

# Hechtingsstoornis en juridiserend handelen

## Artikel verschenen in FJR, november 2012, nr. 95 ©®

Een aanvulling op het Research memorandum (6–2010)  
van prof. dr. mw. F. Juffer<sup>1</sup>

### Inleiding

Professor Juffer heeft op de vraag van de Expertgroep Jeugdrechters in 2010 een notitie over gehechtheid en onveilige hechting geschreven. Gehechtheid heeft veel te maken met vertrouwen kunnen stellen. Na een uitleg in hoofdstuk 1 over wat een hechtingsstoornis is, en in hoofdstuk 2 of er behandel-uitzicht is, beschrijft Juffer in hoofdstuk 3 hoe en met welke tests dit gediagnosticeerd kan worden. In hoofdstuk 1 lijkt ze enkel ervan uit te gaan dat de stoornis veroorzaakt wordt door het gedrag van de ouders (1.4; 1.7). Een derde hechtingsfiguur, niet noodzakelijk een pleeggezin, kan helpen.

In hoofdstuk 4 geeft Juffer aandachtspunten hoe om te gaan met deze ‘onveilige gehechtheid’. In de aanbeveling wordt gewezen op de noodzaak te beoordelen d.m.v. een diagnost (4.3.5) en de opgebouwde banden niet abrupt te verbreken, bijvoorbeeld door uithuisplaatsen en overplaatsen.

Deze aanbevelingen passen bij waar orthopedagoog Ger de Lange voor waarschuwt (‘Relatiegestoorde kinderen, twee opvoedingswijzen bij hechtingsstoornissen’<sup>2</sup>): het onder toezicht stellen (OTS) en uithuisplaatsen (UHP) is het laatste waar men aan moet denken omdat onbezonnen (en niet-diagnostisch gebaseerd) afbreken van bestaande, voor het kind belangrijke, relaties juist *averechts* werken en eerder een ‘fundamentele relatiestoornis’, zoals hij het noemt, in de hand werken. Tijdens het Symposium ‘Omgaan met hechtingsproblematiek’ (2010, Eindhoven) werd meerdere keren gehoord: ‘Een fundamenteel relatiegestoord kind leidt, zonder

<sup>1</sup> ‘Beslissingen over kinderen in problematische opvoedingssituaties, inzichten uit gehechtheidsonderzoek’, prof. dr. F. Juffer, 2010, nr. 6, [www.rechtspraak.nl/Organisatie/Publicaties-En-Brochures/Researchmemoranda/Documents/Researchmemorandum20106\\_Beslissingen-over-kinderen-in-problematische-opvoedingssituaties.pdf](http://www.rechtspraak.nl/Organisatie/Publicaties-En-Brochures/Researchmemoranda/Documents/Researchmemorandum20106_Beslissingen-over-kinderen-in-problematische-opvoedingssituaties.pdf) (of [media.leidenuniv.nl/legacy/researchmemorandum20106-beslissingenoverkindereninproblematischeopvoedingssituaties.pdf](http://media.leidenuniv.nl/legacy/researchmemorandum20106-beslissingenoverkindereninproblematischeopvoedingssituaties.pdf)). Hechting is een primair fundamenteel belang van het kind: Hechtingsgedrag is een aangeboren behoefte bij iedere baby. Hechting is als baby belangrijk om te overleven en om later in vertrouwen samen te werken als sociaal wezen. Met een *onveilige hechtingsrelatie* in deze psycho-sociale wereld probeert deze mens emotioneel te overleven, omdat hij de noodzakelijke veiligheid ontbeert; de emotionele ontwikkeling komt dan in het teken te staan van zelfbescherming waardoor een afvlakking of manipulatieve verstoring van het basisgevoel optreedt. Verdere informatie bij o.a. kennisstichting De Knoop, [www.deknoop.org](http://www.deknoop.org) en de link in noot <sup>2</sup>.

