – zo maken ze samen een plan van aanpak. De ouders krijgen de ruimte om hierin regie te voeren en eigen doelen te formuleren, naast de doelstellingen vanuit de ondertoezichtstelling. Het bleef voor de ouders lange tijd moeilijk om de gezinsbegeleiders deelgenoot te maken van hun gedachten, gevoelens en ervaringen. Hun eerdere ingrijpende ervaringen en gebrek aan beschermende en compenserende ervaringen in het leven hebben hun minder kansen geboden om hun vermogens goed te ontwikkelen; bijvoorbeeld hun vermogen om in verbinding te blijven met zichzelf en anderen, hun eigenwaarde en hun vermogens om hun emoties en gedrag te reguleren. Dit blijft in wisselende mate van invloed op de samenwerkingsrelatie. De ouders hebben de overtuiging dat 'gedragswetenschappers kinderen uit huis plaatsen'. In de samenwerkingsrelatie vraagt dit om een langdurige, intensieve investering, gebaseerd op gelijkwaardigheid, afstemming en openheid. Het team kiest er bijvoorbeeld voor om te rapporteren of te bellen met de gezinsvoogd in aanwezigheid van de ouders. De vader, Patrick, liet aanvankelijk vaak een verbale 'vechthouding' zien jegens het team. Coregulatie blijkt van groot belang, waarbij een kalme houding, de tijd nemen, een rustig en vriendelijk stemvolume en kalmerende en geruststellende woorden hem helpen om tot zelfregulatie te komen. De gedragswetenschapper spreekt regelmatig met de gezinsbegeleiders over de theorie achter toxische stress, ontregeling en stressreacties. De ouders en de kinderen leren de persoon en zijn behoeften los te zien van het waarneembare gedrag en leren het belang van coregulatie en het bewaken van grenzen, ook in stressvolle situaties. Uiteindelijk heeft dit opgeleverd dat de vader de gezinsbegeleiders heeft gevraagd te ondersteunen bij het signaleren van zijn oplopende spanning en frustratie, evenals samen regulatiestrategieën te bedenken (zoals een blokje om lopen). De begeleiders werden toegelaten, omdat hij steun ervaart in plaats van afwijzing. De

gezinsbegeleiders kunnen het nu open en eerlijk bespreken wanneer zij het gedrag van de vader als onveilig en bedreigend ervaren. Dit kan niet het totale gedrag van vader in relatief korte tijd veranderen, maar hij begrijpt steeds beter hoe zijn gedrag voor de ander voelt.

De effecten van trauma-informed care op het welbevinden van hulpvragers en hulpverleners

De effecten van de implementatie van TIC zijn internationaal, in verschillende contexten, onderzocht. Piotrowski (2020) geeft daarvan een overzicht. Zo zijn er aanwijzingen dat TIC bijdraagt aan een afname van gedragsproblemen en psychische klachten van kinderen en volwassenen. Ook de behandelingstijd en intensiteit van een behandeling nemen af. Er vinden minder geweldsincidenten plaats en er worden minder vrijheidsbeperkende maatregelen genomen. Medewerkers ervaren minder stress, minder indirecte traumatisering, betere zelfzorg, meer samenwerking en meer werkplezier. Verzuim en verloop nemen af en er wordt kostenbesparend gewerkt.

In verschillende onderzoeken is aangetoond dat de implementatie van TIC in jeugdhulporganisaties resulteerde in een afname van fysieke fixaties en afzondering op de kamer (Azeem e.a., 2011; Boel-Studt, 2017; Hodgdon e.a., 2013). Deze maatregelen kunnen angst en boosheid bij jeugdigen oproepen en kunnen leiden tot hertraumatisering en tot ongezonde copingstrategieën (Conte e.a., 2008; Smith & Bowman, 2009). Afname van deze maatregelen heeft een direct effect op het welbevinden van jeugdigen en leidt tot significante vooruitgang op het gebied van emotie- en gedragsregulatie en copingvaardigheden (Murphy e.a., 2017; Rivard e.a., 2005).

