

## Leesteksten bij Casus Anneke

### Aantallen

Hoeveel kinderen er zijn met iemand in het gezin die intensieve zorg nodig heeft of ernstige zorgen geeft, is niet precies bekend.

Het NIZW heeft in 2005 de volgende schatting gemaakt van het aantal kinderen dat opgroeit in gezinnen waarin langdurige zorg voor een volwassene nodig is of waarin de volwassenen te maken hebben met een ernstige problematiek.

Van de 4,9 miljoen kinderen en jongeren tot 25 jaar schat het NIZW dat:

- tussen de 400.000 en 800.000 een ouder heeft met een chronische lichamelijke aandoening of beperking,
- ongeveer 1,2 miljoen een ouder heeft met een psychiatrische diagnose,
- 370.000 een ouder heeft met een chronische alcohol- of drugsafhankelijkheid of alcohol- of drugsmisbruik.

Ongeveer 35 procent van alle kinderen die een ouder hebben met een psychiatrische diagnose krijgt zelf ook ernstige problemen.

De kinderen van deze ouders hebben anderhalf keer zoveel kans om zelf een psychiatrische stoornis te krijgen dan de kinderen van ouders zonder deze diagnose. Als beide ouders ernstige psychische problemen hebben (gehad), is de kans op een psychiatrische stoornis bij kinderen 66 procent. Uit de opnamegegevens van kinderpsychiatrische klinieken blijkt dat bij kinderen met ontwikkelingsstoornissen in 77 procent van de gevallen de ouder(s) psychiatrische problemen hebben en bij kinderen met gedragsstoornissen 55 procent van de ouders.

### Baby's en depressieve ouders

#### Baby blues

50 tot 80 procent van de pas bevallen moeders heeft last van een dip, ook wel genoemd de baby blues, die vaak tussen de vierde en tiende dag optreedt. Vlug huilen en boos zijn, het niet meer zien zitten zijn wat kenmerken voor deze periode.

Bij een postpartum depressie (vroeger genoemd postnatale depressie) stoppen deze negatieve gevoelens niet, maar worden erger.

Meestal begint deze depressie ook wat later dan de gewone tijdelijke somberheid.

De oorzaken zijn meestal te herleiden tot verschillende factoren: lichamelijk (hormonaal, schildklierwerking, tekort aan vitaminen en mineralen, hersenstof-ontregeling), psychisch (negatief zelfbeeld, te hoge eisen aan zichzelf stellen, onverwerkt verdriet, zware bevalling), psychosociale factoren (stress, ingrijpende gebeurtenis van de bevalling) en erfelijke factoren.

In het algemeen verzorgen depressieve moeders hun baby voldoende en lijkt er op het eerste gezicht niets aan de hand. Vaak verlenen ze wel de nodige zorg (voeden, wassen, verschonen), maar gaat de baby daarna zo snel mogelijk terug de wieg in.

Depressieve moeders weten vaak niet goed hoe ze op hun baby moeten reageren en de volgende opvallende verschijnselen kunnen zich voordoen ([Huizing, 2003](#)):

- De moeder negeert signalen van de baby of reageert te traag op die signalen.
- Ze beoordeelt het gedrag van de baby negatiever en niet realistisch.
- Ze kan haar eigen gevoelens projecteren op een kind. Zo dacht een moeder dat haar baby hilde van vermoeidheid, omdat ze zelf moe was. Maar de baby had honger!
- Ze praten en zingen weinig.
- Moeders denken negatief over zichzelf, dus ook over hun moederschap en dit beïnvloedt hun houding negatief. Het is een vicieuze cirkel.
- De hechtingsrelatie ontwikkelt zich slecht. De baby ontwijkt de moeder en fleurt dan op bij bijvoorbeeld de vader. Ongeveer 45 procent van de baby's van depressieve moeders is onveilig gehecht.

## Hulpverlening

De afdeling preventie van RIAGG IJsselland heeft een manier van werken ontwikkeld, die succes heeft. In deze hulpverlening wordt gebruik gemaakt van verschillende methoden, zoals technieken uit de videohometraining, observatie, voorbeeldgedrag, babymassage.

Moeder leert met behulp van videofragmenten de signalen van de baby op te vangen, te begrijpen en er iets mee te doen. Steeds wordt de positieve kant benoemd en worden moeders gestimuleerd. Hierdoor probeert men de cirkel te doorbreken.

Belangrijk is ook dat daarnaast de depressie van moeder behandeld wordt.

