

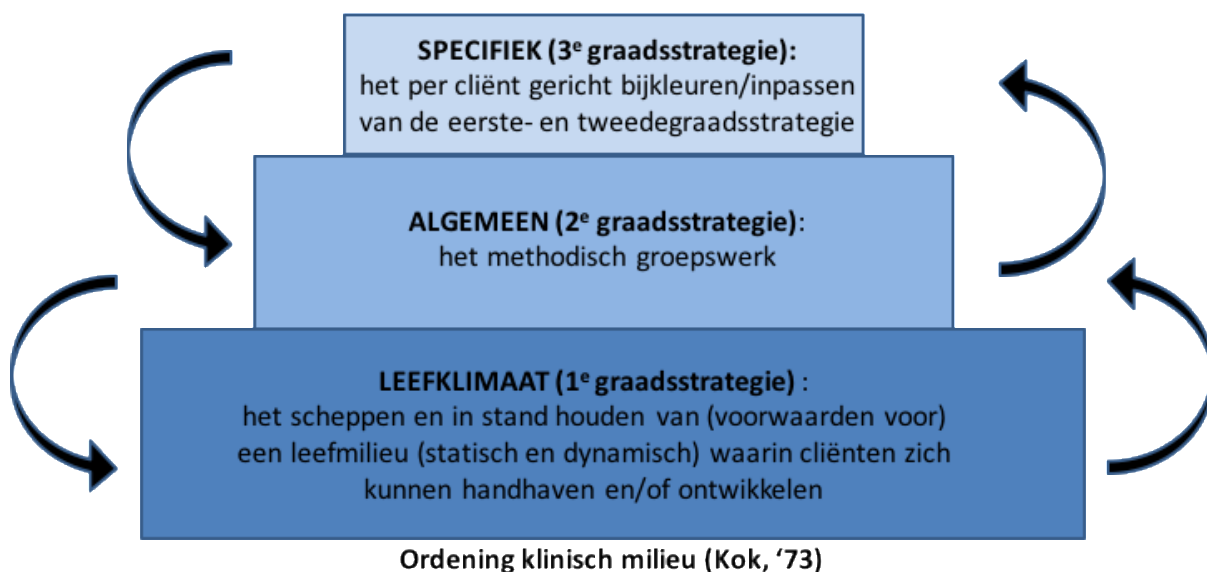
# Naar een gemeenschappelijke opvoedingsstrategie in de residentiele jeugdzorg

29-01-2017

## Peer van der Helm

Professioneel handelen in de residentiele jeugdzorg is niet gemakkelijk. Voor het kind is de overgang van huis naar een andere plek vaak niet vrijwillig en een dergelijke overgang zorgt voor het kind voor veel angst voor het onbekende, verdriet en stress, vaak door trauma's verergerd. Deze stress kan zich vertalen in agressief (of submissief) gedrag: 'bang en boos' (Van der Helm, Van Nieuwenhuizen & Wegter, 2012). Anglin (2014) heeft het over 'pain based behaviour'. Volwassenen zijn vaak beter in staat zich een beeld te vormen van een nieuwe omgeving maar voor kinderen, meer afhankelijk zijn van anderen spelen onder invloed van die stress ook vaak angstdenkenbeelden (magisch denken) mee die meestal niet rationeel zijn maar wel een grote invloed kunnen hebben op gedrag. Medewerkers - aan de andere kant - willen graag het gedrag van kinderen onder controle houden, ook omdat ze vaak ook nog de zorg voor andere kinderen hebben en de situatie op een groep kan vaak van het ene moment op het andere moment veranderen met tot gevolg series kleinere maar ook grotere crises. Het is de vraag hoe hiermee om te gaan, het leefklimaat positief te houden zonder in beheersmatig werken en straffen te vervallen (De Valk, Kuiper, Van der Helm, Maas, & Stams, 2016), iets wat de werkalliantie en de ontwikkelingsopgaven van de kinderen aantoonbaar schade toebrengt (Stams & Van der Helm, 2016). Voor medewerkers kan het naast het leefklimaat helpend zijn om hun professionele handelen te baseren op een algemene opvoedingsmethodiek (tweedegraads strategie zoals Kok dat benoemde, figuur 1; Kok, 1973). Dat geeft houvast en kan medewerkers helpen niet in de val van beheersmatig werken te trappen. Anglin stelt in 2014 al dat naast een positief leefklimaat een tweedegraadsstrategie uit moet gaan van een adequate respons van medewerkers op trauma ('pain based behaviour') en een zo normaal mogelijke ontwikkeling.

