

Hoop op het gewone leven voor kinderen die het niet getroffen hebben

Een 'plekje' voor Alicia

Peer van der Helm²

Samenvatting

De transitie van de Jeugdhulp is nu twee jaar oud en als het gaat om die kinderen die de meeste problemen hebben ziet hun toekomst er momenteel somber uit: ze worden door gemeenten ondergebracht in ieder jaar opnieuw aan te besteden 'percelen' en te vaak overgeplaatst van plek naar plek, iets wat hun problemen steeds meer verergerd. De recente documentaire die liet zien hoe Alicia door het jeugdhulplandschap zwierf spreekt boekdelen. De rede hiervoor zijn mijns inziens drie weeffouten in de Jeugdwet: gebrek aan kennis over de biologische, psychologische en sociale oorzaken van probleemgedrag in samenhang met de werking van nadelige (vroeg) jeugdervaringen. Deze nadelige jeugdervaringen leiden tot intergenerationele probleemoverdracht die niet zomaar te verhelpen is en die botst met korte-termijn denken (1). Bij instellingen en de GGZ is het probleem verkokerd lineair denken in de organisatie en behandeling (2) en last but not least de huidige organisatie (bureaucratie) en financiering van de jeugdhulp (3). Voor de gemeenten is dit artikel geschreven om hen meer inzicht te geven in de problematiek en realistische oplossingen daarvoor met nadruk op de lange termijn en preventie. Voor instellingen en het speciaal onderwijs om hun inzicht te geven in wat nodig is en een aansporing om hun ziektemodel te vervangen door een integraal pedagogisch model, gericht op de relatie en meer te leren van incidenten. Daarnaast verdient het aanbeveling, gezien de uitkomsten van het leefklimaatonderzoek in Nederland, om meer kleinschalige voorzieningen en gezinshuizen te creëren met zorg en onderwijs op maat.

Maar gezien de kwetsbaarheid van deze kleinschalige voorzieningen ook zuinig te zijn met pleegouders en gezinshuisouders: zij zijn niet het afvoerputje van de jeugdhulp. Daarbij moeten we specialistische voorzieningen zoals bijvoorbeeld de Jeugdzorg Plus, instellingen

¹ The final publication is available at link.springer.com.

² G.H.P. van der Helm (PhD) is lector bij het Expertisecentrum Jeugd, adviseur bij Schakenbosch en hoofd onderzoek bij Fier

voor LVB of meisjes behouden en de zorg daar verbeteren door minder dwang toe te passen. Voor de maatschappij en de gemeenten is het een aansporing om voor onze moeilijkste kinderen en hun ouders adequate financiering te regelen die niet afhankelijk is van wisselende 'percelen' (daar zitten echte kinderen in!), en van budgetten van het volgend jaar maar een lange termijnvisie op de jeugdhulp inhoudt. Die bezuiniging op de jeugdhulp was een vergissing: er is dringend noodzaak voor verandering in het denken en in de uitvoering.

Inleiding

In de jeugdwet uit 2015 staat dat kinderen die niet meer thuis kunnen wonen bij voorkeur in een pleeggezin of in een gezinshuis moeten worden geplaatst. Nederland telt momenteel maar zo'n 750 gezinshuizen, het aantal kinderen in pleeggezinnen neemt af als gevolg van de gedragsproblemen van de kinderen die worden aangemeld (NRC, 23-1-2017). Er leven momenteel naar schattingen van het CBS en Jeugdzorg Nederland verder nog steeds zo'n tienduizend kinderen in residentiele instellingen en 1700 in jeugdzorg plus (gesloten). Kunnen we zonder de gesloten jeugdzorg en kunnen al die kinderen naar pleeggezinnen en gezinshuizen zoals de wet voorstaat? Gaan we dat realiseren wanneer deze jeugdwet ook met een bezuiniging van 200 miljoen gepaard gaat en een reusachtig bureaucratieapparaat bij gemeenten en instellingen die verder budget opsorpt en wat is daar voor nodig?

Op 30 november 2017 sprak ik aan de hogeschool Leiden mijn lectorale rede uit met de titel 'Hoop'. Ik vergeleek de kinderen die momenteel uit huisgeplaatst worden met mosselen die hun houvast op de mosselbank bij de andere mosselen verloren hebben, losslaan en de wijde zee van de jeugdhulp in spoelen. Het gevolg is vaak ongewis: een zwerftocht langs pleeggezinnen, gezinshuizen en instellingen zoals de aangrijpende documentaire 'Alicia' liet zien. Maar ook iedere overplaatsing betekent een nieuwe school en nieuwe vriendjes. De visser die deze mosselen terug zou moeten brengen naar de mosselbank heeft een net dat een aantal weeffouten kent met gaten waardoor de kinderen wegspoelen. Met iedere overplaatsing verliest het kind vertrouwen in de hulpverlening en in zichzelf. Het wordt dan kwetsbaar voor anderen die deze kinderen gericht zoeken, vinden, uitbuiten en misbruiken met een nieuwe 'verloren generatie' tot gevolg, die vaak weer een generatie voortbrengt met veel problemen. Ik noem drie weeffouten: het gemis aan focus op intergenerationele problematiek (1), de verkokerde behandelvisie en lineair denken in de jeugdhulp (2) en de huidige organisatie van de jeugdzorg, gekoppeld aan de financiering (3). Met wat politieke wil is aan al deze drie zaken wat te doen als we inhoud en het doel (geen kinderen meer verloren laten gaan) maar boven politiek, ideologie en geld stellen.

1. Intergenerationele problematiek.

De nieuwe jeugdwet begon zo mooi: ieder kind in het gezin van Eigen Kracht voorzien, dan zouden de problemen wel afnemen (en was er minder geld nodig). Preventief achter de deur

behandelen en als het echt niet anders kon uithuisplaatsing naar een pleeggezin of een gezinshuis was de oplossing, een typisch voorbeeld van lineair denken. Maar niemand vroeg zich af of dat wel mogelijk was. Want uit veel onderzoek blijkt dat probleemgedrag geen 'gebroken been' is maar meerdere oorzaken heeft: biologische, psychologische en sociale oorzaken, meestal in samenhang met elkaar. En die zijn nooit met een enkele (kortdurende) interventie te doorbreken.

Engel (1977) was de eerste die het 'biopsychosociale' model introduceerde en veel onderzoek liet zien dat hij daar waarschijnlijk gelijk in had. Biologische oorzaken van probleemgedrag kunnen een veelvoud van elkaar beïnvloedende factoren zijn en waar het gaat om agressief gedrag zijn deze uitvoerig besproken in het boek 'The Anatomy of Violence' van Adrian Raine (2012). Blootstelling van de moeder en/of vader aan veel stress (denk bijvoorbeeld aan armoede en schulden zie kader over stress) levert een aanpassing ('epigenetische expressie') aan het erfelijk materiaal op van het (te verwekken) kind. Deze aanpassing zorgt voor een veranderde instelling van de stress-as (HPA-as) in de richting van een minder sociale instelling en grotere gevoeligheid voor beloning (materieel of middelengebruik). De stress-as wordt verder in dit artikel besproken. Het is dan ook niet verwonderlijk dat dysfunctionele externaliserende gedragspatronen zoals agressie maar ook middelengebruik voor een belangrijk deel erfelijk zijn. Ook internaliserende problemen (depressie, angst) en specifieke problemen als autisme en een Licht Verstandelijke Beperking (LVB) hebben een stevige erfelijke component en gaan in de regel niet over. Gelukkig kunnen we kinderen als ze ouder worden steeds beter leren er mee om te leren gaan.

Het gevolg hiervan is dat kinderen die geboren worden uit deze gezinnen erfelijk gezien al een achterstand hebben. Dan hebben we het nog niet eens over blootstelling aan schadelijke stoffen tijdens de zwangerschap als gevolg van leefstijl en verslaving of zuurstoftekort tijdens de bevalling. Ook de eerste ontvangst van de baby is vaak problematisch, los van of het kind gewenst was of niet: deze kinderen huilen vaker en zijn moeilijker te troosten. In voorkomende gevallen wordt er dan binnen het gezin geslagen, wat weer verdere hersenbeschadiging oplevert waardoor executieve functies verminderen als gevolg van microbloedingen in de hersenen. Maar ook verminderd contact met verzorgers ('hechting') levert aanzienlijke hersenbeschadiging op met name in de eerste twee levensjaren. Deze schade draagt het kind zijn leven met zich mee.

Over de psychologische gevolgen van nadelige jeugdervaringen (mishandeling, misbruik en verwaarlozing) is de laatste jaren veel onderzoek gedaan (Wolf & Baglivio, 2019). Een belangrijk gevolg van nadelige jeugdervaringen is dat ze stapelen: des te vroeger ze plaatsvinden en hoe vaker hoe meer langdurige schade (Mc Laughlin, 2017). Bovendien leiden nadelige jeugdervaringen psychologisch gezien tot 'negatieve emotionaliteit'. Bij deze kinderen ontstaat een fundamenteel wantrouwen naar anderen en naar zichzelf (laag zelfbeeld) als gevolg van pijn. Anglin (2014) duidt hun gedrag dan ook als 'pain based behaviour'. Deze kinderen, die vaak met een hechtingsstoornis worden gediagnosticeerd, zijn in de regel drukker en agressiever, schreeuwen, kunnen minder goed contact maken met andere kinderen en raken daardoor sociaal geïsoleerd. Sociale isolatie leidt direct naar de pijncentra van de hersenen, zo laat modern hersenonderzoek zien (Macdonald & Leary, 2005).

Sociale oorzaken lopen hand in hand met erfelijke en psychologische oorzaken.

Het zijn de kinderen die op het kinderdagverblijf gemeden worden door de andere kinderen, nooit op verjaarspartijtjes uitgenodigd worden vanwege hun 'ander' gedrag (externaliserend en internaliserend) en alleen op het schoolplein achterblijven als iedereen al een speelkameraadje heeft gevonden om thuis bij te spelen.

Thuis krijgen ze door hun gedrag veel negatieve feedback van opvoeders (thuis wordt vaak veel geschreeuwd). Maar ook op school waar een leerkracht vaak nog dertig andere kinderen heeft en weinig tijd en aandacht voor een druk, agressief of verdrietig kind heeft, krijgen ze veel negatieve feedback. Niet zelden leidt dit al op vroege leeftijd tot wisseling van basisschool. Ondanks de invoering van de Wet Passend Onderwijs zien we na enkele scholen plaatsing in crisis in het speciaal onderwijs, vaak met een waaier van diagnoses meestal volgens de DSM (classificatie van psychiatrische ziekten). Afgelopen jaar zijn die plaatsingen met 13% gestegen (bron: Lecso, 2017). Veel gemeenten beginnen vaak met een lichte vorm van ambulante behandeling en schalen op wanneer er geen resultaat is en de problemen verergeren, bijvoorbeeld doordat jongens van probleemgedrag inwisselen voor crimineel gedrag. In veel gevallen wordt dan door geschrokken wijkteams gekeken naar uithuisplaatsing, maar waarschijnlijk te laat omdat problemen al vroeg in de kindertijd zijn

begonnen en inmiddels zijn doorgesloei. Dan leidt een uithuisplaatsing tot een serie overplaatsingen zoals eerder beschreven en raakt het kind steeds verder op drift. Als tiener wordt het meestal niet beter als de zelfcontrole afneemt door hormonale veranderingen in de hersenen. Jongens en meisjes met afwijkend gedrag volgen vaak verschillende paden. Jongens beginnen als gevolg van hun focus op materiele zaken en verlangen naar contact en respect van anderen wat ze proberen af te dwingen met als gevolg agressie en 'kleine' criminaliteit zoals stelen. Al gauw wordt stelen tasjesroof, afpersing en bedreiging, gevolgd door overvallen. Een tijdje in de jeugdgevangenis verhoogt hun status. Dan komen ze erachter dat drugshandel in Nederland de meest lucratieve criminele bezigheid is, vaak gecombineerd met wapen- en mensenhandel. Over criminele paden van jongens is veel bekend (Raine, 2012). Minder aandacht gaat uit naar meisjes. Veel meisjes uit de jeugdhulp, die al een broze identiteit en een wankel zelfbeeld hebben, vallen ten prooi aan criminelen die op zoek zijn naar kinderen uit de jeugdhulp (Van Dijke et al., 2012). Kinderen met een jeugdhulpverleningsgeschiedenis zijn extra vatbaar voor seksueel misbruik in onze samenleving. Dit komt doordat ze in het verleden soms misbruikt zijn en lang niet altijd werd het misbruik herkend, ook niet altijd binnen jeugdhulpinstellingen. Na eerder misbruik is de kans op opnieuw slachtofferschap veel groter (revictimisatie, Van Dijke et al., 2012) en hun kinderen, die ze vaak veel te vroeg krijgen volgen hetzelfde pad.