Een reactieve hechtingsstoornis is een vorm van onveilige hechting die veroorzaakt werd door een onbekwaam pedagogisch opvoedklimaat, waar ouders maar ook hulpverleners oorzaak kunnen zijn, of onjuiste begeleiding; dit is oorzakelijk post-nataal. De klassieke hechtingstheorie werd beschreven door J. Bowlby, bijv.: ‘Attachment and loss’, 1969–1980.

de juiste (diagnostische) hulp, tot ontwrichting van het gezin, met oorzaak de jeugdzorg.’ En: de jeugdzorg lijkt met het onjuist gebruik van ‘hechtingsstoornis’ een allesplosser te vinden.

Ook in onze praktijk zien we dat gezinsvoogden naar rechters het woord ‘hechtingsstoornis’ gebruiken, zonder dat er een diagnostisch rapport ligt. Vaak wordt er zonder diagnostisch onderzoek en zonder uitleg aangedrongen op uithuisplaatsen. {We gebruiken hier het begrip hechtingsstoornis omdat de ‘jeugdzorg’ dit begrip vaak hanteert, maar het omvat hier ook (mogelijke) gehechtheidsproblematiek, onveilige hechting. Wanneer er sprake van zou zijn, moet het juist gediagnosticeerd worden op specialistisch niveau. Daar kan dan zo nodig een behandelplan uit volgen.}

Vanwege de te nemen juridische beslissingen, met regelmatig verstrekkende gevolgen voor kind en gezin, is nuance van *oorzaak* van de gezinsproblematiek nodig. Jeugdrechters moeten zich veelal baseren op rapportages van het niveau Bureau jeugdzorg (BJZ). De aandachtspunten in het research-memorandum lijken beperkt te blijven tot jonge kinderen, waar de oorzaak van de stoornis in het midden blijft. Op meerdere plaatsen in het memorandum “*Beslissingen over kinderen in problematische opvoedingssituaties*” lijkt de oorzaak bij de ouders gelegd te worden.

### Vier oorzaken

· Bij het denken aan ‘problematische opvoedingssituaties’ denkt men al snel aan pedagogisch onbekwame ouders, multi-problemgezinnen, en dergelijke. Waar werkelijk sprake is van oorzaak bij de ouders, heet deze hechtingsstoornis *reactieve hechtingsstoornis*. De Lange noemt dit ook wel Primaire Fundamentele Relatie Stoornis (FRS). Echter een reactieve hechtingsstoornis kan ook veroorzaakt worden door een uithuisplaatsing, slechte omgangsregeling of door het onverhoopt ondeskundig handelen van BJZ; dan is er sprake van een Secundaire FRS. Een therapie kan met gebruik van de ouders geschieden (Thoomes), en in het uiterste geval kan een sociogroepsopvoeding bij recalcitrante adolescenten helpen (De Lange).<sup>2</sup>

· Bowlby stelde de klassieke hechtingstheorie op. Moderner is de ‘integrale hechtingstheorie’<sup>3</sup>, die laat

<sup>2</sup> Dr. A. Thoomes-Vreugdenhil (BIG-geregistreerd therapeut), [www.hechtingsproblemen.nl/nl/behandelvormen](http://www.hechtingsproblemen.nl/nl/behandelvormen) en verder... Zie ook naar de duur van deze therapieën. En voor moeilijke pubers is door dr. Ger de Lange ook een andere behandelvorm voorgesteld: ‘sociogroepsopvoeding’ zoals dat bij Den Engh kon voor deze doelgroep: <http://hechting.eu/index.php?pagina=artikel.txt>. Beiden beschrijven vormen van onveilige hechting waaronder onveilig gedesorganiseerde gehechtheid. Juffer gebruikt dit ook. Het doel is een gezond en sociaal welbevinden in het verdere leven.