Figuur 1.  
*Het behandelmodel van Kok (1973)*



2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> niveau zinloos zonder een goed leefklimaat.....

Er is een groot aantal tweedegraadsmethodieken en sommige methodieken hebben ook kenmerken die op de eerstegraadsstrategie (het leefklimaat) lijken of op een derdegraadsstrategie (specifieke behandeling). Sommige algemene methodieken richten zich op een specifieke situatie zoals bijvoorbeeld Geweldloos Verzet (Non Violent Resistance, Omer 2014) en andere op een specifieke setting (het gezin, de klas, de buurt etc.). Wanneer we naar de databank effectieve jeugdinterventies van het NJI kijken dan heeft ongeveer iets minder dan de helft van de beschreven interventies (223) een tweedegraads karakter. Opvallend is echter dat een aantal van de meest gebruikte en algemene tweedegraadsstrategieën in de residentiele jeugdzorg ontbreekt. Dat zijn het competentiemodel en Geweldloos Verzet (stand van zaken januari 2017). Ook komen de principes van gedeelde besluitvorming (shared decision making, De Valk et al., 2016; Ten Brummelaar, 2016) nauwelijks voor in de interventies. Dat hoeft niet te betekenen dat deze strategieën niet zouden werken. Een aantoonbaar werkende derdegraadsstrategie, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is uit de databank verwijderd omdat de erkenning is verlopen volgens de site van het NJI. Positive Behaviour Support dat wel in de databanken voorkomt is vooral voor scholen ontwikkeld maar houdt ook een belofte in voor de residentiele zorg

### *Effectiviteit tweedegraadsstrategieën*

Naar de effectiviteit van tweedegraadsstrategieën in het algemeen is nog betrekkelijk weinig onafhankelijk onderzoek gedaan. Maar de meta-analyse van Weisz (2013) laat zien dat interventies in klinische groepen vaak een betrekkelijk lage effectiviteit hebben, voor een bespreking zie Stams en Van der Helm (2016). In sommige gevallen doen interventies zelfs schade (Van der Helm, 2012; Weiss, 2005). Voor de drie tweedegraads interventies (Kanjerttraining, MDFT en MST) in het NJI overzicht die het hoogste predikaat 'sterke aanwijzingen' hebben geldt dat er veel discussie is of deze drie interventies wel echt beter werken dan 'treatment as usual'(TAU), bijvoorbeeld een interventie door een maatschappelijk werker (Stams & Van der Helm, 2016) of überhaupt werken in klinische groepen. Dat is niet geheel onbelangrijk omdat voor opleiding, uitvoering en licenties soms behoorlijke bedragen betaald moeten worden en ook in de residentiele jeugdzorg geldt dat elke euro maar eenmaal kan worden uitgegeven. Enkele instellingen in Nederland hebben er bijvoorbeeld al voor gekozen om niet meer met MST te werken, gezien de hoge kosten van MST en de geringe wetenschappelijke evidentie. Men geeft dan voorkeur aan beduidend goedkopere TAU.

Gezien deze overwegingen is het misschien raadzaam eerst te kijken naar de meest gebruikte residentiele tweedegraadsstrategieën (het competentiemodel, YOUTURN (JJI's), PBS en NVR) en dan te kijken of een combinatie van het competentiemodel, NVR, Shared Decision Making, Positive Behaviour Support en Limit Setting (Vatne & Fagermoen, 2007) als tweedegraadsstrategie aangepast kan worden voor de residentiele jeugdzorg en onder welke voorwaarden, om repressie te voorkomen.

### *1. Het competentiemodel*

In het competentiemodel (<http://mens-en-samenleving.infonu.nl/pedagogiek/44785-werken-met-het-sociaal-competentiemodel.html>) (Slot & Spanjaard, 2003), wordt ervan uitgegaan dat probleemgedrag voortkomt uit een onbalans tussen taken en vaardigheden. Dit kan gecorrigeerd worden door het vergroten van vaardigheden, het verlichten of verrijken van taken, het versterken van protectieve factoren en verminderen van stressoren en psychopathologie.