Deze kinderen hebben vaak een disharmonisch ontwikkelingsprofiel met een gebrekkige persoonlijkheidsontwikkeling als gevolg van verwaarlozing en mishandeling en een gefragmenteerd bestaan. Ze kunnen daardoor moeilijker 'nee' zeggen tegen anderen die hen willen gebruiken. Dit geldt in het bijzonder voor kinderen met een licht verstandelijke beperking die vaak een onderdanige probleemoplossingsstijl hebben (Van der Helm, van Nieuwenhuizen & Wegter 2010).

Daarbij komt ook nog dat plegers weten dat jeugdhulpkinderen makkelijker in te palmen zijn ('grooming'): met een beetje aandacht, een paar dure schoenen en een dreigement is het vaak zo gebeurd (Van Dijke et al., 2012). Plegers gaan zeer geraffineerd te werk en wisselen meisjes en jonge jongens, vaak uit op straat of via internet (Dark Web). Meestal komen er ook nog drugs bij te pas zodat kinderen de angst en de pijn niet voelen:

Een meisje uit een jeugdinrichting: *"Na drie joints maakt het niet meer uit wie er over je heen gaat"*.

De gevolgen op lange termijn zijn vaak zeer ernstig, komen bovenop een al verstoorde ontwikkeling en kunnen leiden tot depressie, gedragsstoornissen of complexe traumata en gedrag gebaseerd op pijn. Deze kinderen hebben specifieke trauma behandeling (bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie of EMDR) nodig. Omdat er op ze gejaagd wordt door mensenhandelaren en criminelen (die staan te wachten voor het schoolplein) moeten ze soms voor hun eigen veiligheid naar een besloten of gesloten instelling. Daarom is het zo belangrijk om niet weg te kijken of te denken dat het wel mee zal vallen. Dat doet het zelden.

Uit onderzoek (Van Dijke et. al. 2012) is gebleken dat het vaker om bekenden gaat dan 'de man in de bosjes'. Sportclubs, onderwijs, verenigingen, het dorp, dat maakt de drempel om extra alert te zijn kleiner maar ook maakt het dat er bij vermoedens vaak niets mee wordt gedaan. Kinderen wijten het misbruik door bekenden vaak aan zichzelf, schamen zich, durven er niet over te praten en dragen deze last en eenzaamheid hun hele leven mee.

De grote kwetsbaarheid van kinderen in de jeugdhulp brengt met zich mee dat professionele opvoeders alert moeten zijn op mogelijke signalen van misbruik. Over het algemeen gaan signalen over fysieke tekenen (bv. blauwe plekken op rare plekken, pijn), gedragsveranderingen (agressie, spijbelen, weglopen), stemmingsveranderingen (depressie, terugtrekken) en overmatig seksueel getint gedrag en soa's die niet bij de ontwikkelingsleeftijd horen. De lijst van signalen is lang³ en er is specifieke deskundigheid nodig om misbruik vast te stellen, zeker voor LVB.

Wat kan je als hulpverlener en professionele opvoeder zelf doen? Een vragende benadering (zie bij Jim van Os, 2015): 'Wat is er met je gebeurd' is in de hulpverlening niet makkelijk en daar moeten we in onze opleidingen meer aandacht aan schenken. 'Waarom zo verdrietig, zo teruggetrokken, zo stil of juist zo schreeuwend, zo agressief?' Pain based behaviour moeten we leren te herkennen. Veel hulpverleners schrikken ervoor terug als het gaat om dit ook voor hen beladen thema, verdragen de verhalen niet en worden boos.... Op onze

³ <https://www.seksindepraktijk.nl/mogelijke-signalen-van-seksueel-misbruik-bij-jongeren>

hogescholen moeten we hier meer aandacht aan schenken bij de opleiding van aankomende professionals en ons realiseren dat de aankomend hulpverlener ook iemand is met een achtergrond die het soms moeilijk maakt om hier adequaat mee om te gaan, want vragen en luisteren is moeilijker dan antwoorden geven en met oplossingen komen.

Een belangrijk advies voor de hulpverlening is verder: weet altijd waar je kind is en met wie en check dat. Nodig iedereen uit, ook de verkering. Wees vooral niet te goed van vertrouwen. De buitenwereld jaagt vooral op deze meisjes (en jonge jongens). Een meisje dat ieder weekeinde bij een vriendinnetje zou zijn bleek daar niet te zijn. Zij bleek ook veel te vaak, zonder dat de opvoeders dat wisten langere tijd 's avonds 'weg' te zijn, geen goed teken. Ken naast 'weg zijn' ook de andere tekenen: rondhangen met groepen van alleen jongens is als meisje niet veilig en niet 'normaal'. Veel te oude 'vriendjes', geen goed teken. Drugs en dure spullen ('foute kleren!' zoals dure jurkjes en setjes lingerie) krijg je nooit voor niks en wie kan dat van zijn zakgeld betalen? Maar praat ook over 'vriendinnen' want mensenhandelaren zetten andere meisjes, ook vaak met een jeugdhulpverleden, onder druk om meisjes te ronselen, zelfs binnen instellingen! Onderzoek waar teruggetrokken gedrag, angst en depressie vandaan komen. Ook logeren bij anderen hoort bij het 'normale' leven, maar seksueel misbruik is niet 'gewoon' bij logeren. Wees er van bewust dat een kind dat te maken heeft met jeugdzorg extra risico loopt, dat anderen dat weten en er misbruik van kunnen maken door logeerplekken aan te bieden. Helaas bewegen zich plegers binnen de jeugdhulpwereld. Praat vaak met je kind, zodat je weet wanneer er iets aan de hand is, vraag door naar plaats en tijd. Hoe vager het verhaal hoe meer risico. Een sombere boodschap? Helaas wel, maar wordt wakker, het percentage misbruik onder kinderen is volgens Corinne Dettmeijer (ex-Nationaal Rapporteur Mensenhandel) groot. In Nederland is Fier een van de belangrijkste kenniscentra voor misbruik in afhankelijkheidsrelaties en 24/7 bereikbaar⁴. Kijk niet weg: trauma's, het verdriet en de pijn gaan nooit vanzelf weg bij het kind. Een gezinshuisvader die vier misbruikte meiden opvangt en die stad en land afrijdt om zijn kinderen naar therapie te brengen zei recent tegen mij: "Ik ben thuis omringd door trauma's".

⁴ <https://www.fier.nl/contact>

Grote thema's in de intergenerationele probleemoverdracht zijn dus stress (vaak door armoede en schulden), negatieve jeugdervaringen en trauma (verwaarlozing, mishandeling, misbruik), gevoeligheid voor middelengebruik en LVB.

Een goede behandeling zou de gevolgen van deze negatieve jeugdervaringen kunnen beperken, ware het niet dat de meeste schade al in de eerste twee levensjaren wordt aangericht en kinderen vaak pas in beeld komen als er vergevorderde gedragsproblemen zijn. Wijkteams zouden hier verandering in kunnen brengen, maar in 2016 en 2017 zagen ze zoveel gevorderde problematiek dat uithuisplaatsing vaak nog de enige remedie was (Van der Helm, 2017). Wanneer kinderen uit huis geplaatst worden komen ze vaak in eerste instantie in een pleeggezin, een gezinshuis of een instelling, waar ook behandeling plaats vindt. Deze behandeling is echter vaak minder effectief dan gedacht. Het 'behandellandschap' is behoorlijk traditioneel en verkokerd en mist daardoor gebrek aan effectiviteit.

2. Verkokerde behandelvisie

2.1 **DSM.** In veel instellingen is het referentiepunt voor de behandeling en financiering de 'bijbel van de psychiatrie' genoemd, de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM nu: versie V).

In deze 'bijbel van de psychiatrie' staan alle honderden psychiatrische aandoeningen netje op een rij. Alleen blijkt uit veel onderzoek dat er bij kinderen bijna nooit sprake is van een welomschreven stoornis, laat staan een ziekte. In de regel is er sprake van meerdere problemen die ook gedurende de behandeling nogal eens wisselen van intensiteit en vaak afhankelijk zijn van de kwaliteit van het leefklimaat (Heynen, 2016; Eltink, Van der Helm & Stams in voorbereiding). Asendorpf, Schneider, Bullock en van Aken (in: Slot en Aken, 2013) vonden in hun groots opgezette Logic studie dan ook die honderden aandoeningen niet terug bij kinderen maar wel een internaliserende en een externaliserende component (zie verder op p.12). Recent onderzoek van Wolf & Baglivio (2017) laat zien dat er onder een externaliserend probleem bovendien bijna altijd een internaliserende component schuil gaat die ze 'negatieve emotionaliteit' noemden (angst, wantrouwen, depressie etc.). Vandaar dat veel jeugdonderzoekers tegenwoordig meer uitgaan van een algehele 'Psychopathologiefactor' ('P' factor). Het is de verwachting dat modern onderzoek het belang van de DSM, in ieder geval voor de jeugd, de komende jaren zal terugdringen (Van Os, 2015). Toch sippelen deze inzichten maar langzaam door omdat gevestigde belangen in de GGZ, wetgeving en financiering van een DSM-classificatie afhangen.

Het behandelandschap voor kinderen met ernstige problemen met zijn nadruk op de aangeharkte DSM V lijkt daarom sterk op een verkokerd plattelandsdorp uit de vorige eeuw. Een strakke rangen- en standenmaatschappij met een naar buiten uitgedragen onwrikbaar geloof in eigen kunnen maar intern weinig onderlinge samenwerking en weinig gevoeligheid voor feedback tussen de kokers. De Burgemeester en de dokter bepaalden het dorpsleven naast de pastoor of de dominee. Ruimte voor nieuwe ideeën was er zelden want dat gaf alleen maar onrust in de verkokerde dorpsamenleving en bedreigde de gevestigde belangen. In veel instellingen is de 'burgemeester en de dokter' de kinder- en jeugdpsychiater of de GZ-psycholoog als hoofdbehandelaar de bepalende factor (nog steeds

wordt hij/zij in sommige instellingen de 'geneesheer-directeur' genoemd). Daaronder staan psychologen en gedragsdeskundigen en specifieke therapeuten die voor een voorbeeld naar boven kijken naar de Psychiater of de GZ-psycholoog. Deze therapeutische bovenlaag ziet de jongeren hooguit een uurtje per week in een apart kamertje, liefst met eigen secretaresse want dat geeft status, maar ze zien de kinderen vaak veel minder. Maar ze bepalen vaak wel het beleid. Onderaan komen de pedagogisch medewerkers, gezinshuisouders en leerkrachten van het speciaal onderwijs. Dat zijn de arbeiders en boerenknechten uit het dorp, die meestal geen deel uitmaken van het 'behandelteam', maar wel 23 uur per dag met de jongeren in touw zijn als ondersteuner, opvoeder en nog veel andere taken. Als het mis gaat vangen ze de agressie of automutilatie op en moeten dan 's avonds weer het gesprek hervatten bij een kopje chocolademelk. Alleen behoren zij meestal niet tot het behandelteam. Geen wonder dat veel jongeren tegen ons in interviews zeggen dat ze geen behandeling krijgen, wanneer alleen dat het ene uurtje in de week in het kamertje met de psycholoog als behandeling telt. Omdat 'het behandelteam' gesplitst in boven en beneden (de leefgroep is meestal beneden en het behandelteam heeft eigen kamertjes boven in het gebouw) is er van teamvorming geen sprake. Er is vooral sprake van gebrek aan communicatie, elkaar feedback durven en kunnen geven en een gedeelde visie. Dat schuurt in de praktijk.

Wanneer jongeren naar het speciaal onderwijs gaan is daar vaak ook nog eens een gedragsdeskundige of een intern begeleider die meestal niet veel contact heeft met de leefgroep en diens behandelaars (Van der Helm & Austman, 2012).