Er is nog weinig bekend over de effecten van TIC voor jeugdigen die functioneren op (licht) verstandelijk beperkt of zwakbegaafd niveau, ondanks hun verhoogde risico op het meemaken van ingrijpende jeugdervaringen. Onderzoek bij volwassenen heeft wel laten zien dat een traumasensitieve behandeling de traumasymptomen bij mensen met een verstandelijke beperking effectief kan verminderen (Keesler, 2020) en resulteert in een afname van agressief gedrag en minder gebruik van noodmedicatie (Keesler & Isham, 2017).

Niet alleen de hulpvragers, maar ook de hulpverleners profiteren doorgaans van de invoering van TIC. In onderzoek lieten medewerkers een significante toename zien van kennis over TIC en van attitudes die passen bij de waarden en uitgangspunten van TIC, na afloop van een training die gericht was op traumasensitief werken en indirecte traumatisering. Tevens rapporteerden de me-

dewerkers een verhoogde bewustwording van de risico's op indirect trauma en waren ze beter in staat om symptomen hiervan bij zichzelf te herkennen (Baker e.a., 2018; Brown e.a., 2012).

TIC-trainingen bevorderen niet alleen de bewustwording. Medewerkers die een TIC-training hebben gevolgd laten op den duur lagere cortisolwaarden zien (Schmid e.a., 2020), wat een afname in hun stressniveau suggereert. Dit zou mede verklaard kunnen worden door de afname van agressieve gedragingen bij jeugdigen met wie zij werken en de daling van het aantal fixaties, waardoor medewerkers minder verwondingen opliepen en hun gevoel van veiligheid sterker werd (LeBel & Goldstein, 2005).

TIC in organisaties

Op organisatieniveau kan de implementatie van TIC ook positieve gevolgen hebben. Er is minder verloop van werknemers (LeBel & Goldstein, 2005) en minder ziekteverzuim (Brend & Sprang, 2020; LeBel & Goldstein, 2005). Medewerkers zijn over het algemeen meer tevreden en hebben meer plezier in hun werk na de implementatie van TIC (Hales e.a., 2017; 2019). Ook de cliënttevredenheid neemt toe (Piotrowski, 2020). Al deze factoren zorgen voor een positiever werkklimaat en een toename van de kwaliteit van zorg, wat een organisatie aantrekkelijker maakt voor zowel hulpvragers als hulpverleners. Veel van deze factoren werken bovendien kostenbesparing in de hand, waardoor organisaties financieel stabiel en gezonder worden (LeBel & Goldstein, 2005; Piotrowski, 2020).

Onderzoek toont aan dat TIC leidt tot betere samenwerking op meerdere niveaus (Piotrowski, 2020). Als eerste wordt de samenwerking tussen de hulpverleners en gezinnen gestimuleerd. Er wordt geluisterd naar de levensverhalen van alle gezinsleden; hulpvragers en hulpverleners werken samen aan het opstellen van een behandelplan; hulpvragers nemen actief beslissingen over hun eigen situatie; en krachten en bronnen van steun worden gemobiliseerd. Er is een toename van samenwerking en steun binnen een team door onder andere intervisiemomenten. De samenwerking in een organisatie neemt toe, omdat erkend wordt dat alle medewerkers een rol spelen in TIC, en iedereen meegenomen wordt in het proces. Denk aan bestuur en directie, leidinggevend, hulpverleners en alle andere medewerkers die het organisatieproces ondersteunen.

Bovendien wordt ook organisatieoverstijgende samenwerking gestimuleerd door een gedeeld begrip van (de impact van) ingrijpende ervaringen en het belang van samenwerking en transparantie.

