



Richtlijn

Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP)

Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming

© NVO, BPSW en NIP

© 2014 Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen

Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) en de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW) zijn de opstellers van de Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. Vermelde beroepsverenigingen zijn intellectueel eigenaar van zowel de richtlijnen zelf als de schriftelijke onderbouwing ervan, de eventuele bijbehorende werkkaarten en de cliëntversies. De beroepsverenigingen geven toestemming voor het verveelvoudigen en opslaan in een geautomatiseerd gegevensbestand van de tekst van deze publicatie alsmede het openbaar maken ervan hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of enige andere manier, op voorwaarde dat de drie beroepsverenigingen worden vermeld als de opstellers van betreffende richtlijn en de eventuele overige gebruikte teksten. Richtlijnen worden regelmatig aangepast. We adviseren dringend altijd de website te raadplegen voor de meest actuele versies.

Trimbos-instituut heeft deze richtlijn geschreven in opdracht van het NIP, de NVO en de BPSW. Dit project werd mogelijk gemaakt door financiering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, vanuit het Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. Zie voor meer informatie de website www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

Gebruik als titel van deze richtlijn in referenties altijd: *'Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) voor jeugdhulp en jeugdbescherming'*.

3e herziene druk 2017

Auteurs

Rianne van der Zanden
Jolanda Meeuwissen
Petra Havinga
Daniëlle Meije
Carolien Konijn
Marieke Beentjes
Rennie Besselink
Patricia Celi
Julie van Dijk - van Hartskamp
Karin van Doesum
Marjon van den Meerendonk
Sabine Tesselaar
Clemens Hosman

Trimbos-instituut

Da Costakade 45, 3521 VS Utrecht
Postbus 725, 3500 AS Utrecht
Telefoon 030-2971100
E-mail info@trimbos.nl



De belangrijkste aanbevelingen

1. Ga bij gezinnen altijd direct na of het om een KOPP-gezin gaat (hoofdstuk 2).
2. Breng voor elk KOPP-kind de risico- en beschermende factoren in kaart (hoofdstuk 3).
3. Heeft een ouder (of hebben ouders) psychische en/of verslavingsproblemen, maak dan een inschatting van het risico op KOPP-problematiek bij de jeugdige. Maak daarbij gebruik van de lijst voor Screening en Interventie Keuze (SIK-lijst). Eventueel kun je ook andere gevalideerde instrumenten gebruiken om te screenen op emotionele en/of gedragsproblemen bij de jeugdige of op gezinsproblematiek (hoofdstuk 4).
4. Loopt de jeugdige het risico KOPP-problematiek te ontwikkelen, zet dan de aanbevolen interventies uit de SIK-lijst in (hoofdstuk 5). Dat wil zeggen:
 - spreek met de ouder(s) over de invloed van psychische en/of verslavingsproblemen van ouders op kinderen;
 - motiveer (een) zorgmijdende ouder(s) om hulp te zoeken voor de psychische en/of verslavingsproblemen, en leid de ouder(s) naar deze hulp toe;
 - reduceer stress, angst en depressieve gevoelens tijdens de zwangerschap;
 - informeer de jeugdige, afgestemd op zijn/haar leeftijd en in overleg met de ouder(s), over de problemen van de ouder(s);
 - vergroot het zelfvertrouwen, de copingvaardigheden en de sociale redzaamheid van de jeugdige;
 - ondersteun de gezonde ouder (als die er is) in diens ouderrol;
 - versterk de gezonde kanten van de ouder(s) met psychische en/of verslavingsproblemen;
 - versterk de opvoedingsvaardigheden van de ouder(s);
 - help het gezin een steunend netwerk of een vertrouwenspersoon te vinden.
5. Als niet duidelijk is of de ouder(s) psychische en/of verslavingsproblemen heeft/hebben maar zulke problemen wel worden vermoed, neem dan de VGO (subschaal OBVL) af (hoofdstuk 4). Vraag, in overleg met de ouder(s), nadere informatie op bij de huisarts of behandelaar als over informatieuitwisseling tussen beroepsgroepen afspraken bestaan (in bijvoorbeeld een lokaal convenant). Als blijkt op basis van de vragenlijst of nadere informatie dat de jeugdige het risico loopt KOPP-problematiek te ontwikkelen, zet dan de aanbevolen interventies uit de SIK-lijst in (zie hierboven).
6. Als de ouder(s) de voorgestelde hulp voor de jeugdige weigert/weigeren of geen hulp wil(len) voor de eigen psychische en/of verslavingsproblemen, ga dan met de ouder(s) het gesprek aan. Wijs op de mogelijke gevolgen die de ouderlijke problematiek voor de jeugdige kan hebben, en benadruk hoe belangrijk het is dat de jeugdige zich optimaal kan ontwikkelen (hoofdstuk 6).
7. Als de aanbevolen interventies lokaal niet voorhanden zijn, zoek dan naar alternatieven en meld de lacune in hulpaanbod - aan de hand van de KOPP-richtlijn - bij de manager van de jeugdhulpinstelling (hoofdstuk 6).





Inhoudsopgave

De belangrijkste aanbevelingen.....	3
Hoofdstuk. Inleiding.....	7
1.1 Doelgroep	8
1.2 Definitie KOPP	8
1.3 Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal	9
1.4 Betrokkenheid van cliënten bij de ontwikkeling van de richtlijn	9
1.5 Bijstelling en herziening van de richtlijn	10
1.6 Juridische betekenis van de richtlijn	10
1.7 Gedeelde besluitvorming	11
1.9 Veranderingen in de zorg voor jeugd.....	13
1.10 Leeswijzer	13
Hoofdstuk 2. Gevolgen	15
2.1 De gevolgen van het opgroeien in een KOPP-gezin	16
2.2 Het opvoedgedrag van de ouders	16
2.3.1 Ongeborenen en pasgeborenen.....	17
2.3.2 Baby's en peuters	17
2.3.3 Basisschoolkinderen	17
2.3.4 Jongeren	18
2.3.5 Volwassenen	18
2.4 Veelvoorkomende gevolgen	19
2.5 Verband stoornis ouder en problematiek kind	19
2.6 Aanbevelingen.....	19
Hoofdstuk 3. Risico- en beschermende factoren	21
3.1 Risico-en beschermende factoren	22
3.2 Cumulatief effect van risicofactoren.....	22
3.3 Aangrijpingspunten voor preventie en behandeling.....	23
3.4 Aanbevelingen.....	23
Hoofdstuk 4. Screenen op risico's	25
4.1 Inschatten van het risico op KOPP-problematiek.....	26
4.2 Lijst voor Screening en Interventie Keuze (SIK-lijst).....	26
4.3 Verdere screening van emotionele problemen, gedragsproblemen en gezinsfunctioneren.....	27
4.4 Aanbevelingen.....	28



Hoofdstuk 5. Inzetten van interventies	29
5.1 Keuzes maken voor interventies.....	30
5.2 Overzicht van interventies	30
5.3 Aanbevelingen.....	38
Hoofdstuk 6. Omgaan met ingewikkelde situaties.....	39
6.1 Mogelijke knelpunten	40
6.2 Onduidelijkheid over ouderlijke problematiek.....	40
6.3 Zorgmijdende ouders	40
6.4 Aanbevolen interventies zijn niet beschikbaar	42
6.5 Aanbevelingen.....	42
Literatuur.....	43
Bijlagen	51
Bijlage 1 Leden van de Werkgroep en Klankbordgroep	51
Bijlage 2 SIK-lijst	53
Bijlage 3 Handleiding bij de SIK-lijst.....	61
Bijlage 4 Aandachtspunten en tips voor gesprekken met ouders en kinderen	69



Hoofdstuk 1

Inleiding



Inleiding

1.1 Doelgroep

De *Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (inclusief onderbouwing en werkkaarten) is primair bedoeld voor jeugdprofessionals. Zij moeten ermee kunnen werken. Onder 'jeugdprofessionals' worden zowel gedragswetenschappers (psychologen, orthopedagogen of anderen met een gedragswetenschappelijke opleiding) als hbo-opgeleide professionals verstaan. De richtlijn kan gebruikt worden bij jeugdigen en ouders die voor het eerst in contact komen met hulpverlening, maar ook bij jeugdigen en ouders die al vaker in contact met de hulpverlening zijn geweest of (ook elders) in behandeling zijn (geweest).

De richtlijn richt zich primair op beroepsgeregistreerde jeugdprofessionals. Zij staan geregistreerd in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) als 'jeugdzorgwerker' of 'gedragswetenschapper in de jeugdzorg' en/of zijn BIG-geregistreerd (bijv. als GZ-psycholoog). De richtlijn richt zich ook op professionals op een hbo-functie die jeugdhulp verlenen en vooraangemeld zijn voor beroepsregistratie bij het SKJ. Zij kunnen zich vanaf januari 2018 registreren als 'jeugd- en gezinsprofessional'. Omdat de uitwerking van de registratie nog in ontwikkeling is, houden we vooralsnog de aanduiding 'jeugdprofessional' aan. Verder kunnen ook andere professionals die met jeugdigen en hun ouders werken gebruik maken van de aanbevelingen uit de richtlijn.

Met sommige aanbevelingen kunnen alle jeugdprofessionals hun voordeel doen, andere aanbevelingen zijn vooral van toepassing op een geregistreerd beroep. Waar dit onderscheid van belang is, wordt bijvoorbeeld specifiek over 'gedragswetenschappers' dan wel over 'jeugdzorgwerkers' gesproken. Waar in de richtlijn gesproken wordt over 'daartoe gekwalificeerde jeugdprofessionals' wordt gerefereerd aan het benodigde niveau van bekwaamheid en specifieke deskundigheden in relatie tot de taak. Zie voor meer informatie www.professionaliseringjeugdhulp.nl.

Van deze richtlijn is een aparte cliëntversie gemaakt. Deze is primair bedoeld voor de cliënten: de jeugdigen¹ en hun ouders².

1.2 Definitie KOPP

'KOPP' staat voor 'Kinderen van Ouders met Psychische Problemen'. In deze richtlijn worden hiermee óók 'Kinderen van Verslaafde Ouders' (KVO) bedoeld. De Richtlijn KOPP voor jeugdhulp en jeugdbescherming richt zich op jeugdigen van 0 tot 23 jaar van wie één of beide ouders psychische en/of verslavingsproblemen heeft/hebben. Dat kunnen problemen psychische en/of verslavingsproblemen zijn en ook persoonlijkheidsproblematiek volgens de DSM-5 (APA, 2013).

1 Met 'kinderen' worden jeugdigen van nul tot twaalf jaar bedoeld, onder 'jongeren' verstaan we jeugdigen van twaalf tot en met tweeëntwintig jaar. De term 'jeugdigen' omvat dus zowel kinderen als jongeren. Waar 'kinderen', 'jongeren' of 'jeugdigen' staat kan ook 'het kind', 'de jongere' of 'de jeugdige' worden gelezen, en omgekeerd.

2 Als in dit document over 'ouders' wordt gesproken, kunnen dit de biologische ouders zijn, maar ook de pleeg-, adoptie- of stiefouders, de gezinshuisouders, de juridische ouders of andere volwassenen die de ouderrol vervullen. Waar 'ouders' staat kan ook 'een ouder' worden gelezen, en omgekeerd.



We hanteren de volgende definities:

- KOPP-kind: een jeugdige van wie één of beide ouders psychische en/of verslavingsproblemen heeft/hebben;
- KOPP-ouder: een ouder met psychische en/of verslavingsproblemen;
- KOPP-gezin: een gezin waarin één of beide ouders psychische en/of verslavingsproblemen heeft/hebben;
- KOPP-problematiek: de problemen voor de jeugdige ten gevolge van het opgroeien in een KOPP-gezin. Deze gevolgen zijn divers (psychische problematiek, ontwikkelingsproblematiek en een verhoogd risico op mishandeling) en zijn meer specifiek beschreven in hoofdstuk 2.