Vaak is ook de Raad voor de Kinderbescherming bezig met zijn eigen onderzoek, voogden vanuit drie verschillende landelijke hulporganisaties beslissen voor het kind al dan niet in samenwerking met de reclassering. Verder kunnen er nog hulpverleners vanuit de gemeente betrokken zijn (Veilig Thuis) die zich met een gezin bezighouden naast de schuldhulpverlening, en de Sociale Dienst. Soms zijn er ook speciale gemeentelijke teams betrokken bijvoorbeeld in het kader van de Top 600 of Stadsmariniers. Misschien vergeet ik er een paar, dat was niet mijn bedoeling. Daar doorheen kunnen Politie en Justitie en schuldeisers zoals de woningcorporaties, nutsbedrijven en de belastingdienst fietsen met eigen beleid, prioriteiten en bevoegdheden, die overigens met elkaar ook niet alle kennis delen. Zoveel hulpverleners leidt tot wat we noemen een 'diffusie van verantwoordelijkheid'. Diffusie van verantwoordelijkheid heeft volgens de

inspectierapporten (2004) ook een rol gespeeld in de dood van Savannah en meer kinderen zoals bijvoorbeeld Gessica in 2007 ('het Maasmeisje'). Dat betekent dat hulpverleners al snel denken dat iemand anders wel die moeilijke beslissing neemt. Al die hulpverleners communiceren vaak niet met elkaar, zich ondanks afspraken beroepend op de privacy, prioriteiten in het beleid, het beroepsgeheim of een ambtsgeheim en elkaar vaak wantrouwen. Als het al tot een casusoverleg komt krijgen deelnemers niet altijd relevante feiten te horen. Als er dan onverwachts een incident of crisis ontstaat moet iemand snel beslissen, ook wel 'de sprong door de brandende deur' genoemd. Meestal wordt er dan gekozen voor een volgende, zwaardere stap zoals uithuisplaatsing naar een pleeggezin of een gezinshuis. Daar krijgen betrokken zorgorganisaties, gezinshuisouders en het speciaal onderwijs in de regel niet tijdig alle informatie en ze worden soms onder druk gezet om het kind snel te accepteren. Dan gaat het vaak mis, meestal met een ernstig incident waarbij medewerkers en het kind beschadigd raken. Vanuit de Hogeschool Leiden hebben we onderzoek gedaan naar dergelijke incidenten die als oorzaak gebrek aan informatie-uitwisseling en diffusie van verantwoordelijkheid hadden en de conclusie was dat wanneer wel alle informatie was uitgewisseld en er regie was genomen er waarschijnlijk voor een ander spoor gekozen was. Voor het kind betekende dat mislukte traject echter weer een nieuwe overplaatsing en daarmee gepaard gaande afwijzing en falen. Misschien moeten we meer leren van incidenten (kader).

Leren van incidenten

In de jeugdhulp worden vaak na ieder incident verstandige maar lijvige rapporten geschreven, vaak volgens de PRISMA-methode en het lijkt vaak of de kous daarmee af is: de waan van de dag neemt het over.

Maar vaak waren de problemen die aanleiding gaven al lang bekend en hadden belangrijke organisatorische oorzaken die vaak neerkwamen op belangen in de 'dorpsgemeenschap' en geld. Al die rapporten leiden vaak tot goede voornemens die vervolgens weer in de dagelijkse realiteit sneuvelen. Voor leren van incidenten is een andere organisatie dan de dorpsgemeenschap nodig waar communicatie en feedback op prijs worden gesteld (zie verder) en dorpsbelangen ondergeschikt zijn aan het belang van het kind.

Een praktijkvoorbeeld: een jongen die weliswaar communicatief heel sterk was, maar sociaal-emotioneel zwak (disharmonisch ontwikkelingsprofiel) werd in het speciaal onderwijs van zijn woonplaats naar een hogere leerroute (5) geplaatst. Als gevolg daarvan kon hij geen contact krijgen met zijn klasgenoten, werd gepest en veroorzaakte uiteindelijk een ernstig incident. De jongen werd met spoed uit huisgeplaatst naar een gezinshuis in het Oosten van het land zonder de juiste informatie en in het speciaal onderwijs, cluster 3, op leerroute twee geplaatst. Daar echter viel op dat hij communicatief heel sterk was en werd hij naar leerroute 5 geplaatst. De geschiedenis herhaalde zich met weer een ernstig incident. Uit onderzoek bleek dat de zorgorganisatie uit de oorspronkelijke gemeente ervoor had gekozen niet alle informatie te vermelden omdat ze bang waren dat de jongen niet in het gezinshuis en op het speciaal onderwijs zou worden geaccepteerd. Overigens zit dezelfde jongen nu in een structuurklas die wel rekening houdt met zijn achterstand in sociaal-emotionele ontwikkeling. Het gaat al meer dan een jaar heel goed met hem op school en in het gezinshuis. In deze casus had het twee keer heel weinig gescheeld of er was sprake geweest van een levensdelict en deze jongen was jarenlang met een PIJ-maatregel (Plaatsing in een Justitiële Jeugdinstelling) in een Justitiële Jeugdinstelling opgenomen.

In de 'dorpsgemeenschap' zijn naar elkaar luisteren, communiceren en resultaatgericht werken (de voorwaarden voor een beginnend team volgens Hersey en Blanchard, 1995) vaak niet aanwezig. Ook schrikken we terug om de regie te nemen in zo'n complexe dorpsgemeenschap om geen belangenconflicten te creëren want je krijgt dan zomaar te horen dat de dokter er meer verstand van heeft. Ondanks 'casusoverleg' is er geen sprake van een behandelteam.

Ook de visies op behandeling kunnen sterk verschillen naar gelang de belangen, het gehanteerde kader van de onderscheiden hulpverleningsorganisatie en de beleidsmatige prioriteiten. De proliferatie is groot, maar uiteindelijk is de DSM toch wel de meest invloedrijke omdat daar financiering van afhangt. Hoe staat het met de kennis op dit terrein (zie kader Geschiedenis)?

Geschiedenis DSM

1.1 Wie naar nieuwe inzichten in de kinder- en jeugdpsychiatrie wil kijken kan niet om de geschiedenis van de psychiatrie en de psychologie heen. In de middeleeuwen was er in de regel weinig compassie met mensen (en kinderen) die zich afwijkend gedroegen. De heersende geachte was dat straf wel alles op zou lossen (Pinker, 2012) en als dat niet hielp was er altijd nog een zwaardere straf of executie.

In de tweede helft van de achttiende en in de negentiende eeuw kwam door de verlichting het idee dat veel van deze mensen ziek waren langzaam vooruit door bijvoorbeeld Pinel (1801), en bijvoorbeeld Charcot (1868), Kraepelin (1909) maar ook het werk van Freud (1868) veranderde het denken. Toen in de eerste wereldoorlog soldaten die dagenlang aan artillerievuur waren blootgesteld zich niet meer konden bewegen –iets dat toen ‘shellshock’ werd genoemd maar in feite een vorm van posttraumatische stress-stoornis was- wekte dat ook de interesse van psychologen en artsen (en het leger). Tegelijkertijd (1913) ontwikkelde in de VS (Watson) en in Rusland (Pavlov) het behaviorisme dat uitging van de leertheorie met als radicale exponent Skinner (1938) die alle gedrag vanuit leren verklaarde en niets met denken of cognities te maken wilde hebben. In de Tweede Wereldoorlog wilde men de soldaten beter trainen en inzicht krijgen in hun gedrag, iets wat uitgroeide tot een stroming die later ‘cognitieve psychologie’ is gaan heten. Die stroming keek als reactie op het behaviorisme juist naar cognitieve processen en de rol van taal (Chomsky, 1958). Uit de cognitieve stroming groeide later de ontwikkelingspsychologie en de sociale psychologie. Ook mentale stoornissen werden meer en meer verklaard vanuit cognitieve processen. In de jaren zeventig van de vorige eeuw waren alle bovengenoemde stromingen actief, iets wat tot een enorme spraakverwarring over stoornissen leidde. Er waren ook verschillende classificatiesystemen voor stoornissen zoals het CHAM-systeem, de ICD en de DSM (ontwikkeld om psychiatrische problemen van soldaten te classificeren), iets wat de verwarring compleet maakte. Belangrijk is wel te realiseren dat deze systemen niet ontstonden vanuit wetenschappelijk onderzoek maar vaak compromissen waren tussen psychiaters, psychologen en de farmaceutische industrie (Frances, 2012; Van Os, 2015). Een stoornis werd gezien als een soort gebroken been wat te repareren viel. Het was een stoornis als de problemen op zijn minst enkele maanden aanwezig zijn. Bovendien moet er

sprake zijn van een beperking in het functioneren en de ontwikkeling van het kind of de jongere of het kind zelf, zijn ouders of omgeving lijden eronder, de zogenoemde lijdensdruk (NJI, 2017, www.nji.nl). Het medische model (ziekte leidt tot aandoening en genezing) was dus leidend in deze definitie. In de VS is de DSM (nu versie V uit 2013) langzaam boven komen drijven en als gevolg van de compromissen werden er steeds meer stoornissen aan toegevoegd, wat het boek dikker en dikker maakte. En de kinder- en jeugdpsychiatrie? Bij gebrek aan goed onderzoek werd de DSM ook van toepassing op kinderen verklaard (misschien met uitzondering van de toenmalige AS II-persoonlijkheidsstoornissen) maar daar werd niets op gevonden: kinderen kregen dezelfde diagnose (bijvoorbeeld 'Borderline' maar dan met de letter 'io'-in ontwikkeling- erachter.

In de jaren negentig zagen we naast de cognitieve stroming die steeds meer terrein begon te winnen als gevolg van onderzoek ook onderzoek op gang komen naar de rol van emoties door de Nederlandse hoogleraar Nico Frijda (2013), waardoor er ook aandacht kwam voor relaties: de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen. Kroger en Marcia ontwikkelden op basis van de theorie van Eriksson onderzoek naar de persoonlijkheidsontwikkeling die samen met de cognitieve- en sociaal-emotionele ontwikkeling belangrijke bouwstenen zou gaan vormen voor een andere, meer pedagogische kijk op gedrag en ontwikkeling dan de DSM-classificatie (Van der Helm, 2017). De jaren negentig zag ook de ontwikkeling van het moderne hersenonderzoek. Een van de conclusies van dit hersenonderzoek was dat veel van de ziekten uit de DSM niet terug te vinden waren in de hersenen. Veeleer zagen onderzoekers algemene verschillen tussen zieke en 'normale' mensen die net zo goed verklaard konden worden vanuit de gevolgen van de stoornis zoals stress (zie verder), een gefragmenteerd bestaan, verwaarlozing, mishandeling en misbruik (kip-ei probleem). Maar ze zagen ook dat veel patiënten vaak meer stoornissen hadden (co-morbiditeit) of dubbele diagnoses en dat het soms een beetje toevallig was welk etiket werd opgeplakt. Verder liet onderzoek zien dat de grenzen tussen verschillende diagnoses bij kinderen niet scherp getrokken konden worden, zo hebben bijvoorbeeld mensen met een licht verstandelijke beperking vaker kenmerken van autisme maar ook van ADHD of dyslexie. Fairchild (2013) liet dan ook zien dat er bijna altijd sprake was van die algemene hersenbeschadiging, met name bij crimineel en agressief gedrag.

De kinderpsychiater Frenk Verhulst schreef daarom in 2015 (p. 262): *‘Toch heeft wetenschappelijk onderzoek maar weinig bijgedragen aan verbetering van preventie en interventie van psychiatrische stoornissen bij kinderen en adolescenten. Blijkbaar is de etiologische en fenotypische heterogeniteit zo complex dat de toepassing van nieuwe technieken, zoals de genetica en (neuro)imaging, binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie niet tot de grote successen heeft geleid die in de algemene geneeskunde plaatsvonden.’*

Maar naast de DSM is er de afgelopen 15 jaar nog een ontwikkeling die aandacht behoeft: de enorme proliferatie van ‘bewezen’ methodes in de Jeugdzorg en Opvoeding, voornamelijk bijeengebracht in de ‘Databank Effectieve Jeugdinterventies’ van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI, www.nji.nl).

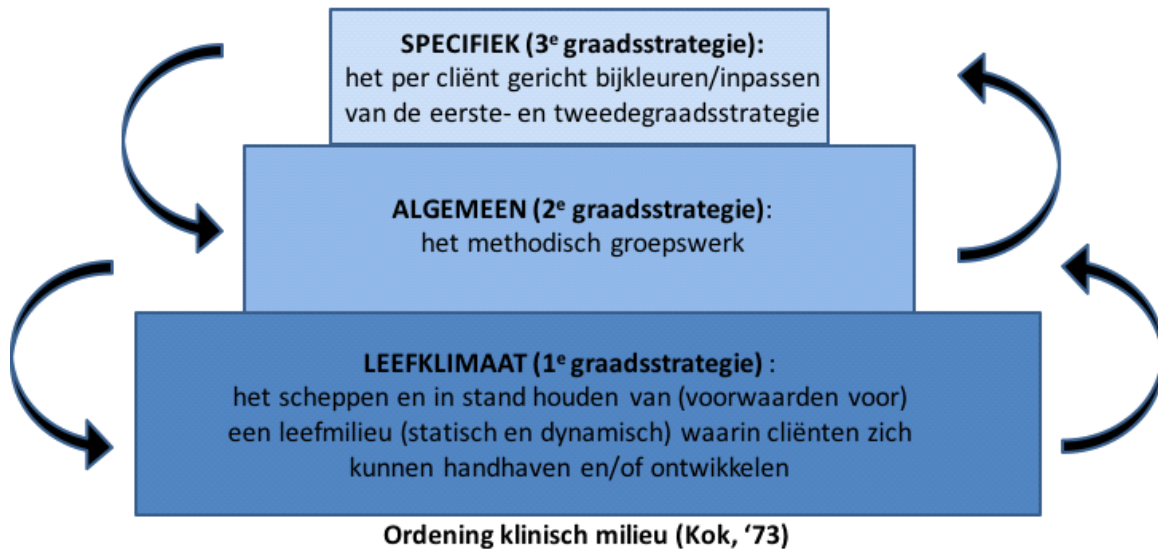
2.1 Effectieve Methoden. Het idee achter deze databank is dat je een probleem bij een kind met behulp van een ‘effectieve interventie’ kunt voorkomen of genezen, een schoolvoorbeeld van lineair denken. Op dit moment (stand van zaken 1-1-2018) zijn er in de databank 241 ‘erkende’ interventies voor hulp bij opgroeien en opvoeden beschreven, waarvan zeven met het predicaat ‘sterke aanwijzingen’. De meeste interventies komen echter niet verder dan ‘goed onderbouwd’ (184), iets wat nog lang geen effectiviteit bewijst. Daarom is de titel van de Databank Effective Jeugdinterventies enigszins misleidend en het woord ‘effectief’ kan waarschijnlijk beter weg. Ook in deze Databank zien we een sterke invloed van het medisch model. Het medisch model is sterk gericht op lineair denken (reductie door oorzaak-gevolg) en minder op de invloed van de relatie tussen bio-psycho-sociale factoren en intergenerationele probleemoverdracht. Weisz et al. (2012; 2013) becijferden echter al vijf jaar geleden dat een enkele interventie maximaal voor 20% kan bijdragen aan herstel. Het effect van een enkele interventie is volgens Weisz in een klinische populatie altijd minder dan in de algemene populatie is en sommige interventies richten ook schade aan (Van der Helm, 2011). We zien ook dat onderzoeksuitkomsten naar (voornamelijk specifieke-) interventies weinig bijdragen aan ontwikkeling en herstel. Dit lijkt zelfs het geval te zijn in de ‘sterke aanwijzingen’ categorie van de databank van het NJI. Wanneer we die onder de loep leggen valt het op dat de ‘sterke aanwijzingen’ niet altijd gelden voor klinische groepen, of dat de studies door de bedenkers van de interventies zelf zijn uitgevoerd en een matige bewijskracht hebben. Voorbeelden zijn dat ouders geen vooruitgang aangaven (‘Incredible Years basis’), de interventie in een probleemgroep niet

