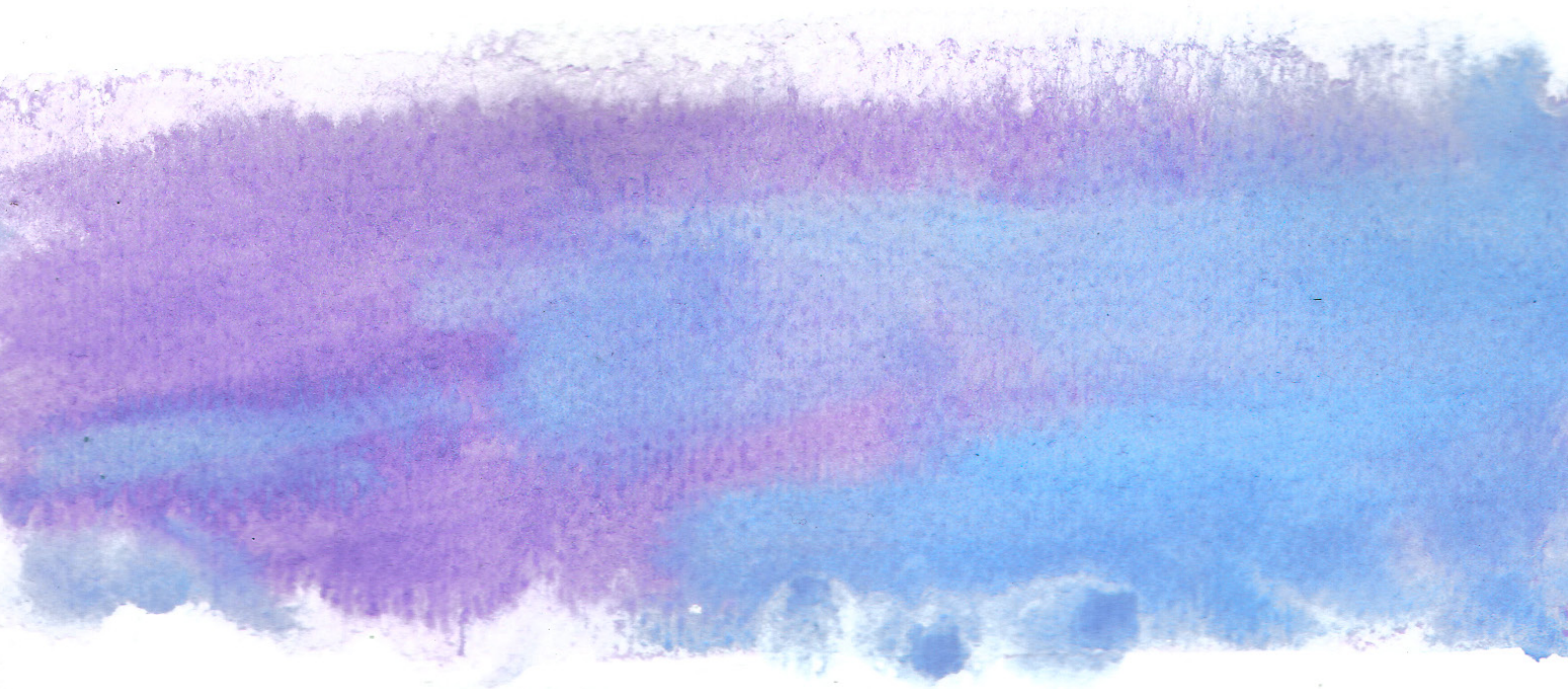




**Gids voor het bieden van
trauma-sensitieve zorg aan
(toekomstige) ouders met
jonge kinderen**



Onderzoeksinstelling: Hogeschool UC Leuven – Limburg, Expertisecentrum Resilient People

Publicatiedatum: 29-04-2024

Onderzoekers: Sarah Van Haeken, Laura Malisse, onderzoekers UCLL Research & Expertise, expertisecentrum Resilient People, Ellen Nijs, lector UCLL Bachelor Vroedkunde

Contact: sarah.vanhaeken@ucll.be

Illustraties: Emese Iványi · behance.net/emeseivanyi

Grafisch ontwerp: Tamás Leisz · semseworld.com

UCLL

ConfeR&Ence

Wetenschapspark 21

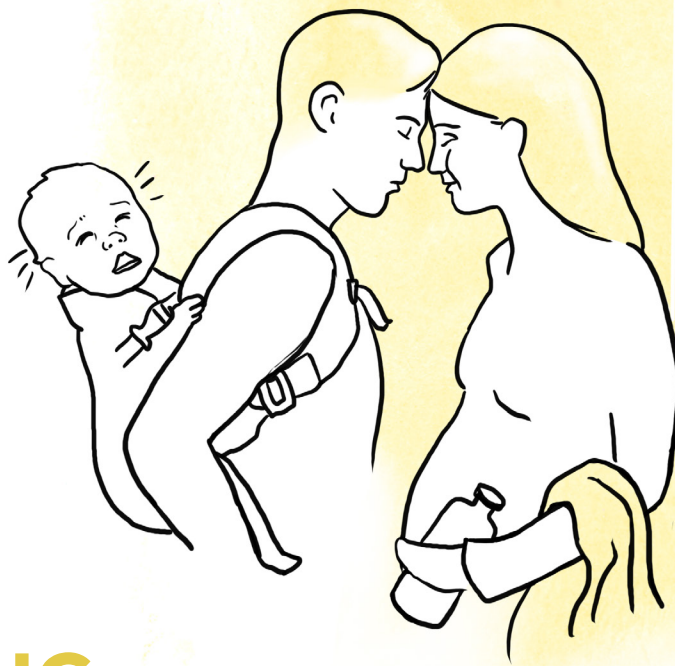
3590 Diepenbeek

V.U.: Anne Groenen, Wetenschapspark 21, 3590 Diepenbeek

Gids voor het bieden van trauma-sensitieve zorg aan (toekomstige) ouders met jonge kinderen

INHOUD

INLEIDING	4
Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek – VOS ²	6
HOOFDSTUK 1	
Wat betekent trauma in de context van perinatale zorgverlening?	7
A. Wat is trauma?	7
De gebeurtenis	8
De ervaring	9
De impact van trauma	15
B. Het belang van trauma-sensitiviteit tijdens de perinatale periode	18
De intergenerationele overdracht van trauma	18
Het belang van de eerste 1000 dagen	21
C. De perinatale periode als kantelpunt	24
Het belang van perinatale veerkracht	25
Samenvattend	27
HOOFDSTUK 2	
Hoe krijgt trauma-sensitieve zorg vorm in de context van perinatale zorgverlening?	28
A. Een trauma-sensitieve werking binnen de perinatale zorg	28
B. Principes van trauma-sensitieve zorg	30
C. Aan de slag met principes van trauma-sensitieve zorg in de perinatale zorgverlening	37
Veiligheid, empathie en erkenning	38
Betrouwbaarheid, transparantie en continuïteit	41
Samenwerking, wederkerigheid en inspraak	43
Krachtgericht, empowerend en autonomie ondersteunend	46
Referenties	48



INLEIDING

De **transitie naar ouderschap** wordt beschouwd als één van de meest ingrijpende ervaringen in een mensenleven. De intrede van een nieuw leven in het gezin gaat gepaard met grote veranderingen en uitdagingen voor de ouders op zowel lichamelijk, psychologisch als sociaal vlak en ook in de partnerrelatie en gezin is het zoeken naar een nieuw evenwicht.^[1] De periode tijdens en na zwangerschap is een periode van uitproberen en leren, vaak zonder pasklare antwoorden. Een dergelijke ingrijpende aanpassingsperiode waarbij een brede range aan emoties en ervaringen komt kijken, kan doorwegen op de veerkracht van alle (toekomstige) ouders. Voor ouders die in het verleden zelf niet konden terugvallen op een betrouwbare zorgfiguur, of zijn blootgesteld aan ingrijpende levenservaringen zoals mishandeling, verwaarlozing of misbruik, is er een groter risico dat in deze transitieperiode hun **veerkracht overschreden** wordt.^{[2][3]} Ouders met een geschiedenis van ingrijpende levenservaringen kunnen bovendien verschillende barrières ervaren bij de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en kunnen hulpverlening vermijden omwille van wantrouwen, schaamte, stressvolle interacties of ineffectieve zorg.^[4] Toch biedt de transitie naar ouderschap bij uitstek de kans tot groei en herstel. De komst van een kindje brengt voor ouders **hoop en motivatie** om het anders en beter te doen dan ze zelf hebben meegemaakt.^[5]

Met deze gids richten we ons tot alle **zorg- en hulpverleners die werken met gezinnen met jonge kinderen**, verder genoemd **professionals**, zoals vroedvrouwen, artsen, kind en gezin medewerkers, kinderbegeleiders, zorgkundigen, gezinsondersteuners, sociaal werkers en vrijwilligers in de eerste en tweede lijn.^[4]

Wanneer professionals bekend zijn met de impact van trauma op zwangerschap, geboorte en pril ouderschap, biedt dit de mogelijkheid om veiligheid te installeren binnen hun ondersteuning van (toekomstige) ouders met een voorgeschiedenis van trauma.^[4] Deze gids beoogt dan ook aan professionals een kader te bieden om de impact van een voorgeschiedenis van trauma bij (toekomstige) ouders tijdens de transitie naar ouderschap te begrijpen en als inspiratiebron om **verbinding** met ouders te blijven aangaan. Aan de hand van principes van trauma-sensitieve zorgverlening, hopen we de zorg toegankelijk en afgestemd te houden op de noden van (toekomstige) ouders met een voorgeschiedenis van trauma. Zo kan ook de kans op hertraumatisering, of het opnieuw meemaken van overweldigende en ingrijpende ervaringen, tijdens de zorgverlening beperkt worden.^[4]

In deze gids trachten we vanuit een praktijkgericht onderzoek een **theoretisch kader** te bieden, gekoppeld aan **praktische handvaten om de principes van trauma-sensitieve zorg** binnen de werking van een organisatie of team te integreren. Met deze gids willen we op een laagdrempelige wijze kennis vergroten over de impact van trauma en inspireren tot het integreren van trauma-sensitieve zorgprincipes in de eerste en tweede lijn. Een trauma-sensitieve basishouding is voor iedereen toegankelijk, ook voor wie geen trauma heeft meegemaakt.

We benadrukken dan ook dat deze gids geen oproep is om meer gespecialiseerde zorg te voorzien en ook geen leidraad voor de diagnose van trauma. Maak je je zorgen om ouders of kinderen waar je mee werkt? Bespreek het in je team, spreek je leidinggevende aan, of contacteer het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling voor een adviesgesprek. Zij begeleiden je telefonisch bij je bezorgdheden en de stappen die je zou kunnen zetten.¹ Ook het toegankelijke instrument 'De Kindreflex' kan je ondersteuning bieden om met ouders in gesprek te gaan over het ouderschap en in geval van verontrusting.² Blijf er niet alleen mee zitten maar zoek samen, ook met de ouders, naar de mogelijke volgende stappen.

In deze gids komen de volgende elementen aan bod:

- Wat is trauma?
- Waarom is trauma-sensitieve zorg belangrijk voor (toekomstige) ouders en ouders met jonge kinderen?
- Hoe krijgt trauma-sensitieve zorg vorm in de eerste en tweedelijnszorg?
- Welke zijn de principes van trauma-sensitieve zorg en hoe kan je deze principes toepassen binnen jouw team of organisatie?

1 Kijk op de website vertrouwenscentrum-kindermishandeling.be voor het juiste telefoonnummer in jouw provincie. Kinderen en ouders die zelf vragen hebben over geweld, misbruik en kindermishandeling kunnen anoniem en gratis terecht telefonisch, via mail of chat bij hulplijn 1712

2 <https://kindreflex.be/>

Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek – VOS²

Deze gids is ontwikkeld in het kader van het **praktijkgericht wetenschappelijk onderzoeksproject** (PWO) **VOS²**, een kwalitatief onderzoek naar veerkrachtig ouderschap bij aanstaande en jonge ouders die zelf opgroeiden binnen een verontrustende opvoedingssituatie. In deze studie namen in totaal 10 moeders deel aan een persoonlijk interview. Het interview werd tweemaal afgenomen met een tussenperiode van 6 maanden om de evolutie in het ouderschap in kaart te brengen. Moeders werden gerekruteerd tijdens de zwangerschap tot en met de eerste twee levensjaren van het kind. Daarnaast werden zeven hulpverleners die werken met gezinnen met intergenerationeel complex trauma in een centrum voor integrale gezinszorg (CIG) bevraagd.

Deze gids wordt geschreven in aanvulling op de **Gids voor het bieden van trauma-sensitieve zorg in de kinderopvang** en de **Gids voor het zien en bespreekbaar maken van verontrustende signalen in de kinderopvang** vanuit het Europese ECLIPS project³.

^[6] We verwijzen graag naar deze gidsen voor aanvulling vanuit het kindperspectief, alsook voor tools en handvaten om in gesprek te gaan met ouders over verontrustende signalen.



Tot slot willen we nog op enkele beperkingen van deze gids wijzen. Ten eerste neemt onderzoek en kennis rond de impact van trauma steeds toe. Bijgevolg is het in deze gids niet mogelijk om een exhaustief overzicht te geven van de huidige stand van zaken. Wel bieden we een toegankelijk theoretisch overzicht met enkele praktijkhandvaten om mee aan de slag te gaan. Ten tweede omvat onze steekproef enkel moeders met een hoger opleidingsniveau, een stabiele inkomstensituatie en een stabiele partnerrelatie. Dit betekent dat de bevindingen en principes in deze gids mogelijk niet generaliseerbaar zijn naar een meer diverse populatie. Het onderzoeksteam benadrukt hierbij wel de waardevolle input van de CIG medewerkers met betrekking tot kwetsbare gezinnen. Daarnaast dienen we te vermelden dat we geen (toekomstige) vaders konden bereiken voor dit onderzoek. Ook in de literatuur merken we op dat de kennis met betrekking tot de ervaringen van (toekomstige) vaders met ingrijpende levenservaringen beperkt is. ^{[2][3]} In het algemeen wordt opgemerkt dat de aandacht voor vaderbetrokkenheid tijdens en na de zwangerschap vaak beperkt is en eerder afhankelijk blijft van de individuele zorgverlener.^[7] Desondanks zijn we ervan overtuigd dat trauma-sensitieve principes toepasbaar zijn in de begeleiding en zorg voor alle ouders en willen we een algemene shift in denken en houding ondersteunen. In deze gids zullen we dan ook over ‘ouders’ spreken, met uitzondering van specifieke voorbeelden met betrekking tot zwangerschap en geboorte.

³ Voor meer info met betrekking tot het ECLIPS project: <https://research-expertise.ucll.be/nl/eclips>



HOOFDSTUK 1

Wat betekent trauma in de context van perinatale zorgverlening?

Na het lezen van dit hoofdstuk zal je beter begrijpen wat trauma is, welke processen een impact kunnen hebben op intergenerationeel trauma en waarom de periode tijdens en na zwangerschap bij uitstek een vruchtbaar moment is om aan ouders ondersteuning te bieden.

A. Wat is trauma?

In dit eerste onderdeel bieden we een theoretisch kader aan waarmee je de ontwikkeling en de gevolgen van trauma kan begrijpen. Allereerst starten we met een definitie van trauma. Ten tweede lichten we de onderliggende processen in het stresssysteem toe aan de hand van de Polyvagale theorie. En tot slot komen we aan bij het begrip perinatale veerkracht dat aangeeft dat ook trauma niet de rest van een leven hoeft te bepalen.