De focus van de KOPP-richtlijn ligt op:

1. het inschatten van de aard en ernst van de KOPP-problematiek, waarbij waar nodig gedifferentieerd wordt naar aard en ernst van de stoornis van de ouder en naar leeftijd van de jeugdige;
2. preventieve interventies die gericht kunnen zijn op de jeugdige, de ouder, het netwerk (zoals school) en de hulpverlening;
3. de behandeling van problemen van KOPP-kinderen, en van (met name) opvoedproblemen bij de ouder als gevolg van zijn of haar³ psychische problematiek.

1.3 Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal

Om de kwaliteit van wetenschappelijk bewijsmateriaal te kunnen beoordelen, is de systematiek van de Erkenningscommissie (Jeugd)interventies gevolgd (Van Yperen & Van Bommel, 2009). Deze methode is toegesneden op de onderzoekspraktijk die in de jeugdhulp gangbaar is. Volgens deze methode worden bij de beoordeling van het wetenschappelijke materiaal zeven niveaus onderscheiden. Deze lopen uiteen van 'zeer sterk bewijs' tot 'zeer zwak bewijs'. De conclusies die uit de beoordeling van de wetenschappelijke studies voortvloeien, zijn weer in drie niveaus in te delen. Deze niveaus corresponderen met die van de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ). Voor de beoordeling van studies die niet over interventies gaan, is een ander passend beoordelingskader gebruikt.

1.4 Betrokkenheid van cliënten bij de ontwikkeling van de richtlijn

Bij de ontwikkeling van deze richtlijn zijn cliënten (ouders van jeugdigen die jeugdhulp (hebben) ontvangen) gedurende het hele proces betrokken geweest. Zo hebben ze hun voorkeuren aangegeven bij het bepalen van de uitgangsvragen. Daarnaast hebben ze tijdens de proefimplementatie hun ervaringen met het werken vanuit de richtlijn kenbaar gemaakt. Verder is er een werkgroep van ervaringsdeskundigen (de zogenaamde 'cliëntentafel') geformeerd. De cliënten zijn door het Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg (LCFJ)⁴ benaderd.

De cliëntentafel is tijdens de ontwikkeling van de richtlijn geraadpleegd als er vragen waren. Door mee te denken over inhoud en formulering hebben de cliënten een grote bijdrage geleverd aan de praktische bruikbaarheid van de richtlijn. Dit geldt met name voor aspecten als de ongelijkheid tussen hulpverlener en cliënt, de ouder- en opvoedingsrelatie en zorgen om de

3 In dit rapport wordt met het oog op de leesbaarheid verder alleen de mannelijke vorm gehanteerd. Maar waar 'hij' staat kan uiteraard ook 'zij' gelezen worden.

4 Het LCFJ is april 2012 gefuseerd met LOC zeggenschap in zorg.



jeugdige. De cliëntentafel heeft geadviseerd om hulpverlening vanuit de richtlijn te baseren op gedeelde besluitvorming. Om cliënten te informeren over de inhoud van de richtlijn, is voor ouders een cliëntversie van de richtlijn ontwikkeld, die van commentaar is voorzien door de cliëntentafel. De cliëntversie kan cliënten helpen om samen met de professional afwegingen te maken en beslissingen te nemen over de hulp die zij nodig hebben.

1.5 Bijstelling en herziening van de richtlijn

Deze richtlijn is gebaseerd op de kennis die tijdens het schrijven beschikbaar was. Nu de richtlijn is uitgebracht, wordt informatie verzameld over het gebruik van de richtlijn. De zo verzamelde feedback, maar ook nieuwe inzichten kunnen aanleiding zijn om de richtlijn bij te stellen. Het is gebruikelijk richtlijnen ongeveer eens in de vijf jaar te herzien, of eerder als daar aanleiding toe is. Gedurende de looptijd van het *Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming* (tot april 2015) zag de *Stuurgroep Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming* toe op de bijstelling van de richtlijnen. Momenteel voert het Nederlands Jeugdinstituut in opdracht van de beroepsverenigingen (NIP, NVO en BPSW) het beheer en onderhoud van de richtlijnen uit.

1.6 Juridische betekenis van de richtlijn

Deze richtlijn beschrijft wat onder goed professioneel handelen wordt verstaan. De kennis die tijdens het schrijven van de richtlijn beschikbaar was, vormt hierbij het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, maar ook over praktijkkennis en de voorkeuren van cliënten. Door deze kennis in kaart te brengen wil de richtlijn jeugdprofessionals houvast bieden. Het idee is dat zij de kwaliteit van hun beroepsmatig handelen vergroten als ze de richtlijn volgen. Ook kan de richtlijn cliënten helpen om de juiste keuzes te maken.

Richtlijnen zijn geen juridische instrumenten. Dat wil zeggen dat ze geen juridische status hebben, zoals een wet, of zoals regels die op een wet gebaseerd zijn. Ze kunnen wel juridische betekenis hebben. Daarvoor moet de richtlijn allereerst door de beroepsgroep worden onderschreven. De nu voorliggende richtlijn is aangenomen door drie beroepsverenigingen (NIP, NVO en BPSW). Deze zijn representatief voor de beroepsgroepen die werkzaam zijn in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Samen werken ze aan het ontwikkelen van richtlijnen. Maar de juridische betekenis van een richtlijn hangt ook af van diens praktische bruikbaarheid. De richtlijn moet bijvoorbeeld niet te vaag of te algemeen gesteld zijn. Hij dient aan te geven waarop hij precies betrekking heeft, zonder zo 'dichtgetimmerd' te zijn dat er weinig of niets van de eigen verantwoordelijkheid van de professional overblijft. Kunnen jeugdprofessionals in de praktijk goed met de richtlijn uit de voeten, dan zegt dat iets over de kwaliteit en daarmee de waarde van die richtlijn.

Uitgangspunt is dat richtlijnen door de jeugdprofessional worden toegepast. Ze vormen immers de uitdrukking van wat er in het werkveld door de beroepsgroep als goed professioneel handelen wordt beschouwd. Daarom worden ze ook wel een 'veldnorm' genoemd. Richtlijnen zijn dus niet vrijblijvend, maar ook geen 'dictaat'. Dat wil zeggen dat ze niet bindend zijn: de jeugdprofessional kan ervan afwijken. Hij móet er zelfs van afwijken als daarmee – naar zijn oordeel – de belangen van de cliënt beter zijn gediend. De informatie in de richtlijn is namelijk



niet het enige waarop de professional zich dient te baseren om tot goede zorg te komen. Hij dient ook de unieke situatie van de cliënt plus diens voorkeuren mee te wegen, en zich te houden aan wet- en regelgeving en het beroepsethische kader van zijn beroepsgroep.

Correct gebruik van richtlijnen vooronderstelt dus het nodige vakmanschap. Het is daarom van groot belang dat de beroepsbeoefenaar kan motiveren waarom hij van de richtlijn is afgeweken. Hij moet zijn overwegingen en beslissingen zorgvuldig kunnen onderbouwen. Om die reden moeten ze ook in het dossier worden opgenomen. Op deze manier kan de professional verantwoording afleggen over zijn beroepsmatig handelen. Niet alleen aan de cliënt, maar eventueel ook aan het Tuchtcollege.

1.7 Gedeelde besluitvorming

Het is van groot belang dat de jeugdprofessional ouders en jeugdige uitnodigt tot samenwerking en hen gedurende het hele hulpproces bij de besluitvorming betreft. Actieve deelname van ouders en jeugdige bevordert namelijk het effect van de hulpverlening. Uitgangspunt is dan ook dat de wensen en verwachtingen van de ouders en jeugdigen leidend zijn. Hún ervaringen, hún kijk op de problematiek en de oplossing ervan vormen het uitgangspunt voor de afwegingen die de professional maakt.

Nu kunnen ouders en jeugdige pas echt als volwaardig partner meedenken en meepraten als zij voldoende geïnformeerd zijn. De richtlijn kan hierbij helpen. De professional bespreekt de richtlijn met ouders en jeugdige door en wijst hen op het bestaan van een cliëntversie. Hij legt de stappen in het hulpproces uit op een manier die voor ouders en jeugdige begrijpelijk is, houdt rekening met de emoties die zijn verhaal oproept en biedt hen de ruimte om te reageren. Hij legt hun uit welke keuzemogelijkheden er zijn, om vervolgens samen na te gaan hoe zij tegen deze opties aankijken. Welke voorkeuren hebben ze en wat willen ze juist *niet*? Aan de mening van de jeugdige wordt passend gewicht toegekend waarbij niet de leeftijd maar de capaciteiten leidend zijn. In principe volgt de professional bij de besluitvorming de voorkeur van ouders en jeugdige. Is de veiligheid van de jeugdige in het geding, dan kan dat mogelijk niet. De professional legt in zo'n geval duidelijk uit waarom hij een andere keuze maakt, en wat daarvan de consequenties zijn.

Zo komt er een proces van gedeelde besluitvorming (shared decision making) op gang. Professionals, ouders én jeugdige hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om het hulpproces te laten slagen. Zij moeten dus samenwerken. Onder samenwerking wordt verstaan dat de jeugdprofessional:

- luistert naar de verwachtingen en wensen van ouders en jeugdige. Deze zijn leidend in het hele proces. Maakt de professional een afwijkende keuze, dan legt hij uit waarom hij dat doet;
- ouders en jeugdige (indien van toepassing met behulp van deze richtlijn) informeert wat wel en niet werkt bij bepaalde problemen;
- ouders en jeugdige verschillende hulpmogelijkheden voorlegt die van toepassing zijn op hun situatie; de voor- en nadelen van elke optie bespreekt (liefst door cijfers/feiten ondersteund); en nagaat welke voorkeuren ouders en jeugdige hierin hebben;
- er voortdurend rekening mee houdt dat het ouders en jeugdige aan kracht, vaardigheden of inzicht kan ontbreken om optimaal van de aangeboden hulp gebruik te maken. Het expliciet



delen van deze omstandigheden en pogen hierover (meer) gedeeld perspectief te krijgen, is noodzakelijk om samen tot een besluit te komen waarin ouders en jeugdige zich het best kunnen vinden;

- niet alleen oog heeft voor de jeugdige, maar voor het hele gezin;
- zich aanpast aan het tempo van ouders en jeugdige bij het doorlopen van het proces, tenzij de jeugdige acuut in gevaar is. In dat geval dient de jeugdprofessional uit te leggen waarom bepaalde stappen nu genomen moeten worden;
- zich ervan vergewist dat ouders en jeugdigen begrijpen wat gezegd en geschreven wordt;
- ouders bij een zorgsignaal zo snel mogelijk betreft;
- ouders, en waar mogelijk jeugdige, in een open sfeer uitnodigt tot samenwerking;
- open en niet-veroordelend luistert naar het individuele verhaal van elke ouder en elke jeugdige;
- open en niet-veroordelend luistert naar de problemen die ouders en jeugdige ervaren;
- oog heeft voor de mate waarin ouders, en eventueel jeugdige, zich gestuurd voelen dan wel vrijwillig hulp hebben gezocht;
- uitgaat van de kracht en motivatie van ouders om in de opvoeding bepaalde doelen te bereiken;
- met ouders en jeugdige afstemt wat reëel en 'goed genoeg' is.

Maar ook ouders, en indien van toepassing ook de jeugdigen, werken naar beste kunnen mee. Dit houdt in dat zij:

- zich bewust zijn van hun verantwoordelijkheid en mogelijkheden om het hulpproces te laten slagen;
- zelf de regie hebben, mits zij het belang van de jeugdige (waaronder de veiligheid) voorop stellen;
- bereid zijn tot samenwerking met de jeugdprofessional;
- openstaan voor de kennis en ervaring van de jeugdprofessional;
- vragen om advies, en proberen iets met dat advies te doen;
- ondersteuning toestaan als zij zelf onvoldoende mogelijkheden hebben om een advies op te volgen;
- op tijd aangeven dat iets niet werkt of niet past;
- eventueel om extra ondersteuning en/of een andere jeugdprofessional vragen;
- zelf hun mening en ideeën naar voren brengen.