het beoogde effect had ('Taakspel'), de studie zeer beperkt van opzet was doordat er geen controlegroep was en de effectgroottes klein waren ('VIPP-SD'). In januari 2016 is het Pelsseer voedingsdieet (RED, ADHD behandeling) zelfs geruisloos van de lijst verdwenen nadat het gezaghebbende tijdschrift The Lancet de bedenker Trees Pels en haar promotor prof. Buitelaar in 2013 beschuldigde van belangenverstremming bij het onderzoek. Het Trimbos instituut was vorig jaar (De Winter, Verhagen & Goossens, 2016) zo geschrokken over dit soort belangenverstremming bij het onderzoek naar effectieve jeugdinterventies dat ze een artikel publiceerden in de Psycholoog waarin ze het hoge 'WC-eend' gehalte ('Wij van WC-eend raden WC eend aan') hekelden. In 84% was een van de auteurs niet onafhankelijk, maar eveneens zorgwekkend was dat in 81% van de gevallen incorrecte informatie werd gegeven over de belangenverstremming. Dat is extra zorgwekkend omdat voor veel interventies hoge bedragen moeten worden neergeteld. Toch stellen veel gemeenten voor het verlenen van jeugdhulp de eis dat zorginstellingen gebruik maken van effectieve interventies uit de databank. Zo worden instellingen waarschijnlijk gedwongen interventies in te kopen die niet werken voor hun doelgroep. De reactie van het NJI op dit artikel (in hetzelfde nummer van de Psycholoog afgedrukt) was ronduit magertjes en zou mijns inziens aanleiding moeten zijn tot Kamervragen.

Het idee dat een enkele interventie, met name in klinische groepen met veel negatieve jeugdervaringen en trauma's alleen niet effectief kan zijn werd overigens al in de zeventiger jaren door de hoogleraar J.F.W. Kok (1973) naar voren gebracht. Hij gaf aan dat behandeling alleen effectief kon zijn wanneer er sprake was van een goed leefklimaat (of een goed gezinsklimaat en leerklimaat op school). Hij noemde dat de 'eerstegraads strategie'. Een goed klimaat zorgt ervoor dat de psychologische basisbehoeften van het kind volgens de Zelfdeterminatietheorie (Verbondenheid, Competentie en Autonomie; Vansteenkiste en Soenens, 2015) worden vervuld, iets wat motivatie voor gedrag en ontwikkeling bevordert (Van der Helm, 2017). Daarbovenop rust de 'tweedegraads strategie', het methodisch werken, bijvoorbeeld op de leefgroep, het onderwijs of in het gezinshuis. De specifieke interventies uit de databank van het NJI hebben meestal een derdegraads karakter (zie figuur 1, Van der Helm, 2017). Alleen wanneer de drie strategieën in gezamenlijkheid worden door een echt team (en geen dorpsgemeenschap) is een hogere effectiviteit te verwachten. Des te belangrijker is het daarom het verkokerde

behandellandschap en de 'dorpscultuur' te doorbreken.

Figuur 1:



2^e en 3^e niveau zinloos zonder een goed leefklimaat.....

3. Wat nu? Hedendaagse inzichten

3.1 **P-factor en stress.** Er komt steeds meer duidelijkheid dat de meeste psychische stoornissen niet te genezen zijn (Van Os, 2015) maar dat mensen er wel mee kunnen leren leven en van de gevolgen herstellen door middel van het opbouwen van betekenisvolle relaties samen met competentie en autonomie. Dit proces wordt mooi verwoord in het boek van Toon Walravens ("Toon is hersteld", uitgeverij Comtext) en is een aanrader voor de hulpverlening. Het is inmiddels duidelijk dat het traditionele medische model en de DSM onvoldoende verklaringen voor herstel biedt, evenals de 241 effectieve interventies in de databank van het NJI. Vandaar dat we momenteel denken in het eerder genoemde 'Bio-Psycho-Sociaal' model (Van Os, 2015) als oorzaak en minder aan een medisch ziektemodel. Biologische factoren (zoals genetische kwetsbaarheid, maar ook geslacht) bepalen hoe iemand met bepaalde psychologische eigenschappen (bijvoorbeeld temperament en 'resilience' (weerbaarheid)) samen met sociale factoren (stressoren) bepalen uiteindelijk het gedrag en de uiting van die kwetsbaarheid (en weerbaarheid). Daarbij kwam nog meer aandacht voor 'Executieve Functies' (wat kan een kind wel?) dat een andere, meer

pedagogisch alternatief vormde voor het medische (ziekte)model.

Executieve functies gaan over die zaken die je zou moeten kunnen om op een bepaald, leeftijdsadequaat niveau in de samenleving te kunnen participeren. Daar is nu veel meer aandacht voor dan vroeger en dan in het medische model. Een voorbeeld: een peuter van drie jaar die een ander kind in de peuterspeelzaal bijt omdat zijn favoriete knuffel wordt afgepakt vinden we (als ouders) niet fijn, maar we weten dat in die leeftijd de sociaal-emotionele ontwikkeling nog niet zover is dat bij stress er voldoende beheersing (inhibitie) is om NIET te bijten. Wanneer dat kind hetzelfde gedrag op zes of acht jaar nog steeds vertoont en andere kinderen bijt of spuugt, maken we ons zorgen over diens executieve functies (sociaal- emotioneel). Kijk hiervoor de uitstekende documentaire 'de kinderen van de Hondenberg' (http://www.npo.nl/ncrv-dokument-kinderen-van-de-hondenberg-2/08-07-2013/NCRV_1591071).

Bovendien blijkt dan vaak dat niet alleen de sociaal-emotionele ontwikkeling achterblijft, maar ook de persoonsontwikkeling (Biesta, 2015), iets wat vaak een negatieve uitwerking heeft op gedrag en geweten (Het Morele Kompas, Vansteenkiste & Soenens, 2015). Tot slot is veel gedrag gebaseerd op pijn als gevolg van trauma's uit het verleden die vaak lang doorwerken. De Israelische psychiater Ariel Shalev verwoordde dit in zijn 'Anatomische Les' uit 2008 als volgt: '*trauma etst de geest*'. Het gevolg is vaak disfunctioneel gedrag. Anglin (2014, <https://eric.ed.gov/?id=EJ1038559>) heeft het over 'pain based behaviour'. Het is de vraag of dergelijk gedrag een psychopathologische stoornis is of simpelweg een reactie op de kwaliteit van de omgeving (het 'leefklimaat').

De Nederlandse Hoogleraar Marcel van Aken deed eind jaren 90 samen met anderen al in Duitsland longitudinaal (langdurend) onderzoek (De "Logic" studie) naar het voorkomen van psychopathologie bij kinderen en concludeerde dat er eigenlijk maar 2 vormen van problemen bij kinderen onderscheiden konden worden: namelijk *internaliserende* stoornissen (naar binnen gericht zoals angst, depressie en eetstoornissen) en *externaliserende* stoornissen (zoals ADHD, opstandig of antisociaal gedrag). Caspi (2014) voegde daar naar aanleiding van zijn eigen longitudinale ("Dunedin") onderzoek nog een dimensie toe: 'denkstoornissen' (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4209412/>), maar concludeerde dat een 'algemene P factor' (algemene psychopathologiefactor)

waarschijnlijk de resultaten beter kon verklaren. Heel recentelijk is er door Martel en collega's (2017) onderzoek gedaan, waaruit is gebleken dat de algemene P-factor bestaat uit drie specifieke factoren, namelijk angst, stress en externaliserende kenmerken. Deze P-factor karakteriseert de psychopathologie van een kind, wat wordt versterkt door omgevingsfactoren en de executieve functies van kinderen.

Deze conclusie wijst dus in de richting van het Bio-Psycho-Sociaal model en een algemene P-factor met internaliserende- en externaliserende problematiek samen met de rol van trauma en stress.

Er komt in de wetenschappelijke literatuur steeds meer evidentie dat trauma en extreme stress in het leven van mensen langdurende gevolgen heeft tot zelfs voor generaties na hem. Deze wetenschap is niet nieuw: al na de eerste wereldoorlog zagen we soldaten die niet meer herstelden van extreme stress, dat toen nog de eerdergenoemde 'Shell-Shock' werd genoemd. Tegenwoordig weten we dat dit een Post Traumatische Stress-stoornis is, dat ook veel soldaten die uit de huidige oorlogen en conflictgebieden terugkomen treft. Na de Tweede Wereldoorlog zag men dat slachtoffers van vervolging moeite hadden om hun leven weer op te pakken maar dat ook de tweede generatie en de derde generatie na hen verschijnselen van ontregeling vertoonden. Onderscheidend hierbij was dat de extreme stress lang aanhield of zich vaker herhaalde (bijvoorbeeld bij misbruik).

Recente neurobiologische dierproeven ontrafelen dit mechanisme: extreme stress ontregelt ons stresssysteem en dat geven we minimaal twee generaties door (zowel via de mannelijke als via de vrouwelijke lijn). Er is hier kennelijk sprake van een evolutionair biologisch aanpassingsmechanisme. Wel zijn er tussen mensen grote verschillen, we noemen dit verschijnsel 'resilience' oftewel weerbaarheid, de een kan er beter mee omgaan dan de ander (psychologische verschillen); vrouwen reageren gevoeliger op stress en zijn gevoeliger voor angst en depressie, mannen worden vaker minder sociaal (biologisch bepaald), maar ook de sociale omstandigheden waarin mensen leven bepalen hoe je met stress om kan gaan (het zogenaamde 'Bio-Psycho-Sociaal model'). Voor hulpverleners is het goed om op de hoogte te zijn van deze mechanismen en 'wat werkt' (zie kader Evolutie en Biologie).

Evolutie en biologie

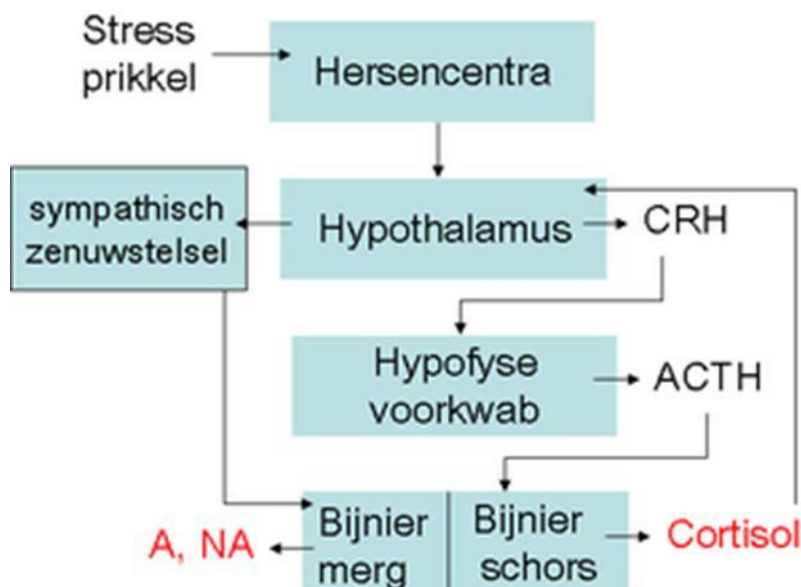
Stress-systeem en de hersenen

Het stress-systeem is een homeostatisch systeem in ons lichaam, een evenwicht, waarbij meestal geldt dat 'te' nooit goed is zoals te weinig of te veel stress.