## Jonge mantelzorgers

Iemand die tijd en energie besteedt aan de zorg voor een zieke of hulpbehoevende partner, kind, ouder, vriend of buur is een mantelzorger. De officiële definitie is: De hulp bij het dagelijks functioneren, die vrijwillig en onbetaald wordt verleend aan personen uit het sociale netwerk die – door welke oorzaak ook – vrij ernstige fysieke, verstandelijke of psychische beperkingen hebben.

Het zijn niet-professionele verzorgers, die vaak zwaar belast worden en soms taken van professionele hulpverleners overnemen.

Ongeveer 10 procent van alle kinderen kan jonge mantelzorger genoemd worden. Dit zijn kinderen als Anneke uit de casus.

Het NIZW omschrijft jonge mantelzorgers als:

- de leeftijd tot 25 jaar
- zorgen voor een langdurig ziek of gehandicapt familielid
- thuis wonen met een gezinslid dat lijdt aan:
  - ernstige lichamelijk chronische ziekte(n) of handicap(s), zoals kanker, MS, CVA, reuma of een progressieve spierziekte en/of
  - chronische psychiatrische klachten zoals depressie of schizofrenie en/of
  - ernstige alcohol-, drugs-, of andere verslaving

Deze kinderen komen vaak ook zelf in de problemen.

Ze worden in alle mogelijke opzichten zwaar belast: praktisch, psychisch, fysiek, relationeel en sociaal. Ze hebben taken in het huishouden, de verzorging, de zorg voor andere kinderen, zaken buitenshuis en ze verlenen emotionele steun aan ouders, broers en zussen.

De *problematiek* van deze kinderen wordt vaak weinig herkend en erkend door:

- geslotenheid van gezinnen met psychiatrische patiënten, alcoholisten, zieken, gehandicapten
- stigma's en taboes die rusten op deze groepen mensen
- schuld- en schaamtegevoelens van alle betrokkenen, zowel van de ouders als van de kinderen

De belangrijkste *tekenen* van overbelasting zijn:

- vermoeidheid, concentratieproblemen en schoolverzuim
- teruggetrokken gedrag en isolement ten opzichte van leeftijdgenoten
- geëxternaliseerd gedrag
- psychosomatische klachten

## Kinderen van chronisch zieke ouders

Deze ouders zijn ongeneeslijk ziek, de ziekte is meestal niet dodelijk en ze hebben een wisselend soms progressief verloop.

Onder de titel 'Elke morgen nieuwe zorgen' schreef Saskia Vink een beroepsvraagstuk over kinderen van chronisch zieke ouders. Zij geeft een aantal voorbeelden van deze ziekten en noemt enkele gevolgen:

*Voedings- en stofwisselingsziekten*: diabetes mellitus (suikerziekte), cystic fibrosis (taaislijmziekte). *Ziekten van het zenuwstelsel*: multiple sclerose, parkinson, migraine.

*Aandoeningen van de ademhalingsorganen*: cara. *Ziekten van de bewegingsorganen*: reumatoïde artritis.

Geschat wordt dat ongeveer 1 op de 10 kinderen hiermee te maken heeft. Het zijn kinderen die zorgen voor de ouder, de verwerking uitgesteld kunnen hebben (soms zelfs tot de volwassenheid), vluchten in een fantasiewereld, eenzaam en zorgelijk kunnen zijn.

Ook kunnen ze de wet van de duale gevoelens volgen: het afwisselen van intens verdrietige gevoelens met intens blij momenten, waar volwassenen niets van begrijpen. Het is een manier om zichzelf te beschermen tegen de 'verdrinkingsdood'.