Een definitie van trauma

Het woord trauma wordt gebruikt om drie componenten te beschrijven: een **gebeurtenis**, de **ervaring** van het individu tijdens deze gebeurtenis alsook de **impact** van de gebeurtenis op het welzijn en functioneren van het individu.^{[8][9]}

De gebeurtenis

Het onderzoek naar trauma in de voorgeschiedenis bouwt verder op de baanbrekende **Adverse Childhood Experiences (ACE) studie** van Felitti et al. uit 1998.^[10] Felitti en collega's ontwikkelden een lijst met zeven categorieën van ervaringen die ondergebracht kunnen worden onder: mishandeling of misbruik, verwaarlozing of gezins-disfunctioneren. Aan de hand van een vragenlijst onderzochten ze bij 9.508 volwassenen welke effecten het meemaken van deze ervaringen in de kindertijd had op de lichamelijke en psychologische gezondheid en het gezondheidsgedrag in hun volwassenheid.

In de huidige versie van de ACE-vragenlijst wordt een voorgeschiedenis van trauma in de kindertijd gevat onder vijf subtypes van kindermishandeling, met name: a) lichamelijke of b) emotionele mishandeling; c) seksueel misbruik; d) lichamelijke of e) emotionele verwaarlozing en f) vijf subtypes disfunctioneren binnen het gezin (getuige van partnergeweld tussen ouders; echtscheiding van ouders; ouder met een psychische ziekte; ouder met een verslavingsproblematiek of een gezinslid in de gevangenis).^[11]

Uit het ACE-onderzoek, en de daaropvolgende onderzoeken, blijkt dat een groot deel van de bevolking ooit met een traumatische gebeurtenis wordt geconfronteerd.^[12] Cijfers uit Europa tonen aan dat ongeveer één op de vier kinderen een ingrijpende levensgebeurtenis (ACE) meemaakt. Eén op de vijf kinderen heeft twee of meer ACE's meegemaakt.^[13] In een schatting bij vrouwen die zich melden voor een prenatale consultatie in een algemeen ziekenhuis in Australië rapporteerde 62,6% één ACE, 23% rapporteerde vier of meer ACE's. Velen van ons en de mensen met wie we werken, hebben dus al dergelijke ingrijpende ervaringen meegemaakt. Een noemenswaardige implicatie voor professionals die werken met (toekomstige) ouders tijdens en na de zwangerschap, is dat een voorgeschiedenis van mishandeling of verwaarlozing ook samenhangt met een verhoogd risico voor deze vrouwen op het ervaren van trauma in de perinatale periode. Trauma in de perinatale periode werd in deze studie gedefinieerd als de angst dat er iets erg zou gebeuren en/of de angst voor het eigen leven of dat van de baby.^[14]

De ervaring

De ervaring van eenzelfde gebeurtenis is voor iedereen anders. Omwille van deze subjectieve component, hanteren we in deze gids de definitie van trauma van de Amerikaans psychiater Bruce Perry. Hij beschrijft trauma vanuit het individuele **stressresponssysteem**. Volgens deze definitie wordt trauma niet bepaald door de gebeurtenis op zichzelf, maar wel door de reactie van het individu op deze gebeurtenis op het moment(en) dat het zich voordoet.

Wanneer spreken we van een traumatische gebeurtenis?

Trauma is niet zozeer de gebeurtenis, maar de reactie van het individu op de gebeurtenis. Traumatische stress komt voor wanneer een extreme ervaring het individu overweldigt en aantast. (Ungar & Perry, 2012, p.125).^[15]

De ervaring van een traumatische gebeurtenis wordt gekenmerkt door hevige angst, hulpeloosheid en onmacht.^[16] Wanneer een individu een dergelijke extreme ervaring meemaakt, wordt de integriteit van het individu ernstig aangetast. Het individu is niet in staat is om te reageren, zichzelf te beschermen en terug in veiligheid te brengen. Tijdens een traumatische gebeurtenis wordt het neocorticale of denkende brein geheel of gedeeltelijk uitgeschakeld. Het emotionele en overlevingsdeel van het brein is actief en kiest automatisch en zonder ruimte voor bewuste overweging voor de beste methode om op dat moment te overleven, namelijk vechten, vluchten of bevriezen.^[17]

Om meer inzicht te geven in de werking van ons stress-responssysteem en de manier waarop we reageren op gevaar en stress, hanteren we de veelbesproken Polyvagale theorie.

Het stressresponssysteem: de polyvagale theorie

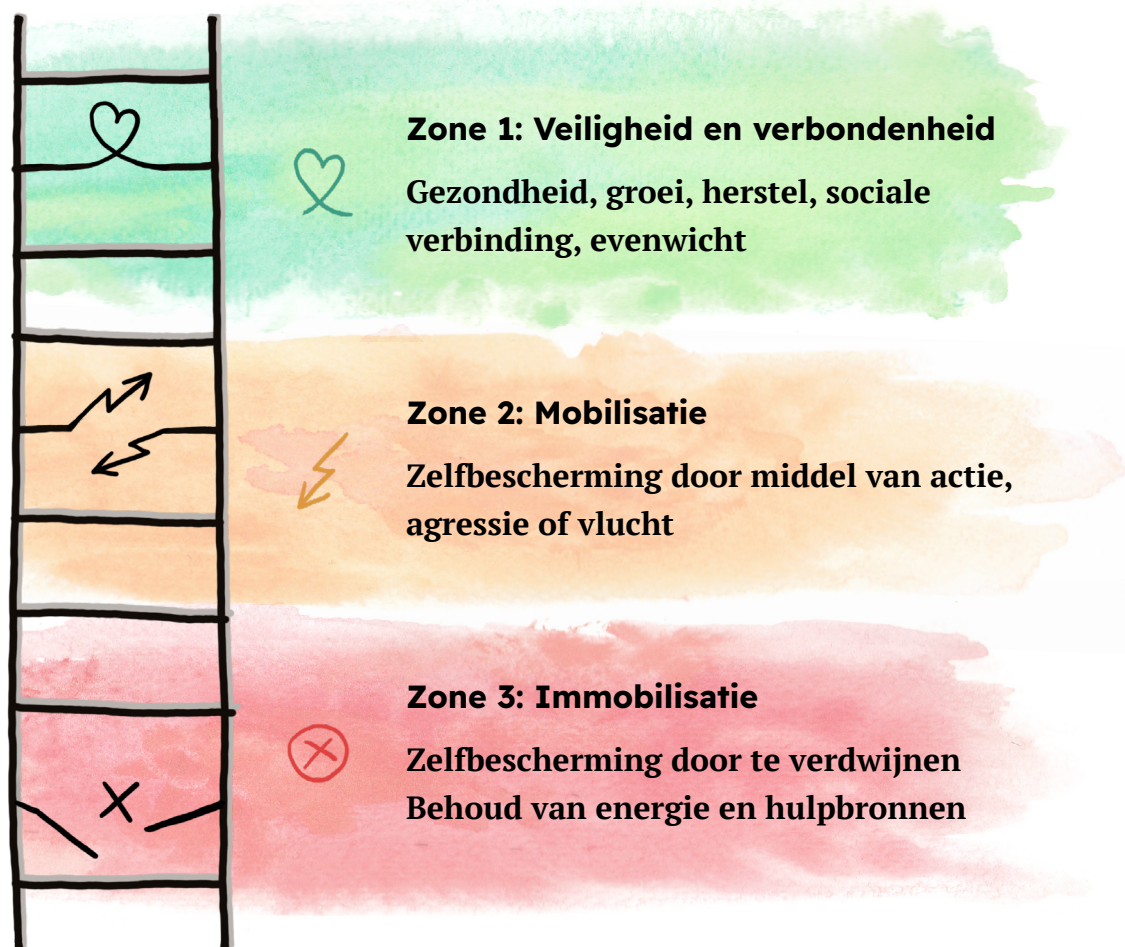
Ieder van ons krijgt in meer of mindere mate te maken met stresserende gebeurtenissen. Op bepaalde momenten zijn we 'over onze toeren' en kan er al eens met een deur geslagen worden, een hard woord vallen of is er radiostilte. Een gekend model dat ons helpt om onze reactie op stress in het lichaam en onze hersenen te begrijpen is de Polyvagale theorie van Dr. Stephen Porges (1990).^[18] In zijn theorie beschrijft Dr. Porges hoe het autonoom zenuwstelsel bepaalt hoe we reageren op waargenomen dreiging en gevaar in de omgeving. De Polyvagale theorie ziet het autonoom zenuwstelsel als een **persoonlijk alarm**, het maakt voortdurend de inschatting: is deze situatie veilig?

Het autonoom zenuwstelsel regelt voornamelijk de werking van inwendige organen en automatische lichaamsfuncties, zoals ademhaling, hartslag en vertering. Deze functies

vinden plaats buiten je bewustzijn om. Het autonoom zenuwstelsel is opgebouwd uit twee grote takken: het sympathisch en parasympathische zenuwstelsel, die het *arousal*- (oftewel activatie) niveau in ons lichaam reguleren. Het parasympathische zenuwstelsel stimuleert de functies voor lange termijn overleving, waaronder spijsvertering, slaap, wondgenezing en libido. Het sympathische zenuwstelsel is verantwoordelijk voor hier en nu overleving, oftewel de *fight or flight* respons.^[19]

In wat volgt hanteren we een interpretatie van de Polyvagale theorie door Deb Dana (2022).^{[20][21]} Dana gebruikt hiervoor een ladder figuur met drie verschillende zones van functioneren die we met toestemming hebben herwerkt in Figuur 1. We passen dit model toe op de perinatale periode, aan de hand van voorbeelden uit de interviews van het Praktijkgericht Project VOS².

De reactie van het lichaam op dreiging verloopt volgens Dana (2022) hiërarchisch en op voorspelbare wijze. Afhankelijk van de ernst van de dreiging en de inschatting in welke mate je hier tegen opgewassen bent, beweeg je naar boven en naar beneden in de verschillende zones van autonoom functioneren.



Figuur 1. De Ladder van autonoom functioneren

From Dana, D. (2018). The polyvagal theory in therapy: Engaging the rhythm of regulation. New York: W. W. Norton

Zone 1: Veiligheid en verbondenheid

Dit is de zone waarin we optimaal kunnen functioneren. Wanneer we ons **veilig en in evenwicht voelen**, kunnen we verbinding aangaan met onze omgeving. Zo zijn we bijvoorbeeld in staat om gelaatsuitdrukkingen correct te interpreteren (vb. een neutrale uitdrukking van de baby wordt als neutraal en niet als negatief ervaren), we geven een rustige indruk, maken oogcontact en beweging en mimiek zijn ontspannen en afgestemd op onze omgeving.



In deze zone staan prille ouders meer open om zich af te stemmen op het ritme en de noden van de baby of het jonge kind. Alle delen van onze hersenen (het denkende brein, emotionele brein en overlevingsbrein) werken samen. Ouders kunnen vanop een afstand kijken naar een situatie en beschikken over voldoende mentale ruimte om stil te staan en na te denken over: “Wat wil mijn kind zeggen met dit gedrag?”. Binnen deze zone is er ook meer kans op een gevoel van vertrouwen in zichzelf en in het goed-genoege ouderschap.

De moeders in het VOS² project verwoorden het als volgt:

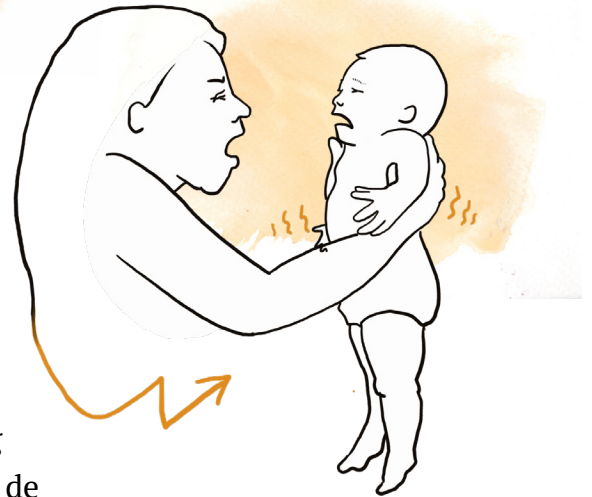


“Dan denk ik, wauw, als je dat kan geven aan een kind, kijk hoe veilig dat kind is. Kijk hoe mooi hij op ontdekking kan gaan, kijk wat hij allemaal leert. [...] Hij is al naar theater geweest, hij zit met ons te koken, hij zit met ons samen te tekenen en te kleuren. En dan zie je hoe (kindje) zich ontwikkelt, dat is super mooi om te zien.” – M11

“Ik heb [uit het mama worden] vooral geleerd dat perfectie niet bestaat en dat je eigenlijk niet meer kunt doen als uw best. En dat uw kind u nog altijd graag ziet, ook al heb je het zelf wat moeilijker. Dat is voor mezelf wel heel duidelijk geworden, dat was iets waar ik wel heel bang voor was in het begin. Maar als ik dan nu zie in de weekends hoeveel dat [mijn zoontje] aan mij hangt en hoeveel dat hij samen met mij wil doen dan denk ik, oké, hij ziet mij toch graag zo.” – M12

Zone 2: Mobilisatie

Wanneer we ons ongemakkelijk voelen, dreiging of gevaar detecteren, wordt het **sympathische zenuwstelsel** geactiveerd. In deze zone kunnen prille ouders gevoelens van overweldiging, angst en woede ervaren. Wanneer we ons in deze zone bevinden, zijn we alert voor alle andere tekenen van gevaar en wordt de omgeving als chaotisch en onveilig ervaren. Anders 'neutrale' gebeurtenissen kunnen op dat moment ook als dreiging waargenomen worden, zoals opstandig gedrag van een peuter die nee zegt, een opmerking van de onthaalouder over het eetgedrag van het kind of een goedbedoeld grapje van de partner. Het bewustzijn is vernauwd, het denkende brein gaat offline, waardoor er minder ruimte is voor reflectie en men dus vatbaarder is voor het maken van denkfouten. De sfeer is gespannen en de ouder kan dit uiten door verbale agressie (vb. roepen of tieren) of fysieke agressie (vb. hardhandig het kindje wegzetten), of door te vluchten en zichzelf uit de situatie te verwijderen (vb. medicatiegebruik). Gevoelens van angst kunnen eveneens leiden tot niet-afgestemde zorg zoals het veelvuldig wakker maken, voeden of verzorgen van de baby waardoor de behoefte aan rust van de baby niet gezien wordt en de baby nog meer overprikkeld geraakt.



In de interviews werd dit als volgt beschreven:



“Dat zet gewoon ineens mijn denkend brein heel duidelijk af, ik word heel impulsief. [...] Op momenten dat ik weinig draagkracht heb [...] en al mijn knoppen worden precies tegelijkertijd ingedrukt, dan kan ik mij niet meer houden aan wat ik geleerd heb. En dan begin ik ook heel fel op hem te roepen bijvoorbeeld. En ik ben daar helemaal niet trots op, maar ik heb hem ook al een paar keer vastgehad gewoon omdat ik niet wist: hoe moet ik dit nu laten stoppen.” – M9

Wanneer je merkt dat een ouder zich in mobilisatiemodus bevindt (angstig, boos, overstuurd of afwezig), kan je proberen om in eerste instantie opnieuw verbinding aan te gaan met de ouder. Op deze manier kan je de ouder helpen om terug in de zone van veiligheid en verbinding (zone 1) te komen. Vroedvrouwen doen dit bijvoorbeeld al zeer vaak door oogcontact en toegestemde aanraking met de moeder tijdens een bevalling.