Casus – De actuele situatie in het gezin Van Hove

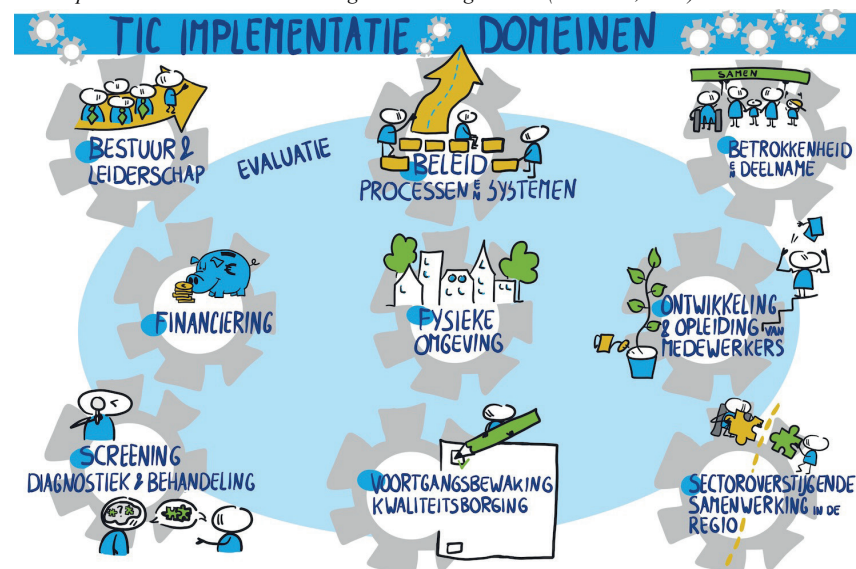
De ouders en de betrokken hulpverleners hebben na een zeer intensief, negen maanden durend traject, bestaande uit traumabehandeling en intensieve begeleiding van de opvoeding, samen geconcludeerd dat een vervolginventie nodig is om de veiligheid in het gezin en de ontwikkelingskansen voor de kinderen te waarborgen. Beide ouders willen het beste voor hun kinderen en door de ervaringen die ze hadden opgedaan met regulatie, verbinding en veiligheid konden ze samen met alle betrokkenen kiezen voor vervolgstappen. De regelmatige ontregeling van de vader bleef een struikelblok, wat tot gevoelens van onveiligheid bij de gezinsleden bleef leiden. Aan de moeder, Sandra, is de mogelijkheid geboden om met alle kinderen in een zogenaamd lefhuis te gaan wonen, waar 24/7-begeleiding aanwezig is om haar in zorg- en opvoedingstaken te ondersteunen en over te nemen waar dat nodig is. Hiermee wordt de fysieke en emotionele veiligheid van de moeder en de kinderen gewaarborgd. Het contact met de vader, Patrick, werd goed onderhouden in de vorm van vaste bezoekenmomenten. Patrick is na afronding van zijn individuele traumabehandeling ook in het gezinshuis gaan wonen en samen met Sandra en de kinderen vormen ze nu weer één gezin. De ouders hebben nog een weg te gaan in het versterken van hun vaardigheden, zoals verbinding met henzelf en anderen te blijven ervaren – hun eigenwaarde – en goed gebruik te blijven maken van hun emotieregulatievaardigheden. Maar de geboden hulpverlening heeft voorzien in een stevigere basis voor samenwerking en de vaardigheid om gebruik te maken van externe bronnen van kracht en steun. Waar de ouders oorspronkelijk begrijpelijkerwijs veel moeite hadden met het vertrouwen en toelaten van hulpverleners in hun gezinssituatie, hebben de opgedane ervaringen en de traumabehandeling bijgedragen aan een constructievere werkaliantie met nieuwe hulpverleners. Het betrokken team geeft aan veel te hebben geleerd van de samenwerking met dit gezin.

Implementatie van TIC in organisaties

In Nederland is in toenemende mate oog voor traumabehandeling en trauma-sensitief werken, beide elementen van TIC. Implementatie van een organisatiebreed raamwerk, zoals TIC dat is, is echter nog relatief nieuw in de Nederlandse jeugdhulp. Internationaal is er al wel groeiend bewijs voor de positieve effecten van TIC voor hulpvragers en medewerkers in zorg- en onderwijsorganisaties. Implementatie van TIC in een organisatie is echter geen sinecure. Het

Figuur 5.

TIC-implementatiedomeinen: in alle lagen van de organisatie (SAMHSA, 2014).