**Tips** voor kinderen met zieke ouders zijn ([www.sjn.nl](http://www.sjn.nl)):

- Praat met mensen in je omgeving die je vertrouwt, over wat er thuis gebeurt (bijvoorbeeld met een vriend of vriendin, klassenleerkracht, studiegenoot, een tante of oom of iemand anders uit je familie of gezin).
- Laat thuis merken dat jij er ook nog bent: probeer met je ouder(s) te praten over hoe je je voelt en over wat je meemaakt.
- Denk ook aan je eigen leven: neem voldoende tijd voor ontspanning en ga bijvoorbeeld naar een sportclub.
- Als het niet meer gaat, je je echt te rot voelt en ongelukkig, trek dan aan de bel (bijvoorbeeld bij je ouders, de huisarts of een leraar) en maak duidelijk dat het niet meer gaat. Daar hoeft je je niet voor te schamen.
- Zoek informatie over de ziekte of verslaving van je vader of moeder, zodat je beter begrijpt wat er aan de hand is en wat je te wachten staat (dit kan ook via internet). Sommige kinderen zijn bang dat het hun ook kan overkomen.
- Laat de mensen in je directe omgeving zien wat de situatie thuis met je doet, bijvoorbeeld door erover te praten. Zo krijgen ze begrip voor je situatie en het feit dat je je niet altijd even prettig voelt.
- Zoek een manier om iets positiefs met je ervaringen te doen (schrijven, schilderen of sporten bijvoorbeeld).
- Zoek contact met jongeren die hetzelfde meemaken als jij, zeker als je het gevoel hebt dat mensen in je omgeving je niet echt begrijpen. Er zijn nog meer jongeren die in een zelfde situatie zitten: je bent niet alleen! Als je wilt praten met anderen zijn daar op verschillende plekken en bij verschillende instanties mogelijkheden voor.

## **Kinderen van depressieve ouders**

Kinderen van depressieve ouders hebben een verhoogde kans om zelf depressief gedrag te vertonen, maar ook internaliserende en externaliserende stoornissen. De oorzaken waarom deze kinderen in de problemen komen, lijken naast genetische factoren vooral te liggen op het gebied van de opvoeding. Depressieve ouders zouden minder warm, ondersteunend en responsief zijn, vaker prikkelbaar, overbetrokken en negatief. Ook kunnen er bijkomende problemen optreden, zoals relatieproblemen en opvoedingsproblemen. Kinderen kunnen op verschillende manieren reageren om een evenwicht te zoeken en te vinden in het gezin met een depressieve ouder.

Deze reacties worden copingstijlen genoemd en de manier waarop kinderen reageren is erg belangrijk bij het ontstaan van eventuele problematiek.

Lambermon (2003) geeft in een overzichtsstudie vijf copingstijlen:

1. *Primaire coping* is gericht op het veranderen van de stressvolle situatie of op het hanteren van de gevoelens die daarbij zijn opgeroepen. De kinderen proberen bijvoorbeeld het probleem op te lossen of de gevoelens rechtstreeks te uiten.
2. *Secundaire coping* is gericht op aanpassing aan de situatie. Bijvoorbeeld positief denken of zichzelf afleiden.
3. *Disengagement* of loskoppelen is het emotioneel, fysiek of cognitief afstand nemen van de stressvolle situatie. Bijvoorbeeld ontkennen en vermijden.

Dan zijn er nog twee soorten onvrijwillige reacties:

1. *Overbetrokken stressreacties*. Dit kan bijvoorbeeld zijn extreme boosheid.
2. *Afzijdig reageren*. Bijvoorbeeld emotioneel afstompen of vluchten.

Primaire coping (iets doen aan de situatie) en secundaire coping (het accepteren van de situatie) lijken het beste voor de ontwikkeling van kinderen.

Jongens hebben meer de neiging afstand te houden en hanteren vaker de tweede copingstijl als reactie op de depressieve ouder. Dochters van depressieve ouders lopen meer kans op problemen dan de zonen. Hulpverleners moeten goed rekening houden met de verschillende copingstijlen. Het verbeteren van de copingvaardigheden is een goede manier om kinderen beter met de situatie om te leren gaan.

Daarnaast zijn er op een succesvolle manier experimenten geweest om depressieve ouders te ondersteunen opvoedingsproblemen op te lossen. De houding van aangeleerde hulpeloosheid, waarbij de situatie passief wordt ondergaan, werd door het opdoen van succeservaringen doorbroken.

### **Kinderen van (hard-)drugsverslaafde ouders**

In gezinnen met drugsverslaafde ouders kunnen allerlei zaken een rol spelen en de opvoeding beïnvloeden: het sociale netwerk, de economische situatie, een eventuele partner, de duur van de verslaving, het type verslaving.

Globaal genomen zijn er twee groepen te onderscheiden.

De eerste groep heeft het drugsgebruik voldoende onder controle en blijkt met behulp van familie en hulpverleners redelijk in staat hun kinderen op te voeden. Het drugsgebruik is van zodanige aard dat het maatschappelijk functioneren redelijk gaat (wonen, werk e.d.).

De tweede groep heeft het drugsgebruik niet onder controle en vertoont gedrag dat niet past bij opvoeders. Alles is geoorloofd als het maar drugs oplevert: manipuleren, liegen, gebrek aan verantwoordelijkheidsgevoel, inadequate tijdsbeleving, egocentriciteit.