Het evenwicht wordt aangestuurd door onze hersenen, met name een klein orgaan midden in onze hersenen: de hypothalamus. Deze hypothalamus ontvangt signalen van andere hersengedeelten en stuurt die door naar de hypofyse die hormonen (CRH en ACTH) loslaat in het bloed. Die hormonen beïnvloeden kleine orgaantjes bovenop onze nieren: de bijnieren. Vandaar dat we spreken van de Hypothalamus-hypofyse-bijnierschors as (HPA-as, zie onderstaand figuur).

Figuur 1.

Schematisch model van de stressrespons, A=adrenaline, NA= noradrenaline. Links: snelle route, rechts: langzame route (wikipedia.org, 2017)



Onze bijnieren produceren stress-hormonen zoals adrenaline, noradrenaline en cortisol die ervoor zorgen dat er bijvoorbeeld meer bloed naar onze spieren gaat. De functie hiervan is het lichaam voor te bereiden op actie (vechten, vluchten of verstijven). Deze hormonen beïnvloeden onze hersenen weer, ze zorgen ervoor dat we alert worden. We zijn in de

evolutie erop gebouwd om goed met kortdurende stress om te gaan maar wanneer stress lang aanhoudt verandert het systeem (zie verder) en zien we ook de keerzijde van dit systeem: bijvoorbeeld cortisol is neurotoxisch (breekt op termijn de hersenen af) maar heeft ook nadelige gevolgen voor het immuunsysteem en onze stemming. Dit is met name het geval wanneer het stresssysteem voortdurend overprikkeld wordt, iets wat het geval is bij een posttraumatische stress stoornis. De herbelevingen en angst die vaak het gevolg zijn van een langdurig herhaald trauma jagen het systeem voortdurend op en nemen daardoor in het geheugen een steeds belangrijkere plek in. De Israëlische psychiater Ariel Shalev zegt dan ook: 'angst etst de geest' (de hippocampus, een geheugencentrum wordt ook kleiner). Vandaar dat de Nederlandse psychiater Gersons al meer dan 15 jaar geleden vond dat het voortdurend oprakelen van herinneringen in therapie en hulpverlening juist symptomen van angst en depressie kon versterken. Soms kan de strategie van 'zwijgen' ook overleving betekenen (niet voortdurend weer herinneringen ophalen die de geest verder etsen).

Door het overlevingsbrein ontstaat verminderd cognitief, executief en emotioneel functioneren, maar ook agressie en depressie. Het brein leeft voortdurend in een soort 'overlevingsstand'; het onderdrukken van het trauma kost energie. Die overlevingsstand heeft invloed op onszelf en hoe wij ons naar anderen gedragen; de executieve functies en het inlevingsvermogen gaan achteruit.

Voorbeeld

Uit NRC van zaterdag 11 februari 2017 p.24 waarin één van de slachtoffers van de Utrechtse serieverkrachter vertelde:

"Ik ging in Utrecht studeren, vluchtte in de boeken. Elk moment dat ik studeerde hoefde ik er niet aan te denken. Tot hij in 2001 weer toesloeg. Daar was hij weer. Bij de Universiteit hingen posters, het was het gesprek van de dag. Dan ben je er maandenlang elk moment van de dag weer mee bezig. En je medestudenten weten van niks".

Stress, trauma en sociaal gedrag

Wij leven als mensen zo'n 7- 8 miljoen jaar samen in groepen jagers-verzamelaars van zo'n

70-90 mensen die niet verwant waren (risico op inteelt). Het leven in dergelijke groepen was hard, er was vaak niet genoeg te eten. Om aan voldoende eten te komen was samenwerking noodzakelijk. Vandaar dat onze hersenen optimaal zijn uitgerust om sociale signalen van elkaar (onbewust) te lezen. Dit gebeurt in gedeelten van onze hersenen dat wij het 'sociale brein' noemen. Dit sociale brein neemt naar schatting driekwart van de energie die naar de hersenen gaat in beslag! Die sociale insteek is erg belangrijk om te overleven: bij antisociaal gedrag werd je uit de groep gezet, hetgeen een zekere dood betekende. Maar we zijn niet alleen sociaal. Agressie was ook belangrijk om jezelf te kunnen verdedigen en voor mannen om indruk te maken op het andere geslacht. In de hersenen is er dus een evenwicht tussen sociaal (coöperatie) en agressief gedrag (competitie).

Sociaal gedrag wordt in onze hersenen geregeld door onder meer de hormonen oxytocine en serotonine. Maar stresshormonen (adrenaline en cortisol) zijn antagonisten voor oxytocine en serotonine en stimuleren tevens de productie van dopamine en testosteron. Van deze hormonen weten we dat dopamine betrokken is bij zoekgedrag maar ook bij 'craving' (de voortdurende honger naar verslavende middelen). Bij proeven met apen bleken de 'top-ape' die minder stress hadden ongevoeliger voor middelen (cocaïne) maar onder-ape juist veel meer. Wanneer een top-ape echter zijn positie verloor (door een toegediend verkoudheidsvirus) en meer stress kreeg werd hij ook gevoeliger voor cocaïne (Raine, 2012). Langdurende stress bevordert dus verslavingsgedrag.

Testosteron heeft invloed op dominant en competitief gedrag. Van langdurende stress wordt je minder sociaal en meer competitief en dominant! De gevolgen gaan verder, je wordt ook minder gevoelig voor sociale correctie (straf) en gevoeliger voor beloning. Het overlevingsbrein zet het 'ik' op de eerste plaats door minder sociaal te worden. Dit moet gezien worden als een evolutionair aanpassingsmechanisme in slechtere tijden, maar in de huidige tijd zien we dit in extreme vorm terug bij verslaafden en bijvoorbeeld mensen die veel (vet) eten. Er zijn wel verschillen tussen mannen en vrouwen die waarschijnlijk te maken hebben dat vrouwen voortdurend de zorg voor kinderen hadden. Stress bij vrouwen vertaalt zich minder door antisociaal gedrag vergeleken met mannen en meer naar internaliserend gedrag (depressie, angst). Vrouwen geven een verhoogde stress of angst tijdens de zwangerschap door aan hun ongeboren kinderen, die dan ook weer gevoeliger zijn voor stress. Mannen zijn iets minder gevoelig dan vrouwen en mannen zijn ook beter in staat

tegelijkertijd sociaal en antisociaal te zijn ('dual strategy'). De neurobioloog Keysers denkt daarom dat mannen vaak betere soldaten zijn (Keysers, 2011).

In ons verleden konden slechte tijden soms lang aanhouden: een signaal dat je meer voor jezelf op moest komen en omdat je nageslacht misschien ook een slechtere tijd tegemoet kon zien was het nuttig deze boodschap door te geven via het sperma (Micro-RNA) of via de eitjes van de moeder. Dit heet epigenetische expressie. Epigenetische expressie is de verandering van het aflezen van onze erfelijke eigenschappen. Dit kan door DNA modificatie (metylering), Histonen modificatie (histonen zijn eiwitten waarin het DNA zit opgerold) en micro-RNA (genetische boodschappers). Daardoor verander niet zozeer het DNA zelf als wel de mogelijkheid om het DNA af te lezen. Inmiddels is uit veel dierexperimenten gebleken dat eiwitten die coderen voor de instelling van de HPA-as veranderd kunnen worden door DNA modificatie en Histonen modificatie en waarschijnlijk ook door micro-RNA. Dit is een signaal voor het nog niet verwerkte kind dat als boodschap meereist in het sperma of in het eitje zit verstopt: 'pas op er komen zware tijden aan'.

3.2 De relatie: stress door hersenbeschadiging, verwaarlozing, mishandelingen misbruik (trauma) van kinderen.

Kinderen beïnvloeden hun omgeving en de kwaliteit van de omgeving beïnvloedt kinderen, dit noemen we transactionele processen (Sameroff, 2009). Wanneer deze transactionele processen met anderen zoals ouders, leeftijdsgenootjes, leerkrachten etc. vaak negatief verlopen (mishandeling, verwaarlozing, misbruik, pesten ed. Bouw je negatieve jeugdervaringen op. Maar ook bijvoorbeeld als ouders heel overbeschermend reageren krijgen kinderen in toenemende mate het gevoel dat ze niet deugen, we noemen dit 'internaliseren' met als gevolg negatieve emotionaliteit. Dit begint al bij de geboorte: kinderen met bijvoorbeeld een licht verstandelijke beperking of een hersenbeschadiging, bijvoorbeeld door een foetaal alcoholyndroom of zuurstoftekort bij de geboorte hebben meer stress als gevolg van aanpassingsproblematiek en huilen bijvoorbeeld vaker en langer maar zijn ook moeilijker te troosten. Dat, gecombineerd met mogelijke problematiek of slechte leefsituatie van ouders levert veel stress op voor ouders en kind en deze stress vertaalt zich vaak later in verder negatief gedrag ('acting out') om hun angst er niet te mogen zijn en gebrek aan zelfwaardering te overdekken. Dit negatieve gedrag isoleert hen

verder van leeftijdsgenootjes en volwassenen. Kinderen die uit oorlogssituaties komen hebben vaak ook een dergelijk aanpassingspatroon. Andere kinderen vinden die kinderen vaak 'raar'. Ze kinderen worden vaak niet meer gevraagd te komen spelen en worden niet meer uitgenodigd voor verjaarspartijtjes en worden gepest omdat ze 'anders' zijn. De sociale isolatie die hiervan het gevolg is werkt direct op de pijncentra van de hersenen, zo laat recent onderzoek zien, waardoor hun mogelijkheden om het eigen gedrag te reguleren minder wordt. Gebrek aan zelfcontrole wordt vaak ook nog eens versterkt door een hersenbeschadiging volgens neurobioloog Fairchild (2013), soms als gevolg van trauma's (geboortetrauma, geweld) of erfelijke aanleg of blootstelling aan toxische stoffen. Verschillende psychische problemen (ADHD, LVB, OD, CD, angststoornissen kunnen het gevolg zijn volgens de Amerikaanse onderzoeker Adrian Raine in zijn boek: 'the Anatomy of Violence'. Maar daarnaast heeft de Nederlandse psychiater Arne Popma ook laten zien dat langdurige stress ervoor zorgt dat het stress-systeem van het kind (de Hypofyse-hypothalamus-bijnierschors-as) verstoord raakt. De gevolgen van een veranderde Hpa-as activiteit zijn dat kinderen minder gevoelig raken voor straf en gevoeliger voor beloning en competitie (en dus ook vaker stoute dingen doen die aantrekkelijk lijken maar ook gevoeliger worden voor verslaving, roken, alcohol, middelen). Stoute dingen doen stimuleert namelijk het beloningssysteem in de hersenen (het dopaminesysteem en het dominantiesysteem onder invloed van het hormoon testosteron). Kinderen worden dus meer gericht op leuke dingen voor zichzelf en vertonen daarbij meer dominant (opstandig en vijandig) gedrag: het overlevingsbrein. Dit gaat zover dat hun sociale informatieverwerking veranderd waardoor ze zelfs neutrale gezichten als vijandig coderen in de hersenen (Sato, Unono, Matsuura en Toichi, 2009). Recent onderzoek onder meer dan 25000 jeugdige criminelen door Wolf & Baglivio (2017) liet zien dat negatieve jeugdervaringen leidden tot negatieve emotionaliteit (een laag zelfbeeld, wantrouwen) en recidive. In het Leidse onderzoek van Peer van der Helm naar die sociale informatieverwerking bij kinderen uit jeugdinrichtingen zagen we dat deze vijandige sociale informatieverwerking vaak tot agressie leidde. Het nadeel van dit gedrag is wel dat een ander hersensysteem dat voornamelijk gericht is op samenwerken en aardig tegen elkaar zijn (onder invloed van serotonine en oxytocine) onderdrukt worden. Hierdoor lijkt het of een kind op korte termijn voordeeltjes van zijn gedrag heeft maar op lange termijn leidt dit tot verdere sociale isolatie. Kinderen gaan door negatieve reacties van de omgeving

antisociaal gedrag ontwikkelen, zijn vaak boos en opstandig, maar ook calculerend en manipulerend. Deze vorm van gedrag is in de nieuwe DSM V opgenomen als: 'callous and unemotional' (ongevoelig en onemotioneel). De stress die dat oplevert breekt dan ook weer cellen in de hersenen af, waardoor de executieve functies verder verminderen. De Engelse onderzoeker Graeme Fairchild publiceerde in 2013 een review waarin hij liet zien dat kinderen en volwassenen die persistent antisociaal gedrag vertoonden altijd een hersenbeschadiging hadden, met name in het voorste gedeelte van de hersenen, die voor impulscontrole zorgt. Is die hersenbeschadiging permanent? Modern onderzoek laat zien dat onze hersenen tot op hoge leeftijd kunnen groeien en de instelling van de HPA-as kan veranderen. Daar is echter wel een omgeving voor nodig zonder al te veel stress: een goed thuis(leef)klimaat en bijvoorbeeld een goed leerklimaat op school.