Noot. Illustratie: vrij naar SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach (SAMHSA, 2014).

betekent een jarenlange ontwikkeling die vraagt om een aanhoudend proces van bewustzijn en leren, zowel qua kennis en vaardigheden als in de attitude van medewerkers in alle lagen van de organisatie, van bestuursleden tot ondersteunend personeel (Bryson e.a., 2017; Murphy e.a., 2017); zie figuur 5. Zo'n implementatieproces kan moeizaam verlopen als niet aan alle voorwaarden wordt voldaan, zoals aandacht voor de benodigde systemische in steek, voldoende tijdsinvestering, oog voor de kosten, en het opvangen van het verloop van getraind personeel en blijven trainen van nieuw personeel (Rich e.a., 2021). TIC-implementatie vergt een lange adem en positieve effecten worden soms pas op de langere termijn zichtbaar. Het is een uitdaging om aanhoudende bereidheid en motivatie te bewerkstelligen bij alle medewerkers en om iedereen op één lijn te krijgen en te houden voor wat betreft aanpak en visies.

In de review van Piotrowski (2020) worden drie punten genoemd die van belang zijn voor een brede, systematische toepassing van TIC en onderzoek naar de implementatie hiervan: (1) de ontwikkeling van op de sector afgestemde trauma-informed richtlijnen die zowel binnen organisaties als organi-

satieoverstijgend toegepast kunnen worden, zodat iedereen volgens dezelfde principes werkt, (2) continue evaluatie van zowel het implementatieproces als de uitkomsten van TIC en (3) het breed monitoren van uitkomsten, niet alleen bij hulpvragers, maar ook bij alle medewerkers, om een zo grondig mogelijk perspectief te krijgen van mogelijke positieve effecten op psychisch en fysiek niveau. Er zijn verschillende meetinstrumenten ontwikkeld om effecten te kunnen monitoren, zoals de TICOMETER (Unick e.a., 2019) en de ARTIC (Baker e.a., 2016). Koraal is in 2020 begonnen om de ARTIC in het Nederlands te vertalen en die te valideren, en is ook bezig met de ontwikkeling van een vragenlijst voor jeugdigen om TIC-implementatie vanuit hun perspectief te kunnen volgen.

Conclusie

Dit artikel schetst aan de hand van een casus hoe ingrijpende jeugdervaringen een negatieve impact kunnen hebben op de verdere levensloop van alle betrokkenen en hoe de implementatie van TIC kan helpen om deze negatieve impact te verminderen. De jeugdhulp is een werkveld waarin de toepassing van TIC van grote meerwaarde kan zijn, omdat ingrijpende jeugdervaringen relatief vaak voorkomen bij kinderen en ouders die gebruikmaken van deze jeugdhulp (Verlinden & Lindauer, 2015; Vervoort-Schel e.a., 2021). Een bespreking van recente wetenschappelijke literatuur laat zien dat de implementatie van TIC positieve effecten kan hebben op meerdere niveaus. TIC bevordert het herstel van jeugdigen en hun ouders na traumatisering en de samenwerking tussen hen en hulpverleners. En TIC heeft ook positieve invloed op medewerkers, onder andere door een afname van indirecte traumatisering, en bevordert een positiever werkklimaat en betere samenwerking binnen en tussen organisaties. Er is groeiend bewijs dat TIC hulpvragers én hulpverleners in de jeugdhulp effectief kan ondersteunen. Hier staat wel tegenover dat de implementatie van TIC een jarenlang proces omvat dat om aanhoudend bewustzijn, investering en evaluatie vraagt. Een geslaagde realisatie staat of valt met toewijding vanuit de gehele organisatie.

Dr. Rianne Pellemans-van Rooijen is senior onderzoeker bij Koraal Kennis. Koraal, een instelling met vestigingen in Limburg en Brabant, biedt zorg, onderwijs en arbeid voor mensen van alle leeftijden met ernstige (verstandelijke) beperkingen en complexe gedrags- en psychische problemen. rrooijen@koraal.nl

Drs. Jessica Vervoort-Schel is programmaleider Inhoud & Onderzoek Jeugd bij Koraal, orthopedagoog-generalist en supervisor NVO (Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen) en PhD-kandidaat bij de Universiteit van Amsterdam.

Gina Hofman MSc. is kinder- en jeugdpsycholoog bij de Intensieve Thuisbehandeling van Koraal.