Bij deze tweede groep is er al veel meer verloedering.

Tijdens de **geboorte en zwangerschap** is de kans op problemen groter door de leefstijl van de moeder. Er is een grotere kans op een miskraam, vroeggeboorte, een laag geboortegewicht en onthoudingsverschijnselen bij de baby.

De belangrijkste **problemen** die voorkomen zijn:

1. De verzorging is vaak onregelmatig. Ouders zijn zo afhankelijk van drugs dat ze voorrang kunnen geven aan de verslaving boven het kind. Het dag- en nachtritme wordt bijvoorbeeld omgekeerd. Ook eventuele detentie kan ervoor zorgen dat de opvoeding verstoord raakt, waarbij de mogelijkheden om in de gevangenis een kind op te voeden gelukkig toegenomen zijn.
2. Er zijn financiële problemen omdat er voortdurend veel geld naar drugs gaat. Dan kan er te weinig geld zijn voor het kind of de kinderen.
3. Maatschappelijk isolement omdat de omgeving niets met de verslaving te maken wil hebben en ouders en kind worden buitengesloten. De regelmatig wisselende leefsituatie kan dit versterken. Verhuizingen, het werken in de prostitutie, het vaak alleenstaande moederschap zorgen voor weinig continuïteit in de gezinssituatie.
4. Pedagogische problemen: veel ouders hebben zelf een problematische jeugd gehad en hebben niet voldoende vaardigheden ontwikkeld om zelf opvoeder te zijn. De hechtingsrelatie is mogelijk niet goed tot stand gekomen.

In de **hulpverlening** zijn er verschillende mogelijkheden voor de gezinnen om zich te laten ondersteunen of zelfs om hen op te nemen. Meestal gebeurt dit in instellingen die zich niet specifiek op verslaafden richten.

Over de begeleiding van de kinderen van verslaafde ouders enkele opmerkingen:

1. Door een rommelig bestaan heeft een kind vaak veel chaos om zich heen gekend. Zorg voor duidelijkheid rondom vragen. Wie zorgt er voor me? Waar woon ik?
2. Zorg voor continuïteit in de basale zorg om materiële en emotionele verwaarlozing te voorkomen. Herstel gezinsrituelen (maaltijden, uitstapjes) en doorbreek het isolement van het gezin.
3. Het kind moet in het gezin leren omgaan met beloftes die niet na worden gekomen. Zorg als hulpverlener dat je wél altijd je beloftes en afspraken nakomt.
4. Loyaliteitsconflicten kunnen een zeer belangrijke rol spelen.
5. Werk systeemgericht, eenzijdige partijdigheid naar het kind kan het kind in een loyaliteitsconflict brengen met de nodige problemen. Soms worden hele gezinnen opgenomen in een therapeutische gemeenschap om hen op die manier te behandelen.
6. Ontlast het kind met het idee dat wat er allemaal misloopt zijn schuld is.

### **Kinderen van ouders met een alcoholverslaving**

In bijna 10 procent van de gezinnen in Nederland is minstens een van beide ouders een probleemdrinker.

Meestal is het de vader (62.5%), soms de moeder (29%) en minder vaak beide ouders (5.8%).

Gezinnen met alcoholproblemen vertonen veel overlap met de andere hier beschreven opvoedingssituaties.

Toch zijn er ook opmerkelijke verschillen.

Alcohol is een geaccepteerd sociaal genotmiddel, terwijl drugs veel meer een middel is dat isoleert van de sociale omgeving. De verloedering bij harddrugsgebruik gaat mede daardoor veel sneller. Naar verhouding is alcoholverslaving ook een goedkopere 'vrijtijdsbesteding' dan verslaving aan harddrugs. Bij vaders die drinken zijn alcoholgebruik, geweld en seksueel misbruik een veel voorkomende combinatie. Moeders die drinken verwaarlozen daarentegen hun kinderen sneller. Ook in deze gevallen is er vaak sprake van parentificatie. Wat de hulpverlening betreft is er, in vergelijking met harddrugsgebruikers, minder contact met en zicht op de alcoholverslaafde. Harddrugsgebruikers zijn via onder andere methadonverstrekking en spuitomruilprojecten beter bekend bij de hulpverlening. Daarom is het ook gemakkelijker om de kinderen van harddrugsverslaafden te bereiken en eventueel in te grijpen

De hulpverlening aan kinderen van ouders met alcoholproblemen (KOAP-kinderen) is hierdoor minder gestructureerd ontwikkeld. De KOAP-kinderen vormen een heterogene groep. En hoewel er vaak ernstige problemen zijn, zijn die er niet noodzakelijkerwijs.