<sup>3</sup> Psycholoog-psychotherapeut en onderzoeker Rien Verdult, 2010, De Knoop 2, pag. 21-25, [www.stroeckenverdult.be/site/upload/docs/De%20Knoop%20Amersfoort%202009.pdf](http://www.stroeckenverdult.be/site/upload/docs/De%20Knoop%20Amersfoort%202009.pdf) en [www.hechtingsstoornis.com/print.php?type=A&item\\_id=147](http://www.hechtingsstoornis.com/print.php?type=A&item_id=147). Autonome hechtingsstoornis is oorzakelijk (pre)nataal.

zien dat verstoorde gehechtheid evenzo verklaard kan worden uit ervaringen tijdens de prenatale fase of de geboorte. Ook genetische defecten kunnen mogelijk oorzaak zijn. Hier spreken we van *autonome hechtingsstoornis*, een hechtingsstoornis met (pre)natale oorzaken.

· Oorzaken zoekend, zien we ook de zogenaamde *adoptieve hechtingsstoornis*. Dit is een andere oorzakelijke vorm van reactieve hechtingsstoornis, waar het 'reactieve' te verklaren is uit ervaringen van vóór en tijdens het adoptieproces. En mogelijk, verergerend, een gebrek aan juiste hulpverlening daarop. Bij pleeg- en adoptiekinderen komt onveilig gedesorganiseerde gehechtheid ruim twee maal vaker voor dan bij 'gewone' kinderen.<sup>4</sup> Wel is BJZ<sup>5</sup> bevoegd een stoornis te indiceren (doorsturen), maar de opleiding tot gezinsvoogdijmedewerker schiet te kort voor de noodzakelijke diagnose. Belangrijk te vermelden is dat een *indicatie* door jeugdzorg niet gelijk is aan een *diagnose* door een specialist.

· Naast bovenstaande oorzaken zij opgemerkt dat BJZ geneigd is om het begrip hechtingsstoornis zonder diagnostisch rapport of onderbouwing *te pas of te onpas* te gebruiken.<sup>6</sup> Een indicatierapport dat als grond tot een justitiële maatregel de 'hechtingsstoornis' noemt – zonder (diagnostisch) rapport van een jeugdpsychiater of orthopedagoog-generalist – mag geen reden zijn tot uithuisplaatsen of het tegenhouden van terugplaatsing; het dient de rechter juist alert te maken.

Een hechtingsgestoord kind kan zeer manipulatief zijn: mensen bespelen, sterk manipulatief gedrag vertonen, de draagkracht van ouders uitputten en zeer lief (maar juist van ouders afkerend) overkomen naar de hulpverleners. Dan zijn juist diagnostieke tests (ook met ouders) belangrijk voor gespecialiseerde hulpverlening. Daar heeft een kind naar IVRK art. 24 recht op: directe toegang tot een specialist<sup>6</sup> op dit gebied. Dit 'belast' een kind minder dan sociaal werk (BJZ).

Kinderen hebben een veilige hechting nodig om zich te kunnen ontwikkelen tot gezonde en gelukkige volwassenen. Wanneer 'professionals' binnen BJZ het begrip hechtingsstoornis gebruiken, kan het lijken

<sup>4</sup> 'Een nieuwe start: gehechtheid van adoptiekinderen', Linda van den Dries & Femmie Juffer, blad Wereldkinderen, nr. 1, 2011, en LAVA-Contact, nr. 2, 2011, staafdiagram.

<sup>5</sup> Ook kan het ouders niet verweten worden dat ze een hechtingsstoornis niet tijdig onderkennen; het is specialistenwerk.