Professor dr. Xavier Moonen is wetenschappelijk adviseur bij Koraal, en emeritus hoogleraar kennisontwikkeling over jeugdigen en jongvolwassenen met lichte verstandelijke beperkingen en gedragsproblemen bij de Universiteit van Amsterdam.

De illustraties zijn gemaakt door Bregje Verdam, tekenaar en visual recorder.

Literatuur

- Anglin, J. P. (2002). *Pain, Normality and the Struggle for Congruence: Reinterpreting Residential Care for Children and Youth*. Haworth Press.
- Azeem, M. W., Auja, A., Rammerth, M., Binsfeld, G., & Jones, R. B. (2011). Effectiveness of Six Core Strategies Based on Trauma Informed Care in Reducing Seclusions and Restraints at a Child and Adolescent Psychiatric Hospital. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1), 11-15. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00262.x>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s12310-015-9161-0>
- Baker, C. N., Brown, S. M., Wilcox, P., Verlenden, J. M., & Black, C. L. (2018). The Implementation and Effect of Trauma-Informed Care within Residential Youth Services in rural Canada: A Mixed Methods Case Study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(6), 666-674. <https://doi.org/10.1037/tra0000327>
- Bargeman, M., Smith, S., & Wekerle, C. (2020). Trauma-Informed Care as a Rights-based “Standard of Care”: A Critical Review. *Child Abuse & Neglect*, 119(1), 104762. [https://doi.org/S0145-2134\(20\)30417-8](https://doi.org/S0145-2134(20)30417-8)
- Bath, H. (2008). The Three Pillars of Trauma-Informed Care. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3), 17-21. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>

- Bendall, S., Eastwood, O., Cox, G., Farrelly-Rosch, A., Nicoll, H., Peters, W., Bailey, A. P., McGorry, P. D., & Scanlan, F. (2020). A Systematic Review and Synthesis of Trauma-Informed Care Within Outpatient and Counseling Health Settings for Young People. *Child Maltreatment, 26*(3), 313-324. <https://doi.org/10.1177/1077559520927468>
- Boel-Studt, S. (2017). A Quasi-Experimental Study of Trauma-Informed Psychiatric Residential Treatment for Children and Adolescents. *Research on Social Work Practice, 27*(3), 273-282. <https://doi.org/10.1177/1049731515614401>
- Brend, D. M., & Sprang, G. (2020). Trauma-Informed Care in Child Welfare: An Imperative for Residential Childcare Workers. *International Journal of Child and Adolescent Resilience, 7*(1), 154-165. <https://doi.org/10.7202/1072595ar>
- Brown, S. M., Baker, C. N., & Wilcox, P. (2012). Risking Connection Trauma Training: A Pathway Toward Trauma-Informed Care in Child Congregate Care Settings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(5), 507-515. <https://doi.org/10.1037/a0025269>
- Bryson, S. A., Gauvin, E., Jamieson, A., Rathgeber, M., Faulkner-Gibson, L., Bell, S., Davidson, J., Russel, J., & Burke, S. (2017). What are Effective Strategies for Implementing Trauma-Informed Care in Youth Inpatient Psychiatric and Residential Treatment Settings? A Realist Systematic Review. *International Journal of Mental Health Systems, 11*(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0137-3>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021a). *Adverse Childhood Experiences Prevention Strategy*. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/injury/pdfs/priority/ACEs-Strategic-Plan_Final_508.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021b). The ACE Pyramid. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html>
- Conte, C., Snyder, C., & McGuffin, R. (2008). Using Self-Determination Theory in Residential Settings. *Residential Treatment for Children & Youth, 25*(4), 307-318. <https://doi.org/10.1080/08865710802533498>
- Domon-Archambault, V., Terradas, M. M., Drieu, D., De Fleurian, A., Achim, J., Poulain, S., & Jerrar-Oulidi, J. (2020). Mentalization-based Training Program for Child Care Workers in Residential Settings. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 13*(2), 239-248. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00269-x>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 56*(6), 774-786. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Frieiro Padín, P., Verde-Diego, C., Arias, T. F., & González-Rodríguez, R. (2021). Burnout in Health Social Work: An International Systematic Review (2000-2020). *European Journal of Social Work, 24*(6), 1051-1065 1-15. <https://doi.org/10.1080/13691457.2020.1870215>
- Goddard, A. (2021). Adverse Childhood Experiences and Trauma-Informed Care. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners, 35*(2), 145-155. [https://doi.org/S0891-5245\(20\)30231-5](https://doi.org/S0891-5245(20)30231-5)
- Hales, T. W., Green, S. A., Bissonette, S., Warden, A., Diebold, J., Koury, S. P., & Nochajski, T. H. (2019). Trauma-Informed Care Outcome Study. *Research on Social Work Practice, 29*(5), 529-539. <https://doi.org/10.1177/1049731518766618>
- Hales, T. W., Nochajski, T. H., Green, S. A., Hitzel, H. K., & Woike-Ganga, E. (2017). An Association Between Implementing Trauma-Informed Care and Staff Satisfaction. *Advances in Social Work, 18*(1), 300-312. <https://doi.org/10.18060/21299>
- 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. <https://doi.org/10.1037/amp0000763>
- Hays-Grudo, J., & Morris, A. S. (2020). *Adverse and Protective Childhood Experiences: A Developmental Perspective*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000177-000>
- Hodgdon, H. B., Kinniburgh, K., Gabowitz, D., Blaustein, M. E., & Spinazzola, J. (2013). Development and Implementation of Trauma-informed Programming in Youth Residential Treatment Centers using the ARC Framework. *Journal of Family Violence, 28*(7), 679-692.