Als professional heb je er vaak geen zicht op wat er precies gebeurt is waardoor de ouder in deze modus van mobilisatie terechtkomt of wat hen net zal helpen om zich weer veilig te voelen. Ook ouders zelf zijn zich hier niet altijd van bewust en enige reflectie is nodig om hier zicht op te krijgen. Terwijl de ouder zich in de modus van mobilisatie (zone 2) bevindt, is het

denkend brein echter offline en is reflectievermogen niet volledig toegankelijk. Als je denkt aan momenten dat je je zelf in een ruzie bevindt en bijvoorbeeld zeer kwaad bent, dan is dit vaak ook niet het moment waarop je over oplossingen zal kunnen, noch willen nadenken.

Tip



Stress is besmettelijk en zal ook een impact hebben op jou als professional. Probeer daarom in eerste instantie jezelf binnen jouw zone van veiligheid en verbondenheid te houden, waardoor je een rustige aanwezigheid kan zijn voor de ouder. In deze zone kan je zelf ook gebruikmaken van jouw volledige reflectievermogen om met een open geest de vraag te stellen hoe deze ouder terug zou kunnen geraken in een gevoel van veiligheid.

Zone 3: Immobilisatie

Wanneer we het gevoel hebben dat we gevangen zitten en het niet werkt om actie te ondernemen, wordt het oudste systeem, het overlevingssysteem geactiveerd, oftewel de *freeze* respons.^[19] Wanneer we het gevoel hebben dat een actieve reactie door te vechten of te vluchten geen effect zal hebben, gaan we in een toestand van *collapse* (inzakken of ineensinken). Op dit moment zetten mensen zichzelf als het ware uit. Beneden aan de ladder heeft men het gevoel alleen te zijn en ontsnapt men



in een gevoel van niet weten, niet voelen en bijna een ervaring van er niet zijn. Prille ouders zijn nog wel fysiek aanwezig, maar mentaal en emotioneel niet meer beschikbaar voor de kinderen. Eén van de VOS² moeders beschrijft dat wanneer ze last heeft van aanhoudende of toenemende vermoeidheid, dit ertoe kan leiden dat ze afgevlakt geraakt. In deze situaties is positieve interactie met de kinderen ook niet meer mogelijk. Wanneer we ons in deze modus bevinden, maken we een apathische indruk, er is weinig beweeglijkheid in het lichaam of mimiek in het gezicht, mensen kunnen voor zich uit staren maar kijken recht door je heen. Ouders die chronisch trauma hebben meegemaakt, functioneren vaak chronisch in deze toestand.



“Op het einde van de dag ben ik op en iedereen is moe na een dag werken, maar bij mij is dat precies altijd een trapje hoger ofzo. Dan ga ik heel snel in dissociatie, maar niet in die mate dat ik niet kan functioneren. Ik kan op zich wel op mijn kinderen letten, maar dan zit ik bijvoorbeeld zelf de hele tijd naar de tv te staren en ze zijn aanwezig en ik kan wel zien dat ze veilig zijn, maar echt interactie is er dan veel minder en veel minder positief.” – M9

Dit zichzelf uitzetten kan ook gebeuren tijdens intieme onderzoeken (vb. prenataal, tijdens de bevalling of postpartum) of ervaringen. Door ouders wordt deze reactie beschreven als een manier om om te gaan met een negatieve of pijnlijke situatie (uit het verleden)^{[2][3]}, het gebeurt echter wel automatisch en onbewust. Er treedt een gevoel van verdoving op waardoor dat men zich niet meer volledig bewust is van wat er zich rondom afspeelt, of de eigen gevoelens en ervaringen op dat moment. Hoewel bevriezen een adaptief beschermingsmechanisme kan geweest zijn in het verleden, wanneer men bijvoorbeeld als kind niet opgewassen was tegen de situatie, is het risico op hertraumatisering groot. In een staat van immobilisatie heeft de persoon niet langer het vermogen om de eigen grenzen aan te geven of om hulp te roepen.

Om uit de zone van immobilisatie te geraken, is het belangrijk om opnieuw te gaan voelen en contact te maken met de omgeving door bijvoorbeeld sensorische prikkels op te zoeken door een bad te nemen, of in beweging te komen door bijvoorbeeld te gaan wandelen. Wanneer deze gevoelens terug toegelaten worden, komt men echter niet meteen tot rust, maar moet men eerst door de mobiliserende en activerende sensaties en emoties in zone 2. Het is dus normaal wanneer er na een uitdrukking van verstarring (opnieuw) agitatie of angst kan optreden. In zone 3 is er vooral veel veiligheid en geduld nodig. Probeer langzaam te praten met een zachte stem en de ouder in het hier-en-nu te betrekken.

Tip



Hou er rekening mee dat wanneer een ouder zich in overlevingsmodus bevindt het denkend brein offline gaat. Aanhoudende vermoeidheid of extreme stress bij ouders kunnen er dus voor zorgen dat het moeilijk wordt voor de ouder om probleemoplossend na te denken en de connectie tussen ouder en kind moeilijker is om te herstellen wanneer gezinnen zich in een stresssituatie bevinden (Singh et al., 2021)^[23]

De impact van trauma

Een derde aspect van de definitie van trauma is de impact van de gebeurtenis op het welzijn en functioneren van het individu.

De impact van trauma op het autonoom zenuwstelsel

Ieder van ons heeft een bepaalde stressgevoeligheid. Veranderingen in de autonome toestand zijn een normaal onderdeel van de menselijke ervaring en zorgen ervoor dat we op een flexibele wijze kunnen reageren op de omgeving. Een gezond autonoom zenuwstelsel is dus niet per se eentje dat zich continu in de zone van veiligheid en verbondenheid bevindt. Elke dag kunnen we op mildere maar soms ook extreme manieren omhoog en omlaag bewegen op de ladder. Een dergelijke piek in stress kan geen kwaad, zolang er een periode van veiligheid en herstel op volgt. Bij mensen met trauma in de voorgeschiedenis, kan dit stresssysteem echter gevoeliger worden voor stressprikkelers. Het terugkeren naar een gevoel van veiligheid en verbondenheid is moeilijker en doordat men zich langer in deze staat van alertheid en paraatheid bevindt, geraakt het lichaam uitgeput.



Een ouder-kind begeleider benoemt het als volgt:



“Het gevaar is er niet meer op dit moment, of de persoon die u gekwetst heeft. Die is er misschien nog, maar je bent daar niet meer zo aan overgeleverd als toen je klein was. Maar toch blijft dat zo alsof die er nog altijd is en alsof dat je continu moet overleven en je daartegen moet wapenen. Of door te vechten, of door te vluchten of door te bevriezen.” – Ouder-Kind begeleider (CIG)

De impact van trauma op het functioneren van het individu

De impact van trauma voor het verdere leven van het individu, vaak gemeten aan de hand van de ACE-vragenlijst, laat zijn sporen na op zowel de lichamelijke als psychische gezondheid van het individu.^{[10][22]}

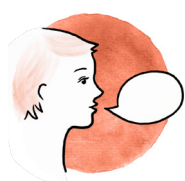
De impact van een voorgeschiedenis van trauma tekent zich ook specifiek in de perinatale periode en op het welzijn van de moeder. Al **vanaf de zwangerschap en tijdens de bevalling** kunnen de gevolgen van trauma zichtbaar zijn. Bepaalde intieme handelingen, invasieve medische procedures, de intensiteit van de bevalling of de fysieke veranderingen van de zwangerschap kunnen in beleving gelijken op de machteloosheid en het gebrek aan controle dat werd ervaren tijdens het trauma in de kindertijd.^{[2][3]} Een geschiedenis van

emotioneel, fysiek of seksueel misbruik tijdens de kindertijd wordt ook geassocieerd met een hogere angst voor de bevalling en gecompliceerde bevalling.^{[23][24]} Cijfers uit het onderzoek van Choi en Sikkema (2016)^[25] tonen aan dat moeders met een verleden van ingrijpende levenservaringen een verhoogd risico hebben op perinatale stemmings- en angststoornissen. Vrouwen rapporteren ook vaker veelvoorkomende zwangerschapsklachten, hebben vaker een hoog-risico zwangerschap en lopen een groter risico op het ervaren van partnergeweld.

Soms zit de activatie van het trauma vervat in de ervaring van de zwangerschap zelf. Trauma dat zich voordoet binnen hechtingsrelaties met de eigen zorgfiguren kan geactiveerd worden tijdens de zwangerschap en de vroege kinderjaren door een activatie van het gehechtheidssysteem. Voor sommige ouders kan dit dan ook de eerste keer zijn dat ze de effecten van trauma ervaren omdat deze nog niet eerder geactiveerd werden in andere relaties.^[26]

Maar ook de **dagdagelijkse stress van het ouderschap** wordt voor ouders met een traumatisch verleden als meer intens ervaren.^[27] In de VOS² studie werd aan de deelnemende moeders gevraagd wat voor hen specifiek is aan de overgang naar ouderschap bij ouders met een voorgeschiedenis van trauma. Aangezien het ouderschap voor alle ouders een uitdaging is, wat maakt dit in hun ervaring anders? Gelijkaardig met eerder onderzoek bij jeugdzorgverlaters^[5], rapporteerden alle moeders dat ze het in meerdere of mindere mate **anders wilden doen** dan de eigen ouders. Het valt op dat dit van deze ouders een enorm bewustzijn vraagt. Ze geven aan zeer bewust stil te staan bij bepaalde interacties met de kinderen en niet te kunnen vertrouwen op hun eigen opvoedingservaringen net omdat ze het anders willen doen. Dit kan gepaard gaan met gevoelens van **onzekerheid**. Ouders kunnen bezorgd zijn dat de eigen ervaringen in de kindertijd hun natuurlijke intuïtie als ouder ondermijnen en zoeken “goede” voorbeelden van hoe andere ouders dit aanpakken.^[28]

Eén van de moeders in het VOS² onderzoek beschrijft volgende ervaring:



“In het begin toen hij nog heel klein was, ik wist gewoon niet hoe dat ik die moest troosten en dan ben ik bij anderen gaan horen van: hoe doen jullie dat? Ik heb zelf nooit troost gehad als kind en dan voelt dat zo’n beetje alsof ik een fundament mis daarin zo.” – M12

Maar de impact van eenzelfde traumatische gebeurtenis is niet voor ieder individu hetzelfde. In de VOS² studie gaven sommige moeders aan dat het ouderschap voor hen soms gemakkelijker liep dan ze zelf hadden verwacht.

Verschillende factoren zoals de **aard**, **intensiteit** en **frequentie** van de gebeurtenis beïnvloeden welke impact deze zal hebben.^[29] Hoe ernstiger de gebeurtenis en hoe frequenter deze zich voordeed, hoe groter de psychische gevolgen.^[16]

Maar ook de **leeftijd en bijbehorende ontwikkelingsfase** waarop kinderen gebeurtenissen meemaken^[29] en de aanwezigheid van een **veilige zorgfiguur**^[16], spelen een rol in de impact van trauma.

We benadrukken graag de bevinding dat de aanwezigheid van een veilige zorgfiguur op welke leeftijd dan ook, een bufferende factor is tegen de impact van een traumatische gebeurtenis. De sociale verbinding met belangrijke anderen kan na een traumatische ervaring een gevoel van veiligheid en vertrouwen herstellen en tot op zekere hoogte de ontwikkeling van post-traumatische stress op lange termijn tegengaan.^[16] Zoals eerder vermeld is dit uitermate belangrijk voor baby's en jonge kinderen die door middel van co-regulatie met een zorgfiguur een gevoel van geruststelling en veiligheid kunnen herwinnen.

Tip



Wanneer een reactie op een bepaalde gebeurtenis heftiger is dan de gebeurtenis rechtvaardigt, is er mogelijk een andere bron die de heftigheid van de reactie bepaalt. Dit kan voor de hulpverlener een signaal zijn, een aanwijzing dat het individu in een traumareactie is terecht gekomen.

B. Het belang van trauma-sensitiviteit tijdens de perinatale periode

Zoals reeds aangegeven in de inleiding, is de perinatale periode, gedefinieerd vanaf zwangerschap tot het eerste jaar na de bevalling, een periode die gepaard gaat met diverse veranderingen en uitdagingen die de veerkracht van ouders onder druk kunnen zetten. Onderzoek toont aan dat ouders die zelf als kind traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt, het ouderschap vaak als meer stressvol ervaren.^[27] Bovendien speelt het risico dat ouders geconfronteerd worden met prikkels die oude herinneringen van misbruik of geweld oproepen, bijvoorbeeld door bepaalde intieme medische handelingen tijdens zwangerschap of geboorte, of interacties met het jonge kind.^{[2][3][26]} Deze prikkels of herinneringen kunnen een herbeleving van het trauma activeren. Ze dienen zich aan als overspoelende gevoelens van onder andere hopeloosheid, angst of woede, maar zonder een coherent narratief. Zonder begeleiding worden deze intense reacties en gevoelens doorgaans niet in verband gebracht met het verleden, maar wel toegeschreven aan de situatie hier en nu met het kind. Hierdoor ontstaat het risico op intergenerationeel trauma.

De intergenerationele overdracht van trauma

Trauma dat wordt doorgegeven van generatie op generatie wordt ook wel intergenerationeel of transgenerationeel trauma genoemd.^[8] Veel van de wetenschappelijke literatuur over intergenerationeel trauma is geschreven op basis van onderzoek bij populaties die geconfronteerd zijn met cultureel of historisch trauma, zoals overlevenden van de Holocaust of de aanslagen van 11 september 2001 in New York.^[8] In sommige gevallen zijn de effecten van traumatische gebeurtenissen zichtbaar in gezinnen tot wel drie generaties na de oorspronkelijke gebeurtenis, bijvoorbeeld in de vorm van emotionele of psychosociale problemen.^[8] De overdracht van trauma over generaties heen verloopt via een complex samenspel van relationele, genetische, biologische, en culturele processen.^[8] Binnen deze gids is er onvoldoende ruimte om diepgaand in te gaan op de wijze waarop dergelijk trauma via culturele processen wordt doorgegeven. We verwijzen graag naar het werk van Judith Herman (2017) voor een uitgebreidere uiteenzetting.

We starten met toe te lichten hoe **relationele** processen in de ouder-kind relatie een rol spelen in het doorgeven van de effecten van trauma. Het doorgeven van trauma kan zowel gebeuren op directe wijze, door het herhalen van patronen van mishandeling of verwaarlozing die ouders zelf hebben gekend^[30] als op indirecte wijze, door verstoring in de hechtingsrelatie en in interactiepatronen met het kind.^[26]

Fraiberg en collega's (1975) onderzochten de mechanismen waarmee trauma wordt doorgegeven aan de volgende generatie. Ze stelden zich de vraag waarom sommige moeders dezelfde patronen van mishandeling herhalen in hun eigen ouderschap, terwijl anderen

erin slagen om patronen van mishandeling te doorbreken door emotionele en fysieke bescherming en geborgenheid te bieden. Fraiberg en haar collega's stelden vast dat het onvermogen van een moeder om de noden van het kind te zien en vervullen, samenhangt met de mate waarin de eigen herinneringen en gevoelens van het verleden toegankelijk zijn. Het kan zijn dat het verdriet of de boosheid van het kind de eigen onverwerkte pijnlijke gevoelens van de moeder activeren. Als de moeder niet in staat is deze gevoelens te ervaren en verwerken, staat dit empathie, warmte en verbinding met het kind in de weg. Om zichzelf te beschermen van deze pijnlijke ervaringen, hoort ze de vraag van het kind naar hulp of geborgenheid niet.^[31]



“A mother who can’t hear her baby’s cries is a mother whose own cries have not been heard.”
(Fraiberg et al., 1975).