Gedeelde besluitvorming is dus zowel in het vrijwillige als in het gedwongen kader van toepassing. In het gedwongen kader kunnen er wel minder keuzeoptyes zijn, of kunnen er aan bepaalde keuzes andere voorwaarden of consequenties zijn verbonden. Dit maakt het hulpproces gecompliceerd, maar onderstreept het belang van een goede samenwerking. Ouders en jeugdige dienen ook bij hulp in een gedwongen kader uitvoerig geïnformeerd te worden over de eventuele keuzemogelijkheden, de maatregelen die worden genomen, en over hun rechten en plichten hierin. De professional dient regelmatig te vertellen welke stappen er worden gezet en wat er van ouders en jeugdige verwacht wordt.

De professional moet zijn overwegingen en beslissingen zorgvuldig kunnen onderbouwen. Hij hoort hiervan aantekening te maken in het cliëntdossier.



1.8 Diversiteit

Om een goede werkrelatie te kunnen opbouwen, is goed contact met zowel de ouder(s) als de jeugdige van belang. Nu vinden niet alle ouders (en jeugdigen) het even makkelijk hulpverleners te vertrouwen. Neem daarom voldoende tijd om dit vertrouwen te winnen. Houd er rekening mee dat ouders een ander referentiekader kunnen hebben dan jijzelf. Ze denken bijvoorbeeld dat de ziekte van hun kind een andere oorzaak heeft dan jij denkt, of ze kijken anders tegen opvoeden aan. Onderzoek met welke verwachtingen de ouders komen en wees je bewust van de verwachtingen die jij van de ouders hebt. Ouders kunnen ook weerstand hebben tegen de bemoeienis van (overheids)instanties bij de opvoeding van hun kind. In zulke situaties zul je meer tijd nodig hebben om het vertrouwen te winnen.

Er zijn ook ouders die niet goed met het gangbare schriftelijke materiaal uit de voeten kunnen, bijvoorbeeld doordat ze de taal niet goed machtig zijn, laag zijn opgeleid of een (licht) verstandelijke beperking hebben. Zij kunnen ook moeite hebben met bepaalde interventies, omdat deze uitgaan van een taalvaardigheid en een abstractievermogen dat bij hen niet voldoende aanwezig is. De jeugdprofessional doet er daarom goed aan te zorgen voor begrijpelijk voorlichtingsmateriaal, en voor een interventie te kiezen die aansluit bij de capaciteiten van zowel de ouders als de jeugdige.

1.9 Veranderingen in de zorg voor jeugd

Het kan voorkomen dat in de ene gemeente bepaalde interventies wel worden aangeboden en in de andere gemeente niet. Ook kan het aanbod binnen gemeenten per jaar verschillen. Bovendien kan het voorkomen dat aanbevolen interventies (voor onbepaalde tijd) helemaal niet beschikbaar zijn. Zoek in zo'n geval naar alternatief aanbod dat gericht is op beschermende of risicofactoren bij het gezin. Meld daarnaast lacunes in het hulpaanbod bij de manager van de instelling. Gebruik de *Richtlijn Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) voor jeugdhulp en jeugdbescherming* daarbij als onderbouwing.

1.10 Leeswijzer

De *Richtlijn Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (met bijbehorende werkkaarten) is bedoeld voor jeugdprofessionals die met het onderwerp van deze richtlijn te maken hebben. De richtlijn vormt de neerslag van een groter document, namelijk de 'onderbouwing'. Deze onderbouwing is apart te raadplegen (Van der Zanden, Havinga, Meije & Meeuwissen, 2014). Voor cliënten en andere geïnteresseerden is een cliëntenversie van de richtlijn gemaakt. Ook deze is apart verkrijgbaar. Naast deze richtlijn zijn ook werkkaarten verschenen.

In hoofdstuk 2 worden de diverse gevolgen van het opgroeien in een KOPP-gezin per leeftijdsfase beschreven. In hoofdstuk 3 worden de risico- en beschermende factoren uiteengezet, die in de erna volgende hoofdstukken verder worden uitgewerkt in aanbevelingen. In hoofdstuk 4 worden verschillende instrumenten besproken waarmee het risico op KOPP-problematiek en de ernst ervan kan worden ingeschat. De SIK-lijst (als bijlage opgenomen) vervult hierin een centrale rol. Hoofdstuk 5 geeft een overzicht van aanbevolen KOPP-specifieke en -generieke interventies. Deze interventies kunnen worden ingezet om negatieve



invloeden af te zwakken en positieve invloeden te versterken. In hoofdstuk 6 ten slotte doen we aanbevelingen om mogelijke knelpunten te verhelpen. Denk bijvoorbeeld aan onduidelijkheid over ouderlijke problematiek, zorgmijdende ouders en het niet beschikbaar zijn van aanbevolen interventies.



Hoofdstuk 2

Gevolgen



2.1 De gevolgen van het opgroeien in een KOPP-gezin

Nederland telt naar schatting 405.000 ouders met psychische en/of verslavingsproblemen per jaar. Samen hebben deze ouders zo'n 577.000 kinderen (Goossens & Van der Zanden, 2012). Zij worden 'KOPP-kinderen' genoemd: Kinderen van Ouders met Psychische (en/of Verslavings-) Problemen. Het opgroeien in zo'n KOPP-gezin kan voor jeugdigen ingrijpende gevolgen hebben, zelfs tot in de volwassenheid. In vergelijking met jeugdigen die opgroeien bij psychisch gezonde ouders lopen KOPP-kinderen bijvoorbeeld een drie tot dertien keer zo groot risico om zelf ooit een psychische stoornis en/of verslavingsproblematiek te ontwikkelen (Van Santvoort, 2013; Cents, Diamantopoulou et al., 2013; McLaughlin, Gadermann et al., 2012; Van Santvoort, Hosman, Van Doesum & Janssens, 2011; Dean, Stevens, Mortensen, Murray, Walsh & Pedersen, 2010; Bijl, Cuijpers & Smit, 2002; Chassin, Curran, Hussong & Colder, 1996; Downey & Coyne, 1990). Ook hebben KOPP-kinderen een twee tot drie keer zo grote kans om thuis mishandeld te worden (Verdurmen, Ten Have, De Graaf, Van Dorsselaer, Van 't Land & Vollebergh, 2007). Daarnaast doen KOPP-kinderen vijf keer vaker een beroep op de geestelijke gezondheidszorg dan kinderen van ouders zonder psychopathologie (Van Santvoort, Hosman, Van Doesum & Janssens, 2011; Sytema, Gunther, Reelick, Drukker, Pijl & Van 't Land, 2006).

Gelukkig krijgen niet alle KOPP-kinderen te maken met deze gevolgen: een groot deel groeit op zonder problemen. Het is dus zaak jeugdigen en gezinnen die wél een verhoogd risico lopen vroegtijdig op te sporen. Vlot handelen kan ernstige problemen voorkomen.

2.2 Het opvoedgedrag van de ouders

Het opvoedgedrag van KOPP-ouders lijkt het verhoogde risico op problemen bij KOPP-kinderen voor een belangrijk deel te verklaren (Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch & Brownridge, 2007; Dix & Meunier, 2009). Ouders met psychische en/of verslavingsproblematiek kunnen minder goed in staat zijn hun kind op te voeden als gevolg van hun symptomen (Earley & Cushway, 2002; Gar, Hudson & Rapee, 2005; Van den Berg, 2006; Van der Zanden, Speetjens, Arntz & Onrust, 2010). Er is vaker sprake van beperkte verzorging (fysieke zorg en emotionele ondersteuning), beperkte autoritatieve controle (structuur en organisatie bieden, ontwikkeling van zelfstandigheid stimuleren) en juist veel autoritaire controle (restrictiviteit en straf opleggen) (Romijn, De Graaf & De Jonge, 2010). Ook lopen jeugdigen in KOPP-gezinnen een verhoogd risico op kindermishandeling (Verdurmen, Ten Have, De Graaf, Van Dorsselaer, Van 't Land & Vollebergh, 2007). Verder zadelen veel KOPP-ouders hun kinderen op met verantwoordelijkheden die niet bij hun leeftijd passen. Dit kan weer leiden tot parentificatie. De jeugdige neemt dan langdurig de rol van ouder op zich (Beardslee & Podorefski, 1988; Beardslee, 2002; Clarke, Hornbrook et al., 2001; Earley & Cushway, 2002).

Bovendien schamen veel KOPP-ouders zich voor hun situatie, voelen ze zich er schuldig over (Van der Ende & Venderink, 2006) en hebben ze het gevoel geen goede ouder te zijn. Daarnaast kunnen ze bang zijn voor uithuisplaatsing van hun kind. Zulke gevoelens belemmeren ouders mogelijk om hulp te zoeken voor zichzelf of hun kind (Bassett, Lampe & Lloyd, 1999; Wang & Goldschmidt, 1994).



Naast psychische en/of verslavingsproblematiek spelen in KOPP-gezinnen vaak nog meer problemen waarvoor hulp nodig is. Denk aan financiële, huishoudelijke en/of relatieproblemen. Zijn er meerdere problemen in een gezin aanwezig, dan spreek je van een multiprobleemgezin. Zie voor meer informatie de *Richtlijn Multiprobleemgezinnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Van der Steege & Zoon, 2015).

2.3 De gevolgen per leeftijdsfase

2.3.1 Ongeborenen en pasgeborenen

Vrouwen met een psychische stoornis hebben gedurende een zwangerschap een verhoogd risico op terugval (Yonkers, Vigod & Ross, 2012) en een grotere kans op complicaties bij de bevalling (Bonari, Pinto, Ahn, Einarson, Steiner & Koren, 2004; Nilsson, Lichtenstein, Snattingius, Murray & Hultman, 2002). Psychische problemen tijdens de zwangerschap brengen ook risico's met zich mee voor de ontwikkeling van de baby. Verschillende studies tonen aan dat psychische problemen van de aanstaande moeder, ook bij gebruik van psychofarmaca tijdens de zwangerschap, invloed hebben op het stressniveau en de cognitieve en emotionele ontwikkeling van de hersenen van de baby (Mennes, Bergh, Lagae & Stiers, 2009; Räikkönen, Seckl, Pesonen, Simons & Van den Bergh, 2011). Door de problemen van de moeder loopt het kind dus een grotere kans om later zelf psychische problemen te ontwikkelen (Weinstock, 2005; Goodman & Gotlib, 2002; Hosman, Van Doesum & Van Santvoort, 2009).

Ook veelvuldig middelengebruik kan een schadelijke invloed hebben op de foetus. Zo kan het leiden tot het Neonataal Abstinentie Syndroom (NAS-syndroom), dat gekenmerkt wordt door ontwenningsverschijnselen bij de baby na de geboorte (Smets, 2005), of tot het Foetaal Alcohol Syndroom (FAS), dat gekenmerkt wordt door onder meer achterblijvende groei, gelaatsafwijkingen en afwijkingen aan het centraal zenuwstelsel (Burd, Cotsonas-Hassler & Martsolf, 2003; Jones & Smith, 1973).

2.3.2 Baby's en peuters

Problematisch opvoedingsgedrag (zie paragraaf 2.2) maakt dat baby's en peuters een verhoogde kans hebben zich onveilig te hechten (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 1998; Hobson, Patrick, Crandell, Garc'a-Pérez & Lee, 2005). Dit kan weer leiden tot emotionele en gedragsproblemen, zoals separatieangst, eet- en slaapproblemen (Malekpour, 2007). Ook lopen KOPP-baby's en -peuters een verhoogd risico op een ontwikkelingsachterstand (van bijvoorbeeld spraak), een gebrekkige ego-ontwikkeling of terugval in gedrag dat bij een eerder ontwikkelingsstadium hoort (het kind gaat bijvoorbeeld weer in zijn broek plassen terwijl het al zindelijk was). Verder kunnen kinderen in deze leeftijd afwijkend spelgedrag vertonen. Ze spelen bijvoorbeeld helemaal niet of doen agressieve spelletjes.