3.3 Herstel. Een belangrijk eerste voorbeeld van herstel uit extreme condities waren de 6 weeskinderen die door de geallieerden bevrijd werden uit het concentratiekamp Theresienstadt en opgevoed werden door Anna Freud (dochter van) en Sophie Dann. Alhoewel ze totaal verwilderd waren (ze kenden alleen Duitse scheldwoorden, waarschijnlijk van bewakers geleerd) en agressief naar vreemden, waren ze extreem gehecht aan elkaar. Maar mettertijd begonnen ze een band op te bouwen met hun verzorgers en zelfs met voorbijgangers die de hond uitlieten. Op dit voorbeeld bouwde later de assistent van Anna Freud, John Bowlby zijn hechtingstheorie. Toen de kinderen veertig jaar later weer opgezocht werden bleek dat de meesten een normaal bestaan hadden opgebouwd. Het vroege onderlinge contact bleek de kinderen te hebben beschermd.

Ook in de jaren negentig was bekend dat kinderen die met veel stress in hun omgeving opgroeiden later vaker slecht terecht kwamen (crimineel gedrag) of depressief werden. Toch ontdekten onderzoekers dat er ook kinderen waren die in een slechte omgeving opgroeiden maar die toch goed terecht kwamen en minder depressief waren. De verschillen tussen kinderen waren niet alleen te verklaren door verschillen in karakter en weerbaarheid (resilience). Het bleek dat kinderen die goed terecht kwamen ergens bij iemand een plek hadden gevonden om te schuilen. Dat kon een oma zijn of iemand in de buurt, maar vaker was dat ook op school; een goede werkrelatie met een docent bleek ook dat 'schuileffect' te geven. Een begrijpende partner bleek ook wonderen te kunnen doen. Een goede relatie (secundaire attachment) gaf stressvermindering en maakte hersengroei mogelijk. (Raine,

2012). Zoiets gaat niet vanzelf want de omgang met anderen die angstig, depressief of agressief zijn kan heel lastig zijn en snel in conflicten ontaarden omdat de een de ander niet begrijpt, koppigheid uit angst wordt vaak voor gebrek aan motivatie of gebrek aan realiteitszin aangezien (zie kader voor een voorbeeld).

Een voorbeeld:

Wanneer mensen ouder worden of wanneer kinderen erg in de war zijn nemen vaak executieve functies zoals dagelijks handelen, dingen onthouden, vooruitkijken naar de toekomst af., maar ook de mogelijkheid tot controle over eigen gedachten. Bij mensen met een trauma uit het verleden, komen de traumata vaak in herbelevingen weer naar boven en mensen met dementie of kinderen die het slachtoffer zijn van mishandeling of misbruik wanen zich soms weer in de omgeving die hun geest heeft geëtsd, zoals bijvoorbeeld een kamp of een misbruiksituatie. Het op afstand houden van deze herinneringen, waar veel mensen ook heel bang voor zijn vergt veel energie, iets dat het dagelijks leven flink kan beperken. Mensen proberen zich staande te houden door veel routine en vooral niet te veel nieuwe dingen uit angst het dagelijkse leven niet meer aan te kunnen. Liefst vooral niet te veel veranderingen en grote transities in de eigen leefomgeving en vasthouden aan schijnbaar waardelose objecten waar ze zich aan hebben gehecht in hun leven. Eten uit het oude bordje en andere transitionele objecten. Dit is allemaal geen onwil maar een poging de langzaam afbrokkelende hersenen houvast en structuur te geven. Voor een partner of een familielid kan dit soms heel moeilijk zijn. Maar ook voor hulpverleners. In een revalidatiekliniek waar ik werkte was een vrouw opgenomen met hartfalen die nacht in nacht uit felle herbelevingen had en op een gegeven moment niet meer wilde slapen, iets waardoor haar toestand ernstig verslechterde. In gesprek met haar man vroeg ik hoe dat thuis ging. Daar stopte hij altijd een bepaalde zakdoek met een beetje au de Cologne erop bij haar in bed. Maar hier mocht dat niet van de verpleging omdat die dat onhygiënisch vond. Nadat ik haar man naar huis had gestuurd voor het zakdoekje en de au de Cologne viel ze als een blok in slaap.

3.4 De relatie: contact als therapie. Contact blijft toch de basis van herstel en sociotherapie voor kinderen en volwassenen. De Amerikaanse onderzoekers Arden en Linford (2009) bevelen in hun boek 'Brain Based Therapy' dan ook aan dat het stimuleren van sociaal

contact aan (naast psycho- educatie, familie-therapie en cognitieve gedragstherapie met het verbeteren van het zelfbeeld en verminderen dysfunctionele cognities). Niet alle mensen zijn echter in staat contact te maken, soms zijn de angst en het wantrouwen zo groot dat ieder contact (soms met agressie en geweld) wordt afgehouden. Uit recent wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat contact met dieren, met name honden (Dutch Celldogs project) en paarden (Juzt Jeugdzorg), tertiaire attachment, hele goede resultaten kan hebben als eerste stap naar contactherstel met mensen.

Recentelijke ontwikkelingen met EMDR zijn ook hoopgevend omdat EMDR rechtsreeks de competitie met nare herinneringen in de Amygdala (emotiecentrum) aangaat. Maar EMDR werkt niet zonder een veilige en gestructureerde sociale omgeving (zonder een veilige omgeving veel mogelijkheden voor hertraumatisatie). Het leefklimaatonderzoek in jeugdinstituten, GGZ instellingen, TBS en gevangenissen en het leerklimaat op het speciaal en speciaal voortgezet onderwijs van de Hogeschool Leiden, waar veel kinderen zitten met problemen, is dan ook gericht op het stimuleren van een goede sociale omgeving voor kinderen en volwassenen met depressie of agressie⁵. Het stimuleren van de relatie, het sociale brein in ons kon wel eens de sleutel zijn voor deze ‘brain based’ therapie.

Daarnaast is het belangrijk om de cliënt of het kind zelf verantwoordelijk te maken voor zijn herstel. De Utrechtse psychiater Jim van Os stelt in zijn boek ‘De DSM V voorbij’ (2015) dan ook dat er in feite maar vier vragen nodig zijn om dit herstel mogelijk te maken en die de echte ‘bijbel’ voor iedere hulpverlener zouden moeten zijn:

Wat is er met je gebeurd? Wat is je kwetsbaarheid en weerbaarheid? Waar wil je naar toe? Wat heb je nodig?

Herstel kan een lange weg zijn en veel moeite kosten; de dichter C.C.S Crone zei ooit: *‘hoe verder hij ging, des te langer was zijn terugweg’*. Maar in de praktijk blijkt dat een sociale omgeving met voldoende mogelijkheden tot de relatie, contact, groei, structuur en veiligheid dat herstel mogelijk kan maken.

⁵ <http://www.hsleiden.nl/residentiele-jeugdzorg>

4. De organisatie en financiering van de jeugdhulp

Zoals uit het voorgaande al bleek is de organisatie van de jeugdhulp vaak verkokerd op basis van rangen en standen, waarbij traditionele belangen een grote rol spelen ('de dorpsgemeenschap'). Dat geldt waarschijnlijk eveneens voor de financiering. In de nieuwe jeugdwet van 2015 is de uitvoering van de jeugdhulp, dus ook de gespecialiseerde jeugdzorg naar de gemeente gegaan, evenwel met een flinke korting op het totale budget van circa 200 miljoen euro. De gedachte hierachter was dat gemeenten met hun wijkteams eerder problemen achter de voordeur zouden signaleren en met preventief ambulante optreden uithuisplaatsingen en dus gespecialiseerde jeugdzorg zou kunnen voorkomen.

Achter deze gedachte zat echter geen wetenschappelijk onderzoek maar waarschijnlijk de wens te bezuinigen, zo betoogden veel experts in het programma 'Altijd Wat' al in 2013. Andere experts meenden dat de instellingen inhalig waren en kinderen te lang in behandeling hielden. Dat was natuurlijk een boodschap die aansloeg bij voorstanders van bezuinigingen.

In 2015 nam het aantal uithuisplaatsingen en plaatsingen iets af maar in 2016 weer fors met 15% toe in instellingen en zelfs 25% in gezinshuizen (Bron: CBS). Pleegzorg bleef gelijk, waarschijnlijk als gevolg van gebrek aan pleegouders. Want je kan een kind met veel nadelige jeugdervaringen niet zomaar in een pleeggezin stoppen. Een pleegouder: 'we hadden een pleegdochter met complexe problematiek maar dat konden we met z'n allen goed aan, maar we werden door de zorgorganisatie onder druk gezet om nog een jongen erbij te nemen. Die bleek ernstig antisociaal gedrag te hebben wat ons niet was verteld en waar onze pleegdochter aan onder door ging. Het kostte ons maanden en veel moeite om de jongen overgeplaatst te krijgen'. Het op deze wijze benaderen van gemotiveerde pleegzorgouders is overduidelijk niet de weg en mijn advies is dan ook om zuinig te zijn op pleegouders.

Bovendien bleek de afgelopen jaren dat de zorgzwaarte van de jongeren die in de gespecialiseerde jeugdhulp en in het speciaal onderwijs terecht kwamen aanzienlijk was toegenomen. De combinatie van minder geld en een stijgend aanbod zorgde bij gemeenten voor miljoenenverliezen. Kinderen die van de jeugdhulp afhankelijk zijn worden door gemeenten als een moderne vorm van koehandel ondergebracht in 'percelen' waarop

zorgaanbieder kunnen bieden zonder dat naar de plek of het lot van de kinderen wordt gevraagd. Gemeenten korten vervolgens op de tarieven en overal in Nederland weigeren instellingen nog tegen te lage tarieven kinderen te behandelen. Binnenlands Bestuur kopte begin november zelfs 'chaos in de Jeugdzorg loopt uit de hand'.

<http://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/chaos-jeugdzorg-loopt-uit-de-hand.9572558.lynkx>). Hoe kunnen we dit verklaren?

Een belangrijke verklaring is misschien wel het gegeven dat het deel van de kinderen die niet meer thuis kunnen wonen zeer ernstige aandoeningen heeft zoals eerder in dit artikel is betoogd. Die gaan meestal niet preventief of curatief over zoals bij ernstig autisme of LVB en meestal zijn er een combinatie van meerdere aandoeningen tegelijkertijd die voor ernstige gedragsproblemen en verslaving zorgen. Inmiddels weten we uit nieuw onderzoek dat persistent antisociaal gedrag vaak op een hersenbeschadiging berust, maar ook een sterke erfelijke component heeft. De aanpassingsproblemen die deze kinderen in de maatschappij hebben zijn dermate dat we daar ambulantly nauwelijks vat op hebben. Ook het speciaal onderwijs is daar soms niet tegen opgewassen. Deze aandoeningen gaan niet over en kinderen moeten er mee leren leven en dat kost veel tijd, kennis en energie van medewerkers om de relatie te herstellen (geld). Voor sommige kinderen geldt dat ze zo kwetsbaar zijn dat ze hun leven lang specialistische begeleiding nodig zullen hebben. Andere kinderen hebben veel (vroeg)nadelige jeugdervaringen meegemaakt en zijn in een levensfase tussen de 14 en de 25 jaar waarin ze naar verhouding veel risico nemen en agressief zijn. Hun sociaal-emotionele ontwikkeling en hun persoonlijkheidsontwikkeling lopen sterk achter. Dit noemen we een 'disharmonisch ontwikkelingsprofiel'. Ook dat is niet iets wat je in de regel snel met tien sessies van een psycholoog of psychiater (die vaak binnen de jeugdhulp worden vergoed) kan oplossen.

Daarbij komt nog dat de mogelijkheden om problemen thuis op te lossen waarschijnlijk overschat worden: veel ouders van kinderen met ernstige aandoeningen en problemen hebben die zelf ook, zijn soms onmachtig in de opvoeding die ze zelf soms nooit hebben gehad en geven die van generatie op generatie door met bijbehorende armoede, schulden, en verslavingen. Ook hun mogelijkheden tot herstel zijn vaak gering, laat staan hun 'Eigen Kracht'.

Deze ouders en kinderen zijn er altijd al geweest, hun aantal zal vooralsnog niet minder worden maar waarschijnlijk is paradoxaal genoeg de toename van de vraag naar jeugdhulp mede te verklaren doordat wijkteams hun werk goed doen en nu veel sneller ernstige problemen achter de voordeur signaleren. Er moet dus waarschijnlijk geld bij omdat gemeenten hun werk goed doen. Dat had niemand verwacht.