Belangrijke protectieve factoren voor deze kinderen zijn een goed gezinsklimaat, een goed netwerk van vriendschappen en een ondersteunende niet-drinkende ouder.

Maar ook bij deze kinderen spelen gevoelens mee van schuld, schaamte, boosheid, angst, teleurstelling, verantwoordelijkheid en loyaliteit.

Bij verslaving is steeds de vraag of het gebruik van het middel de oorzaak is van de problemen of dat juist het middel gebruikt wordt om bepaalde problemen te vergeten. Bij psychiatrische problematiek kan iemand proberen een angststoornis of depressie 'weg te drinken'. Is bij iemand die zichzelf moed indrinkt, omdat hij lijdt aan een angststoornis, het behandelen van het alcoholprobleem voldoende? Of bij iemand die lijdt aan een depressie?

Een Surinaamse, aan alcohol verslaafde cliënt van een van de auteurs had wanen en angsten. Hij werd ook sterk beïnvloed door het Winti-ritueel, waarin in korte tijd veel alcohol gedronken wordt. Verslaving, Winti-problematiek en psychiatrie liepen door elkaar.

(voor hulpverlening zie ook andere leesteksten, o.a. [Kinderen van harddrugsverslaafde ouders](#))

## **Kinderen van ouders met een verstandelijke handicap**

Enkele jaren geleden was er publiciteit rond een zwakbegaafd echtpaar bij wie steeds een baby werd geboren. Elke keer weer besloot de rechter om het kort na de geboorte uithuis te plaatsen! Dit ging zo wel zes keer door. De ouders zeiden: 'We gaan nèt zo lang door totdat we er eentje mogen houden.'

De afgelopen jaren zijn steeds meer mensen met een verstandelijke handicap zelfstandig gaan wonen en samenwonen. Hebben zij recht op relaties, op seksualiteit, op een kindwens, op ... kinderen?

Mogen anderen zich daarmee bemoeien of moeten anderen zich daarmee bemoeien?

Vanuit de politiek wil men vaak een structureel ontmoedigingsbeleid voor het ouderschap van mensen met verstandelijke beperkingen.

De nadruk is verschoven van recht op seksualiteit en ouderschap van verstandelijk gehandicapten naar het belang van een kind en wat het betekent om op te groeien met verstandelijk gehandicapte ouders. Steeds meer staan voorlichting en preventie centraal.

Wat betekent het bijvoorbeeld voor de ouders als het misgaat?

Wanneer het nu precies goed gaat en wanneer niet is nog niet goed bekend? Deze zogenaamde succes- en faalfactoren worden de komende jaren wel onderzocht.

## **Problemen**

MEE is een organisatie waar ouders met een verstandelijke beperking terechtkunnen om te vragen om ondersteuning.

De volgende problemen bij verstandelijk gehandicapte ouders worden door de Stichting MEE genoemd:

- Hun opvoedingsgedrag is vaak inconsequent; ze houden zich bijvoorbeeld niet aan beloftes, of laten achteraf toch toe wat ze eerder hadden verboden. Hun kinderen nemen hen dan niet meer serieus.
- Ze hebben problemen om de kinderen structuur te bieden. Ze kunnen vaak moeilijk grenzen stellen of hebben problemen bij het organiseren van hun dagelijkse activiteiten.
- De ouders hebben het moeilijk om op een positieve manier met hun kind om te gaan, bijvoorbeeld door complimentjes te geven of te luisteren naar wat het kind vertelt.

- Ouders met een verstandelijke beperking kunnen moeilijk omgaan met agressie, boosheid en huilbuien van hun kinderen. Ze hebben moeilijkheden met straffen en belonen. Ze hebben weinig geduld.
- Ze verzorgen hun kinderen soms niet goed, geven hun bijvoorbeeld te weinig of ongezond eten of kleden hen niet goed.
- Beslissingen nemen verloopt moeilijk. In crisissituaties of in nieuwe situaties zijn hun reacties vaak impulsief en paniekerig.
- Ze stimuleren de ontwikkeling van hun kind niet voldoende. Ze kunnen minder goed inspelen op de vragen en behoeften van de kinderen, zoals hulp bij hun huiswerk.
- Enerzijds verwaarlozen ze hun kinderen vaak, terwijl ze anderzijds ook overbeschermend kunnen zijn. De kinderen lopen meer risico op mishandeling.
- Contacten met artsen en de school verlopen soms erg moeizaam.