2.3.3 Basisschoolkinderen

Al op jonge leeftijd kunnen KOPP-kinderen last hebben van schuldgevoelens, schaamte, bezorgdheid en eenzaamheid (Östman, 2008). Schuldgevoelens kunnen bijvoorbeeld optreden als het kind de oorzaak van de problemen van de ouder bij zichzelf legt. Ook parentificatie komt voor bij kinderen van deze leeftijd. Bovendien kan een gering gevoel van eigenwaarde het kind



parten spelen (Goodman, Adamson, Riniti & Cole, 1994; Van Santvoort, Hosman, Van Doesum & Jansens, 2011). Daarnaast kunnen KOPP-kinderen angstig zijn vanwege de onvoorspelbare en soms onveilige thuissituatie. Vanwege die onvoorspelbare thuissituatie nemen ze vaak ook geen vriendjes of vriendinnetjes mee naar huis.

Ook gedrags- en aanpassingsproblemen komen voor (Downey & Coyne, 1990; Van Santvoort, 2013; Steinhausen, 1995). KOPP-kinderen kunnen zich bijvoorbeeld helemaal wegcijferen of aanpassen aan de wensen en behoeften van anderen. Bovendien kunnen KOPP-kinderen last hebben van psychosomatische klachten als hoofdpijn, buikpijn, slaapproblemen en eetproblemen (Bool, Van der Zanden & Smit, 2007; Kashani, Burk, Horwitz & Reid, 1985), en willen ze soms niet naar school door separatieangst (Bool, Van der Zanden & Smit, 2007). Tot slot zijn KOPP-kinderen in vergelijking met hun leeftijdsgenoten in het algemeen sociaal minder vaardig. Dat komt doordat zij een goed rolmodel ontberen, maar ook doordat ze vaker onveilig gehecht zijn (Kersten-Alvarez, Hosman, Risken-Walraven, Van Doesum, Smeekens & Hoefnagels, 2012; Larsson, Knutsson-Medin, Sundelin & Trost von Werder, 2000; Luoma, Tamminen et al., 2001; Malekpour, 2007).

2.3.4 Jongeren

KOPP-jongeren kampen deels met dezelfde gevolgen als KOPP-basisschoolkinderen. Zo ervaren zij vaak een extreem verantwoordelijkheidsgevoel (Östman, 2008). Verder zijn zij vaak minder sociaal-vaardig dan leeftijdsgenoten (Larsson, Knutsson-Medin, Sundelin & Trost von Werder, 2000). Ook kampen zij dikwijls met schaamte- en schuldgevoelens (Beardslee & Podorefski, 1988; Östman, 2008). Daarnaast functioneren zij vaak minder goed op school (ze blijven bijvoorbeeld vaker zitten) en verzuimen ze vaker door de problemen thuis en door ervaren overbelasting (Solis, Shadur, Burns & Hussong, 2012; Weissman, Prusoff, Gammon, Merkiangas, Leckman & Kidd, 1984; Wenselaar, 1997). Sommige KOPP-jongeren ontvluchten de thuissituatie door bijvoorbeeld weg te lopen of geen vrienden mee naar huis te nemen. Daarnaast hebben zij een verhoogde kans in agressief gedrag te vervallen (Larsson, Knutsson-Medin, Sundelin & Trost von Werder, 2000; Langrock, Compas, Keller, Merchant & Copeland, 2002), een depressie en/of angststoornis te ontwikkelen (Lieb, Isensee, Hofler, Pfister & Wittchen, 2002a), verslaafd te raken aan alcohol en/of drugs (Lieb, Merkiangas, Höfler, Pfister, Isensee & Wittchen, 2002b; Solis, Shadur, Burns & Hussong, 2012; Wickramaratne & Weissman, 1998), en suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag te ontwikkelen (Klimes Dougan, Free, Ronsaville, Stillwell, Welsh & Radke-Yarrow, 1999; Weissman, Fendrich, Warner & Wickramaratne, 1992; Weissman, Prusoff, Gammon, Merkiangas, Leckman & Kidd, 1984).

2.3.5 Volwassenen

Het opgroeien in een KOPP-gezin kan ingrijpende gevolgen hebben die jarenlang door kunnen spelen, zelfs tot in de volwassenheid. Zo lopen KOPP-kinderen op latere leeftijd een verhoogd risico op het ontwikkelen van een stemmingsstoornis (depressie, bipolaire stoornis), angststoornis, gedragsstoornis en/of persoonlijkheidsstoornis en op problematisch middelengebruik (Biederman, Faraone, Monuteaux & Feighner, 2000; Bijl, Cuijpers & Smit, 2002; McLaughlin, Gadermann et al., 2012; Van Santvoort, 2013; Steinhausen, 1995; Westermeyer, Yoon & Thuras, 2006).



2.4 Veelvoorkomende gevolgen

Een KOPP-kind is vaak aan de volgende gedragingen te herkennen:

- parentificatie;
- wil geen vriendjes mee naar huis nemen;
- schaamte- en schuldgevoelens;
- cijfert zichzelf weg;
- geringe copingvaardigheden;
- schoolverzuim;
- separatieangst.

Daarnaast kan de manier waarop de ouder met de jeugdige omgaat wijzen op KOPP-problematiek. Een ouder kan bijvoorbeeld weinig sensitief en responsief op zijn kind reageren. Dat kan een signaal zijn.

2.5 Verband stoornis ouder en problematiek kind

Er lijkt een sterk verband te bestaan tussen de stoornis van de ouder en stoornissen van zijn kind (Van Santvoort, 2013). Bij kinderen van ouders met een angststoornis is er bijvoorbeeld een verhoogd risico dat deze zelf een angststoornis te ontwikkelen. Kinderen van ouders met een unipolaire of bipolaire depressie hebben meer kans verschillende stoornissen te ontwikkelen (depressie, affectieve stoornis, angststoornis, gedragsstoornis en psychische stoornis in het algemeen). Ook lopen ze meer risico op andere negatieve uitkomsten (internaliserende problemen, sociale problemen, problemen in het algemeen functioneren, medische problemen, problemen met het temperament en hechtingsproblemen). Kinderen van ouders die veelvuldig en langdurig middelen gebruiken, hebben weer een verhoogde kans stemmingsstoornissen, angststoornissen, gedragsstoornissen en aan middelen gebonden stoornissen te ontwikkelen (McLaughlin, Gadermann et al., 2012). Ook bij andere psychische aandoeningen, zoals autisme, ADHD of psychotische aandoeningen, kan er een verband zijn tussen de stoornis van de ouder en de problematiek van de jeugdige.

2.6 Aanbevelingen

- Ga bij gezinnen altijd direct na of het al dan niet om een KOPP-gezin gaat.
- Let, behalve op algemene emotionele en gedragsproblemen van een jeugdige, ook op signalen die kunnen wijzen op KOPP-problematiek, zoals parentificatie en geen vriendjes mee naar huis nemen.
- Let op het type stoornis van de ouder, omdat dit type verband houdt met het soort problemen dat de jeugdige kan ontwikkelen.
- Ga na of er sprake is van een eventueel cumulatief effect van meerdere negatieve gevolgen, die gezamenlijk resulteren in (ernstigere) KOPP-problematiek.
- Wanneer wordt opgemerkt dat ouders bang zijn voor uithuisplaatsing van het kind kan ter geruststelling van de ouders worden aangegeven dat uithuisplaatsing een uiterste maatregel is; hulp wordt in eerste instantie zo dicht mogelijk bij de jeugdige, in het gezin, of anders om het gezin heen geboden.





Hoofdstuk 3

Risico- en beschermende factoren



3.1 Risico-en beschermende factoren

Zoals in hoofdstuk 2 beschreven, verhogen psychische en/of verslavingsproblemen bij een of beide ouders het risico op allerlei stoornissen en andere negatieve uitkomsten bij de jeugdige. Toch groeien veel KOPP-kinderen zonder problemen op. De psychische problematiek van de ouder(s) is dus geen allesverklarende factor. Of bij een KOPP-kind daadwerkelijk problemen ontstaan, hangt namelijk af van de aanwezigheid en het samenspel van risico- en beschermende factoren (Fraser, James, Anderson, Lloyd & Judd, 2006; Van Doesum, Frazer & Dhondt, 1995). Risicofactoren vergroten de kans op het ontstaan van problemen, beschermende factoren fungeren als buffer daartegen en verkleinen zo de kans op het ontstaan van problemen (Aalbers - van Leeuwen, Van Hees & Hermanns, 2002).

In de literatuur is een groot aantal risico- en beschermende factoren voor KOPP-kinderen beschreven (Goossens & Van der Zanden, 2012; Hosman, Van Doesum & Van Santvoort, 2009). Er kan onderscheid worden gemaakt tussen risicofactoren bij de jeugdige zelf (onder andere genetische aanleg, een moeilijk temperament, onveilige gehechtheid, parentificatie), bij de ouder(s) (onder andere de aanwezigheid van een ernstige en langdurige stoornis, een verstoorde ouder-kindinteractie), bij het gezin (onder andere financiële problemen, kindermishandeling) en in de omgeving (gebrek aan sociale steun, stigmatisering). Een aantal van deze risicofactoren komt voor bij kwetsbare groepen met recht op bijzondere zorg die zijn aangewezen in het internationale jeugdrecht: kinderen met een handicap, kinderen die slachtoffer zijn van geweld, vluchtelingenkinderen en kinderen die in Nederland verblijven zonder verblijfsvergunning (ongedocumenteerde kinderen).

Beschermende factoren kunnen eveneens liggen bij de jeugdige zelf (onder andere een veilige hechting, goed ontwikkelde cognitieve en sociale vaardigheden, veel zelfvertrouwen, een grote zelfredzaamheid, behoorlijk inzicht in ouderlijke problematiek), bij de ouder(s) (onder andere goede opvoedvaardigheden, een gezonde ouder-kindinteractie), bij het gezin (onder andere de aanwezigheid van een gezonde andere ouder), en in de omgeving (onder andere de aanwezigheid van een sociaal netwerk voor ouder(s) en jeugdige).

3.2 Cumulatief effect van risicofactoren

Of een jeugdige uiteindelijk problemen ontwikkelt, is afhankelijk van de manier waarop risico- en beschermende factoren op elkaar inwerken. Hoewel wetenschappelijke evidentie bestaat voor de invloed die de genoemde risico- en beschermende factoren hebben, is de bestaande literatuur op dit moment ontoereikend om op basis hiervan hoogrisicogroepen te onderscheiden (Romijn, De Graaf & De Jonge, 2010).

Wat wetenschappelijk onderzoek wel uitwijst, is dat problemen op latere leeftijd vooral worden voorspeld door het aantal risicofactoren waar de jeugdige mee te maken krijgt, en niet door de aard van deze risicofactoren (Appleyard, Byron, Van Dulmen & Sroufe, 2005; Atzaba-Poria, Pike & Deater-Deckard, 2004; Nair, Schuler, Black, Kettinger & Harrington, 2003; Rutter & Quinton, 1984; Sameroff, 2000; Hermanns, 2007). Hoe meer risicofactoren er aanwezig zijn, hoe groter dus de kans op ongunstige ontwikkelingsuitkomsten.



3.3 Aangrijpingspunten voor preventie en behandeling

Aangrijpingspunten voor preventie en behandeling van KOPP-problematiek vormen de beïnvloedbare risico- en beschermende factoren (Goossens & Van der Zanden, 2012).

De volgende taken van jeugdprofessionals sluiten hierop aan:

- met de ouder(s) spreken over de invloed van psychische en/of verslavingsproblemen van ouders op kinderen;
- een zorgmijdende ouder motiveren om hulp te zoeken voor de eigen psychische en/of verslavingsproblemen, en de ouder naar deze hulp toe leiden;
- stress, angst en depressieve gevoelens tijdens de zwangerschap reduceren;
- afgestemd op de leeftijd van de jeugdige en in overleg met de ouder(s) de jeugdige informeren over de problemen van de ouder(s);
- het zelfvertrouwen, de copingvaardigheden en de sociale redzaamheid van de jeugdige vergroten;
- de gezonde ouder ondersteunen in diens ouderrol;
- de gezonde kanten van de ouder met psychische en/of verslavingsproblemen versterken;
- de opvoedingsvaardigheden van de ouder(s) versterken;
- het gezin helpen een steunend netwerk of een vertrouwenspersoon te vinden (zie hoofdstuk 5).