Een voorbeeld hiervan kan zijn wanneer een kind wegstijgt of wegloopt van de ouder en dit pijnlijke herinneringen van afwijzing in het verleden bovenhaalt. Andere voorbeelden zijn wanneer het jonge kind op exploratie gaat en de boel op stelten zet, broer of zus een duw geeft, veel lawaai maakt of in de ‘nee’ fase zit. Een traumatische herinnering activeert de gedachten en gevoelens uit het verleden en nieuwe ervaringen worden aan de hand van deze oude patronen geïnterpreteerd. Mogelijke interpretaties zijn: *‘Ik ben niet goed genoeg, ik ben geen goede moeder’* of *‘Ze doen dit om mij te pesten’*.

Eén van de moeders uit het VOS² project geeft het volgende voorbeeld:



“Als ik kan zorgen voor hem, dan gaat het allemaal heel goed omdat dat iets is dat ik ook heel goed ken. Maar van het moment dat hij begint te ontdekken, zo bijvoorbeeld kasten leegruimen hé, kindjes die doen zo van alles, dan is dat voor mij heel moeilijk. Omdat dat iets is dat ik zelf niet ken of gekend heb. Ik ben op heel jonge leeftijd zelfstandig moeten worden.” – M12

Door de overweldiging die sommige ouders ervaren in de zorg voor het jonge kind kunnen ze onverwachts en ongewild reageren. Mogelijke reacties zijn onthechting en afstandelijkheid ten aanzien van het kind, of excessief piekeren over de zorg en veiligheid van het kind.^[4] De verdedigingsmechanismen die de ouder heeft geleerd als kind om zich te beschermen tegen de overweldigende en bedreigende ervaringen en gevoelens, vormen nu een barrière om tegemoet te komen aan de noden van het kind.^[31]

Eén van de begeleiders uit een Centrum voor Integrale Gezinszorg (CIG) benoemd het als volgt:



“Trauma heeft het effect dat ouders naar de kinderen toe vaak niet meer sensitief, responsief kunnen reageren omdat ze in die overlevingspatronen zitten en omdat gedrag van het kind onmiddellijk wordt ervaren als een persoonlijke benadeling, waardoor dat het kind niet meer gezien kan worden. Moeilijk gedrag wordt al snel geïnterpreteerd als: mijn kind doet dat om mij te pesten.” – Trajectbegeleider CIG

Tip



Onthoud dat elke ouder het goed wilt doen voor hun kinderen. Er ligt al heel veel druk op het zijn van een perfecte ouder. Een houding van niet-veroordeling, empathie en authenticiteit kan helpen om een band met de ouder op te bouwen.



Het belang van de eerste 1000 dagen

Prof. Tessa Roseboom onderzocht uitvoerig het belang van de eerste 1000 dagen, gerekend vanaf conceptie tot de eerste twee jaar na de bevalling. In deze periode worden de fundamenteën gelegd voor het latere neurobiologische, cognitieve, emotionele en sociale functioneren van het kind.^{[29][32][33]} De ontwikkeling van het kind in deze periode is enorm krachtig, maar tegelijk erg kwetsbaar.

Vanaf de geboorte verlaten baby's de veilige, warme cocon en ervaren zij veranderingen in lichaamsfuncties zoals honger, warmte, koude, vermoeidheid, ongemak of pijn. Baby's en peuters zijn zeer gevoelig aan alle prikkels en veranderingen in de omgeving, maar hebben nog geen vaardigheden om met deze gevoelens van stress en ongemak om te gaan. Hiervoor hebben zij een belangrijke ander, de ouder of een belangrijke zorgfiguur,

nodig. Een steunende, veilige en ontspannen relatie met een zorgfiguur zorgt ervoor dat stressgevoelens afnemen en helpt baby's en jonge kinderen om deze spanning te reguleren. Dit proces van regulatie met en door een zorgfiguur wordt ook wel co-regulatie genoemd. Co-regulatie is een interactie tussen ouder en kind waarbij de ouder sensitief is afgestemd op de stress-signalen van het kind en hierop reageert door met een geruststellende toon en warm fysiek contact tegemoet te komen aan de fysieke en emotionele noden van het kind. Volgens kinderpsychiater Binu Singh (2022) hebben kinderen bij de geboorte bijna 100% co-regulatie nodig omdat ze zichzelf nog niet tot rust kunnen brengen.^[34] Wanneer kinderen deze cyclus van stress naar veiligheid en co-regulatie met de belangrijke ander herhaaldelijk ervaren, bouwt er een veilige hechtingsrelatie op met de zorgfiguren en wordt de basis gelegd voor de zelfregulatievaardigheden van het kind. Doordat de baby of peuter meermaals de geruststelling en troost ervaart van de belangrijke zorgfiguur en deze consequent reageert, nemen ze deze verwachtingen in zich op. Ze leren dat er van hen gehouden en voor hen gezorgd wordt, dat ze anderen kunnen vertrouwen. Gaandeweg leren ze ook zichzelf gerust te stellen, te kalmeren of te reguleren.^{[35][36]}

Trauma in de ouder-kind relatie verandert echter de werking van het stressresponsstelsel en de hechting drastisch^[37]. Tijdens de eerste 1000 dagen zijn kinderen heel gevoelig voor invloeden van buitenaf en deze eerste indrukken hebben veel impact. Als ouders stelselmatig niet consequent reageren op signalen van de baby en niet beschikbaar kunnen zijn, maakt dat voor hen de wereld onvoorspelbaar en onveilig. Dit heeft op zijn beurt een impact op de ontwikkeling van het stressregulatiesysteem van het kind.^{[38][39]}

Wanneer een baby of jong kind systematisch geen beroep kan doen op een belangrijke ander om te helpen de gewoonlijke dagdagelijkse spanningen te verdragen en verwerken, dan kan dit ertoe leiden dat ze niet leren om zichzelf gerust te stellen en te troosten, met als gevolg dat kinderen gemakkelijker overprikkeld geraken.^{[38][39]}

De effecten van een traumatisch verleden van ouders kunnen dus aan de volgende generatie worden doorgegeven via relationele patronen. Maar ook via **genetische** en **biologische** processen zijn er effecten te zien van trauma op de structuur van de hersenen, de stressgevoeligheid en het emotionele geheugen van de volgende generatie en dit ook wanneer het kind niet zelf wordt blootgesteld aan een traumatische gebeurtenis, mishandeling of verwaarlozing.^{4 [40]} Ook zonder enige directe tussenkomst van onze ouders of zelf trauma te ervaren, dragen we dus de ervaringen van de vorige generaties met ons mee. Ons hiervan bewust zijn kan ons helpen om met een zekere mildheid ons eigen gedrag en dat van anderen te begrijpen en erkenning te geven aan mensen die de gevolgen van trauma met zich meedragen.

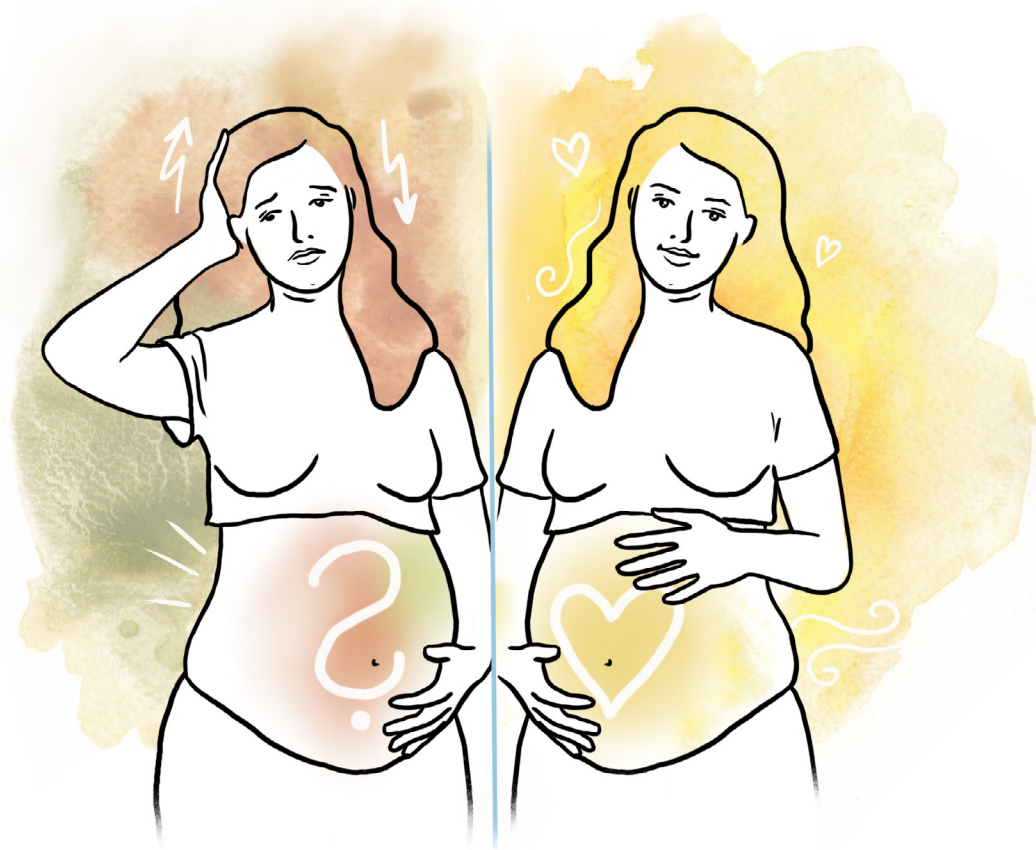
4 Voor een uitgebreide toelichting, neem ook eens een kijkje naar de video '[Kindermishandeling en brein](#)' door Prof. Peter Adriaenssens op

Tip



Er is veel aandacht voor de eerste 1000 dagen omwille van de kritieke fase voor de ontwikkeling van baby's en jonge kinderen. Belangrijk is echter dat ook in deze fase perfectie niet noodzakelijk is, maar het wel gaat om goed genoeg ouderschap. Volgens Binu Singh (2022) is goed genoeg niet 100% van de tijd beschikbaar zijn en aan de noden van kinderen tegemoetkomen.^[35] Onderzoek geeft aan dat een geslaagde match tussen de signalen van het kind en de respons van de ouder 30-50% van de tijd voldoende. Ook wanneer er een mismatch is, is er altijd de kans tot herstel (Tronick et al., 1968; Tronick, 2003)^{[42][43]}. Veel ouders leggen zelf de lat al zeer hoog. Maar ook tijdens de eerste 1000 dagen mogen ouders struikelen (Vanneste, 2024) ^[44].





C. De perinatale periode als kantelpunt

De verwachting van een nieuw leven gaat vaak gepaard met gevoelens van hoop, optimisme en de motivatie om een stabiele thuissituatie te bieden voor hun kind.^{[2][3]} Ook in de focusgroep met professionals werd benadrukt dat de komst van een kindje een sterke motiverende factor kan zijn om het anders te doen.

Eén van de begeleiders uit het Centrum voor Integrale Gezinszorg verwoordt het als volgt:



“Wat we vaak zien is dat de baby een kans geeft om aan het trauma te werken, waar daarvoor geen ruimte voor was of waar dat ouders niet het nut zagen, of de energie hadden, of het gevoel hadden ‘ik ben dat toch niet waard’. Dat dan de baby vaak net een motivatie is voor, we gaan het anders doen, want ik wil eigenlijk andere dingen voor mijn kind.” – Gezinstherapeut (CIG)

Een longitudinale studie bij jongeren na detentie wees uit dat het ouderschap één van de zeldzame ‘keerpunten’ is die de negatieve levensloop van vrouwen veranderde.^[41] Ouders zijn enorm gemotiveerd tijdens de perinatale periode en beschouwen de zwangerschap als een nieuwe start, een kans om het verleden achter zich te laten en het anders te doen. Ze willen hun kinderen een andere opvoeding geven dan ze zelf gehad hebben.^{[5][42]} Deze periode kan dus een kantelpunt zijn om de ‘vicieuze cirkel’ van intergenerationeel trauma te transformeren naar een ‘deugdame cyclus’.

Het belang van perinatale veerkracht

Vele ouders kennen ondanks een traumatische voorgeschiedenis een veerkrachtige transitie naar het ouderschap.^{[37][43]} Deze transitie hangt echter af van verschillende factoren die zich zeker niet beperken tot trauma in de voorgeschiedenis. Ook in het hier en nu kunnen er verschillende sociale of economische factoren zijn, zoals financiële zorgen, een beperkt sociaal netwerk of de zorg voor een zieke in de familie die bovenop de gewoonlijke dagdagelijkse stress als ouder komen en ervoor zorgen dat we niet meer optimaal kunnen functioneren. Het is belangrijk om niet al deze problemen bij de ouder als individu te leggen maar ook oog te hebben voor de ruimere gezins- en maatschappelijke context.

Welke factoren kunnen dan helpen om een veerkrachtige transitie te begrijpen? Een interessant concept in het omgaan met spanning, stress en trauma is veerkracht. Onderzoek wijst uit dat veerkracht een belangrijke factor is die beschermend werkt voor depressieve gevoelens en psychische problemen.^[44] Van Haeken et al. (2020) definieerden het concept veerkracht binnen een perinatale context en identificeerden vijf veerkrachtattributen. Deze attributen zijn: sociale ondersteuning, geloof in eigen kunnen, gevoel van meesterschap, zelfvertrouwen, en persoonlijkheid. Het aan- of afwezig zijn van deze attributen in situaties van stress, spanning en tegenslag, kunnen het vermogen van ouders om veerkrachtig te reageren beïnvloeden.^[45]

Op basis van de interviews met de moeders en professionals in het PWO VOS² project, identificeerden we signalen die wijzen op een verminderde veerkracht. De mogelijk belangrijkste factor van perinatale veerkracht is sociale ondersteuning^[45]. Deze bleek vaak (beperkt) aanwezig. **“Veerkrachtig zijn doe je niet alleen”**^[46], al blijkt dat ouders met een traumatisch verleden vaker geïsoleerd zijn, of een minder groot steunnetwerk hebben om op terug te vallen. De toegang tot formele en informele sociale steun voor deze ouders, zowel voor praktische als emotionele ondersteuning, is dus soms zeer beperkt. Volgens de hulpverleners van het Centrum voor Integrale Gezinszorg ontstaan er bij gezinnen met intergenerationeel complex trauma vaak herhaalde breuken in sociale relaties, onder meer met het gezin van herkomst. De komst van een kind kan spanningen verder op scherp stellen en herinneringen aan wat de ouder heeft meegemaakt, gevoelens van verdriet, woede en verontwaardiging naar de eigen ouders activeren.^{[2][3]}

Eén van de moeders in het VOS² project beschrijft het als volgt:



“Als ik haar zie spelen en ze is heel schattig bezig, dan zie ik mezelf en dan heb ik zoiets van hoe heb jij een kind zoiets kunnen aandoen? Dan zie ik kleine ik en dan heb ik echt zoiets van, hoe in godsnaam kan je zo een klein onschuldig kind een leven geven, zo pijn doen en eigenlijk dumpen zonder naar uzelf te willen kijken.” – M4

Ook de relatie tussen het kind en de grootouders, kan de vinger leggen op een wonde van wat ze zelf niet hebben gehad:

“Dat is ook heel moeilijk als ik mijn papa bezig zie met hem, want hij speelt daarmee en ravot daarmee. En dat is ook iets wat heel moeilijk is voor mij, want met mij heeft hij dat nooit gedaan. Dan word ik eigenlijk een beetje een jaloerse driejarige die zo een beetje jaloers is op mijn tweejarig kind, ja.” – M12



Het gebrek aan vertrouwen in anderen en een negatief zelfbeeld kan het aangaan en behouden van vriendschappen bemoeilijken.^{[2][3]} Van cruciaal belang is echter dat veilige hechtingspatronen ook herwonnen kunnen worden in nieuwe relaties.^{[2][3][19]} Zo is de partnerrelatie een belangrijke bron van steun. Moeders beschrijven een positieve relatie met de partner als cruciaal tijdens de transitie naar ouderschap.^{[2][3]} In de interviews met de VOS² moeders viel op dat het merendeel kon terugvallen op een ondersteunende en warme partnerrelatie, waarin ze de onzekerheden en vragen van het prille ouderschap samen konden opvangen en bespreken.