- <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9531-z>
- Kessler, J. M., & Isham, C. (2017). Trauma Informed Day Services: An Initial Conceptualization and Preliminary Assessment. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 14*(2), 164-175. <https://doi.org/10.1111/jppi.12206>
- Kessler, J. M. (2020). Trauma Specific Treatment for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities: A Review of the Literature from 2008 to 2018. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 17*(4), 332-345. <https://doi.org/10.1111/jppi.12347>
- Lê-Scherban, F., Wang, X., Boyle-Steed, K. H., & Pachter, L.M. (2018). Inter-generational Associations of Parent Adverse Childhood Experiences and Child Health Outcomes. *Pediatrics, 141*(6), e20174274. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-4274>
- LeBel, J., & Goldstein, R. (2005). Special Section on Seclusion and Restraint: The Economic Cost of Using Restraint and the Value Added by Restraint Reduction or Elimination. *Psychiatric Services, 56*(9), 1109-1114. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1109>
- Lehrner, A., & Yehuda, R. (2018). Trauma across Generations and Paths to Adaptation and Resilience. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 10*(1), 22-29. <https://doi.org/10.1037/tra0000302>
- Murphy, K., Anderson Moore, K., Redd, Z., & Malm, K. (2017). Trauma-Informed Child Welfare Systems and Children's Well-being: A Longitudinal Evaluation of KVC's Bridging the Way Home Initiative. *Children and Youth Services Review, 75*, 23-34. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.02.008>
- Murphy, A., Steele, M., Dube, S. R., Bate, J., Bonuck, K., Meissner, P., Goldman, H., & Steele, H. (2014). Adverse Childhood Experiences (ACEs) Questionnaire and Adult Attachment Interview (AAI): Implications for Parent Child Relationships. *Child Abuse & Neglect, 38*(2), 224-233. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.09.004>
- Nelson, C. A., Scott, R. D., Bhutta, Z. A., Harris, N. B., Danese, A., & Samara, M. (2020). Adversity in Childhood is linked to Mental and Physical Health throughout Life. *BMJ, 371*, 3048. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3048>
- O'Connor, D. B., Thayer, J. F., & Vedhara, K. (2021). Stress and Health: A Review of Psychobiological Processes. *Annual Review of Psychology, 72*(1), 663-688. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-062520-122331>
- Offerman, E. C. P., Asselman, M. W., Bolling, F., Helmond, P., Stams, G.-J. J., & Lindauer, R. J. L. (2022). Prevalence of Adverse Childhood Experiences in Students with Emotional and Behavioral Disorders in Special Education Schools from a Multi-Informant Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(6), 3411. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063411>
- Piotrowski, C. C. (2020). ACEs and Trauma-Informed Care. In *Adverse Childhood Experiences* (pp. 307-328). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816065-7.00015-X>
- Rich, A.J., DiGregorio, N., & Strassle, C. (2021). Trauma-Informed Care in the Context of Intellectual and Developmental Disability Services: Perceptions of Service Providers. *Journal of Intellectual Disabilities, 25*(4), 603-618. <https://doi.org/10.1177/1744629520918086>
- Rivard, J. C., Bloom, S. L., McCorkle, D., & Abramovitz, R. (2005). Preliminary Results of a Study Examining the Implementation and Effects of a Trauma Recovery Framework for Youths in Residential Treatment. *Therapeutic Community: The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations, 26*(1), 83-96.
- SAMHSA. (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. , Substance Abuse and Mental Health Services Administration. https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf
- Samson, T., Bachner, Y. G., & Freud, T. (2021). Thought Patterns Mediate the Development of Secondary Traumatic Stress in Social Workers. *Australian Social Work, 1-12*. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2021.1871927>
- Schickedanz, A., Halfon, N., Sastry, N., & Chung, P. J. (2018). Parents' Adverse Childhood Experiences and their Children's Behavioral Health Problems. *Pediatrics, 142*(2) e20180023. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0023>
- Schmid, M., Lüdtke, J., Dolitzsch, C., Fischer, S., Eckert, A., & Fegert, J. M. (2020). Effect of Trauma-informed Care on Hair Cortisol Concentration in Youth Welfare Staff and Client Physical Aggression towards Staff: Results of a Longitudinal Study. *BMC Public Health, 20*(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8077-2>
- Smith, M. L., & Bowman, K. M. (2009). The Restraint Spiral: Emergent Themes in the Perceptions of the Physical Restraint of Juveniles. *Child Welfare, 88*(3), 57-83. <https://doi.org/https://www.jstor.org/stable/45390170>
- 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 Organi-*