Is er sprake van een situatie waarbij hulp voor de jeugdige noodzakelijk is (zoals kindermishandeling (Vink, De Wolff, Broerse, & Kamphuis, 2016), huiselijk geweld en problematische gehechtheid (De Wolff, Van Bakel, Juffer, Dekker-van der Sande, Sterkenburg, & Thoomes-Vreugdenhil, 2014), dan verwijzen we naar de betreffende Richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdhulpverlening en de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012). Er zijn ook risicofactoren waarvoor geen richtlijn bestaat en die buiten het werkgebied van de jeugdhulp vallen (zoals financiële problemen en conflicten tussen ouders). Zijn zulke factoren aanwezig, dan wordt aanbevolen de ouders te motiveren voor adequate hulp en ze hiernaar toe te leiden.

3.4 Aanbevelingen

- Zorg dat je voldoende kennis hebt van risico- en beschermende factoren om stoornissen en andere negatieve uitkomsten voor KOPP-kinderen te signaleren en waar mogelijk te voorkomen.
- Breng voor elk KOPP-kind de risico- en beschermende factoren in kaart. Denk niet alleen aan eigenschappen van de jeugdige zelf: ook kenmerken van de ouder(s), het gezin en de omgeving zijn van belang.
- Let zowel op de aard van de risicofactoren als op de optelsom ervan.
- Zet in op het afzwakken van risicofactoren voor het KOPP-kind en het versterken van de beschermende factoren.
- Bied hulp in eerste instantie zo dicht mogelijk bij de jeugdige aan. Dus in het gezin, of anders om het gezin heen.

Deze aanbevelingen worden in de volgende hoofdstukken concreet uitgewerkt.





Hoofdstuk 4

Screenen op risico's



4.1 Inschatten van het risico op KOPP-problematiek

Het opgroeien in een KOPP-gezin kan ingrijpende gevolgen hebben voor de ontwikkeling van jeugdigen (zie hoofdstuk 2). Omdat een substantieel aantal jeugdigen in Nederland opgroeit in een KOPP-gezin horen jeugdprofessionals bij contacten met gezinnen altijd na te gaan of een van de ouders psychische en/of verslavingsproblemen heeft. Als dit het geval is, schat de professional de aard en ernst van de situatie in. Voor eventuele broertjes of zusjes die in hetzelfde gezin opgroeien (en die dus ook een verhoogd risico op KOPP-problematiek lopen) dient ook een risico-inschatting te worden gemaakt. De jeugdprofessional hoort daarom de verschillende soorten psychische en verslavingsproblemen, en hun belangrijkste symptomen, te kennen. Ook dient hij de vaardigheden te hebben om met de ouder(s) een gesprek aan te gaan over de invloed van hun problemen op de jeugdige.

Overigens hoeft KOPP-problematiek niet voor alle kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen aan de orde te zijn. Het risico op ongunstige uitkomsten is naar schatting echter wel drie tot dertien keer zo groot als bij jeugdigen die niet in een KOPP-gezin opgroeien (zie hoofdstuk 2).

4.2 Lijst voor Screening en Interventie Keuze (SIK-lijst)

Om een goede risico-inschatting te kunnen maken, heeft de preventiesector van de ggz en de verslavingszorg de lijst voor Screening en Interventie Keuze (SIK-lijst; Beijers, Bellemakers, Senders & Veldhoen, 2010) ontwikkeld. De SIK-lijst met handleiding is opgenomen in bijlagen 2 en 3. Aandachtspunten en tips voor gesprekken met ouders en kinderen zijn opgenomen in bijlage 4.

Er zijn geen normscores voor de SIK-lijst, maar de SIK-lijst kan als checklist worden gebruikt door diverse beroepsgroepen. Denk aan medewerkers van de ggz en de verslavingszorg, (uitvoerend) preventiewerkers of overige hulpverleners die met ouders en/of jeugdigen werken. De checklist (met enkele aanvullingen) kan ook jeugdprofessionals helpen om de aard en ernst van de KOPP-problematiek in te schatten en te kiezen voor een interventie.

De SIK-lijst is gebaseerd op enerzijds wetenschappelijk onderzoek naar risico- en beschermende factoren voor KOPP-kinderen (zoals in de voorgaande hoofdstukken beschreven), en anderzijds op best practices die voortkomen uit de jarenlange ervaring die de preventiesector van de ggz en de verslavingszorg met KOPP-gezinnen heeft opgedaan. Het is een checklist van elf items die de belangrijkste beïnvloedbare risico- en beschermende factoren bestrijken (zie hoofdstuk 3). Geïnventariseerd worden: de erkenning van en hulp voor de ouderlijke problematiek, de ouder-kindrelatie, de ondersteuning van de (gezonde) ouder in diens ouderrol, de copingvaardigheden van de jeugdige en het ondersteunend netwerk voor jeugdige en ouder(s). De werkgroep heeft aan de SIK-lijst toegevoegd het item: het reduceren van gevoelens van stress, angst en depressie tijdens de zwangerschap. De lijst gaat ervan uit dat een jeugdige een grotere kans loopt op ongunstige ontwikkelingsuitkomsten naarmate er meer risicofactoren en minder beschermende factoren aanwezig zijn (zie hoofdstuk 3). Ook is er dan meer urgentie om in te grijpen.



4.3 Verdere screening van emotionele problemen, gedragsproblemen en gezinsfunctioneren

Het kan zijn dat op basis van de ingevulde SIK-lijst nadere screening van emotionele of gedragsproblemen of van het gezinsfunctioneren gewenst is. Voor zover een dergelijke screening nog niet in een voorgaande fase is uitgevoerd, kan de jeugdprofessional deze zelf in gang zetten.

Voor het meten van emotionele en gedragsproblemen bevelen we de volgende betrouwbare en valide screeningsinstrumenten aan:

- CBCL (Child Behavior Checklist; versie 1,5 - 5 jaar en versie 6 -18 jaar). Ouders, verzorgers of andere volwassenen die de jeugdige goed kennen vullen de vragenlijst in.
 - SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire; 3 - 16 jaar). Bij kinderen tot 11 jaar wordt de lijst ingevuld door de ouder of leerkracht; is de jeugdige 11 jaar of ouder, dan vult hij of zij de lijst zelf in, onder begeleiding van een volwassene.
 - YSR (Youth Self Report; 11 - 18 jaar), in te vullen door de jeugdige.
 - C-TRF (Caregiver-Teacher's Report Form; 1,5 - 5 jaar) en TRF (Teacher's Report Form; 6 - 18 jaar). De (C-)TRF is de door de leerkracht of leidster in te vullen versie van de CBCL.
- Voor de screening van hechtingsproblemen verwijzen we naar de *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Wolff et al., 2014).

Voor het meten van het gezinsfunctioneren bevelen we het inzetten van de volgende screeningsinstrumenten aan:

- VGO (Vragenlijsten Gezin en Opvoeding). Dit instrument meet het algemene gezinsfunctioneren en de opvoedproblemen in gezinnen met jeugdigen van 0 tot 18 jaar.
- NOSI (Nijmeegse Ouderlijke Stress Index). Met dit gezinsdiagnostisch instrument kan worden nagegaan vanuit welke potentiële stressbronnen binnen de opvoedingscontext daadwerkelijk stress of belasting wordt ervaren door de ouders. De NOSI is oorspronkelijk bedoeld voor ouders met kinderen in de leeftijd van 7 tot 12 jaar, maar is zodanig opgezet dat afname ook mogelijk is bij ouders van kinderen in de leeftijd van 2 tot ongeveer 13 jaar.

Als blijkt op basis van de vragenlijst of nadere informatie dat de jeugdige het risico loopt KOPP-problematiek te ontwikkelen, zet dan de aanbevolen interventies uit de SIK-lijst in (zie hierboven).

Bij (een vermoeden van) huiselijk geweld dient de *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* gevolgd te worden.

Daarnaast kunnen de volgende Richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming worden geraadpleegd:

- *Richtlijn Kindermishandeling* (Vink et al., 2016), bij (een vermoeden van) kindermishandeling in de vorm van verwaarlozing, lichamelijke, psychische en/of seksuele mishandeling. Eventueel kunnen CARE-NL (Child Abuse Risk Evaluation, Nederlandse vertaling) of LIRIK-JZ (Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid - Jeugdzorg) worden ingezet, maar de validiteit en betrouwbaarheid van deze instrumenten zijn onbekend;



- *Richtlijn Problematische gehechtheid* (De Wolff et al., 2014), bij (een vermoeden van) problematische gehechtheid;
- *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen* (De Lange, Matthys, Foolen, Addink, Oudhof, Vermeij, 2013) bij (een vermoeden van) ernstige gedragsproblemen;
- *Richtlijn Scheiding en problemen van jeugdigen* (Anthonijsz, Spruijt & Zwikker, 2015), bij kinderen van gescheiden ouders of ouders in een (echt)scheiding.

4.4 Aanbevelingen

- Zorg dat je over algemene kennis van psychische en verslavingsproblemen beschikt als je KOPP-gezinnen begeleidt.
- Bepaal bij de aanmelding van een jeugdige aan de hand van de SIK-lijst het risico op KOPP-problematiek. Ga na over welke items van de SIK-lijst al informatie is.
- Vul tijdens een gesprek met de ouder(s) de nog ontbrekende informatie uit de SIK-lijst aan. Ontbreekt belangrijke informatie dan nog steeds, probeer deze informatie dan te verkrijgen via de huisarts of andere verwijzer, mits je daarvoor toestemming hebt van de ouder(s).
- Maak vervolgens een inschatting van de aard en ernst van de KOPP-problematiek, mogelijkheden tot verandering en de noodzaak tot hulp. Dit doe je aan de hand van de SIK-lijst, en eventueel specifieke screeningsinstrumenten voor emotionele problemen, gedragsproblemen en/of gezinsproblematiek.
- Gebruik voor nadere screening betrouwbare en gevalideerde instrumenten.
- Neem, als je dat nog niet gedaan had, zo nodig contact op met de huisarts. Dit kan op elk moment in het traject. Doe het wel in overleg met de ouder(s). Bespreek met de huisarts de psychische en/of verslavingsproblematiek van de ouder(s) of de hulp die de ouder(s) ontvangt/ontvangen, als hierover afspraken bestaan (in bijvoorbeeld een lokaal convenant over informatie-uitwisseling tussen beroepsgroepen).
- Maak bij een vermoeden van KOPP-problematiek niet alleen een risico-inschatting voor de aangemelde jeugdige, maar ook voor eventuele broertjes of zusjes in het gezin.
- Raadpleeg bij (vermoedens van) (echt)scheiding, kindermishandeling, huiselijk geweld, ernstige gedragsproblemen of problematische gehechtheid de daarvoor ontwikkelde richtlijnen.
- Volg bij (een vermoeden van) huiselijk geweld of kindermishandeling de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Hoofdstuk 5

Inzetten van interventies



5.1 Keuzes maken voor interventies

Naast risico-inschatting biedt de SIK-lijst (Beijers, Bellemakers, Senders & Veldhoen, 2010) ook bijbehorende handelingsadviezen en interventies. De geadviseerde interventies kunnen gericht zijn op de jeugdige, de ouder(s) en/of de omgeving. Als bijvoorbeeld volgens de checklist een jeugdige weinig zicht heeft op de problemen van de ouder(s), krijgt de jeugdprofessional het advies de jeugdige te wijzen op een voorlichtingsbrochure of specifieke KOPP-website. Heeft de jeugdige volgens de checklist weinig copingvaardigheden, dan dient de jeugdprofessional een KOPP-groep of SOVA-training (sociale vaardigheden) aan te raden. Wijst de checklist uit dat de jeugdige gedrags- of emotionele problemen heeft, dan is het advies om gevalideerde screeningsinstrumenten af te nemen, zoals de SDQ of de CBCL (zie hoofdstuk 4). Deze instrumenten zijn ook bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking te gebruiken. En blijkt uit de checklist verwaarlozing, lichamelijke, psychische en/of seksuele mishandeling, dan verwijst de SIK-lijst de jeugdprofessional naar de *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Vink et al., 2016) (zie hoofdstuk 4).