Voor ouders die weinig tot geen contact met het gezin van herkomst hebben, kan ook een ‘familie van vrienden’ of een ‘chosen family’, een belangrijke bron van steun zijn.^[2] Zo vertelt ook één van de mama’s uit het VOS² project dat ze met een klein groepje gelijkgezinden kan spreken over het ouderschap.



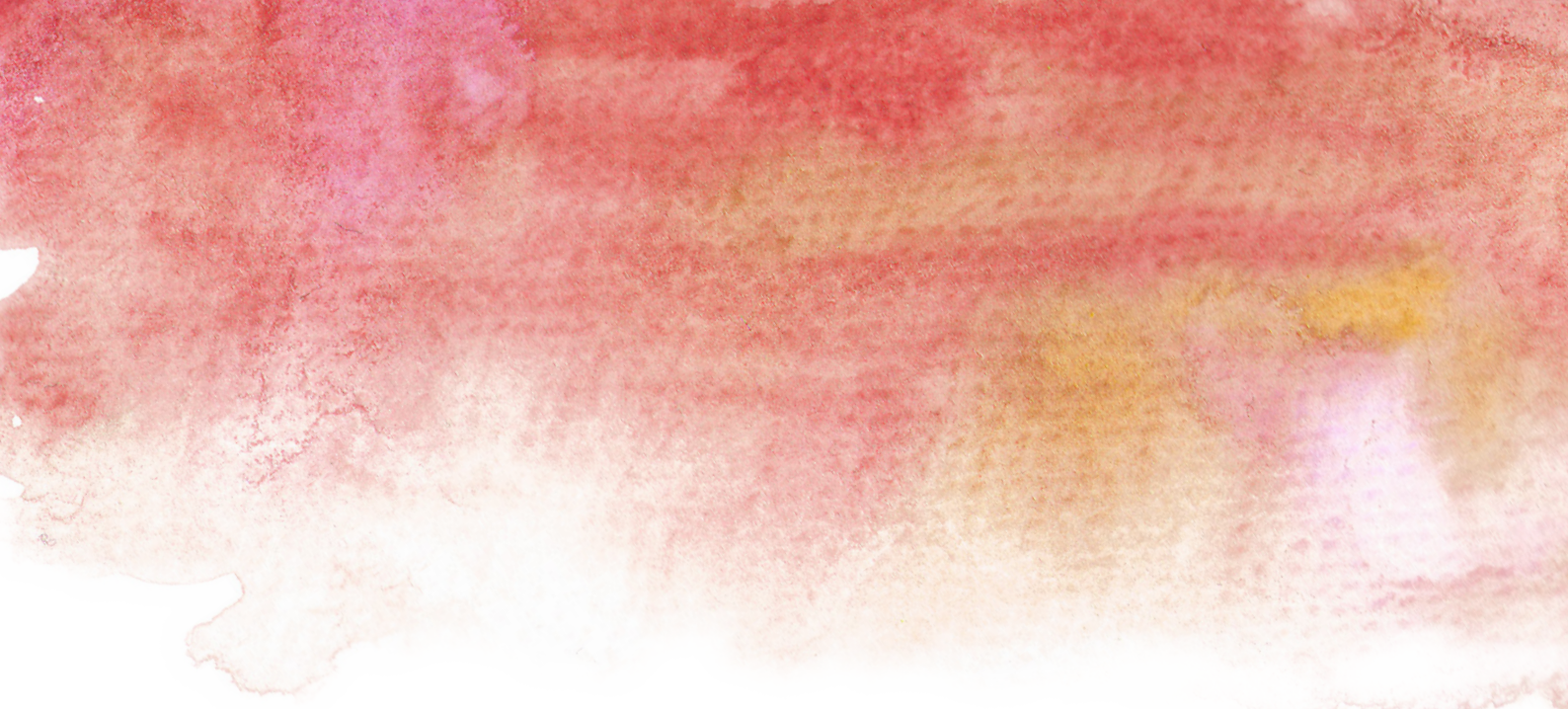
“Mijn partner en ik zijn dat wel echt gaan opzoeken, onder gelijkgestemde mama’s en papa’s om toch wel wat steun aan elkaar te hebben.” – M9

Zoals reeds benoemd, biedt de perinatale periode een kantelmoment, een kracht en een motivatiebron om een ‘nieuwe start’ te maken. Voorbeelden hiervan zijn: het zetten van gezonde grenzen, het loslaten van het verleden en de mogelijkheid om breuklijnen te herstellen.^{[2][3]} Zo vertelden ook de mama’s uit het VOS² project tussen tijdstip één en twee over verschillende manieren van groei, waaronder een toename in **zelfvertrouwen** in zichzelf als mama en in de band met het kind, zelfaanvaarding, alsook het opkomen voor de eigen grenzen en behoeften.

“Ik ben ook aan het leren om meer voor mezelf op te komen ook in zekere zin, dat proces is gaande. Dat is ook nieuw om niet meer te denken aan anderen, maar ook te denken aan uzelf. Dat is een nieuw gegeven voor mij.” – M11

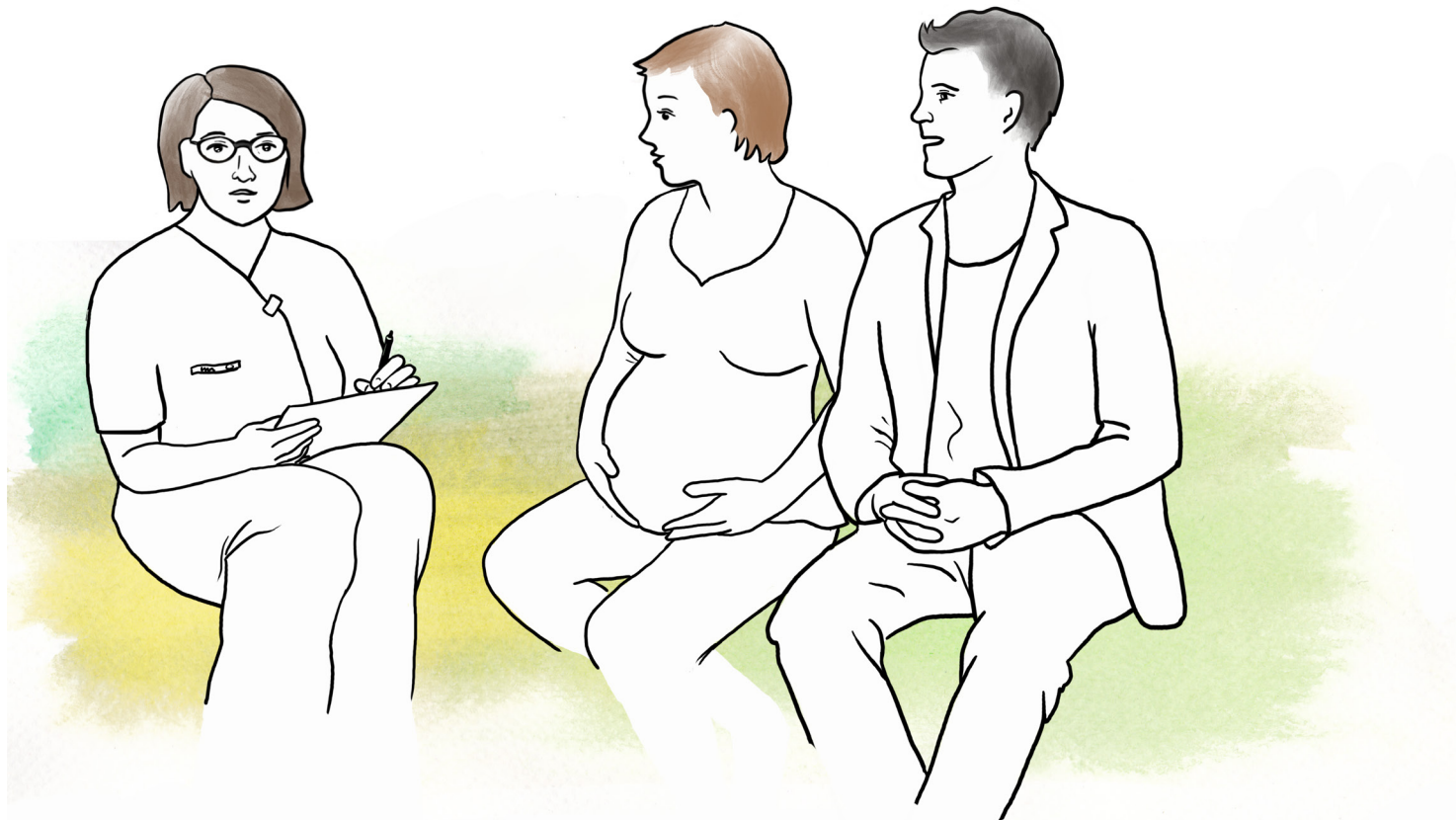


Op basis van hoofdstuk 1 kunnen we concluderen dat de perinatale periode een uitermate kwetsbare maar toch ook bijzonder vruchtbare periode is om voldoende ondersteuning te bieden en de wegen naar mogelijke hulpbronnen open te houden. Met deze gids willen we een warme oproep doen om aandacht te geven aan de unieke herstelkansen die zich aandienen tijdens de zwangerschap en de eerste levensjaren van het kind en ouderschap.



Samenvattend

- Trauma is een overweldiging van het stressresponssysteem.
- Traumatische levenservaringen kunnen een gevoeligheid in het stresssysteem veroorzaken op lange termijn, waardoor mensen sneller in *fight*, *flight* of *freeze* modus gaan.
- De periode tijdens en na zwangerschap is een gevoelige periode voor alle ouders. Maar voor ouders met een traumatische voorgeschiedenis is er een verhoogd risico op het ontwikkelen van klachten en overmatige ouderschapsstress.
- De eerste 1000 dagen zijn zeer gevoelige periode voor kinderen met risico op lange termijn gevolgen
- De periode tijdens en na zwangerschap is een kantelpunt waarin ouders vaak gemotiveerd zijn vanuit het verlangen om het voor hun kinderen anders te doen dan ze zelf hebben gekend.
- Daarom is de periode tijdens en na zwangerschap bij uitstek een vruchtbaar moment om op in te zetten om intergenerationele overdracht tegen te gaan.



HOOFDSTUK 2

Hoe krijgt trauma-sensitieve zorg vorm in de context van perinatale zorgverlening?

Dit hoofdstuk werd geschreven met bijzondere aandacht voor hoe trauma-sensitieve zorg te organiseren in praktijk waarbij we willen toewerken tot een shift in denken en houding. Het is dan ook in het bijzonder interessant voor zorgprofessionals en verantwoordelijken die mee vormgeven aan de zorgorganisatie of enkele trauma-sensitieve richtlijnen kunnen integreren binnen de werking van het team.

A. Een trauma-sensitieve werking binnen de perinatale zorg

Trauma-sensitieve zorg vertrekt vanuit (1) **inzichten en begrip** met betrekking tot hoe trauma in de voorgeschiedenis de perinatale zorgervaring van (toekomstige) ouders kan beïnvloeden.^{[9][47]} Deze inzichten vertrekken vanuit de idee dat ieder van ons (vb. patiënt, diens familie, personeelsleden) gevormd is door de eigen ervaringen. Een aantal van deze ervaringen kunnen mogelijk traumatisch zijn, waar ieder op zijn eigen, unieke manier op reageert.

Het heractiveren van **trauma wordt voorkomen** door principes van trauma-sensitieve zorg te integreren in zorg- en hulpverlening en zo **veilige en op vertrouwen gebaseerde relaties** uit te bouwen. Op die manier trachten we de ervaring van veiligheid voor ouders met ingrijpende levenservaringen te verhogen. Zo verlagen we hopelijk de drempel voor ouders om hun toevlucht te zoeken tot praktische en emotionele ondersteuning. Vanuit een trauma-sensitief perspectief zijn we tevens bewust dat in elk contact, ouders, kinderen en professionals vanuit hun eigen context met (stressvolle) gebeurtenissen benaderd moeten worden.^[48]

Trauma-sensitieve zorg verschilt van trauma-specifieke interventies of gespecialiseerde hulpverlening in die zin dat trauma-sensitieve zorg kan worden toegepast organisatiebreed, in elk type dienstverlening, door alle medewerkers, van onthaal tot zorg- en hulpverleners. We schrijven deze gids dan ook voor alle professionals die in eerste lijn in contact komen met (toekomstige) ouders (vb. artsen, vroedvrouwen, kind en gezin medewerkers, kraamverzorgenden). Veel professionals zullen elementen vanuit deze gids herkenbaar vinden en integreren van nature aspecten van trauma-sensitieve zorg waarbij ze voortbouwen op hun eigen intuïtie en ervaring. In contact met gezinnen richten professionals zich reeds op het aangaan van betrouwbare, warme zorgrelaties. Trauma-sensitieve zorg is echter méér dan handelen alleen, het gaat ook om attitude, kennis en een bewuste manier van werken.^[6]



B. Principes van trauma-sensitieve zorg

Er bestaan verschillende denkkaders die principes van trauma-sensitieve zorg hebben uitgeschreven. In wat volgt trachten we op basis van literatuuronderzoek een overkoepelend kader weer te geven van enkele van de – volgens ons – meest belangrijke principes van trauma-sensitieve zorg in de perinatale periode. Deze principes zijn gebaseerd op het werk van SAMHSA (2014); Fredrickson (2019) Horan et al. (2022); Sperlich et al. (2017) en Sachdeva et al. (2022)^{[9][48–51]}.

We stipuleren **vier basisbeginselen** die kenmerkend zijn voor trauma-sensitieve zorg in de perinatale zorgcontext (Figuur 2):



Veiligheid, empathie en erkenning:

het waarborgen van fysieke en psychologische integriteit



Betrouwbaarheid, transparantie en continuïteit:

het creëren van een sfeer van duidelijkheid en transparantie



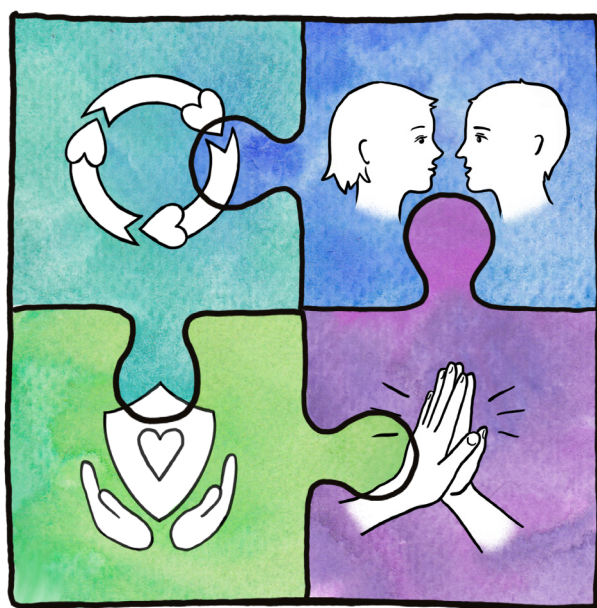
Samenwerking, wederkerigheid en inspraak:

het duurzaam verankeren van gezamenlijke besluitvorming met de ouders



Krachtgericht, empowerment, autonomie en veerkracht:

het vertrekken vanuit de krachten en hulpbronnen van de organisatie en het gezin



Figuur 2. Basisbeginselen van trauma-sensitiviteit in de context van perinatale zorg



Basisprincipe 1: Veiligheid, empathie en erkenning

Het eerste principe staat in het teken van veiligheid; **empathie en (h)erkenning**.