<sup>6</sup> In de jeugdzORG wordt wel verwezen naar een 'multidisciplinair team' dat meedenkt met de indiceerder of gezinsvoogd, doch dat team onderzoekt de cliënt niet zelf, en dit is in strijd met IVRK artikel 24: het kind heeft recht op de hoogst mogelijke mate van gezondheid en daarbij horende (psychische) gezondheidszorg (diagnost); en een jeugdzorgwerker die de cliënt niet ziet voldoet niet aan hoogwaardige beroepsethische normen (vglk code NIP/NVO/BIG). "Het team" is geen kwaliteitsnorm! Het kind heeft recht op echte diagnostiek voordat er mogelijk schadelijk, of met zware middelen, wordt ingegrepen (met OTS of UHP). Een 'jeugdzorg-professional' is nog geen specialist en regelmatig 'niet deskundig' te noemen. Juffer verwijst in hoofdstuk 3 naar diagnostische tests, gekwalificeerde onderzoeksmethoden door deskundigen.

alsof de ouders de oorzaak, de 'bedreiging', zijn. 'Reactief', zoals Juffer beschrijft, is het gangbare idee. De wegingsvraag moet worden gesteld of dit ook zo is, want een ingrijpende gedwongen maatregel moet wel echt het laatste redmiddel zijn. Juffer wijst er ook op dat verhuizen naar een ander gezin (uithuisplaatsen, overplaatsen), laat staan naar een kindertehuis<sup>4</sup>, tegen het belang van dat kind werkt. Het uithuisgeplaatst-zijn wordt door o.a. jeugdpsychiater Janssen-Breederveld als schadelijk –in de belevenis van het kind– beschreven.<sup>7</sup> Waar sprake is van onveilige hechting, is, zelfs op latere leeftijd, uithuisplaatsen een laatste middel. Bij specialistisch (diagnostisch) onderzoek moeten de ouders betrokken worden bij de anamnese (ingevolge de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst) omdat zij het kind het beste kennen. Men denke – na diagnose – dan bijv. voor adolescenten aan de genoemde oplossing<sup>2</sup> van Ger de Lange. Ook zijn ouders zelf veelal nodig voor passende therapie (Thoomes). Door het niet goed 'kennen' van eigen ouders (beperkte omgangsregeling bij UHP) en de signalen over deze ouders – in pleegsituaties – kunnen loyaliteitsconflicten en later PAS<sup>8</sup> ontstaan.

Dikwijls zien we dat bij de vraag om een kindbeschermingsmaatregel enkel wordt gesproken over het korte-termijn-belang van het kind, zonder de nood voor het *long-term-belang* te wegen. Daarvoor het volgende:

#### *Ervaringen vanuit adoptiegezinnen*

Uit de wetenschap met geadopteerden leren we dat er in een latere levensfase, veelal vanaf de pubertijd, bij het kind vaak de behoefte bestaat (ca. 85%) om alle ouders te 'kennen', dus voor hen ook de biologische ouders. Het gemis eigen ouders durend te 'kennen' (ook bij 'gewone' kinderen), ten gevolge van een kindbeschermingsmaatregel, kan een leven doorwerken en dus lang het psychisch welzijn belemmeren. Ook belemmert dit de schoolprestaties van het kind of adolescent. Bij uithuisplaatsing (UHP) kunnen naar het kind, van de zijde van BJZ, van de pleegzorgwerker of het pleeggezin, signalen komen die loyaliteitsproblematiek veroorzaken. Een kind is geneigd de 'schuld' bij zichzelf te zoeken ('het waarom van de UHP'). In een

<sup>7</sup> 'Baby's en peuters in pleegverzorging verdienen speciale behandeling, een pleidooi voor preventie van psychiatrische problematiek', jeugdpsychiater mw. dr. W. Janssen-Breederveld, blad voor pleegzorg Mobiel, juni/juli 2008 of in blad De Knoop, 2009, nr. 2, p.8–10: "De uithuisplaatsing zelf, hoe heilzaam deze ook gedacht wordt te zijn voor de toekomst van het kind, kan ook beschouwd worden als een traumatische ervaring. ..."