De SIK-lijst is dus een checklist die een beeld geeft van de aard en ernst van de KOPP-problematiek, en die daarnaast helpt bij de keuze voor een interventie. De checklist kan voor, tijdens of na het gesprek met de ouder(s) nagelopen worden. Sommige informatie is al bij de aanmelding van een jeugdige bekend; nog ontbrekende informatie dient te worden achterhaald in een gesprek met de ouder(s) of via de huisarts of verwijzer (zie paragraaf 6.2). De bijlage van de SIK-lijst bevat tips voor gespreksvoering met KOPP-ouders en KOPP-kinderen. De lijst is recentelijk bijgesteld en is vrij verkrijgbaar via internet.

5.2 Overzicht van interventies

Psycho-educatie vormt een eerste stap in de aanpak van KOPP-problematiek. Er zijn verschillende materialen en (interactieve) websites met informatie en adviezen voor jeugdigen, ouders en hulpverleners. Hieronder volgt een overzicht en korte beschrijving van een aantal materialen en websites. Deze zijn door de werkgroep geschikt bevonden.

Tabel 1: Overzicht van interactieve websites en voorlichtingsmateriaal

	Materialen en websites	Primaire doelgroep	Leeftijd jeugdige
1.	www.drankjewel.nl	jongeren	12+
2.	www.survivalkid.nl	jongeren	16-24 jaar
3.	www.kopstoring.nl	jongeren	16-25 jaar
4.	www.kopopouders.nl	ouders	0-18 jaar
5.	Kipizivero: voorlichtingsserie over KOPP voor KOPP-gezinnen (achtdelig).	kinderen, ouders, hulpverleners	0-18 jaar

De interventies die de jeugdhulp - al dan niet in samenwerking met een andere organisatie - bij KOPP-problematiek kan inzetten, kunnen specifiek voor de KOPP-doelgroep zijn ontwikkeld of meer generiek van aard zijn. De werkgroep heeft alleen die interventies geselecteerd die minimaal als 'theoretisch goed onderbouwd' zijn opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ), of die zijn aanbevolen door de werkgroep en in wetenschappelijk onderzoek gunstige uitkomsten laten zien.



De KOPP-specifieke interventies staan weergegeven in tabel 2. Deze interventies richten zich op alle beïnvloedbare risico- en beschermende factoren zoals aan het begin van hoofdstuk 4 opgesomd. Meer informatie over de KOPP-specifieke interventies is te vinden in de DEJ en in de onderbouwing bij deze richtlijn (Van der Zanden, Havinga, Meije & Meeuwissen, 2014).

In tabel 3 zijn de aanbevolen generieke interventies opgenomen die de jeugdhulp en jeugdbescherming kan inzetten wanneer er sprake is van KOPP-problematiek. Meer informatie over deze interventies is te vinden in de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ).

Om de kans op het slagen van de behandeling zo groot mogelijk te maken, dienen jeugdprofessionals bij alle handelingsadviezen en geadviseerde interventies rekening te houden met de culturele achtergrond van het gezin, en met de draagkracht en de verstandelijke vermogens van ouder(s) en jeugdige.

Tabel 2: Overzicht van aanbevolen KOPP-specifieke interventies

Interventies opgenomen in de DEJ

Naam interventie	Type	Primaire doelgroep	Leeftijd jeugdige
Ouder-baby-interventie	face-to-face	ouders	0-1 jaar
Voorzorg	face-to-face	moeders	ongeboren (foetus, 14 weken zwangerschap)-2 jaar
Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP*	face-to-face	gezin	9-14 jaar
Online cursus KopOpOuders	online	ouders	1-18 jaar
Online cursus Kopstoring	online	jongeren	16-25 jaar

* (update maart 2017: niet meer in DEJ, erkenning verlopen)

Interventies aangedragen vanuit de praktijk (met gunstige onderzoeksuitkomsten)

Naam interventie	Type	Primaire doelgroep	Leeftijd jeugdige
KOPP preventieprojecten: Doe-praatgroep & Pubergroep	face-to-face	jeugdigen	8-15 jaar
PIEP zei de muis	face-to-face	kinderen en ouders	4-8 jaar
Bureau Basiszorg	face-to-face	gezin	
Drie gezinsgesprekken	face-to-face	gezin	
Survivalkid*	online	jongeren	16-24 jaar

* (sinds september 2015: in DEJ opgenomen als goed onderbouwd)



Tabel 3: Algemene interventies ingedeeld per beschermende factor

Versterken opvoedvaardigheden en ouder-kindinteractie

Naam interventie	Primaire doelgroep	Leeftijd jeugdige
Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)	ouders en kinderen	2-7 jaar
Kortdurende video-hometraining (K-VHT)	ouders	0-4 jaar
Triple P	ouders	0-16 jaar
Incredible Years (basis)	ouders	3-6 jaar
Parent Management Training Oregon (PMTO)	ouders	4-12 jaar
Home-start	ouders	0-7 jaar

Versterken zelfvertrouwen, copingvaardigheden en sociale redzaamheid van de jeugdige

Naam interventie	Primaire doelgroep	Leeftijd jeugdige
Rots en water	jeugdigen	9-18 jaar
<i>Bij disfunctionele gezinspatronen en gedragsproblemen (waaronder antisociaal en delinquent gedrag en overmatig druggebruik)</i>		
Multisysteemtherapie (MST)	jeugdigen	12-18 jaar
Multidimensionele familietherapie (MDFT)	jeugdigen	12-19 jaar
Relationele Gezinstherapie (RGT)	jeugdigen	11-18 jaar

Versterken netwerk

Naam interventie	Primaire doelgroep	Leeftijd jeugdige
Eigenkrachtconferentie	gezin	0-23 jaar

Tabel 4 is van toepassing indien bekend is dat er psychische en/of verslavingsproblemen spelen bij een of beide ouders. Er zijn verschillende momenten waarop onderstaande checklist (tabel 4) gehanteerd kan worden:

- *voordat* de jeugdige gescreend is op psychosociale problemen. De checklist laat dan zien of nadere screening of diagnostiek wenselijk is en welke KOPP-interventies aangewezen zijn voor ouder(s) en jeugdige;
- *nadat* de jeugdige gescreend is op psychosociale problemen. De checklist geeft in dit geval aanwijzingen of, en zo ja welke specifieke KOPP-interventies gewenst zijn voor ouder(s) en jeugdige.

Om de ernst van de KOPP-problematiek in te kunnen schatten, dienen items uit de SIK-lijst waarop de hulpverlener nog onvoldoende zicht heeft (tabel 4) in een gesprek met de ouder(s), en eventueel de jeugdige, aan bod komen. De lijst wordt bij voorkeur vóór het oudergesprek nagelopen, maar kan ook naderhand worden ingevuld en eventueel tijdens het oudergesprek gebruikt worden om de items uit te vragen.



Tabel 4: Screening KOPP-ouders en KOPP-kinderen met bijbehorende advisering van interventies

<p>DEEL 1: SCREENING KOPP-ouders</p> <p>Indien bij beide ouders sprake is van KOPP/KVO problematiek dient deel 1 voor beide ouders te worden nagelopen.</p> <p>Scoring onderdelen 1 t/m 9:</p> <p>- : afwezigheid</p> <p>+ : aanwezigheid</p> <p>? : onduidelijkheid over aan- of afwezigheid</p>	<p>INTERVENTIEKEUZE¹</p> <p>1 De niet-KOPP-specifieke interventies zijn niet in deze checklist opgenomen.</p>
<p>1. Erkenning van problemen (scoren met -, + of ?)</p> <p>a. Is er bij de KOPP-ouder erkenning van de eigen problematiek?</p> <p>b. Is er (h)erkenning van de problematiek door de andere ouder?</p>	<p>Indien negatieve scores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ziekte-inzicht als aandachtspunt opnemen in de gesprekken met ouder en/of partner; - indien sprake is van ernstige psychische problemen, de ouder tevens stimuleren om gespecialiseerde hulp voor zichzelf te zoeken. <p>Indien positieve scores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nagaan of de ouder professionele hulp voor zichzelf heeft. Zo niet, dan de ouder naar hulp toe leiden.
<p>2. Invloed van problemen van ouders op jeugdigen (scoren met -, + of ?)</p> <p>a. Weet de KOPP-ouder dat zijn/haar problemen van invloed kunnen zijn op de jeugdige?</p> <p>b. Weet de partner van deze invloed?</p> <p>c. Kennen de ouders (of kent de ouder) de mogelijkheden om de jeugdige te ondersteunen?</p> <p>d. Gebruiken de ouders (of gebruikt de ouder) hulpverlenings- en ondersteuningsmogelijkheden? Zo ja, welke?</p> <p>e. Praten de ouders (of praat de ouder) met de jeugdige over de problemen?</p>	<p>Indien veel negatieve scores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de ouder(s) adviseren hoe ze met de jeugdige over KOPP/KVO kunnen praten (hierbij kunnen ouders de Kipizivero-brochures of informatiekaarten voor jeugdigen gebruiken); - indien nodig een gesprek tussen ouder(s) en jeugdige begeleiden; - aan de ouder(s) uitreiken: <ul style="list-style-type: none"> - Kipizivero-brochure 'Een knipoog, een knuffel'; - Kipizivero-brochure 'Het beste voor mij en mijn baby' (indien ouder een baby heeft); - ouder(s) verwijzen naar www.KopOpOuders.nl



Vervolg DEEL 1: SCREENING KOPP-LOUDERS	INTERVENTIEKEUZE
<p>3. Gezinsinteracties (scoren met -, + of ?)</p> <p>a. Hoe is de communicatie binnen het gezin?</p> <p>b. Hoe is de relatie tussen de ouders?</p> <p>c. Is de gezinssituatie stabiel?</p> <p>d. Hebben derden toegang tot het gezin? Zo ja, wie zijn deze derden?</p>	<p>Indien negatieve scores:</p> <p>bij a en b:</p> <ul style="list-style-type: none"> - informatie geven over negatieve effecten van moeizame gezinsinteracties op jeugdigen, of verwijzen naar de 'Psychoeducatieve gezinsinterventie KOPP' (Beardslee) of 'Gezin aan bod' (KVO); <p>bij c:</p> <ul style="list-style-type: none"> - met de ouder(s) zorgen voor opvangmogelijkheden voor de jeugdige in (toekomstige) crisissituaties; - gespecialiseerde gezinszorg inschakelen; <p>bij d:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de ouder(s) stimuleren met derden over de problematiek te praten; - de ouder(s) stimuleren een sociaal netwerk te onderhouden en/of uit te bouwen voor zichzelf én voor de jeugdige (indien nodig via welzijnswerk / jongerenwerk / buurtwerk).
<p>4. Ouderrol van de cliënt (scoren met -, + of ?)</p> <p><i>Is er sprake van de volgende kenmerken van 'goed genoeg ouderschap'?</i></p> <p>a. emotioneel betrokken zijn;</p> <p>b. liefdevol bejegenen;</p> <p>c. invoelend vermogen hebben;</p> <p>d. geduld hebben;</p> <p>e. structuur bieden;</p> <p>f. leidinggeven;</p> <p>g. rekening houden met leeftijdsgebonden mogelijkheden van de jeugdige;</p> <p>h. een goed identificatieobject zijn;</p> <p>i. continuïteit in zorg bieden;</p> <p>j. voorspelbaar zijn.</p>	<p>Indien veel negatieve scores bij vraag 4 (maar voldoende positieve scores bij vraag 5):</p> <ul style="list-style-type: none"> - aan ouder(s) de Kipzivero-brochure 'Een knipoog, een knuffel' uitreiken; - de ouder(s) motiveren voor opvoedingsondersteuning (bijv. online zelfhulpaanbod 'KopOpOuders' of de Moeder-baby-interventie); - tevens de genoemde onderwerpen van 'goed genoeg ouderschap' (opvoedingstaken) bespreken.