Trauma ontstaat vaak in relatie tot andere mensen en het is eveneens via betrouwbare, veilige contacten met anderen dat herstel mogelijk wordt.^[16] Daarom is het essentieel dat zowel de ouders als de professionals zich psychologisch en fysiek veilig voelen.

Psychologische veiligheid wordt geïnstalleerd door op een niet-oordelende houding, authentieke wijze in contact te treden met ouders. Wanneer ouders voelen dat professionals vanuit een oordelende houding vertrekken, waarbij het ouderschap negatief geëvalueerd wordt, zullen ze minder geneigd zijn om hulp te vragen of moeilijkheden te delen. Dit kan bijvoorbeeld schuilen in opmerkingen met betrekking tot ouderschap (vb. slaaproutine).



“[Naam] is iemand die mij heel hard doet twijfelen dat ik het niet goed doe, omdat die gewoon een heel andere aanpak heeft. En dat is niet zo heel fijn, maar ik durf daar ook niks van zeggen.” – M12

Enkele mama's uit de VOS² studie gaven aan dat het delen van eigen ervaringen met betrekking tot ouderschap door de hulpverlener als ondersteunend werd ervaren en hielp in het uitbouwen van een vertrouwensrelatie.

“Voordat ik zelf gevoelige dingen van mij kan brengen, dan heb ik eerst ook het vertrouwen in u nodig dat jij ook gewoon een mens zijt en dat jij niet gewoon een hulpverlener zijt die dat hier zijn taak komt doen, want zo heb ik er al genoeg gehad.” – M9



Daarnaast moet er ook rekening gehouden worden met de fysieke ruimte om een gevoel van veiligheid te creëren: Is het mogelijk om privacy te garanderen of kunnen er andere ouders of hulpverleners meeluisteren? Is het druk in de setting? Is er voldoende tijd om met de ouder in gesprek te gaan?

Verzekeren van **fysieke veiligheid** is van belang om het risico op hertraumatisering te voorkomen. Zoals toegelicht in hoofdstuk 1, kunnen sommige medische handelingen of aanrakingen door ouders ervaren worden als triggerend. Wanneer een ouder wordt blootgesteld aan een trigger waardoor gevoelens van hulpeloosheid en angst ervaren worden, zonder zichzelf in veiligheid te kunnen brengen, noemen we dit hertraumatisering. Wordt aan de ouder uitgelegd wat de procedure is? Wordt er **toestemming** gevraagd aan de ouder voor de aanraking, het onderzoek of de medische ingreep? Is er voldoende ruimte voor de ouder om zijn of haar eigen tempo aan te geven of vragen te stellen?

Wanneer we anderen, zowel ouder(s), kinderen, familie als professionals, willen begrijpen is het belangrijk om gedrag en beleving te contextualiseren. Dit wil zeggen dat we aandacht

hebben voor het geheel van wat er zich op dat moment in het leven van de ander afspeelt. Voor ouders gaat dit zowel over de uitdagingen waarmee ze geconfronteerd worden, alsook de goede intenties die ze hebben naar de kinderen toe. Dit vergroot de kans dat de ander zich gezien en gehoord voelt. **Erkenning** geven aan de kenmerkende zoektocht, vermoeidheid en twijfels in het ouderschap kan hierbij normaliserend werken en ouders de boodschap geven dat hun gevoelens en ervaringen er mogen zijn. Daarnaast heb je als professional na het lezen van deze gids ook aandacht voor de rol die trauma mogelijk speelt in de ervaring en beleving van de ander. Denk bijvoorbeeld aan het verschillend gedrag dat de ouder zou kunnen stellen als hij of zij zich bekritiseerd voelt, door niet meer terug te komen, afwijzend te reageren of zich sterk te verdedigen.

Ouders zijn zichzelf vaak niet bewust van het feit dat ze een trauma hebben meegemaakt en het woord trauma kan voor sommigen als vakjargon overkomen of stigmatiserend aanvoelen. Het is dan ook niet altijd mogelijk of nodig om over trauma in gesprek te gaan. Wanneer ouders zelf bepaalde moeilijke ervaringen aanhalen, kan je wel aansluiten bij de woorden die ze hier zelf voor gebruiken. Ongeacht of de ouder ervaringen uit het verleden wil delen, kan je de kennis over de impact van trauma in het achterhoofd meenemen om reacties of interpretaties te begrijpen.

Hierbij is het ook van belang te erkennen dat ook professionals zelf hun context van (stressvolle en mogelijk traumatische) ervaringen meedragen. Leidinggevendenden kunnen erop toezien dat zorg- en hulpverleners zich op hun kerntaken kunnen focussen. De medewerkers worden ook ondersteund wanneer ze moeten omgaan met uitdagende situaties of wanneer ze herstellen van en werken aan de eigen blootstelling aan ingrijpende ervaringen (vb. secundaire traumatisering bij spoedkeizersnede). Dit kan bijvoorbeeld door het organiseren van individuele en groepsgesprekken en -activiteiten (vb. debriefing, individuele coaching).

Het interpreteren van het gedrag van de ouder met de taal en theorie van trauma in het achterhoofd, staat de hulpverlener toe om begripvol en **empathisch** met de ouder in interactie te treden. Veilige interacties met anderen bieden aan ouders de kans om herstelervaringen op te doen. Hierdoor kunnen eilandjes van veiligheid opgebouwd worden in een wereld die voor deze ouders vaak bedreigend aanvoelt. Hiermee verhogen we tegelijkertijd de kans dat ook de kinderen andere, veilige ervaringen meemaken en dat er aan hun noden tegemoet gekomen wordt.

Door het verminderen van negatieve interacties, kunnen zowel personeel als cliënten de gezondheidszorg als veilige, ondersteunende omgeving ervaren.



Je hoeft geen therapeut te zijn om een therapeutisch effect te bereiken
(Ford & Wilson, 2012).^[52]



Basisprincipe 2: Betrouwbaarheid, transparantie en continuïteit

Het tweede principe staat in het teken van **betrouwbaarheid, transparantie en continuïteit**.

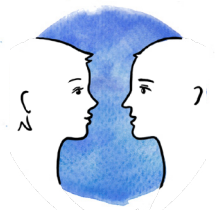
Een duidelijk en voorspelbaar kader helpt om een vertrouwensrelatie uit te bouwen. Organisatorische beslissingen en richtlijnen rond begeleiding zoals: ‘Wanneer komt de vroedvrouw langs? Hoelang duurt het contact met de vroedvrouw? Is er ruimte om vragen te stellen en wat zal er gebeuren als ik deze vragen stel? Wie kan/mag aanwezig zijn bij de bevalling?’ zijn dan ook van belang transparant en tijdig te bespreken met ouders.

Daarnaast staat de vaak versnipperde zorg en wisselende hulpverlener contacten in contrast met de nood van ouders aan de continue opvolging door een zorg- of hulpverlener. Door meer tijd samen door te brengen, leren ouders de hulpverleners beter kennen en neemt het vertrouwen in de zorg- of hulpverlener toe. Een vertrouwensband opbouwen vergt tijd. Het is van belang het tempo van de ouder hierin te respecteren.



“Als mama vind ik dat heel bedreigend en ik ga zelf ook niet naar [eerstelijns]hulpverlening]. Ik ga naar onze pediatre, want die ken ik. Ja dat contact is meer afgestemd dan [eerstelijns]organisatie] waar dat er zoveel mama's op een dag komen en waar dat je maar een paar keer komt en alleen maar zolang uw kindje klein is. [...] Ook dat zijn dan weer elke keer nieuwe hulpverleners of zorgverleners erbij, dat vind ik gewoon al heel moeilijk.” – M9

In sommige situaties is het echter niet mogelijk om continuïteit van zorg te voorzien (vb. bevalling met gynaecoloog van wacht). Dit is eigen aan het huidige zorgsysteem. Hierin is het belangrijk om transparant te communiceren met de ouder: Wat kan de dienst aanbieden? Wat kan je zelf aanbieden als zorg- of hulpverlener en wat niet? Wat mogen ze verwachten van de opvolging tijdens de zwangerschap en hoe verloopt de begeleiding tot aan de bevalling? Welke begeleiding wordt voorzien in het postpartum? Welke is het mogelijk verloop en wie kan in de zorg betrokken worden?. Communiceer tijdig, duidelijk en op consistente wijze met de ouder. ^[53]



Basisprincipe 3: Samenwerking, wederkerigheid en inspraak

Het derde principe staat in het teken van **samenwerking, wederkerigheid en inspraak**.

In het werken met ouders is samenwerking essentieel, waarbij ouders als volwaardige partner in het zorgproces beschouwd worden. Dit is van belang in contact met elk gezin, waarbij men ernaar streeft dat elke partij zich gehoord voelt en warme zorg ervaart. Het is belangrijk dat ouders zich bevoegd voelen om samen te werken met zorgverleners en weloverwogen keuzes te maken over hun zorg. Daartoe moeten zorggebruikers hun rechten, de keuzemogelijkheden, de risico's en voordelen van alle opties kennen.

Door gelijkwaardigheid worden tevens vertrouwen en veiligheid gewaarborgd. Waar mogelijk is het belangrijk ouders te betrekken in het besluitvormingsproces om zo bij te dragen tot inspraak, en keuzevrijheid voor alle zorggebruikers. Door ervoor te zorgen dat een persoon het verloop van zijn zorgproces, de beschikbare ondersteuning en de beslissingen die hij/zij kan nemen begrijpt, zal hij/zij zich beter in staat voelen om het eigen zorgtraject in handen te nemen. Ook indien er slechts één optie wordt geadviseerd door de arts of behandelend hulpverlener, is het belangrijk om voldoende uitleg te bieden bij de redenen voor deze keuze en de risico's en voordelen die hieraan gebonden zijn.

In sommige gevallen kan het bijvoorbeeld aangewezen zijn om een gespecialiseerde hulpverlener te betrekken in het traject. De mama's uit de VOS² studie geven aan dat het hulpverleningslandschap onduidelijk is waarbij ze niet weten waar ze terecht kunnen, of wat ze mogen verwachten van gespecialiseerde hulpverlening. Ook de angst voor mogelijke gevolgen van het inschakelen van gespecialiseerde hulp (vb. het uit huis plaatsen van de kinderen), kan hen weerhouden om de stap naar hulpverlening te zetten.



“Dat was wel echt een heel duidelijke gelijklopende angst van we zijn het hier aan het verknoeien met onze kinderen en die gaan later zelf in jeugdzorg terecht komen. Alé of zo het geen hulp durven vragen aan nulde of eerste lijn gewoon uit schrik dat je uiteindelijk in gedwongen hulpverlening terecht gaat komen.” – M9

Hier kan het helpen wanneer de hulpverlener mee op zoek gaat naar opties binnen het zorg- en hulpverleningslandschap en deze voorlegt aan de ouder. Op die manier kan gekomen worden tot gezamenlijke besluitvorming.

“Die verpleegkundige bij [eerstelijns]hulpverlening, die heeft echt heel veel moeite gedaan om van alles op te zoeken van wat bestaat er, wat kan er helpen? Maar als ja, dat is iemand die haar job wel heel goed doet. Maar ik weet ook dat er verpleegkundigen zijn die die moeite niet doen. En dan heb je eigenlijk als ouder wel pech.” – M12



Traumatische gebeurtenissen gaan vaak gepaard met gevoelens van machteloosheid en controleverlies. Andere ervaringen van onmacht kunnen daarom bepaalde emoties en gedachten uitlokken en verdere pijn en verdriet voor de persoon veroorzaken. Het is belangrijk dat professionals zich bewust zijn van het feit dat ze zelf vaak over meer kennis en zeggenschap beschikken dan de mensen die zij behandelen. Door samenwerking, wederkerigheid en inspraak proberen we een gevoel van weerloosheid bij de ouder tegen te gaan.



Basisprincipe 4: Krachtgericht, empowerment en autonomie ondersteunend

Het vierde principe staat in het teken van **krachtgericht, empowerment en autonomie ondersteunend** werken.

Een krachtgerichte, empowerende aanpak vertrekt vanuit de veronderstelling dat we niet elke vorm van stress bij de ouder zullen kunnen of moeten wegnemen maar dat we wel vertrouwen en veerkracht willen stimuleren waardoor de ouder zelf, én met ondersteuning uit de omgeving, weerwoord kan bieden aan uitdagingen. Dit principe staat in teken van het bouwen op de eigen en elkaars krachten.

Wanneer de ouder zich voldoende veilig voelt in relatie tot de hulpverlener en gesterkt in de ouderlijke rol, zullen ouders meer geneigd zijn om vragen te stellen en hulp te aanvaarden. Het is belangrijk om het ouderschap niet over te nemen van de ouder en niet te vertrekken vanuit de expert-positie. De nadruk ligt hier op het ondersteunen van keuze en autonomie bij de ouder en het versterken van het zelfvertrouwen in het ouderschap.



“En toen ging ik dan bij [opname-afdeling] en die hielpen mij dan zo, dat zijn zo stomme dingen maar als jonge mama, ik wist gewoon niet hoe dat zo een neuspeertje werkte. Ik wist niet, hoe moet ik daaraan beginnen, dat had niemand mij uitgelegd ofzo. En die hadden mij dan tips gegeven van, leg uw baby’tje eens met de beentjes van u weg dat die niet in uw buik kan stampen. [...] Ja en in een keer was ik daar zo heel zelfzeker zo van, ja ik kan dat wel en ik zie dat kindje wel heel graag.” – M3

Een positieve keuze kan evenzeer zijn om hulp in te schakelen wanneer men zich op dat moment niet in staat voelt om aan de noden van het kind te voldoen. Het kan een zeer sterke keuze zijn om, wanneer men zich overspoeld voelt, een moment van rust in te bouwen en dit te communiceren naar de omgeving.^[54] De begeleiders van het Centrum voor Integrale Gezinszorg benadrukken ook dat het geenszins nodig is om de zorg voor de kinderen alleen op te nemen, maar dat er wel toegewerkt moet worden naar het normaliseren van gedeelde zorg voor de kinderen.