<sup>8</sup> PAS (R.A. Gartner) werd in Nederland erkend in uitspraken zoals LJN BA7155 of B11655 [p.6]. Dr.med. B.Goudard, 2008, beschreef in haar these Le Syndrome d'Aliénation Parentale dat het veroorzaken van PAS (Oudervervreemdingssyndroom) is als het toebrengen van lichamelijk letsel. Dat is op het niveau van aanleggen van hersencelverbindingen juist. Haar these: [http://dragonbleu.jmphenix.info/spip/IMG/pdf/These\\_Syndrome\\_d\\_Alienation\\_Parentale\\_2008.pdf](http://dragonbleu.jmphenix.info/spip/IMG/pdf/These_Syndrome_d_Alienation_Parentale_2008.pdf); ook heeft Brazilië nieuwe wetgeving (Wet 12 318) aangenomen waarin oudervervreemding [PAS] als een vorm van *kindermishandeling* wordt gedefinieerd, aangepakt en bestraft: <http://oudervervreemding.wordpress.com/2010/08/26/155/>

pleegsituatie kunnen signalen over de ouders beschuldigend of polariserend overkomen. Op school kan het kind gepest worden met de 'UHP'. Het kind schaamt zich en wordt onzeker. Schijnaanpassingen komen bovengemiddeld voor bij een UHP. Het gedwongen moeten opgroeien in een pleegsituatie is ook voor oudere kinderen veelal niet de beste oplossing. Liefst is een therapie na echte diagnose, waarbij de ouders betrokken en ondersteund worden door de toegesneden therapeut of deskundige, de oplossing. Dit is beter dan een pleegsetting. Niet-genetische family-life kan vaak pas na 5 jaar echt ontstaan en verdient geen voorkeur. Wie of wat is de 'ernstige bedreiging' (het cliché uit BW1:254 lid 1) en kan dit bij voorrang zonder uithuisgeplaatst-zijn worden verbeterd? – mag men zich afvragen. Het 'kennen van' en opgevoed worden door eigen ouders is een beschermingsfactor tegen mogelijke ernstige problematiek.

#### **Aanwezigheid van bewijsstukken?**

Het verdient aanbeveling om bij een OTS- of UHP-verzoek te letten op de volgende stukken:

I Welke stukken bewijzen dat *eerst* juiste, deskundige hulp is geleverd of, bij verlenging van UHP, er werkelijk diagnostiek is bedreven, en waaruit blijkt dat de ouders de bedreiging zouden zijn? BJZ zelf mag slechts indiceren (doorverwijzen), niet *diagnostiseren*, en een diagnost maakt zelf een behandelplan;

II De aanwezigheid en inhoud van het document met *onderzoeksvragen* die door Bureau Jeugdzorg of Raad voor de Kinderbescherming is opgesteld voor de diagnost/ specialist; de ondertekening van de ouders voor accoord moet er onder staan. Die onderzoeksvragen willen nogal eens te beperkt en eenzijdig zijn, opgesteld door een sociaal werker of – op z'n best – een gedragsdeskundige die de cliënt niet zag, dus tegen de beroepsethiek in;

III De aanwezigheid van het specialistisch rapport en het *behandelplan* van deze specialist waaruit blijkt dat uithuisplaatsen het beste is.

Belangrijke vragen zijn dan:

Is de geestelijke leeftijd gelijk aan de fysieke? (Is verlengde OTS en ambulante therapie nodig na het 17<sup>e</sup> levensjaar?).

Is toewerken naar begeleid wonen wel de oplossing wanneer er nog gewerkt moet worden aan de gehechtheid met de ouders? Bij therapie zijn de ouders belangrijk; we zien echter vaak het onderzocht van de gezinsvoogdij freewheelen, met UHP.