Omdat wij als samenleving een morele plicht hebben om deze kinderen niet in de kou te laten staan en agressiviteit en criminaliteit op straat de samenleving uiteindelijk meer kost is de huidige situatie voor verbetering vatbaar. Er is haast geboden. Maar er is nog een tweede 'kind van de rekening' en dat zijn de medewerkers (gezinshuisouders, pedagogisch medewerkers in instellingen en leerkrachten in het speciaal onderwijs) die zich geconfronteerd zien met een doelgroep die steeds moeilijker wordt en tegelijkertijd het met minder middelen moeten doen. Dan melden medewerkers zich ziek, raken burn-out en vertrekken. De krapte op de huidige arbeidsmarkt maakt het ook mogelijk te vertrekken en elders meer te verdienen. De achterblijvers moeten dit moeilijke werk in toenemende mate doen met ingehuurde uitzendkrachten die de kinderen niet kennen, waardoor onveilige situaties ontstaan. In sommige gevallen wordt personeel vervangen door camera's (Trouw, 29 september 2017), waardoor kwetsbare kinderen alleen worden gelaten.

Ook deze medewerkers die met veel compassie voor ons dit moeilijke werk blijven doen, dag in dag uit, met veel risico op agressie proberen op te voeden waar anderen gefaald hebben en als beloning alleen tijdelijke contracten krijgen, ook zij hebben recht op ons respect en compassie: 'laat ze niet in de steek'.

Kinderen de zorg ontzeggen die ze nodig hebben is toch niet meer van deze tijd en gebeurt toch ook niet als ze bijvoorbeeld kanker hebben of een stofwisselingsziekte? Dan is Nederland te klein. Francien Lamers-Winkelman, emeritus-hoogleraar kindermishandeling, verzuchtte ooit: 'houdt Nederland nog wel van onze kinderen?'

Laten we weer gaan houden van kinderen in onze samenleving die het minder getroffen hebben en ze de zorg geven die ze nodig hebben. Dat 'onsje minder' (200 miljoen) was een vergissing: beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald (bron: Sociale vraagstukken november, 2017).

5. Consequenties voor het beleid, zorg, onderwijs en onderzoek. Een moderne visie op behandeling en de relatie om te voorkomen dat kinderen op drift raken in de jeugdzorg

In de jeugdwet uit 2015 staat dat kinderen die niet meer thuis kunnen wonen bij voorkeur in een pleeggezin of in een gezinshuis moeten worden geplaatst. Nederland telt momenteel zo'n 750 gezinshuizen (zie kader). Er leven momenteel naar schattingen van het CBS en Jeugdzorg Nederland nog steeds zo'n tienduizend kinderen in residentiele instellingen en 1700 in jeugdzorg plus (gesloten). Kunnen die allemaal naar pleeggezinnen en gezinshuizen zoals de wet voorstaat?

Het antwoord op die vraag weten we niet. Niet alle kinderen komen meteen in aanmerking voor gezinshuizen of pleeggezinnen. Kinderen bijvoorbeeld die ernstig antisociaal- en agressief gedrag vertonen ontwrichten het gezinshuisklimaat te veel en brengen schade toe aan andere kinderen. Soms is hun gedrag zo extreem dat de gesloten jeugdzorg (Jeugdzorg Plus) als laatste uitkomst biedt als bij een uitslaande brand. Maar ook kinderen bijvoorbeeld waarop gejaagd wordt door loverboys of uit eerwraak met zijn in eerste instantie moeilijk te plaatsen. Meestal neemt de dreiging over tijd wel af en kan alsnog worden overgegaan tot plaatsing in een gezinshuis. Ook zijn er in Nederland gespecialiseerde gezinshuizen bijvoorbeeld voor kinderen met hoge zorgzwaarte (meestal met een verstandelijke beperking), die doen het in de regel goed. Er zijn bijvoorbeeld gezinshuizen die jonge tienermoeders opvangen zoals bijvoorbeeld huize Kalor ('warmte' in het Latijn) in Amsterdam ZO. In de jeugddorp Glind loopt momenteel een zeer succesvol project waar kinderen met een machtiging gesloten jeugdzorg in twee gezinshuizen worden opgevangen (Bekken & van der Helm, 2016). Bij Fier, de organisatie die slachtoffers opvang van loverboys en eerwraak zijn de eerste gezinshuizen in voorbereiding. Er is dus volop ontwikkeling in het veld.

Kader: gezinshuizen in Nederland

In 2016 zijn er in totaal 70 (regionale) zorgaanbieders die samen tenminste 764 gezinshuizen aanbieden. Dat zijn gemiddeld 11,4 gezinshuizen per organisatie. In deze gezinshuizen zijn in 2016 ten minste 2.594 jeugdigen inhuusgeplaatst, per gezinshuis gemiddeld bijna '3,5

jeugdigen'. Het merendeel van de plaatsingen heeft een langdurig perspectief: 89,2%. Een veel kleiner deel betrof een crisis- of tijdelijke plaatsing (respectievelijk 4,8% en 6%). Het aantal gezinshuizen is de afgelopen twee jaar met 30% gestegen. Het aantal zorgaanbieders van gezinshuizen is daarentegen nagenoeg gelijk gebleven (van 68 naar 70). Evenals voorgaande jaren zijn er nog steeds aanbieders die slechts één of twee gezinshuizen hebben. Aan de andere kant zijn er in 2016 vier organisaties met elk meer dan 40 gezinshuizen in hun zorgaanbod en nog eens vier organisaties met elk 20 tot 40 gezinshuizen.

Het aantal inhuysgeplaatste jeugdigen in de gezinshuizen is ten opzichte van 2014 gestegen met 50%. Een significant grotere stijging dan die van 2012 naar 2014; toen steeg het aantal inhuysgeplaatste jeugdigen met 3% (Factsheet Gezinshuizen, de aantallen in 2016).

Wanneer we ervan uitgaan dat van de tienduizend residentieel geplaatste kinderen er 9000 in aanmerking komen voor een gezinshuis zijn er grofweg drieduizend extra gezinshuizen of pleegouders nodig in Nederland. Dat aantal gaan we voorlopig zonder extra investeringen niet halen. Dat komt omdat het werk als gezinshuisouder of pleegouder niet gemakkelijk is. Veel kinderen hebben forse nadelige jeugdervaringen achter de rug en trauma's als gevolg van verwaarlozing, mishandeling en misbruik, vaak op zeer jonge leeftijd, vaak in combinatie met een licht verstandelijke beperking. Uit huis geplaatst worden is een volgende negatieve jeugdervaring en wanneer het in een instelling of pleeggezin niet lukt volgen meestal meerdere vervolplaatsingen waarbij vaak ook van school (meestal speciaal onderwijs) wordt gewisseld. Als je zo'n kind op zijn kamer bezoekt zie je vaak opgestapelde vuilniszakken met kleren en speelgoed. Dat zegt vaak genoeg over de verwachtingen van het kind als alleen de knuffels zijn uitgepakt. En bij iedere vervolplaatsing verslechtert het gedrag in de regel en bouwen kinderen een negatieve kijk op anderen en op zichzelf op. Het vraagt dus om bijzonder stevige (en goed opgeleide) pleeg- of gezinshuisouders, goede ondersteuning door gedragsdeskundigen en vaak ook pedagogisch medewerkers en vrijwilligers ('het steunend netwerk') want je kan dit werk niet alleen. Daarnaast komt er bijvoorbeeld bij de selectie van gezinshuis.com er maar 10% van de geïnteresseerden door de selectie.

En toch blijft het de moeite waard om te streven naar meer kinderen in een pleeggezin of gezinshuis. De vaste aanwezigheid van pleeg- of gezinshuisouders, de nadruk op het 'gewone' leven hebben een heilzame uitwerking op het kind. Recent onderzoek (16

november 2017) van de hogeschool Leiden liet zien dat dat kinderen in vergelijking tot residentiele instellingen een beter klimaat ervaren. Ze ervaren veel steun van de ouders (verbondenheid), voelen zich veilig, geven aan veel te leren (competentie) en ervaren meer autonomie (zelfdeterminatietheorie van Ryan & Deci, 2017). Er is inmiddels veel empirische evidentie dat deze factoren motivatie voor gedrag bevorderen maar ook de cognitieve, sociaal-emotionele en persoonlijkheidsontwikkeling. Het 'gewone', dat wij voor vanzelfsprekend nemen is voor deze kinderen een diepgewortelde behoefte. Daarom zijn pleeggezinnen en gezinshuizen zo hard nodig.

Tijdens het afgelopen leefklimaatonderzoek bij gezinshuizen wilden sommige kinderen het vragenlijstje zelfs eerst niet invullen omdat ze vonden dat ze in een 'gewoon' gezin woonden en niet bijzonder gevonden wilden worden. Deze diep gevoelde wens om 'gewoon' te willen zijn is duidelijk te zien in het begin van de film 'Alicia' van 17 november jl.. Alicia is een meisje dat van instelling naar instelling zwerft. Wanneer de pedagogisch medewerker haar vertelt dat ze nog steeds geen plek voor haar hebben gevonden omdat ze een speciaal kind is antwoordt Alicia huilend: 'nee ik ben een gewoon meisje'. Na omzwerfing door veel instellingen loopt ze uiteindelijk weg. Minderjarige meisjes die 'weg' zijn is geen goed teken. Wanneer we Alicia op tijd in een gezinshuis of een kleinschalige voorziening hadden kunnen plaatsen hadden we haar veel pijn kunnen besparen en met haar 9000 andere kinderen. Het is een illusie te denken dat we dit snel voor elkaar krijgen, maar we kunnen het wel proberen. Daarvoor is geld nodig om samen met de zorginstellingen de transitie van residentiele instellingen naar gezinsgerichte vormen van behandeling en begeleiding mogelijk te maken. Als de overheid (bijvoorbeeld VWS en de VNG) ieder een bijdrage leveren van enkele miljoenen kunnen daarvoor onderzoek, werving, selectie en opstart van nieuwe gezinshuizen, pleeggezinnen voor kinderen met veel negatieve jeugdervaringen, kleinschalige voorzieningen en de zorginstellingen worden betaald. Dat geld zal zich latere terugbetalen in de vorm van minder getraumatiseerde kinderen in onze samenleving, daar is wetenschappelijke evidentie genoeg voor. Pas dan is de jeugdwet uit 2015 niet meer een botte bezuiniging, maar zal deze wet een serieuze bijdrage leveren aan een betere jeugdhulp in Nederland voor die kinderen in Nederland die het minder getroffen hebben.

In het verlengde hiervan kan behandeling voor kinderen die het minder getroffen hebben waarschijnlijk aanzienlijk verbeterd worden wanneer alle disciplines niet op basis van de 'dorpsgemeenschap' met elkaar als samenwerken maar op basis van inhoud en als team,

waarbij een integratie van de strategieën van Kok (leefklimaat, algemene methodiek en specifieke behandeling) voorop kan staan. Op de leefgroep, in het gezinshuis en in de klas van het speciaal onderwijs vindt een groot deel van de behandeling plaats en de pedagogisch medewerkers, gezinshuisouders en leerkrachtenvormen onderdeel van het behandelteam. Er is niet zozeer behoefte aan nieuwe 'methoden' maar aan onderzoek naar de werkelijke effectiviteit ervan op basis van de relatie; er is wel behoefte aan betere kaders voor effectief pedagogisch handelen, zoals bijvoorbeeld het terugdringen van doorplaatsingen, separaties bijvoorbeeld door middel van het verbeteren van professioneel handelen (tweedegraads strategieën, bijvoorbeeld Geweldloos Verzet, Van der Helm, 2017).

Consequenties voor de gemeente

Als eerste natuurlijk de financiering: die 200 miljoen bezuiniging was een vergissing en niet houdbaar, zoveel is nu duidelijk. VNG, haal dat bij het Rijk terug en verminder de kosten van de jeugdzorg door al die ambtenaren die zich met de bureaucratie bezighouden iets nuttigers te doen te geven door bijvoorbeeld kinderen en hun ouders beter te helpen. Voor veel van deze ouders is 'Eigen Kracht' een wrange illusie, zo blijkt ondermeer uit onderzoeken naar kindermishandeling van het WODC. Help de ouders die het op eigen kracht niet kunnen, anders komen er nog meer kinderen met problemen bij. Voor kinderen met zoveel problemen kan je niet per perceel, per kind, per bed en per dag ieder jaar iets anders afspreken. De meest ernstige problemen, gebaseerd op intergenerationele probleemoverdracht gaan nooit weg. Vrank Post (Transferium gesloten Jeugdzorg) stelde terecht voor om dit op dezelfde permanente wijze te financieren als de brandweer: niemand wil van hun diensten gebruik maken maar we zijn wel heel erg blij als ze komen helpen. En we moeten ophouden argwanend te kijken naar die medewerkers die iedere dag weer hun gezondheid in de waagschaal stellen om deze jongeren te helpen.