“Eigenlijk is dat voor die ouders ook wel een stuk falen als het wordt overgenomen. Terwijl dat we ook wel op zoek zijn naar de vanzelfsprekendheid in het zorgschap delen, dat dat niet per se falen is maar iets dat gewoon nodig en normaal is.” – Ouder-kind begeleider Centrum voor Integrale Gezinszorg (CIG)

“Doordat de ouder niet naar de achtergrond moet gaan en het gevoel heeft van ik verdwijn niet, ik blijf de mama, mijn kind ziet mij graag, ervaart die ook dat gedeeld zorgschap, dat zij daarin nog altijd gezien worden als ouder. En dat je daarmee ook die veilige ervaring krijgt van: Het is ook oké als een andere persoon even voor je kind zorgt, want uiteindelijk blijft het mijn kind.” – Coördinator Centrum voor Integrale Gezinszorg (CIG)



Vaak lijden individuen en bij uitbreiding gezinnen die ingrijpende levenservaringen hebben meegemaakt onder een negatief zelfbeeld en een gevoel van aangeleerde hulpeloosheid.^[55] Door ook oog te hebben voor de krachtbronnen in een gezin en bij een ouder, zoals creativiteit of de motivatie om het anders te willen doen voor de eigen kinderen, kunnen deze negatieve overtuigingen geleidelijk worden bijgeschaafd. Het is belangrijk om ook stil te staan bij succeservaringen in het ouderschap en hierbuiten, omdat de aandacht van de ouders zelf hier vaak niet op gericht is. Hou er wel rekening mee dat complimentjes bij sommige ouders als onecht kunnen overkomen en op meer wantrouwen stuiten. Probeer dus steeds te vertrekken vanuit een authentieke houding. Je kan op succeservaringen wijzen door bijvoorbeeld een specifiek voorbeeld aan te halen bij de ouder, om hen niet te overweldigen.^[53] Door ook de hulpbronnen in de omgeving van de ouder in kaart te brengen, zoals een beschikbare grootouder, vriend(in) of buur, kunnen ook zij een rol spelen en ingeschakeld worden in de ondersteuning van ouders en kinderen. Dit creëert op zijn beurt weer meer zeggenschap over het eigen leven. Door in te zetten op empowerment en oog te hebben voor de kracht- en hulpbronnen in het gezin en hun omgeving, creëren we mogelijkheden voor groei en herstel.

C. Aan de slag met principes van trauma-sensitieve zorg in de perinatale zorgverlening

Door trauma-sensitieve principes te integreren in de dagelijkse werking, wordt een kader gecreëerd waarin ouders en professionals zich allen veilig en geborgen kunnen voelen. Als we trauma-sensitieve zorg willen uitbouwen, moeten we de trauma-sensitieve principes zowel op het niveau van beleid als op de dagelijkse activiteiten toepassen.

In het volgende deel van deze gids willen we jou helpen om de principes van trauma-sensitieve zorg te herkennen, hoe deze mogelijk al toegepast worden of hoe je deze kan toepassen in de toekomst in je praktijk. Elk van bovenstaande principes wordt besproken aan de hand van enkele reflectievragen en tips. De vragen zijn voornamelijk bedoeld om stil te staan bij jouw praktijk, maar het is zeker ook zinvol om te reflecteren over de werking van de organisatie. De reflectievragen kunnen dus ook worden opgenomen door het management en/of de leidinggevende en/of het team als geheel. We geloven immers dat trauma-sensitieve zorg vooral mogelijk wordt wanneer dit ondersteund wordt door de organisatie, de dienst en het team.

We benadrukken dat een organisatie enkel kan functioneren wanneer de personeelsleden zich ook goed voelen.^[6] Hulp- en zorgverleners lopen zelf ook het risico om traumatische klachten te ontwikkelen door getuige zijn van traumatische gebeurtenissen of de zorgverlening aan ouders die geconfronteerd worden met bijvoorbeeld een traumatische bevalling, stilgeboorte of gevaar voor de veiligheid van het kind.^[4] Bovendien hebben professionals mogelijks ook hun eigen ervaringen van trauma in het verleden. Zorg- en hulpverleners hebben hierin vaak dezelfde noden als zorgvragers: de nood aan verbinding, gehoor en erkenning van hun ervaring en beleving en de mogelijkheid tot samenwerking en inspraak.^[4]



Basisprincipe 1: Veiligheid, empathie en erkenning

Binnen een trauma-sensitieve aanpak verschuift de focus van "Wat is er mis met jou?" naar "Wat is er met jou gebeurd?".^[56] Binnen deze aanpak staan veiligheid, empathie en erkenning centraal.

Wanneer het gaat over veiligheid, kan dit zowel de fysieke als psychologische veiligheid omvatten. Binnen de zorg- en hulpverleningscontext willen we vermijden een omgeving te creëren die patiënten ongewild herinnert aan traumatische ervaringen. Kleine aanpassingen kunnen een groot verschil maken.

Reflectie vragen

Tips

Is het (eerste) contact met de ouder verwelkomend, betrokken en respectvol?

- Ouders met een voorgeschiedenis van trauma kunnen zich gespannen voelen wanneer ze naar een (eerste) consultatie moeten met een zorg- of hulpverlener. Door een open, empathische en niet-veroordelende houding aan te nemen, kan er een eerste veilig contact met de ouder(s) opgebouwd worden.
- Neem de tijd voor een moment van kennismaking met de ouder. Stel jezelf voor en luister naar de vragen van de ouder(s).

Voelt de ouder zich op zijn/haar gemak? Maakt hij/zij een ontspannen indruk?

- Wees je bewust van non-verbale signalen van ongemak of stress, zoals gespannen spieren, onrustig bewegen, vermijden van oogcontact of toegenomen ademhaling.
- Wanneer je merkt dat de ouder niet echt aanwezig is, of niet echt luistert, kan je d.m.v. kleine aanpassingen in je gedrag veiligheid bieden: aanwezig blijven, rustig praten met lage en zachte stem, rustig bewegen, op gelijke hoogte komen (vb. gaan zitten als de ouder zit).
- Vraag toestemming aan de ouder voor iedere aanraking die je gaat doen. Check na elke interventie hoe het met de ouder gaat. Stop de behandeling als de ouder hierom vraagt of je merkt dat hij/zij gespannen geraakt. Vraag aan de ouder wat hij/zij nodig heeft om zich veilig(er) te voelen.
- Let ook op de impact van de omgeving op de ouder, is er voldoende privacy om in gesprek te gaan? Zorg voor een rustige ruimte zonder veel lawaai.

Ga na of je op authentieke, niet-oordelende wijze in contact treedt met de ouder?	• Tracht het verhaal van de ouder te beluisteren zonder oordeel of vooringenomen plan van aanpak. Als zorg- en hulpverlener vertrekken we vaak vanuit een reflex te willen helpen, problemen te willen oplossen. Dit kan echter het zelfvertrouwen en geloof in eigen kunnen van ouders verminderen of kan de uitbouw van een zorgrelatie in de weg staan. • Wees bewust van de impact van opmerkingen over de opvoeding zoals de slaaproutines die ouders hanteren.
Is er een vermoeden van een traumatische gebeurtenis of zijn ervaringen al ter sprake gekomen?	• Het meemaken van een traumatische gebeurtenis in het verleden kan zeer moeilijk zijn voor ouders en patiënten in het algemeen om te delen. Zeker in een traject waarin verschillende professionals betrokken zijn, kan het erg belastend zijn om de ervaringen telkens opnieuw met elke professional te bespreken. • Het Centrum Seksueel Geweld heeft een voorbeeldbrief ontwikkeld die slachtoffers van seksueel misbruik kunnen gebruiken om openlijk te communiceren met zorgprofessionals. Deze brief kan helpen om te communiceren en de zorgervaring voor patiënten draaglijker te maken wanneer een bezoek aan een zorgprofessional spanning veroorzaakt. Het is hierin enorm waardevol wanneer patiënten zich gehoord en begrepen voelen door zorgverleners. Patiënten kunnen deze brief aanpassen aan hun eigen behoeften en zo een zorgplan creëren dat aangepast is op hun specifieke noden. • Heb je verder nog vragen over het gebruik van de brief of wanneer je in contact komt met mensen die mogelijks seksueel geweld hebben meegemaakt? Je kan je wenden tot de website van het Centrum voor Seksueel Geweld voor meer informatie (zoals E-modules, do's en don'ts, tools en leaflets) of om je vragen telefonisch of via chat te stellen aan één van de medewerkers: https://centrumseksueelgeweld.nl/professionals/
Hoe voel jij je? Ben je gespannen of voel je je op je gemak?	• Ga bij jezelf na wat gesprekken met je doen en hoeveel ruimte je hebt, mentaal en emotioneel, om in verbinding te gaan. Dit kan van dag tot dag sterk verschillen en ook dat is oké. Wat heb je zelf nodig om opnieuw in een gevoel van veiligheid en verbondenheid te komen? Zoek op tijd steun en overleg als je vastzit. • Als organisatie kan je aandacht hebben voor het welzijn van medewerkers door het actief en systematisch organiseren van individuele en/of groepsactiviteiten zoals debriefingsmomenten, coaching en psychologische veiligheid binnen het team.



Mijn notities en reflecties voor het principe Veiligheid, empathie en erkenning

A series of horizontal dotted lines for writing notes and reflections.



Basisprincipe 2: Betrouwbaarheid, transparantie en continuïteit

Basisprincipes 2 en 3 leggen uit hoe je veiligheid kan bieden door het creëren van voorspelbaarheid (elke handeling aankondigen en uitleggen) en controle (voor elke handeling toestemming vragen aan de ouder).

Reflectie vragen

Tips

Is het kader van het aanbod van onze dienst (wat we aanbieden en wat niet) duidelijk voor deze ouder?	• Je kan een gevoel van veiligheid verhogen door een duidelijk en voorspelbaar kader te bieden aan de ouder. Neem de tijd om uit te leggen wat er zal gebeuren, wanneer, hoe en door wie. • Communiceer tijdig en transparant wat ouders wel en niet mogen verwachten van jouw dienst alsook wat jij van ouders verwacht.
Ben ik transparant in mijn communicatie en houding naar deze ouder?	• Door op een transparante wijze te communiceren met de ouder creëer je eveneens voorspelbaarheid en veiligheid en kan je de ouder deelgenoot en partner maken van het proces. • Bespreek openlijk de beperkingen, voordelen en risico's van het aanbod of de behandeling, bijvoorbeeld als je geen continuïteit van zorg kunt voorzien (vb. bevalling bij arts van wacht).
Kunnen we een continuïteit van zorg bieden? Met hoeveel verschillende zorg- of hulpverleners komt de ouder in contact tijdens het behandelingstraject?	• Om continuïteit van zorg te verhogen en de drempel te verlagen, kan het helpen om de afwisseling tussen opvolging door verschillende professionals te minimaliseren en ouder(s) zoveel mogelijk door eenzelfde teamlid te laten opvolgen. • Door samen tijd door te brengen en een voorspelbaar contact uit te bouwen, kan ook het vertrouwen in de zorg- of hulpverlener versterken en hierdoor een vertrouwensband worden opgebouwd.
In welke mate kunnen we de betrouwbaarheid in de zorg/hulp versterken?	• Hier geldt de eenvoudige richtlijn <i>'Do what you say and say what you do'</i>. • Ouders moeten erop kunnen vertrouwen dat afspraken worden nageleefd en dat wat je zegt en doet overeenkomt.



Mijn notities en reflecties voor het principe Betrouwbaarheid, transparantie en continuïteit

A series of horizontal dotted lines for writing notes and reflections.



Basisprincipe 3: Samenwerking, wederkerigheid en inspraak

Reflectie vragen

Begrijpt de ouder de belangrijkste principes van de procedure? Voelt de ouder zich voldoende geïnformeerd om als volwaardige partner in het zorgtraject in te stappen?

Tips

- Communicatie speelt een cruciale rol. Helaas kunnen zich enkele drempels voordoen zoals een taalbarrière of het ontbreken van voldoende woordenschat over gezondheid (*health literacy*). Hierdoor kan het komen tot een gezamenlijk begrip een uitdaging zijn. Is het mogelijk om pictogrammen in te zetten of gebruik te maken van een tolk?
- Tip: Een trauma-sensitieve aanpak houdt ook in dat professionals letten op het **taalgebruik** tijdens behandelingen. Zo is het cruciaal om dwingend of afschrikkend taalgebruik te vermijden.^[4] Een voorbeeld hiervan kan zijn *‘Nu moet je ontspannen, anders kan ik je niet helpen en gaat het meer pijn doen.’* Vermijd ook vakjargon en pas duidelijk en simpel taalgebruik toe wanneer procedures of behandelstrategieën worden uitgelegd.
- Tip: Er bestaan tal van **materialen om met anderstaligen aan de slag te gaan** rond bepaalde thema's. Een voorbeeld hiervan is Zanzu, ontwikkeld door Sensoa om seksuele gezondheid bespreekbaar te maken in 14 talen⁵. Expertisecentrum Volle Maan ontwikkelde de cultuur sensitieve zwangerschapskoffer met cultuur sensitieve illustraties die de zwangerschap en bevalling in beeld brengen⁶.
- Bestaan er dergelijke materialen voor jouw thema en doelgroep? Om meer informatie te winnen over culturele verschillen, kan je ook beroep doen op cultuur sensitieve ondersteuning om de brug te slaan tussen hulpvragers met een familiale migratieachtergrond en de hulpverlening⁷.

⁵ <https://www.zanzu.be/nl/home>

⁶ <https://www.expertisecentrum-vollemaan.be/cultuursensitieve-zwangerschapskoffer>

⁷ <https://www.otavzw.be/>

Heeft de ouder ergens inspraak in het verloop van de procedures? Waar wel, waar niet? - Is het voor de ouder duidelijk dat we zullen luisteren naar hun mening? Durft de ouder ook de mening te delen? - Weet de ouder wat de opties of mogelijkheden zijn? - Welke voorkeur heeft de ouder?	• Tip: Als er een procedure moet uitgevoerd worden of in geval van geboortewensen, kan je samenwerken met de ouder aan een plan van aanpak. Bekijk samen met de ouder wat zou kunnen helpen om zichzelf binnen de zone van veiligheid en verbondenheid te kunnen reguleren. Het doel is om een gevoel van controle en veiligheid te bewerkstelligen. Voorbeelden kunnen zijn: vermijden van intrusieve handelingen wanneer deze niet nodig zijn; herhaaldelijk vragen voor toestemming bij bijvoorbeeld aanraking; observeren van signalen van ongemak en stress; keuzemogelijkheden bieden zodat de ouder hieruit kan kiezen; bepalen van effectieve manieren waarmee de ouder zichzelf weer tot rust kan brengen (vb. ademhaling).^[4]
Met welke hulp- of zorgverleningsdiensten zou je kunnen samenwerken?	• Wanneer er vanuit de ouder vraag en nood is aan meer gespecialiseerde hulp- of zorgverlening is het handig om een netwerk aan te gaan met enkele doorverwijsadressen. • Je kan de drempel naar een externe dienst verlagen voor de ouder(s) door, mits vraag en toestemming van de ouder, samen de eerste contacten te leggen (bijvoorbeeld samen bellen en een afspraak maken). Houd hierbij rekening met toegankelijkheid (vb. bereikbaar met openbaar vervoer, dichtbij, betaalbaar). Informeer de ouder ook duidelijk over het aanbod van de externe dienst, waar en bij wie ze terecht komen en wat ze hier kunnen verwachten. • Zoals toegelicht door één van onze mama's op p.21 kan het een groot verschil maken wanneer de ouder bij de juiste hulp terecht komt!



Mijn notities en reflecties voor het principe Samenwerking, wederkerigheid en inspraak

Lined area for notes and reflections, consisting of multiple horizontal dotted lines.



Basisprincipe 4: Krachtgericht, empowerend en autonomie ondersteunend

In het kader van trauma-sensitieve zorg is een combinatie van de 4 basisprincipes vooral erg belangrijk en kan een empowerende aanpak enkel versterkend werken in combinatie met nabijheid, veiligheid en betrouwbaarheid.