De indicatieve rapportages (Indicatiebesluit en Plan van Aanpak) en dossiers van BJZ kunnen nogal eens een zoekplaatje zijn. En waar de gezinsvoogdijmedewerkers beweren wat moet gebeuren en geen onderbouwing kunnen verstrekken, kan dit wel eens een pijnlijke situatie voor rechters opleveren.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Raadsheer mr. P. A. J. Th. van Teeffelen van het Gerechtshof te 's Hertogenbosch, FJR, 10, 2010, pag. 248: "... Ouders stellen de vraag wat zij moeten doen om de kinderen weer terug thuis te krijgen en krijgen daarop geen antwoord of worden min of meer met een kluitje in het riet gestuurd. ... Onwillekeurig rijst dan de vraag nogal eens: 'is het bureau er voor de cliënten of zijn de cliënten er voor het

Ook diverse hoogleraren hebben hun twijfels wegens het gebrek<sup>10</sup> aan juiste indicatie-meetmethoden bij bureaus jeugdzorg.<sup>11</sup> De kern bij problemen bij jeugdzorg-casemanagement (dat is gezinsvoogdij) wordt onderkend: de reguliere jeugdzorg matcht de kennis niet bij de case.<sup>12</sup>

Rond adoptie is reeds geadviseerd om tot een meer gespecialiseerde toegangspoort (IBAP i.p.v. BJZ) te komen.<sup>13</sup> (Zo kan men denken aan meerdere gespecialiseerde doelgroep-ingangen).

Bij beslissingen over OTS of UHP is het belangrijk te wegen of de schade door de beweerde 'bedreiging' groter is dan de vervolgschade van het uithuisgeplaatst-zijn; ook het long-term-belang van het kind dient meegewogen te worden. Er moet gelet worden op de mogelijkheid van therapietrajecten die passen bij de mate en soort van onveilige gehechtheid. Hier is de kind-ouderband zeer belangrijk. Therapieën kunnen vaak in de thuis-situatie verleend worden.<sup>14</sup> Hier moge

---

bureau?.'

[www.recht.nl/vakliteratuur/aflevering.html?aflevering=16237](http://www.recht.nl/vakliteratuur/aflevering.html?aflevering=16237)

<sup>10</sup> Prof. Dr. R.-J. van der Gaag, Oratie Nijmegen september 2003, Kinder & jeugdpsychiatrische diagnostiek en classificatie: "*samen verdiepen... of koppie onder*": Hij pleitte al in 2003 "voor kinder- en jeugdpsychiaters als 'diagnostische zwaargewichten' aan de poort die bij de triage helpen om lange, frustrerende, mislukte hulpverleningsprocessen te voorkomen. Hij was toen al van mening dat het goed zou zijn, als de psychiater (die ook arts is) in het multidisciplinaire overleg ('team') een coördinerende taak krijgt en eindverantwoordelijke is!" Directe toegang tot deskundigheid is optimaler; [http://dare.ubn.kun.nl/bitstream/2066/30152/1/30152\\_kind\\_enjed.pdf](http://dare.ubn.kun.nl/bitstream/2066/30152/1/30152_kind_enjed.pdf); er mag geen schot tussen BJZ en diagnostiek staan.

<sup>11</sup> Junger Tas, 1983; '909 zorgen', prof. N. W. Slot e.a., 2002; prof. J. van Acker; prof. J. Hermans... ('doek BJZ op') en bijv. <http://dl.dropbox.com/u/2479159/Jur.Gehechtheid-artik.TjS-Juffer%20%2BLAVA11.pdf>.

<sup>12</sup> Onderzoeksraad voor de Veiligheid (kindermoorden onder toezicht), Commissie Samson (misbruik onder toezicht), Keeping the Promise; <http://adoptiezorg.weblog.nl/> en noot <sup>13</sup> voor Keeping the Promise.