In de hulpverlening worden technieken gebruikt zoals het negeren van ongewenst gedrag, positieve feedback geven of een gedragsinstructie geven en het twee kolommen-gesprek en de STOP techniek. In de residentiele jeugdzorg wordt in de praktijk vaak een beloningsstrategie in een fasemodel gehanteerd, waarbij kinderen die over meer competenties zouden beschikken meer vrijheden en beloningen krijgen. Door goed gedrag kunnen kinderen punten verdienen waar vrijheden (en verantwoordelijkheden) en beloningen tegenover staan. De achtergrond hiervan is een psychologische beïnvloedings-strategie die 'shaping' wordt genoemd: door voortdurende beloning (en het weghouden van beloning) wordt gewenst gedrag gestimuleerd en ongewenst gedrag afgeleerd.

Er is kritiek mogelijk op zowel de uitgangspunten als de uitwerking hiervan. In de eerste plaats is het vaak de vraag of een onbalans tussen taken en vaardigheden altijd leidt tot probleemgedrag (voor een overzicht zie Stams & van der Helm, 2016). Een negatief leefklimaat met veel angst, secundaire hertraumatisatie door incidenten, stress en sociale nadeelsituaties (Van der Helm et al., 2012) zorgen waarschijnlijk vaker voor probleemgedrag dan een onbalans tussen taken en vaardigheden. Er is in het model veel nadruk op het gedrag van het kind en minder op de oorzaken van diens gedrag, cognities en emoties (Van Os, 2015), iets wat de eerste behaviouristen zoals bijvoorbeeld Skinner ook al op kritiek kwam te staan. Ook de uitwerking met nadruk op fasen en beloning bevordert waarschijnlijk meer de extrinsieke motivatie dan de intrinsieke motivatie en kan op deze wijze averechts werken. Bovendien heeft de Groningse psycholoog Breeuwsma in 2005 al laten betoogd dat fasemodellen in de psychologie in de praktijk niet zo werken: gedrag kan vaak verbeteren maar ook terugvallen in oude patronen. Daarbij komt nog eens dat in de praktijk er willekeur kan optreden in de beoordeling van het gedrag van het kind en dat het weghouden of zelfs afpakken van een beloning of vrijheid door kinderen gezien wordt als straf (De Valk, Van der Helm, Beld, Schaftenaar, Kuiper, & Stams, 2015). Zo moeten kinderen die aan het einde van hun faseschema zitten maar nog niet naar huis kunnen of overgeplaatst worden naar een andere groep niet zelden opnieuw alle fasen doorlopen.

Dit betekent niet dat we de gedachte van een balans tussen taken en vaardigheden moeten verwerpen maar wel dat we in het proces van het begrijpen van gedrag ook de context (het leefklimaat) en de emoties en cognities van het kind meer moeten leren begrijpen. Zoals Jim van Os (2015) al zegt: we moeten meer vragen dan beoordelen (zie verder).

## 2. *Youturn (en TOPS!) in de JJI's*

Het aantal erkende effectieve interventies in de justitiële sfeer is klein (28 stand van zaken 1 januari 2017). MDFT en MST komen hier als externe tweedegraads-strategieën voor (zie eerdere beschouwing), maar YOUTURN en TOPS niet.

Ook YOUTURN is een fasemodel met nadruk op het ontwikkelen van eigen verantwoordelijkheid. Beide programma's leunen sterk op het competentiemodel gecombineerd met moreel redeneren (oorspronkelijk het Amerikaanse Equip programma). Het competentiemodel is uitgebreid in de voorgaande paragraaf besproken, maar de combinatie met het verbeteren van moreel redeneren vraagt om een nadere beschouwing.

Er is veel discussie over wat 'moreel redeneren' feitelijk inhoudt en er zijn ook aanwijzingen dat criminele jongeren niet minder moreel redeneren in vergelijking tot hun leeftijdsgenoten met hetzelfde opleidingsniveau. Daarnaast zijn er ook aanwijzingen dat beter moreel redeneren niet leidt tot minder criminaliteit of recidive. Tot slot is het de vraag of gedwongen moreel redeneren niet een 'contradictio in terminis' is omdat moraliteit niet afgedwongen kan worden (Van der Helm 2017: 'gras groeit niet door er aan te trekken').