### **Ondersteuning en hulpverlening**

Wim van Minnen, directeur van de Federatie van Ouderverenigingen, wijst erop dat elke individuele situatie apart moet worden bekeken. Wat zijn de mogelijkheden van het paar en wat van de omgeving.

Vaak komt de zorg voor een deel neer op familie en bekenden. Daarnaast zijn er veel vormen van ondersteuning voor de verstandelijk gehandicapte ouders, zoals op de opvoedingspraktijk gerichte opvoedcursussen en praktisch pedagogische gezinsbegeleiding.

### **KOPP-kinderen**

**KOPP-kinderen** zijn Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen.

Het gaat hierbij om een zeer heterogene groep kinderen van ouders die lijden aan allerlei mogelijke psychiatrische problemen, zoals depressie, psychose, schizofrenie, eetstoornis, manisch-depressiviteit, een fobie.

Deze problemen beïnvloeden de opvoeding en gaan meestal een heel centrale rol spelen in het leven van de kinderen. Dit hangt samen met de ernst en de duur van de verschijnselen en de regelmaat waarmee deze optreden.

De gezinssituatie kan daardoor onder druk komen te staan en dit heeft mogelijk verschillende gevolgen. Kinderen krijgen bijvoorbeeld aandacht te kort, omdat ouders erg met zichzelf bezig zijn, de structuur kan (regelmatig) wegvallen, ouders kunnen onberekenbaar zijn. Ook kunnen kinderen te maken krijgen met traumatische ervaringen, ouders die suïcidaal zijn, zichzelf beschadigen, de hele dag op bed liggen enzovoort.

Ook de andere ouder komt onder zware druk te staan. Hierdoor kunnen allerlei andere problemen meespelen, zoals relatieproblemen.

Opvallend is dat ouders weinig over hun problemen met de kinderen praten. Veel reacties van kinderen op internet zijn dan ook in de trant van 'had me dat eerder verteld'.

Kinderen kunnen op allerlei manieren reageren: Sommige kinderen sluiten zich in huis op en sluiten zich af van allerlei sociale contacten, anderen ontlopen steeds meer hun thuissituatie en komen weinig thuis. Weer andere kinderen worden lastig om de aandacht van de omgeving af te leiden van de spanningen.

Kinderen kunnen allerlei rollen op zich nemen, zoals de verantwoordelijke, de aanpasser, de rebel, de zondebok of de clown. Vooral het vast blijven houden aan die rol is een manier om met de spanningen om te gaan.

De afgelopen jaren zijn er veel initiatieven genomen om de KOPP-kinderen meer te steunen onder andere door het opzetten van lotgenoten-groepen.

### **De rol van de hulpverleners**

- Werk aan het versterken van de ouderrol. Ouders zijn vaak zo bezig met hun eigen problematiek dat ze hun rol als ouder verloren zijn.
- Hiermee hangt samen het herstellen van de hiërarchie binnen een gezin. De ouder moet de opvoedingsverantwoordelijkheid weer op zich nemen. Het kind moet weer kind mogen zijn.
- Communicatie binnen het gezin versterken. Hierboven wordt al aangegeven dat opvallend weinig ouders met hun kinderen praten over de problematiek. Er zijn allerlei schuld- en schaamtegevoelens, de problematiek is een groot geheim, de gezinnen zijn vaak nogal geïsoleerd.

- De taboes en stigma's die op deze groep rusten bespreken met alle betrokkenen.
- Er zijn screeningslijsten in omloop om te kijken welk risico kinderen lopen. De hulpverlener zit al vlug in de ondervragerrol naar ouders of kinderen als alle 33 items afgewerkt moeten worden. Dit is een ambivalente positie van aanklager en advocaat tegelijkertijd!
- Het gevaar bestaat van risicogedachten bij hulpverleners. In plaats van redelijk onbevangen een hulpverleningscontact in te gaan, wordt er al vlug gedacht in termen van wat er allemaal mis kan gaan. Een normale ruzie in het gezin kan juist prima zijn, maar verkeerd geïnterpreteerd worden.
- Praktische hulp is vaak belangrijk. Zeker om de kinderen te ontlasten.