<sup>13</sup> 'Bittere Ervaringen, uithuisplaatsingen van buitenlandse adoptiekinderen', Hoksbergen, Spaan en Waardenburg, 1989; Openbaar college 'Adoptie: een levenslang dilemma?', prof.dr. R.A.C. Hoksbergen, 2000, Univ. Utrecht, ISBN 90-805430-2-0, p. 25-26 (IBAP); 'Keeping the Promise', S.L. Smith, Evan B. Donaldson Adoption Institute, 2010, bevestigt de noodzaak om tot een IBAP als doelgroep-ingang te komen: [www.adoptioninstitute.org/research/2010\\_10\\_promises.php](http://www.adoptioninstitute.org/research/2010_10_promises.php) waaronder

<http://dl.dropbox.com/u/2479159/Keeping%20the%20Promise-%20VERTALING%20-summary.pdf> (samenvatting in het Nederlands); een specialistische ingang voor een doelgroep kan sneller en effectiever resultaat boeken en zo zowel gezonder als bezuinigend zijn. Prof.dr. R.A.C. Hoksbergen geeft hulpverleners tips in zijn boek 'Kinderen Die Niet Konden Blijven', 2011, ISBN 978-94-6153-025-7, pag. 404-409; eerdere bevindingen constructief bevestigend.

<sup>14</sup> Anniek Thoomes-Vreugdenhil geeft opleidingen voor specialisten in gehechtheidstherapieën: [www.hechtingsproblemen.nl/nl/opleidingen](http://www.hechtingsproblemen.nl/nl/opleidingen). De link naar behandelvormen staat in noot <sup>2</sup>.



de mogelijkheid tot het veroorzaken van loyaliteitsproblematiek (en PAS) in pleegsituaties meegewogen worden bij de beslissing.

Kortom, enkel met juiste diagnostiek en het afwegen van behoeftes van het kind, ook op termijn, is een gevolg-hebbende beslissing te nemen. Inschakeling van adoptiespecialisten of hechtingsdeskundigen wordt door mij bepleit.

Tj.W. Strubbe

Afdelingscoördinator Adoptiezaken –  
Stichting Samenwerkingsverband Familierecht  
(FJR-nr.11-2012/95)

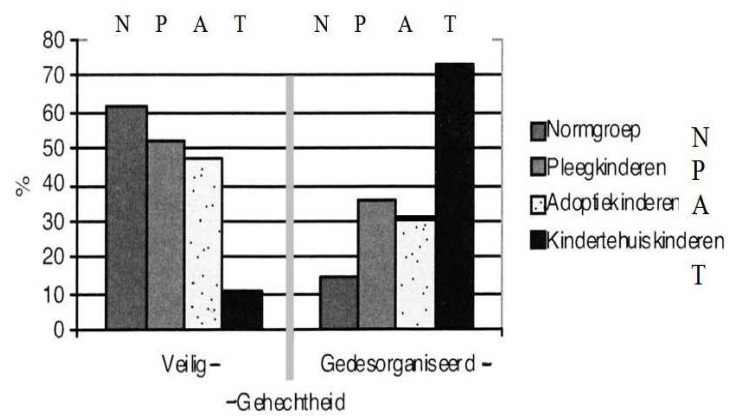
Prof.dr. F. Juffer vulde (in artikel 96 FJR) aan met:

**Nadat er gediagnosticeerd is**, kan men bezien of er sprake is van een hechtingsstoornis (1%) òf van een mate van gehechtheidsproblematiek en/of onveilige hechting.

Er wordt een richtlijn vastgelegd over Problematische gehechtheid in de jeugdzorg: M.S. de Wolff e.a., Samenvatting Richtlijn Problematische Gehechtheid. TNO & CBO. (Het is te hopen dat in deze a.s. richtlijn ook bezien wordt met welke kreten ‘jeugdzorg’ de rechter bestoort; hoe BJZ bewijst; zonder of met *diagnostisch* bewijs? Rechters zijn nu eenmaal geen psychiaters en moeten juiste informatie krijgen. BJZ is van niveau sociaal werk, diagnostisch onbevoegd. Noot 6.)