Er zijn inmiddels ook voldoende aanwijzingen (Heynen, 2016) dat moreel redeneren sterk afhankelijk is van cognitieve vaardigheden en de ervaren kwaliteit van de omgeving (het leefklimaat). Het mechanisme van het ontkoppelen van moreel redeneren (ook wel : 'moral disengagement' genoemd) blijkt ook een normaal mechanisme bij 'eerzame burgers' te zijn als ze bijvoorbeeld maar genoeg geld kunnen verdienen, amoreel gedrag in de omgeving als normaal wordt gezien of ze anderzijds onder druk worden gezet. Uit veel onderzoek blijkt dat moreel redeneren uiterst vloeibaar is. Het is daarom de vraag of een 'gedwongen' programma voor het verbeteren van moreel redeneren daadwerkelijk resultaat heeft, bijvoorbeeld op het terugdringen van recidive.

### 3. *Geweldloos Verzet (Non-Violent Resistance)*

Geweldloos Verzet is de afgelopen jaren steeds meer in opkomst in de residentiele jeugdzorg en in het cluster 4 onderwijs. De grondlegger, Chaim Omer, combineerde ideeën van Ghandi met de systeemtheorie en de hechtingstheorie om agressie van kinderen te stoppen. Een stevige houding die duidelijkheid, aanwezigheid (presentietheorie, Baart, 2014) en liefde combineert (Carlo Schuengel: 'eerst de connectie dan de correctie'), geeft kinderen de mogelijkheid autoriteitsfiguren als rolmodel te internaliseren.

Wanneer mensen zich aangevallen voelen gaan ze vaak terugvechten, vluchten of verstijven. Dit zijn allemaal strategieën voor de professional die meestal de problemen verergeren. Niet terugvechten maar tegelijkertijd het gedrag niet accepteren en contact blijven aanbieden is de kern van deze benadering. Er is nog weinig onafhankelijk onderzoek gedaan naar deze benadering, maar uit onderzoek van Danae Stad van de Hogeschool Leiden in het cluster 4 onderwijs blijkt dat vechten vaak niet de oplossing brengt maar juist het conflict laat escaleren. Dit leidt vaak tot verwondingen en trauma's bij medewerkers en kinderen en tot secundaire hertraumatisatie. Dat geldt overigens ook vermijdende strategieën zoals vluchten of verstijven. Mogelijk nadeel van deze strategie is dat het veel vraagt van medewerkers: rustig blijven en contact proberen te houden bij soms hevige agressie en gevaar is waarschijnlijk niet voor iedereen weggelegd.

### 4. *Het limit setting model*

Het limit setting model komt uit de opvoedkunde en is later overgenomen in de psychiatrie en is idealiter een combinatie van het bieden van veiligheid door middel van het begrenzen van gedrag, gecombineerd groei en respect (Vatne & Fagermoen, 2007) zonder straffen. Het model gaat ervanuit dat kinderen in de residentiele jeugdzorg zoveel als mogelijk 'normaal' moeten kunnen leven, zoals ook geprobeerd wordt in de gezinshuizen in Nederland. 'Normaal' gaat uit van leeftijdsafhankelijk functioneren zonder extra beperkingen (zoals in de beginfasen van fasemodellen) en voldoende contact met ouders en vriendjes. Er is aan het begin van de behandeling altijd uitgesproken een basaal 'vertrouwen' in het kind dat het met de dagelijkse opgaven om kan gaan. Dat vertrouwen gaat nooit weg (gedwongen overplaatsingen als straf horen niet in dit model thuis). Dat gaat om kleine zaken zoals het hebben van een telefoon, internet, contact met leeftijdgenoten, onderwijs, uitgaan, omgaan met zakgeld of TV op kamer zonder slot. Belangrijk aspect van deze leeftijdsadequate benadering is ook het principe van 'shared decision making' (zie verder): beslissingen over de behandeling worden samen genomen: dat bevordert intrinsieke behandelmotivatie, vertrouwen en persoonsvorming bij het kind. Dwang en drang moeten daarbij zo veel als mogelijk worden vermeden (meta-analyse van Parhar et al. , 2012). Tegelijkertijd houdt het model ook rekening met de mogelijkheid dat het even niet goed gaat. Dat wordt het kind niet aangerekend, er wordt eerst naar hem geluisterd en zijn gevoelens benoemd en een uitweg aangeboden. Helpt dat niet dan volgt wel een vooraf duidelijk gemaakte (1) tijdelijke (2), onmiddellijke (3), duidelijke (aan de overtreden limit gelinkt, 4), uitvoerbare (5), proportionele (6) en niet-beschadigende (7) consequentie om het gedrag te begrenzen. Daarbij wordt nooit het kind veroordeeld, alleen het gedrag. Na korte tijd keert vanzelf het basisvertrouwen weer terug evenals de vrijheden.