Vervolg DEEL 1: SCREENING KOPP-ouders	INTERVENTIEKEUZE
<p data-bbox="236 217 874 248">5. Ouderrol 'andere ouder' (scoren met -, + of ?)</p> <p data-bbox="236 300 657 331"><i>Beoordeel de ondersteurende rol:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="236 387 488 418">a. beschikbaar zijn; <li data-bbox="236 427 576 459">b. welbevinden vergroten; <li data-bbox="236 468 497 499">c. structuur bieden; <li data-bbox="236 508 740 539">d. een goed identificatieobject vormen; <li data-bbox="236 548 614 580">e. continuïteit in zorg bieden; <li data-bbox="236 589 745 620">f. (compenserende) activiteiten bieden. 	<p data-bbox="896 217 1407 288">Indien veel negatieve scores bij vraag 4 en 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="896 300 1350 371">- aanbieden van of verwijzen naar opvoedingsondersteuning; <li data-bbox="896 380 1422 497">- nagaan of de opvoedingstaken van de ouder(s) worden overgenomen door anderen; <li data-bbox="896 506 1334 622">- bespreken hoe sociaal netwerk / omgevingssteun kan worden ingeschakeld; <li data-bbox="896 631 1401 837">- op basis van signalen verwijzen naar ondersteunende instanties zoals: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="935 725 1386 757">- gespecialiseerde thuisbegeleiding, <li data-bbox="935 766 1426 797">algemeen maatschappelijk werk, enz.; <li data-bbox="935 806 1318 837">- geestelijke gezondheidszorg.

DEEL 2: SCREENING KOPP-KIND	INTERVENTIEKEUZE
<p data-bbox="236 1131 815 1245">Indien er meerdere jeugdigen in het gezin zijn kan deel 2 voor elke jeugdige apart worden nagelopen/ingevuld.</p>	
<p data-bbox="236 1258 858 1375">6. Algemene indruk van het functioneren en welbevinden van de jeugdige (gezien vanuit de ouder(s) en/of de hulpverlener)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="236 1384 820 1456">a. Zijn er zorgen over het welbevinden van de jeugdige? Zo ja, welke en sinds wanneer? <li data-bbox="236 1509 810 1581">b. Zijn er (ernstige) problemen thuis en/of op school? Zo ja, welke en sinds wanneer? 	



DEEL 2: SCREENING KOPP-KIND	INTERVENTIEKEUZE
<p>7. Zicht van de jeugdige op de problemen van de ouder(s) - + ?</p> <p>a. Beschikt de jeugdige over de juiste informatie over de problemen van de ouder(s) (afgestemd op de leeftijd van de jeugdige)?</p> <p>b. Heeft de jeugdige zicht op de invloed die de problemen van de ouder(s) op hem/haar hebben?</p>	<p>Indien veel negatieve scores:</p> <p>Aan de jeugdige uitreiken (voor kinderen tot ca. 8 jaar samen met de ouders lezen en bespreken):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kipizivero-brochures 'Mama is ziek' (tot 6 jaar), 'Mijn Beurt' (6-12 jaar) of 'Splinters' (vanaf 12 jaar); - Kipizivero-kaart uit map 'Ouders van de kaart' (kleurenkopie van het betreffende ziektebeeld); - jeugdigen verwijzen naar websites als www.kopstoring.nl of www.drankjewel.nl.
<p>8. Ondersteuning van de jeugdige door (scoren met -, + of ?):</p> <p>a. broers en zussen;</p> <p>b. familie;</p> <p>c. vrienden en/of kennissen van de ouder(s);</p> <p>d. directe omgeving (buren);</p> <p>e. vrienden/vriendinnen;</p> <p>f. ouders van vrienden/vriendinnen;</p> <p>g. leerkrachten;</p> <p>h. vrijetijdsbesteding (bijv. begeleiders van hobby- of sportclubs, eventueel bijbaantje);</p> <p>i. hulpverlening;</p> <p>j. voor de jeugdige belangrijke derden (navragen wie dat zijn).</p>	<p>Indien veel negatieve scores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de ouder(s) stimuleren om de jeugdige toestemming te geven met derden over de problemen te praten; - de jeugdige, via de ouders, stimuleren om sociale contacten te onderhouden met vrienden, familie, etc.; - aan de jeugdige uitreiken: <ul style="list-style-type: none"> - Kipizivero-brochures 'Mama is ziek' (tot 6 jaar). 'Mijn Beurt' (6-12 jaar) of 'Splinters' (vanaf 12 jaar); - Kipizivero-kaart uit map 'Ouders van de kaart' (kleurenkopie van het betreffende ziektebeeld). - jeugdigen verwijzen naar websites als www.kopstoring.nl of www.drankjewel.nl; - in overleg met ouder(s) steunfiguren inschakelen; - ouder(s)/jeugdige stimuleren tot deelname aan een hobby- of sportclub of andere vrijetijdsbesteding; - informatie geven over en stimuleren tot deelname aan een KOPP/KVO-groep.



DEEL 2: SCREENING KOPP-KIND	INTERVENTIEKEUZE
<p>9. Copingvaardigheden van de jeugdige (scoren met -, + of ?): of</p> <ul style="list-style-type: none"> a. gevoelens kunnen uiten; b. aandacht/hulp/informatie kunnen vragen; c. grenzen kunnen stellen; d. afstand kunnen nemen van de ouderlijke problematiek; e. kunnen omgaan met negatieve reacties uit de omgeving; f. compenserende activiteiten ondernemen. 	<p>Indien veel negatieve scores op vraag 9 en 10:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de ouder(s) stimuleren de betreffende vaardigheden van de jeugdige te helpen ontwikkelen en adviseren over de wijze waarop; - met de jeugdige de betreffende vaardigheden bespreken; - informatie geven over en stimuleren tot deelname aan een KOPP/KVO-groep (bijv. Speel-doegroep 6-8 jaar, Doe-Praatgroep 8-12 jaar, Pubergroep 13-15 jaar of Adolescentengroep 16-23 jaar). <p>Indien vrijwel alle scores negatief en bij een verontrustende situatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - consultatie of advies vragen aan collega's en/of inschakelen van de jeugd-GGZ
<p>10. Specifieke reacties van de jeugdige Beoordeel aanwezigheid (-) of afwezigheid (+) van</p> <ul style="list-style-type: none"> a. schuldgevoelens; b. schaamtegevoelens; c. negatief zelfbeeld; d. sterke verantwoordelijkheidsgevoelens; f. andere specifieke reacties, namelijk:... <p>Zie punt 9</p>	



DEEL 2: SCREENING KOPP-KIND	INTERVENTIEKEUZE
<p>11. Non-specifieke reacties van de jeugdige Beoordeel aanwezigheid (-) of afwezigheid (+) van</p> <p>a. slaapproblemen; b. eetproblemen; c. gedragsproblemen; d. angsten; e. depressiviteit; f. gespannenheid; g. concentratieproblemen; h. lichamelijke klachten; i. slechte schoolresultaten; j. bedplassen; k. andere non-specifieke reacties, namelijk ...</p>	<p>Indien veel positieve scores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nadere screening door jeugdhulp van jeugdige problematiek met een van de screeningslijsten uit hoofdstuk 3 (indien dit nog niet is gedaan); - inschakelen van de jeugd-GGZ

Voor jeugdprofessionals hoort helder te zijn welke interventies beschikbaar zijn. Ook moet duidelijk zijn hoe jeugdhulp (inclusief jeugd-ggz) en huisarts kunnen samenwerken. Er hoort een sociale kaart beschikbaar te zijn die inzicht geeft in de samenwerkingspartners binnen de jeugdhulp, de (huis)artsenzorg et cetera. Deze kaart dient namen en telefoonnummers te bevatten zodat snel gehandeld kan worden indien noodzakelijk.

5.3 Aanbevelingen

- Indien bekend is dat een ouder psychische en/of verslavingsproblemen heeft, ga dan een gesprek met de ouder(s) aan om de ernst van de problematiek in te kunnen schatten.
- Gebruik voor deze risico-inschatting de SIK-lijst. Deze checklist inventariseert risico- en beschermende factoren en adviseert op grond daarvan bepaalde interventies. De lijst kan voor, tijdens of na het gesprek met de ouder(s) worden nagelopen.
- Voer vervolgens de interventies uit die de SIK-lijst adviseert. Zie de bijlage van de SIK-lijst voor tips voor gespreksvoering met KOPP-ouders en KOPP-kinderen.
- Houd bij alle handelingsadviezen rekening met de culturele achtergrond van het gezin, en de draagkracht en de verstandelijke vermogens van ouder(s) en jeugdige.
- Zorg dat er een sociale kaart beschikbaar is die inzicht geeft in de samenwerkingspartners binnen de jeugdhulp, de (huis)artsenzorg et cetera. Deze kaart moet namen en telefoonnummers bevatten zodat snel gehandeld kan worden indien noodzakelijk.



Hoofdstuk 6

Omgaan met ingewikkelde situaties



6.1 Mogelijke knelpunten

De uitgangssituatie van aangemelde jeugdigen kan verschillen. In voorgaande hoofdstukken gingen we ervan uit dat het bij aanmelding van een jeugdige duidelijk is of er psychische en/of verslavingsproblemen spelen bij een of beide ouders. Bovendien namen we aan dat ouders bereid en in staat zijn hun kind te laten begeleiden of behandelen conform de aanbevelingen uit de SIK-lijst, en dat zij ook zelf bereid zijn hulp te aanvaarden voor de eigen problematiek. Daarnaast werd ervan uitgegaan dat de aanbevolen interventies beschikbaar zijn.

Dit allemaal is echter niet altijd het geval. Er zijn dan extra handelingen nodig om beschermende factoren voor het KOPP-kind te versterken en risicofactoren te verminderen. In dit hoofdstuk komen handelingsaanbevelingen voor deze meer ingewikkelde situaties aan bod.

6.2 Onduidelijkheid over ouderlijke problematiek

Het is niet altijd duidelijk of een ouder met psychische en/of verslavingsproblemen kampt. Wel kan er een vermoeden zijn. Ga in overleg met de ouders na hoe duidelijker kan worden wat er (nog meer) speelt in het gezin wat goed is om te weten in het belang van de jeugdige.

Het kan bijvoorbeeld gaan om ouders die hun eigen problematiek en de gevolgen hiervan voor hun kind niet onderkennen (waarbij de partner deze problematiek soms wel, maar soms ook niet onderkent). Het kan ook gaan om ouders die elkaar diskwalificeren in geval van een (v) (echt)scheiding, of om ouders bij wie schaamte en eergevoel een grote rol spelen. Ook kan de ouderlijke problematiek of de veranderingsbereidheid worden gemaskeerd door een (licht) verstandelijke beperking. Ga in zo'n situatie na of er voor de betreffende jeugdhulpinstelling een lokaal of regionaal covenant bestaat waarin informatieuitwisseling tussen verschillende beroepsgroepen is geregeld. Is zo'n covenant aanwezig, dan kun je, in overleg met de ouders, nadere informatie inwinnen bij bijvoorbeeld de huisarts, de eventuele verwijzer of behandelaar van de ouders.

Daarnaast is het aan te raden om de Vragenlijst Gezin en Opvoeding (VGO, subschaal OBVL) af te nemen. Deze lijst screent depressieve stemmingen, rolbeperking en gezondheidsklachten van de ouder(s) (Vermulst, Kroes, De Meyer, Van Leeuwen & Veerman, 2011). Meer informatie over de VGO is te vinden in hoofdstuk 5 van de onderbouwing van deze richtlijn.

6.3 Zorgmijdende ouders

In situaties waarin ouders de aanbevolen hulp voor hun kind of voor zichzelf weigeren, is het van belang toch te proberen een optimale situatie voor de jeugdige te creëren en het risico te verkleinen dat de jeugdige (ernstige) problemen ontwikkelt is het belangrijk dat de jeugdprofessional het gesprek met de ouders aangaat en daarin de gevolgen van de ouderlijke problematiek voor de jeugdige bespreekt. Tijdens dit gesprek wordt de ouders teruggegeven wat de jeugdige verteld heeft. Hierbij kan de techniek van motiverende gespreksvoering worden gevolgd (Miller & Rollnick, 2005).