Ger de Lange heeft het eens ook gehad voor zeer jonge kinderen over ‘holding’, en deze ‘therapie’ behoort niet tot de in FJR gestelde aanbevelingen, is niet in praktijk als effectief bewezen, zelfs dubieus. Maar hier is therapie voor pubers bedoeld met een ander traject als alternatief.

Om geen somber beeld over adoptie te krijgen, vult Juffer aan met het feit uit het staafdiagram uit noot 4 en wijst op het feit dat kindertehuisplaatsen zelfs een onveilige gehechtheid laten zien dat meer dan 4x hoger ligt dan de normaal.



Staafdiagram uit: artikel “Een nieuwe start:

gehechtheid van adoptiekinderen” door Linda van den Dries & Femmie Juffer en is verschenen in blad *Wereldkinderen*, nr. 1, 2011 en in *LAVA-Contact* nr. 2, 2011, p. 8–9.

F. Juffer besluit met :

“Laten we de inzichten uit recent gehechtheidsonderzoek benutten voor de jeugdzorg en de rechtspraak en gehechtheidsproblemen bij kinderen vooral *evidence-based* benaderen.”

Aanvulling: *Evidence-based interveniëren*:

### Wat zijn de effecten op de zorg? (bij gedwongen interventies)

Via het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en het ZonMw-programma ‘Zorg voor jeugd’ (2007 tot 2013) is een databank voor bewezen *effectieve* jeugdinterventies tot stand gebracht. De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ( <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2012/04/02/kamerbrief-over-kwaliteitsbeleid-voor-de-brede-zorg-voor-jeugd.html> ) gebruikt dit onderzoek in haar brief aan de Tweede Kamer der Staten Generaal om deze te informeren over het kwaliteitsbeleid voor de brede zorg voor jeugd (kenmerk: DJ-U-3109396):

“In totaal zijn 318 interventies op hun effectiviteit onderzocht. Daarvan waren 144 interventies ‘theoretisch goed onderbouwd’, zes interventies ‘waarschijnlijk effectief’ en drie interventies ‘bewezen effectief’. De overige 165 interventies zijn onderzocht maar niet toegelaten tot de databank omdat de effectiviteit niet kon worden vastgesteld.” (pagina 5 onderaan). Op de 318 onderzochte interventies bleken er drie tot maximaal negen effectief!

De Staatssecretaris van VWS merkt op dat er bij maximaal bij 5% van de Jeugdzorg-bemoeienissen kan worden gemeten dat deze effectief zijn geweest: “In dit verband is het ook relevant dat Van Yperen en Veerman schatten dat in de jeugdzorg maximaal 5% van de interventies het

*predicaat evidence-based kunnen verkrijgen.”*  
(pagina 6 bovenaan).

Een niet passend hulptraject, niet *evidence-based*, kan schadelijk zijn voor kind en gezins-dyade, het kind-oudersysteem.

---

Conclusie:

**Jeugdhulp behoort dus eerst het diagnostisch traject in te gaan. En dan de effectief bewezen, passende trajecten (therapieën) bewandelen.**

(Daar past veelal UHP niet in – Joseph J. Doyle jr. (2007, longitunaal onderzoek) bevestigt dat zorg beter en effectiever met een deskundige via thuissituatie gegeven kan worden dan via een pleegsetting).

OTS en UHP zijn eigenlijk in feite geen zorgtrajecten. (Jeugdzorg heeft het dan over ‘veiligheid’, waar niet deskundig gewogen wordt wat het kind als ‘veilig’ beleeft, en zo kan dus de ontwikkeling met een dwangmaatregel het kind schaden. Hulp thùs is effectiever [prof. Jo Hermanns].)

---

<http://jeugdzorg-darkhorse.blogspot.nl/>  
als onderbouwende, informatieve site over  
wat men van jeugdzorg mag verwachten en  
wat niet...