Er is veel discussie over dit model, en evenzoveel kritiek omdat het door medewerkers onbewust gebruikt kan worden om repressie goed te praten (De Valk et al., 2016; Vatne & Fatne, 2007). De basiselementen van veiligheid, vertrouwen, presentie en altijd weer een kans zijn echter werkzame elementen en worden samen met de worsteling van de medewerkers en behandelaren (en moeder!) heel indrukwekkend uitgebeeld in de documentaire 'Nadia durft niet te leven' van Zembla ([http://www.npo.nl/zembla/20-09-2009/VARA\\_101213708](http://www.npo.nl/zembla/20-09-2009/VARA_101213708)).

Bij Nadia, een zwaar depressief en suïcidaal meisje wordt na veel verblijf in de separeer uiteindelijk geprobeerd haar meer eigen verantwoordelijkheid voor haar gedrag bij te brengen. Dat brengt risico's met zich mee die in de documentaire heel helder worden uitgebeeld. Het potje nootmuskaat (zeer giftig) dat Nadia in het dorp heeft gekocht wordt niet afgepakt maar er wordt wel met haar over gepraat en ze wordt goed in de gaten gehouden. Als Nadia probeert brand te stichten wordt ze wel tijdelijk afgezonderd. Het legt een zware wissel op de medewerkers en het loopt in eerste instantie niet goed af. Maar er is overduidelijk geen andere weg, die bij deze populatie altijd gepaard gaat met risico's. Een deel van deze benadering is voor de psychiatrie verder uitgewerkt in het nieuwe werkboek Forensic High Intensive Care (<http://www.fhic.nl/werkboek>).

Het nadeel van limit setting is dan ook niet alleen de wissel die deze methoden op de medewerkers trekt, maar ook het nemen van risico dat het fout gaat. Het voordeel is het stimuleren van eigen verantwoordelijkheid, intrinsieke motivatie en persoonsontwikkeling, hoe moeizaam soms ook. Veel kinderen begrijpen dat wel, getuige het volgende citaat van Karin Vriezema van FC Teylingereind:

*"Vandaag had ik een EBO eindbespreking observatie. Jongere had al in 27 instellingen gezeten, moeder verslaafd, vader overleden, criminele familie. Kortom niets heeft mee gezeten. Hij was mijn mentorzoon, riep hij over de groep.*

*Autistisch, adhd, hechtingstoornis. Ook dit zat niet mee. Inmiddels 19 jaar.*

*Ik ben met hem gaan schilderen en andere collega's hebben dit verder doorgezet. Hij maakt dus nu prachtige schilderijen. Had er eentje voor mij gemaakt en toen wilde hij nog een speciaal schilderij voor mij maken. Hij vroeg om een plaatje van vergeet me nietjes. Die heeft een van de gedragswetenschappers voor me geprint en vandaag na het advies gesprek met hem kreeg ik het schilderijtje. Prachtig! Ik vroeg hem waarom? Ik was een van de weinige die lief voor hem was geweest, duidelijk was en dat we ook erg veel gelachen hebben. Ik benoemde ook dat ik hem een paar keer op zijn kamer had gebracht vanwege niet acceptabel gedrag en dat vond hij ook prima, want het was nodig.*

*Toen wilde ik hem een hand geven, hij wilde dat niet. Terwijl ik mijn hand uitsteek, pakt hij me vast en geeft me een dikke knuffel.*

*Met bovengenoemde stoornissen, en dan dit. De jongen gaat met een prachtig advies weg, resocialisatie, zingeving, startkwalificatie en in de positieve bekrachtiging worden begeleid, want dat is wat werkt."*