Reflectie vragen

Tips

Wat zijn de krachten van dit ouderpaar of het gezin? Wie zijn belangrijke steunfiguren in het netwerk van de ouder waar ze beroep op kunnen doen? Voor welke vormen van steun kunnen ze terecht (vb. informatief, emotioneel, praktisch)

- Benadruk positieve coping-strategieën van de ouder om om te gaan met spanning en voor het gezin te zorgen (vb. hulp vragen, bewegen, rust).
- Sommige ouders kunnen zich onzeker of schuldig voelen wanneer ze hulp vragen of anderen voor de kinderen laten zorgen. Het is belangrijk om te benadrukken dat het normaal is om de zorg voor kinderen te delen met vrienden, familie of het formele netwerk (vb. opvang). Dit geeft ouders de ruimte om zelf weer tot rust te komen en de batterijen weer op te laden.

Waar wil deze ouder zelf naartoe? Welke doelen stellen ze zelf en welke wensen hebben ze voor ogen? Wat wil de ouder bereiken?

- Zoals eerder toegelicht kunnen sommige ouders door een *aangeleerde hulpeloosheid* zelf het gevoel hebben dat ze weinig impact of zeggenschap kunnen uitoefenen op hun leven of de omgeving. De gebeurtenissen kunnen hen als het ware overkomen.
- Wat heeft de ouder zelf nodig om een probleem op te lossen, of waar zouden ze naartoe kunnen om hulp te vragen?
- Stimuleer de ouder om zijn/haar wensen, noden en vragen te delen en zoek mee naar kleine stapjes waarmee ze actie kunnen ondernemen.

Wat loopt er goed? Welke zijn de waarden en kwaliteiten van ouders? Op welke succeservaringen kunnen ze terugvallen?

- Zoals eerder toegelicht hebben mensen met een verleden van trauma vaak zeer negatieve ideeën meegekregen over zichzelf. Dit kan ertoe leiden dat ze verwachten dat ook anderen hen zullen veroordelen dat ze geen goede ouder zijn. Het is dan ook belangrijk om oog te hebben voor de krachten, succeservaringen of positieve ouder-ervaringen met de baby of het jonge kind.



**Mijn notities en reflecties voor het principe
Krachtgericht, empowerend en autonomie ondersteunend**

Lined area for notes and reflections, consisting of multiple horizontal dotted lines.

Referenties

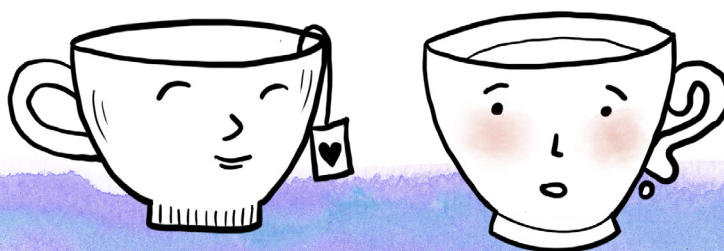
1. Alderdice, F., Ayers, S., Darwin, Z., Green, J., Jomeen, J., Kenyon, S., Martin, C. R., Morrell, C. J., Newham, J. J., Redshaw, M., Savage-McGlynn, E., & Walsh, J. (2013). Measuring psychological health in the perinatal period: Workshop consensus statement, 19 March 2013. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(5), 431–438.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2013.835039>
2. Chamberlain, C., Ralph, N., Hokke, S., Clark, Y., Gee, G., Stansfield, C., Sutcliffe, K., Brown, S. J., Brennan, S., & for the Healing The Past By Nurturing The Future group. (2019). Healing The Past By Nurturing The Future: A qualitative systematic review and meta-synthesis of pregnancy, birth and early postpartum experiences and views of parents with a history of childhood maltreatment. *PLOS ONE*, 14(12), e0225441.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225441>
3. Chamberlain, C., Gee, G., Harfield, S., Campbell, S., Brennan, S., Clark, Y., Mensah, F., Arabena, K., Herrman, H., Brown, S., & for the 'Healing the Past by Nurturing the Future' group. (2019). Parenting after a history of childhood maltreatment: A scoping review and map of evidence in the perinatal period. *PLOS ONE*, 14(3), e0213460.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213460>
4. Isobel, S. (2023). Trauma and the perinatal period: A review of the theory and practice of trauma-sensitive interactions for nurses and midwives. *Nursing Open*, 10(12), 7585–7595.
<https://doi.org/10.1002/nop2.2017>
5. Luyten, I. (2017). In-en Afdrukken van de Jeugdzorg. Een onderzoek naar de betekenis van de uithuisplaatsing als kind in het (volwassen) leven van jeugdzorgverlaters. Vrije Universiteit Brussel.
6. Dierickx, S. (2022). Gids voor het bieden van trauma-sensitieve zorg in de kinderopvang.
<https://research-expertise.ucll.be/sites/default/files/2022-05/ECLIPS%20TIC%20NL%20all.pdf>
7. Thijs, T. (2015). Vaders in beeld: Een projectmatig wetenschappelijk onderzoek van de Arteveldehogeschool rond vaderbetrokkenheid en vadervaardige voorzieningen. <https://www.opgroeien.be/kennis/toolbox/artikel-vaders-beeld>
8. Isobel, S., Goodyear, M., Furness, T., & Foster, K. (2018). Preventing intergenerational trauma transmission: A critical interpretive synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, jocn.14735.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14735>
9. SAMHSA. (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative.
<http://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884>
10. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Alison, M. S., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Adverse Childhood Experiences and Health Outcomes in Adults: The ACE Study. 90(3), 31.

11. Narayan, A. J., Lieberman, A. F., & Masten, A. S. (2021). Intergenerational transmission and prevention of adverse childhood experiences (ACEs). *Clinical Psychology Review*, 85, 101997. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101997>
12. Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria: DSM-5 PTSD Prevalence. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537–547. <https://doi.org/10.1002/jts.21848>
13. Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos Rodriguez, G., Sethi, D., & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 4(10), e517–e528. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)
14. Mackle, T., Colodro-Conde, L., De Dassel, T., Braun, A., Pope, A., Bennett, E., Kothari, A., Bruxner, G., Medland, S. E., & Patterson, S. (2023). “Echoes of a dark past” is a history of maternal childhood maltreatment a perinatal risk factor for pregnancy and postpartum trauma experiences? A longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 397. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05714-2>
15. Ungar, M., & Perry, B. D. (2012). Violence, Trauma and Resilience. In R. Alaggia & C. Vine (Eds.), *Cruel but Not Unusual: Violence in Canadian Families*. (pp. 119–143). WLU Press.
16. Herman, J. (2017). *Trauma & Herstel. De gevolgen van geweld—Van mishandeling thuis tot politiek geweld* (19th ed.). Wereldbibliotheek.
17. Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma*. Penguin Books.
18. Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage: A Polyvagal Theory. 32, 301–318.
19. Siegel, D. (1999). *The developing mind*. Guilford.
20. Dana, D. (2022). A beginner’s guide to polyvagal theory. https://www.rhythmofregulation.com/_files/ugd/b8fc1d_9ae2b7119c974e74ba1ecb16285ec301.pdf
21. Dana, D. (2021). *De polyvagaaltheorie in therapie (flipover)*. Uitgeverij Mens!.,
22. Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Jones, L., Baban, A., Kachaeva, M., Povilaitis, R., Pudule, I., Qirjako, G., Ulukol, B., Raleva, M., & Terzic, N. (2014). Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: Surveys in eight eastern European countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(9), 641–655. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.129247>
23. Lukasse, M., Vangen, S., Øian, P., Kumle, M., Ryding, E. L., Schei, B., & Group, on behalf of the B. S. (2010). Childhood Abuse and Fear of Childbirth—A Population-based Study. *Birth*, 37(4), 267–274. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00420.x>
24. Heimstad, R., Dahloe, R., Laache, I., Skogvoll, E., & Schei, B. (2006). Fear of childbirth and history of abuse: Implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(4), 435–440. <https://doi.org/10.1080/00016340500432507>

25. Choi, K., & Sikkema, K. (2016). Childhood Maltreatment and Perinatal Mood and Anxiety Disorders: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(5).
<https://doi.org/10.1177/1524838015584369>
26. Amos, J., Furber, G., & Segal, L. (2011). Understanding Maltreating Mothers: A Synthesis of Relational Trauma, Attachment Disorganization, Structural Dissociation of the Personality, and Experiential Avoidance. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(5), 495–509.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2011.593259>
27. Lange, B. C. L., Callinan, L. S., & Smith, M. V. (2019). Adverse Childhood Experiences and Their Relation to Parenting Stress and Parenting Practices. *Community Mental Health Journal*, 55(4), 651–662. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0331-z>
28. Muzik, M., Ads, M., Bonham, C., Lisa Rosenblum, K., Broderick, A., & Kirk, R. (2013). Perspectives on trauma-informed care from mothers with a history of childhood maltreatment: A qualitative study. *Child Abuse & Neglect*, 37(12), 1215–1224.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.014>
29. Perry, B. D., Franey, K., Geffner, R., & Falconer, R. (2001). The neuroarcheology of Childhood Maltreatment. The neurodevelopmental costs of adverse childhood events. In *The Cost of Maltreatment: Who Pays? We All Do.* (pp. 15–37). Family Violence and Sexual Assault Institute,.
30. Alexander, D. J. (2015). Echoes of silence: Writing into reverberations of trauma.
<https://era.ed.ac.uk/handle/1842/16225>
31. Gil, T. (2018). Women who were sexually abused as children: Mothering. Resilience and protecting the next generation. Rowman & Littlefield.
32. Jaffee, S. R., & Christian, C. W. (2014). The Biological Embedding of Child Abuse and Neglect Implications for Policy and Practice. Social Policy Report. Volume 28, Number 1. In Society for Research in Child Development. Society for Research in Child Development.
<https://eric.ed.gov/?id=ED566683>
33. Roseboom, T. (2023). De eerste 1000 dagen. Boom.
34. Singh, B. (2022). Van Hart tot Hart. Inspiratie vanuit het jonge kind. Pelckmans Uitgevers nv.
35. De eerste 1000 dagen. (n.d.). Retrieved 12 January 2024, from
https://www.boom.nl/product/100-13995_De-eerste-1000-dagen
36. Singh, V., Kumar, A., & Gupta, S. (2022). Mental Health Prevention and Promotion—A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 898009. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.898009>
37. Hambrick, E. P., Brawner, T. W., Perry, B. D., Brandt, K., Hofmeister, C., & Collins, J. O. (2019). Beyond the ACE score: Examining relationships between timing of developmental adversity, relational health and developmental outcomes in children. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(3), 238–247. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.11.001>
38. Shapiro, S. F., Edna Adelson, Vivian. (2002). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant–mother relationships 1. In *Parent-Infant Psychodynamics*. Routledge.

39. Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies.
<https://doi.org/10.1177/00030651000480041101>
40. Adriaenssens, P. (2021, January 3). Kindermishandeling en brein door professor Peter Adriaenssens [Video]. Youtube.
<https://www.youtube.com/watch?v=5BljKZ0Nj70>
41. Teplin, L. A., Welty, L. J., Abram, K. M., Dulcan, M. K., & Washburn, J. J. (2012). Prevalence and Persistence of Psychiatric Disorders in Youth After Detention: A Prospective Longitudinal Study. *Archives of General Psychiatry*, 69(10), 1031–1043.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2062>
42. Domoney, J., Fulton, E., Stanley, N., McIntyre, A., Heslin, M., Byford, S., Bick, D., Ramchandani, P., MacMillan, H., Howard, L. M., & Trevillion, K. (2019). For Baby's Sake: Intervention Development and Evaluation Design of a Whole-Family Perinatal Intervention to Break the Cycle of Domestic Abuse. *Journal of Family Violence*, 34(6), 539–551.
<https://doi.org/10.1007/s10896-019-00037-3>
43. Bartlett, J. D. (2012). Young Mothers, Infant Neglect, and Discontinuities in Intergenerational Cycles of Maltreatment [Tufts University].
<https://www.proquest.com/openview/9171a7ccb852b0060cfbe9e86a86c0bc/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
44. Hunter, B., & Warren, L. (2014). Midwives' experiences of workplace resilience. *Midwifery*, 30(8), 926–934.
45. Van Haeken, S., Braeken, M. A. K. A., Nuyts, T., Franck, E., Timmermans, O., & Bogaerts, A. (2020). Perinatal Resilience for the First 1,000 Days of Life. Concept Analysis and Delphi Survey. doi:10.3389/fpsyg.2020.563432
46. Vandekerckhof, S., Lenie, L., Vanmechelen, B., & Malisse, L. (2022). Verbinden op weg naar ouderschap. Een inspiratiegids over sociale steun als opstap naar veerkrachtig ouderschap. UC Leuven-Limburg. www.oudernetwerken.ucll.be
47. Sweeney, A., & Taggart, D. (2018). (Mis)understanding trauma-informed approaches in mental health. *Journal of Mental Health*, 27(5), 383–387.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1520973>
48. Fredrickson, R. (2019). Trauma-Informed Care for Infant and Early Childhood Abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(4), 389–406.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1601143>
49. Horan, H., Ryu, J., Stone, J., & Thurston, L. (2022). Healing trauma with interprofessional collaboration and trauma-informed perinatal care: A qualitative case study.
<https://doi.org/10.1111/birt.12672>
50. Sachdeva, J., Nagle Yang, S., Gopalan, P., Worley, L. L. M., Mittal, L., Shirvani, N., Spada, M., Albertini, E., Shenai, N., Moore Simas, T. A., & Byatt, N. (2022). Trauma Informed Care in the Obstetric Setting and Role of the Perinatal Psychiatrist: A Comprehensive Review of the Literature. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 63(5), 485–496.
<https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2022.04.005>

51. Sperlich, M., Seng, J. S., Li, Y., Taylor, J., & Bradbury-Jones, C. (2017). Integrating Trauma-Informed Care Into Maternity Care Practice: Conceptual and Practical Issues. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(6), 661–672.
<https://doi.org/10.1111/jmwh.12674>
52. Ford, J., & Wilson, J. (2012). SAMHSA's Trauma and Trauma-Informed Care Experts Meeting.
53. Hudson, L., Beilke, S., & Many, M. M. (2016). 'If You Brave Enough to Live It, the Least I Can Do Is Listen': Overcoming the Consequences of Complex Trauma. *Zero to Three*.
<https://www.semanticscholar.org/paper/%22If-You-Brave-Enough-to-Live-It%2C-the-Least-I-Can-Do-Hudson-Beilke/a2f8fad9401c393441a0f63e4205a93532c76d38>
54. Nuyts, T., Van Haeken, S., Crombag, N., Singh, B., Ayers, S., Garthus-Niegel, S., Braeken, M. A. K. A., & Bogaerts, A. (2021). 'Nobody Listened'. Mothers' Experiences and Needs Regarding Professional Support Prior to Their Admission to an Infant Mental Health Day Clinic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10917.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182010917>
55. Peterson, C., Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1993). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. Oxford University Press.
56. Winfrey, O., & Perry, B. D. (2021). *Wat is je overkomen?: Gesprekken over trauma, veerkracht en herstel*. Uitgeverij Unieboek | Het Spectrum.





“ Wat we vaak zien is dat de baby een kans geeft om aan het trauma te werken, waar daarvoor geen ruimte voor was of waar dat ouders niet het nut zagen, of de energie hadden, of het gevoel hadden ‘ik ben dat toch niet waard’. Dat dan de baby vaak net een motivatie is voor, we gaan het anders doen, want ik wil eigenlijk andere dingen voor mijn kind. ”

Gezinstherapeut (CIG)