- zations: A Ready-to-use Resource for Trauma, Adversity, and Culturally Informed, Infused and Responsive Systems*. Jessica Kingsley Publishers.
- Unick, G. J., Bassuk, E. L., Richard, M. K., & Paquette, K. (2019). Organizational Trauma-Informed Care: Associations with Individual and Agency Factors. *Psychological Services, 16*(1), 134-142.
<https://doi.org/10.1037/ser0000299>
- Verlinden, E., & Lindauer, R. J. L. (2015). Trauma bij kinderen en adolescenten: screening, diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 57*(12), 912-916.
- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103935>
- Vervoort-Schel, J., Pellemans-van Rooijen, R., Kooijmans, R., & Moonen, X. (2022). Waarom Trauma Informed Care als organisatiebreed raamwerk voor trauma-sensitieve zorg? *LVB Onderzoek en Praktijk, 20*(1), 5-17.
- Vink, R. M., van Dommelen, P., van der Pal, S. M., Eekhout, I., Pannebakker, F. D., Velderman, M. K., Haagmans, M., Mulder, T., & 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.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104051>
- VKJP. (2021). Nare jeugdervaringen. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie, 48*(2).
<https://www.vkjp.nl/het-tijdschrift/tijdschrift-2-2021>
- Webber, M. (2021). Effective Self-Care and Resilience in Clinical Practice: Dealing with Stress, Compassion Fatigue and Burnout, Sarah Parry (Red.), *The British Journal of Social Work, 51*(3), 1119-1121.
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaa104>



De Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie (VKJP) is de wetenschappelijke en specialistische vereniging voor kinder- en jeugdpsychotherapie. De vereniging staat voor de kwaliteit en ontwikkeling van het vak kinder- en jeugdpsychotherapie en daarmee voor toegankelijke, deskundige hulp aan jeugdigen met psychische problemen. Al vijftig jaar brengt de VKJP vakgenoten samen uit verschillende therapeutische scholen en met diverse achtergronden. Kind en gezin staan centraal. Het belangrijkste doel van de vereniging is het bevorderen van de ontwikkeling en het bewaken van de kwaliteit van de psychotherapie voor kinderen, jeugdigen en hun omgeving.