## 5. Shared Decision Making

Het delen van beslissingen en macht (participatie) is niet nieuw voor de residentiele jeugdzorg (Krishmer, 2005, Dalymple, 2002, Hebbertsey, 2001). Toch is er pas weer recentelijk aandacht voor shared decision making, culminerend in het proefschrift van Mijntje ten Brummelaar (2016). Zij stelt in een systematic review dat jongeren in de residentiële jeugdzorg de mogelijkheden voor participatie vaak beperkt ervaren. Misschien verklaart dat ook haar bevinding dat er nog weinig relaties zijn gevonden tussen participatie en behandeluitkomsten. Behandelmotivatie (Van der Helm, De Jongh, van der Laan & Stams, 2012) en gedrag (De Valk et al., 2016; Heynen, 2016) hebben echter een relatie met minder repressie en meer eigen inbreng maar ook met sociaal-emotionele- en persoonsontwikkeling (Biesta, 2015). Ook blijkt wanneer er gezamenlijk wordt overlegd over bijvoorbeeld de huisregels, deze in de regel beter door jongeren worden nageleefd (bevorderen van intrinsieke motivatie).

Er is ook kritiek op shared decision making. Veel medewerkers hebben al moeite om de dagelijkse structuur enigszins op orde te krijgen.

Die roep van medewerkers kan niet worden genegeerd maar dient in mijn visie bij het management te worden neergelegd. Het experimenteren met vormen van participatie door medewerkers en jongeren samen heeft aantoonbaar een positieve invloed op het leefklimaat.

#### 6. Positive Behaviour Support (PBS)

PBS is in Nederland vooral ontwikkeld voor scholen (<http://www.swpbs.nl/>), maar de aanpak is waarschijnlijk ook geschikt voor de residentiele jeugdzorg. Uitgangspunten zijn het formuleren van gezamenlijk gedeelde waarden veiligheid, verantwoordelijkheid en respect. Zowel medewerkers als kinderen worden betrokken bij het gezamenlijk formuleren van die waarden en daaraan gekoppelde gedragsverwachtingen. In de praktijk blijkt dat het gezamenlijk formuleren van waarden onderdeel kan zijn van shared decision making en internalisering daarvan bevordert. Positief gedrag wordt extra benoemd. Vaak is er een sterke nadruk op het benoemen van negatief gedrag in de residentiele jeugdzorg. PBS draait dit om. Binnen PBS is er ook een sterke nadruk op preventie van probleemgedrag. Uit het eerdergenoemde onderzoek van Stad (2016) blijkt dat veel incidenten een voorgeschiedenis hadden van meerdere stappen die allemaal aanknopingspunten kunnen zijn voor preventie. Leerkrachten gaan soms een strijd om dominantie aan met leerlingen en wakkeren daardoor een conflict mogelijk aan.

Er is ook kritiek mogelijk op enkele aspecten van PBS, die lijken op de kritiek op het competentiemodel. Er is met name een focus op het gedrag van het kind. Er is minder aandacht voor het gedrag van de medewerker dat ook grote invloed kan hebben op het gedrag van het kind zoals uit het onderzoek van Stad bleek. Ook het beloningssysteem zou met name extrinsieke motivatie bevorderen. Bijvoorbeeld binnen het limit setting model wordt normaal gedrag niet beloond omdat dat als onderdeel wordt gezien van het normaliseren van het bestaan en dus niet extra beloond hoeft te worden. De nadruk op waarden en daaraan gekoppelde gedragsverwachtingen houden minder rekening met het feit dat negatief gedrag vaak voorkomt uit angst, trauma en stress. Zoals bij alle tweedegraads-strategieën is een goed leef- en leerklimaat voorwaardelijk, alsmede een goede derdegraads-strategie gericht op het individu.

Het is mogelijk om werkzame elementen van alle hierboven besproken methoden met elkaar te combineren tot een 'opvoedadvies' voor de residentiele jeugdzorg.

Een synthese van tweedegraads-strategieën als uitgangspunten voor de praktijk:

1. Opvoeden in de residentiele jeugdzorg zou idealiter moeten uitgaan van 'het normale' zoals in limit setting. Dat betekent leeftijdsadequaat (en niet probleem of gedrag gefocust!) opvoeden in leeftijdsadequate omstandigheden. Daarbij moet rekening gehouden worden met de oorzaken van gedrag (pijn of trauma-gerelateerd zoals in de eerste van de 4 vragen van Jim van Os (2015): 'wat is er met je gebeurd?'). Er is in den beginne altijd vertrouwen, maar als dat even niet kan is soms een consequentie noodzakelijk. Die consequentie moet er altijd toe leiden dat het vertrouwen en de leeftijdsadequate omstandigheden op zeer korte termijn weer terugkeren met behulp van de volgende drie vragen van Van Os: 'wat is je kwetsbaarheid en je weerbaarheid, waar wil je naar toe en wat heb je nodig?'). Consequenties moeten dus altijd kortdurend, uitvoerbaar, duidelijk, gelinkt zijn aan het gedrag, individueel (geen groepsstraffen!) en proportioneel zijn, niet gericht zijn op wraak en vernedering (ook niet als voorbeeld naar de groep!), geen sociale isolatie of uitsluiting veroorzaken of anderzijds schade of verwondingen toebrengen, want dan worden consequenties tot straf, repressie en secundaire traumatisering. Persoonsontwikkeling en intrinsieke motivatie zullen door het maken van eigen keuzes en shared decision making worden ontwikkeld. Bij leeftijdsadequate omstandigheden hoort ook altijd het volgen van onderwijs en contact met ouders en vrienden. Een consequentie voor gedrag kan bijvoorbeeld nooit het uitsluiten van onderwijs zijn.

2. Opvoeden moet ook altijd uitgaan van een positieve benadering en bekrachtiging zoals in de uitgangspunten van PBS wordt voorgesteld.
3. Bij deze opvoeding moet altijd rekening worden gehouden met de balans tussen taken en vaardigheden (competentiemodel en trauma-sensitief opvoeden). Overvraging (LVB!) leidt tot sociale nadeelsituaties en ondervraging tot verveling en agressie.
4. Wanneer kinderen toch agressief worden is de NVR benadering waarschijnlijk de meest effectieve strategie om een therapeutische alliantie te behouden en versterken, maar in sommige gevallen zal toch begrensd moeten worden (limit setting).

Deze gecombineerde benadering zal alleen werken als er sprake is van een positief leefklimaat maar ook van adequate derdegraads strategieën zoals individuele behandelingen. Zonder dat geen effectieve behandeling. Het is van belang om ons te realiseren dat deze combinatie van opvoed-strategieën tijd zal kosten om aan te slaan. Intergenerationele en (epi)genetische probleemtransmissie (agressief gedrag is soms voor 70% erfelijk) jarenlange verwaarlozing, mishandeling of misbruik hebben tijd nodig om de stress die daarmee gepaard gaat te doen zakken zodat leren weer mogelijk wordt. Een adequate tweedegraads-opvoedstrategie kent in de regel dan ook eerst een stabilisatiefase die bedoeld is om de 'overlevingsstand' van vechten, vluchten of verstijven te doorbreken waarna opvoeding kan beginnen. Vervolgens komt er een fase waarin weer aansluiting met de maatschappij wordt gemaakt (resocialisatie). In al deze fasen kunnen ook ouders een belangrijke rol spelen en vaak zullen ook zij geholpen moeten worden met effectief opvoedgedrag wil het kind succesvol weer naar huis kunnen. En iedere keer weer moeten we het ook aan het kind (en de ouder) vragen in het kader van shared decision making en niet alleen aan de deskundige.

Daarom zijn in de dagelijkse opvoeding, in het klein zijn de basisvragen zoals Jim van Os – nog een keer - die formuleert en die iedere keer weer belangrijk zijn voor pedagogisch medewerkers om te stellen in de kleine en grote gebeurtenissen die het leven van een kind in de residentiele zorg kenmerken:

1. Wat is er (vandaag) met je gebeurd?
2. Wat is je kwetsbaarheid en je weerbaarheid?
3. Waar wil je naar toe?
4. Wat heb je nodig?