Er moet daarom meer aandacht komen voor het vroeg onderkennen van vroege traumatisering en intergenerationele problematiek maar in het verlengde daarvan ook naar voor instandhoudende stress factoren zoals LVB, eenzaamheid, armoede, schulden, gebrek aan perspectief en daarmee gepaard gaande middelengebruik.

Er moet dus niet alleen aandacht komen voor een 'plekje' voor Alicia, maar ook voor haar moeder, anders blijft het dweilen met de kraan open.

Het stepped care model (van lichtere naar zwaardere interventies) voldoet niet als het gaat om deze intergenerationele problematiek (en LVB) en leidt tot een escalatie-ladder van wat in de psychologie 'intermittend reinforcement' wordt genoemd: door gebrek aan voorspelbaarheid wordt het gedrag van het kind steeds extremer met steeds meer crisis- en overplaatsingen die het kind verder beschadigen. Gemeenten zouden aan integraal handelen van zorginstellingen en onderwijs eisen moeten stellen, dus niet alleen aan een DSM-diagnose of een erkende NJI-interventie (het lineair denken) maar meer denken in termen van relaties rond het kind: stabiliteit in leven met een goed leefklimaat, leerklimaat op school en adequate personeelsbezetting. Een goed werkklimaat inclusief extra financiering om separaties en overplaatsingen te voorkomen, met name bij kinderen met een hoge zorgzwaarte- een principe dat overigens alleen in de gehandicaptenzorg, maar niet overall in de jeugdzorg is ingevoerd- zouden we ook voor de jeugdzorg moeten invoeren. Dan kan ook gewerkt worden aan herstel van contact met betekenisvolle anderen zoals ouders en familie. Inhoudelijke kwaliteitseisen dienen voorrang te krijgen boven bureaucratie. Bij de brandweer zeg je toch ook niet dat een afgekeurde brandslang nog wel tien jaar mee kan? Verder is het in de geneeskunde, bijvoorbeeld de chirurgie ook duidelijk geworden dat niet iedereen alles evengoed kan. In de gespecialiseerde jeugdzorg moeten we ook specialisten erkennen en waarderen (en dito financieren), maar dan alleen op basis van evidence based kwaliteit. Waarom vraagt de inspectie wel naar de kwaliteit van het leefklimaat maar de gemeente niet?

Consequenties voor zorginstellingen.

Als eerste geldt voor de zorginstellingen het adagium 'First Do No Harm' (Van der Helm, 2011). Onze instellingen moeten veiliger worden voor de kinderen die daar verblijven. Secundaire hertraumatisatie door separaties, incidenten en seksueel geweld moeten meer aandacht krijgen (leren van incidenten) en in de residentiele jeugdzorg moet met minder repressie worden gewerkt. Dat kan, zie bijvoorbeeld het recente voorbeeld van Harreveld (Horizon) waar, gezien de laatste leefklimaatmetingen een cultuuromslag is bereikt met de meest moeilijke kinderen. Wie geeft Harreveld een medaille en wie volgt? Maar aandacht komt ook van voldoende inzet van pedagogisch medewerkers die het begrip 'relationele veiligheid' samen met structuur in kunnen vullen en niet van nog meer gebruik van separeerruimtes, camera's en deuren op slot. Voor de instellingen en het speciaal onderwijs

is het van belang dat er nog meer dan nu integraal (in plaats van lineair)gewerkt gaat worden, waarbij een pedagogische visie voorop komt te staan. Dit houdt een herwaardering van de rol van pedagogisch medewerker, gezinshuisouder en leerkracht in het speciaal onderwijs in om de kwaliteit van het leef- en leerklimaat te optimaliseren. Ook zij zijn 'behandelaren', tevens volwaardig lid van het behandelteam binnen de dorpsgemeenschap en verdienen daarom een goed werkklimaat, geen tijdelijke contracten en aan arbeidsmarktconform salaris. De "eigen kamertjes en secretaresses" van de hoger geplaatste dorpingen kunnen plaats maken voor ruimtes voor kinderen en medewerkers voor contact. In plaats van gedrag via de DSM te problematiseren als 'ziekte' (lineair denken) moeten we weer proberen het bestaan te normaliseren via het opbouwen van relaties met en rond het kind.

Dat laat niet onverlet dat de afgelopen jaren grote stappen zijn gemaakt in bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie, traumabehandeling en schematherapie. Wanneer deze meer medisch georiënteerde behandelingen gecombineerd kunnen worden met een optimale tweede – en derdegraads-strategie valt veel vooruitgang te verwachten en herstel voor het kind.

Waar mogelijk zou dan toegewerkt moeten worden naar meer kleinschalige voorzieningen en gezinshuizen omdat daar het klimaat beter is en normaler, gericht op het opbouwen van relaties. Maar tevens zijn pleegouders en gezinshuisouders ook kwetsbaar: instellingen koester deze mensen die dit werk met een grote dosis betrokkenheid doen en probeer vooral ze niet te zien als een plek waar je in crisis een kind kwijt kan, dat gaat niet goed. Gezinshuizen experimenteren momenteel ook al met een grotere rol van biologische ouders en verwanten in de opvoeding.

Dat betekent niet dat bijvoorbeeld de gesloten jeugdzorg of specialistische voorzieningen overbodig zijn. Het is een illusie te denken dat we het wel zonder de Brandweer kunnen, maar we kunnen daar wel blijven werken aan meer brandpreventie, een beter en veiliger leefklimaat en uitzicht op 'een plekje' zoals Alicia dat zelf zo mooi verwoordde. Geef ook deze kinderen een plekje onder de zon en hoop op een normaal leven.

Consequenties voor het onderwijs dat opleidt voor dit werkveld

Veel onderwijs aan de Universiteiten en Hbo's in Nederland (Social Work), maar ook binnen de GGZ is nu nog sterk DSM en de 'methode' gericht en binnen veel Pabo's is minder belangstelling voor het speciaal onderwijs, terwijl deze kinderen juist zo hard goed onderwijs nodig hebben. Onze beste academische Pabo studenten zouden we, gezien de complexe problematiek van deze kinderen moeten opleiden voor het speciaal onderwijs maar het tegendeel gebeurt. We moeten ook onze studenten leren kritisch te denken en niet alles voor zoete koek aan te nemen van de dorpsgemeenschap. Daarom is het in het onderwijs belangrijk nieuwe inzichten aan onze studenten mee te geven en kritisch te zijn op wat verouderd is. Wanneer we dat niet doen blijven we opleiden voor de 20^{ste} -eeuwse dorpsgemeenschap. Dat motiveert onze studenten niet.

Consequenties voor onderzoek in de jeugdsector en verder

Analoog aan het voorgaande is veel wetenschappelijk onderzoek naar de jeugdhulp DSM- en methode- gestuurd en gebaseerd op lineair denken. Daar is momenteel het meeste subsidiegeld te halen omdat beoordelaars ook lineair denken. Ze geven daarom liever geld uit aan het onderzoeken van een micro-interventie met n=150 dan te kijken naar een systeem. We weten uit onderzoek naar die micro-interventie dat ze op termijn niet veel op gaat leveren dan tegenstrijdige resultaten. Toch blijven de grote financiers zoals bijvoorbeeld de overheid, micro-onderzoek dat voortuitgang in DSM gestuurde paradigma's pretendeert te meten, te bevoordelen (een belangrijk voorbeeld is het Alzheimer-onderzoek uit het nieuws). De belangen van de dorpsgemeenschap worden daar verdeeld en de schoorsteen moet in het dorp blijven roken. Daarom is het jaarlijkse 'Jeugd in Onderzoek'-congres een vrolijk onderonsje voor gelijkgestemde dorpsbewoners met tevreden borrel achteraf. Maar er is minder onderzoek nodig naar nog meer methoden en meer onderzoek naar relaties en de werking van het systeem gekoppeld aan lange-termijn effecten van interventies. Wat heeft het namelijk voor zin als kinderen er op een vragenlijstje als de TRF, de CBCL of een hele ROM er iets op vooruitgaan terwijl ze overgeplaatst worden naar een volgende plek en uiteindelijk in de TBS, maatschappelijke opvang of de prostitutie/criminaliteit belanden (waarom blijven we in de jeugdzorg defecte koelkasten produceren en afleveren?).

Voor de meisjes uit de jeugdzorg waren Krabbendam en van de Moolen de enige tot nu toe die effecten naar de behandeling van meisjes in de jeugdzorg longitudinaal onderzochten en van de resultaten werden we niet vrolijk. Dat vraagt om een heroriëntering op onderzoek en subsidieverstrekking. Dat vraagt ook om een veranderende focus voor de dorpsgemeenschap. Die focus zou kunnen komen op minder lineair micro-denken en meer denken in relaties. Daarvoor zouden multidisciplinaire en praktijkgerichte kennis- en expertisecentra kunnen worden opgericht, zoals in de medische wereld ook al gebeurt.

Een dringende noodzaak voor verandering of te veel gevraagd?

Ik begrijp dat de dorpsgemeenschap doorgaat in de jeugdzorg met alle belangen van overheid, financiers, stakeholders, structuren, 'WC-eenden', financieringsproblemen en organisatie van dien. Maar het onderbrengen van kinderen met een grote zorgbehoefte in 'percelen' en ze te veilen bij zorgaanbieders, ongeacht waar ze wonen of met wie ze inmiddels een band hebben opgebouwd is mijns inziens abject. Met de kennis van nu zouden we het beschikbare geld beter kunnen besteden door middel van minder lineair denken, beter samen te gaan werken in de relatie om kinderen een plek te kunnen geven op de mosselbank en de gaten in het net van de visser te dichten. Ook alle zeer gemotiveerde medewerkers in der jeugdhulp zouden daar gelukkig van worden.

Dat Alicia van plek naar plek moest zwerven en door het falen van de jeugdhulp in de prostitutie zou kunnen belanden, dat kan toch anders of is dat laatste te veel gevraagd?

Enkele referenties:

- Anglin, J.P. (2014). *Pain, normality, and the struggle for congruence: reinterpreting residential care for children and youth*. Oxford: Routledge.
- Arden, J. B., & Linford, L. (2009). *Brain based therapy with children and adolescents*. Hoboken: Wiley.
- Asscher, J. J., Van der Put, C., & Stams, G.J.J.M. (2015). Gender differences in the association between child maltreatment and adolescent offending. *Journal of Family Violence*, 30, 215-225. doi: 10.1007/s10896-014-9668
- Engel, George (1977), *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. Science, Vol.196, Issue: 4286 (April 8, 1977), pp: 129-136
- Fairchild, G., Goozen, S.H. van, Calder, A. J., & Goodyer, I.M. (2013). Research review: evaluating and reformulating the developmental taxonomic theory of antisocial behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(9), 924–940. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12102>.
- Keysers, C. (2011). *The empathic brain*. Social Brain Press: Amsterdam.
- MacDonald, G., & Leary, M.R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131(2), 202–223. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.202>.
- Martel, M.M., Pan, P.M., Hoffmann, M.S., Gadelha, A., Rosário, M.C. do, Mari, J.J., Manfro, G.G., Miguel, E. C., Paus, T., Bressan, R. A., Rohde, L.A., & Salum, G.A. (2017). A general psychopathology factor (*P* factor) in children: structural model analysis and external validation through familial risk and child global executive function. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 137–148. <https://doi.org/10.1037/abn0000205>.
- Popma, A., & Raine, A. (2006). Will future forensic assessment be neurobiological? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15, 429–444. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2005.11.004>.
- Raine, A. (2013). *The anatomy of violence: the biological roots of crime*. New York: Harper.
- Sato, W., Uono, S., Matsuura, N., & Toichi, M. (2009). Misrecognition of facial expressions in delinquents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, 27–39.
- Slot, W., & Aken, M. van (2013). *Psychologie van de adolescentie*. Utrecht: Thieme.
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G. F. M., Roelofs, K., Zitman, F.G., van Oppen, P., & Penninx, B. W. J. H. (2010). The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders, *Journal of Affective Disorders*, 126, 103–112, doi:10.1016/j.jad.2010.02.132.
- Van der Helm, G. H. P. (2011). *First do no harm: group climate in secure correctional*

institutions. VU University, PhD thesis. Amsterdam: SWP.

Van der Helm, G. H. P., Matthys, W., Moonen, X., Stams, G. J. J. M., Giesen, N., & van der Heide, E. S. (2011). Measuring inappropriate responses of adolescents to problematic social situations in secure institutional and correctional youth care: a validation study of the TOPS-A. *Journal of Interpersonal Violence*, *28*, 1579-1595. doi: 10.1177/0886260512468322.

Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J., (2014). Prosocial development and situational morality, neurobiological, parental and contextual factors, in *Pathways to Peace: The Transformative Power of Children and Families*, The MIT Press, DOI: 10.7551/mitpress/9780262027984.003.0010.

Wikipedia stress systeem tabel. Opgehaald van : [https://nl.wikipedia.org/wiki/Stress op 12-2-2017](https://nl.wikipedia.org/wiki/Stress_op_12-2-2017).