#### *Hoe verder?*

Instellingen (management, gedragsdeskundigen, ouders en pedagogisch medewerkers) zijn samen heel goed zelf in staat zelf de consequenties voor deze uitgangspunten te verwerken en verwoorden in hun eigen visie, methodiek en behandeling. Er is geen magisch toverstokje en de uitgangspunten spreken voor zichzelf. Daar hebben instellingen in de regel geen externe deskundigen, protocollen of handleidingen voor nodig maar een stuk gezond verstand en menselijkheid. Er is al genoeg kennis over wat werkt. Het is wel dringend nodig dat we de uitgangspunten van die methoden onafhankelijk onderzoeken want praktijkgericht onderzoek naar de effectiviteit daarvan loopt sterk achter bij het aantal ontwikkelde methoden zodat we nu in de situatie zitten die vergelijkbaar is met de sterrenkunde: veel methoden en modellen en weinig onafhankelijk onderzoek naar de houdbaarheid. Het zou een grote stap zijn om in plaats van het ontwikkelen van nog meer methoden met de huidige kennis een gemeenschappelijk gedragen visie op de 'andere 23 uur', zoals Trieschman, Whittaker en Brendtro (1969) dat al lang geleden verwoordden (de tijd waarin geen specifieke behandelmethode wordt toegepast). De gemeenschappelijk- en wetenschappelijk gedragen sociale consensus is over wat werkt is veel effectiever voor de praktijk dan nog meer nieuwe methodes. Deze uitgangspunten, onderzoek en een gemeenschappelijk gedragen consensus zullen ons helpen om de connectie met het kind te herstellen en te begrijpen waarom een kind doet zoals ie doet en dan helpt de correctie, nooit andersom.

## Geselecteerde literatuur

Anglin, J.P (2014). Pain, normality, and the struggle for congruence: Reinterpreting residential care for children and youth. Oxford: Routledge.

De Valk, S., Kuiper, C., van der Helm, G.H.P, Maas, A.J.J.A. & G.J.J.M. Stams (2016). Repression in residential youth care: a scoping review. *Adolescent Research Review*,1-22, DOI: 10.1007/s40894-016-0029-9

De Valk, S., Van der Helm, G. H. P., Beld, M., Schaftenaar, P., Kuiper, C., & Stams, G. J. (2015). Does punishment in secure residential youth care work? An overview of the evidence. *Journal of Children's Services*, 10(1), 3-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/JCS-11-2014-0048>.

Heynen, E. J. E. (2016). No guts, no gains! The relation between living group climate and social development of juvenile delinquents in detention (PhD thesis). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Heynen, E., Van der Helm, G. H. P., Cima, M., Stams, G. J. J. M., & Korebrits, A. (2016). The Relation Between Living Group Climate, Aggression, and Callous-Unemotional Traits in Delinquent Boys in Detention. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 1–18 DOI: 10.1177/0306624X16630543.

Stams, G. J. J. M., & Van der Helm, G. H. P. (in press). What works in residential programs for aggressive and violent youth? Treating youth at risk for aggressive and violent behavior in (secure) residential care. In P. Sturmey (Eds.), *The Wiley Handbook of Violence and Aggression*.

Ten Brummelaar, M.D.C. (2016). Space between the borders? The participation of young people in decision-making during their stay in secure residential care. (PhD thesis). Groningen: Rijksuniversiteit.

Trieschman, A. E., Whittaker, J. K., & Brendtro, L. K. (1969). The other 23 hours: Child care work with emotional disturbed children in a therapeutic milieu. New York: Aldine de Gruyter.

Van der Helm, G.H.P, Wissink, I., Stams, G.J.J.M, & De Jong, T. (2011). Measuring treatment motivation in a forensic setting. *The International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57, 998-1008. DOI 0306624X12443798

Van der Helm, G. H. P., Van Nieuwenhuizen, M., & Wegter, H. (2010). Behandeling van jongeren met een licht verstandelijke handicap in een JJI (Adolescents suffering from a mild intellectual disability in youth prison), *Sozio*, 95, 6-11.

Van der Helm, G.H.P. (2011). First do no harm. Dissertation Vrije Universiteit Amsterdam. Amsterdam: SWP.

Vantne, R. N., & Fagermoen, M. S. (2007). To correct and to acknowledge: two simultaneous and conflicting perspectives of limit-setting in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 41–48.

Van Os, J. (2015). 'De DSM-5 voorbij!'. *Pleidooi voor een persoonsgerichte behandeling van cliënten*. Leusden: Diagnosis.

Weiss, B., Caron, A., Ball, S., Tapp, J., Johnson, M., & Weisz, J. R. (2005). Iatrogenic effects of group treatment for antisocial youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1036–1044. DOI: 037/0022-006X.73.6.1036

Weisz, J. R., Kuppens, S., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Hawley, K. M., & Jensen-Doss, A. (2013). Performance of evidence-based youth psychotherapies compared with usual clinical care: A multilevel meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 70, 750–761. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1176.