De jeugdprofessional dient dan ook over de vaardigheden te beschikken om dergelijke gesprekken te voeren. De bijlage van de SIK-lijst bevat tips voor gespreksvoering met KOPP-ouders. Hieronder zetten we de belangrijkste tips op een rij.

Start gesprek

- Ga een open gesprek met de ouders aan en gedraag je respectvol. Geef veel positieve bevestiging. Een vertrouwensband met de ouders ontwikkelen is het belangrijkste.
- Vraag op een niet-bedreigende manier naar de jeugdige. Zo win je het vertrouwen. Bij kinderen tot vier jaar kun je bijvoorbeeld vragen: 'Zitten ze op de peuterspeelzaal of gaan ze naar de crèche? Vinden ze het leuk?' Bij oudere kinderen kun je dingen vragen als: 'Hoe gaan ze naar school?' of 'Wat vinden ze leuk op school?'
- Vraag wat de ouders zelf moeilijk vinden in de opvoeding. Bijvoorbeeld zo: 'In alle gezinnen gaan er dingen goed en minder goed. Zijn er ook dingen die u moeilijk vindt?'

Bij weerstand van ouders

- Vermoed of merk je weerstand bij de ouders, licht de functie en het doel van het gesprek dan extra goed toe. Door het gesprek goed te onderbouwen kun je mogelijke achterdocht verminderen dan wel wegnemen. Refereer eventueel ook aan de hulpverleningsovereenkomst.
- Spreek bij ouders die hun eigen problematiek ontkennen over 'het hebben van stress' in plaats van over psychische, psychiatrische en/of verslavingsproblemen.
- Problematiseer de situatie van de jeugdige niet.
- Vraag naar dingen die al goed gaan in het gezin, en benadruk deze.
- Vraag naar hulpbronnen in het netwerk van het gezin (vraag bijvoorbeeld: 'Bij wie kunt u terecht?')
- Geef complimenten.
- Vraag wat de ouders zelf moeilijk vinden in de opvoeding van hun kind.
- Als ouders hun problematiek blijven ontkennen, dan wel ontkennen dat de jeugdige iets van hun problematiek zou merken, vraag dan hoe ze hun kind benaderen als ze een goede (rustige) dan wel een slechte (onrustige) dag of periode hebben.
- Geef ouders en jeugdige in alle gevallen KOPP-voorlichtingsbrochures mee en wijs hen op de KOPP-websites (deze staan nog niet in de KOPP-brochures).
- Kom in een eventueel volgend gesprek altijd terug op de brochures, vraag wat de ouders ervan vonden, of ze er iets aan hebben gehad en of ze er vragen over hebben. Dit kan bij zorgmijdende ouders een opening geven.

Als ouders niet van gedachten veranderen, benadruk dan dat zij in de toekomst altijd contact kunnen opnemen. Houd de deur open! Ouders die de eigen problematiek ontkennen en daarom geen hulp wensen voor zichzelf of hun kind, kunnen mogelijk wel openstaan voor de generieke interventies die zijn beschreven in hoofdstuk 5. Ook deze interventies kunnen beschermende factoren in het leven van de jeugdige versterken.

Tot slot kunnen zich situaties voordoen waarin het belang van de jeugdige prevaleert boven het belang van de ouders. Het belang van de jeugdige vormt bij alle maatregelen en beslissingen die de jeugdige aangaan een eerste overweging. Een zorgvuldige afweging tussen alle betrokken



belangen is hierbij geboden. Iedere professional kan contact opnemen met Veilig Thuis voor overleg, al dan niet anoniem. Bij een vermoeden van huiselijk geweld of kindermishandeling wordt verwezen naar de *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Vink et al., 2016) (zie hoofdstuk 4) en de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

6.4 Aanbevolen interventies zijn niet beschikbaar

Het kan voorkomen dat aanbevolen interventies (voor onbepaalde tijd) helemaal niet beschikbaar zijn. Zoek in zo'n geval naar alternatief aanbod dat gericht is op een of meerdere beschermende of risicofactoren bij de jeugdige, al naar gelang de aanbevelingen van de SIK-lijst. Meld daarnaast lacunes in het hulpaanbod bij de manager van de jeugdhulpinstelling. Gebruik de KOPP-richtlijn daarbij als onderbouwing.

6.5 Aanbevelingen

- Ga met ouders in gesprek over de invloed van hun problemen op hun kind en geef in dit gesprek terug wat hun kind vertelt heeft. Jeugdprofessionals die KOPP-gezinnen begeleiden dienen over goede gespreksvaardigheden te beschikken, waarbij de werkrelatie tussen ouder(s), jeugdige(n) en hulpverleners steeds verder wordt opgebouwd.
- Indien onbekend is of een ouder psychische problemen heeft, maar er wel een vermoeden is, neem dan de VGO (subschaal OBVL) af. Ook kun je in overleg met de ouders informatie inwinnen bij de huisarts, behandelaar of verwijzer, mits de jeugdhulpinstelling een lokaal convenant heeft opgesteld voor informatieuitwisseling.
- Als de ouders de voorgestelde hulp voor hun kind weigeren of geen hulp willen voor de eigen psychische en/of verslavingsproblemen, ga dan met de ouders het gesprek aan. Wijs op de mogelijke gevolgen die de ouderlijke problematiek voor hun kind kan hebben, en leg uit dat het belangrijk is dat hun kind zich optimaal kan ontwikkelen. Volg bij (een vermoeden van) huiselijk geweld of kindermishandeling de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.
- Geef in alle gevallen ten minste KOPP-voorlichtingsbrochures mee en verwijs naar vrij toegankelijke KOPP-websites en generieke interventies voor ouders en jeugdige (zie hoofdstuk 5).
- Indien de aanbevolen interventies lokaal niet voorhanden zijn, zoek dan naar alternatief aanbod dat ingrijpt op de beschermende en risicofactoren voor de jeugdige en meld de lacune in aanbevolen interventies bij de manager van de jeugdhulpinstelling.

Literatuur



Aalbers-van Leeuwen, M.J.A., Hees, L.J.M van, & Hermanns, J. (2002). Risico- en protectieve factoren in moderne gezinnen: reden tot optimisme of reden tot pessimisme? *Pedagogiek*, 22, 41-54.

Anthonijsz, I., Spruijt, E., & Zwikker, N. (2015). *Richtlijn Scheiding en problemen van jeugdigen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental health disorders (5th ed)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Appleyard, K., Byron, E., Dulmen, M.H.M. van, & Sroufe, L.A. (2005). When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 46, 235-245.

Atzaba-Poria, N., Pike, A., & Deater-Deckard, K. (2004). Do risk factors for problembehaviour act in a cumulative manner? An examination of ethnic minority and majority children through an ecological perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 707-718.

Bassett, H., Lampe, J., & Lloyd, C. (1999). Parenting: experiences and feelings of parents with a mental illness. *Journal of Mental Health*, 8, 597-604.

Beardslee, W. R. (2002). *Out of the darkened room. When a parent is depressed protecting the children and strengthening the family*. Boston: Little Brown and Company.

Beardslee, W. & Podorefski, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 145, 63-69.

Beijers, F., Bellemakers, T., Senders, A., & Veldhoen, N. (2010). *Lijst voor Screening en Interventie Keuze*. Utrecht, Nederland: Landelijk Preventie Platform KOPP/Trimbos-instituut.

Berg, M.P. van den (2006). *Parental Psychopathology and the Early Developing Child: The Generation R Study [dissertation]*. Rotterdam, Nederland: Erasmus Universiteit.

Biederman, J., Faraone, S.V., Monuteaux, M.C., & Feighner, J.A. (2000) Patterns of alcohol and drug use in adolescents can be predicted by parental substance use disorders. *Pediatrics*, 106, 792-797.

Bijl, R.V., Cuijpers, P., & Smit, F. (2002). Psychiatric disorders in adult children of parents with a history of psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 7-12.

Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., & Koren, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 726 -735.

Boel, M., Zanden, A.P. van der, & Smit, F. (2007). *Kinderen van ouders met psychische problemen. Factsheet preventie*. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.

Burd, L., Cotsonas-Hassler, T.M., & Martsof, J.T. (2003). Recognition and management of fetal alcohol syndrome. *Neurotoxicology and Teratology*, 25, 681-688.



Cents, R.A.M., Diamantopoulou, S., Hudziak, J.J., Jaddoe, V.W.V., Hofman, A., Verhulst, F.C., ... Tiemeier, H. (2013). Trajectories of maternal depressive symptoms predict child problem behaviour: The Generation R Study. *Psychological Medicine*, 43, 13-25.

Chassin, L., Curran, P.J., Hussong, A.M., & Colder, C.R. (1996). The relation of parent alcoholism to adolescent substance use: A longitudinal follow-up study. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 70-80.

Cicchetti, D., Rogosch, F.A., & Toth, S.L. (1998). Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology*, 10, 283-300.

Clarke, G.N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., ... Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1127-1134.

Dean, K., Stevens, H., Mortensen, P.B., Murray, R.M., Walsh, E., & Pedersen, C.B. (2010). Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67, 822-829.

Dix, T., & Meunier, L.N. (2009). Depressive symptoms and parenting competence: An analysis of 13 regulatory processes. *Developmental Review*, 29, 45-68.

Doesum, K.T.M. van, Frazer, W., & Dhondt, M. (1995). *Kinderen van ouders met psychiatrische problemen*. Utrecht, Nederland: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid/Landelijk ondersteuningspunt preventie.

Downey, G., & Coyne, J.C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.

Earley, L., & Cushway, D. (2002). The parentified child. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 163-178.

Elgar, F.J., Mills, R.S.L., McGrath, P.J., Waschbusch, D.A., & Brownridge, D.A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 943-955.

Ende, P.C. van der, & Venderink, M.M. (2006). *Steun voor ouders met psychiatrische beperkingen*. Groningen, Nederland: Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool & Cenzor GGz.

Fraser, C., James, E., Anderson, K., Lloyd, D., & Judd, F. (2006). Intervention programs for children of parents with a mental illness: a critical review. *International Journal of Mental Health Promotion*, 8, 9-19.

Gar, N.S., Hudson, J.L., & Rapee, R.M. (2005). Family factors and the development of anxiety disorders, psychopathology and the family. In J.L. Hudson & R.M. Rapee (Eds), *Psychopathology and the Family* (pp. 125-145). Oxford, England: Elsevier.

Goodman, S.H., & Gotlib, I.H. (2002). *Children of depressed parents: Mechanism of risk and implications for treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Goossens, F.X., & Zanden, R. van der (2012). Factsheet KOPP/KVO. *Kinderen van ouders met psychische problemen*. Kinderen van Verslaafde ouders. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.



Goodman, S.H., Adamson, L.B., Riniti, J., & Cole, S. (1994). Mothers' expressed attitudes: associations with maternal depression and children's self-esteem and psychopathology. *Journal of the American Academy for Child and Adolescence Psychiatry*, 33, 1265-1274.

Hermanns, J.M.A. (2007). Opvoeden en opgroeien: een visie achter het beleid. In P.A.H. van Lieshout, M.S.S. van der Meij, & J.C.I de Pree (Red.), *Bouwstenen voor betrokken jeugdbeleid* (pp. 21-45). Den Haag/ Amsterdam, Nederland: WRR/University Press.

Hobson, R.P., Patrick, M., Crandell, L., Garc'a-Pérez, R., & Lee, A. (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 329-347.

Hosman, C.M.H., Doesum, K.T.M. van, & Santvoort, F. van. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8, 250-263.

Jones, K.L., & Smith, D.W. (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *The Lancet*, 2, 999-1001.

Kashani, J.H., Burk, J.P., Horwitz, B., & Reid, J.C. (1985). Differential effect of subtype of parental major Affective Disorder on Children. *Psychiatry Research*, 15, 195-204.

Kersten-Alvarez, L.E., Hosman, C.M.H., Risken-Walraven, J.M., Doesum, K.T.M. van, Smeekens, S., & Hoefnagels, C. (2012). Early school outcomes for children of postpartum depressed mothers: Comparison with a community sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 201-218.

Klimes-Dougan, B., Free, K., Ronsaville, D., Stillwell, J., Welsh, C.J., & Radke-Yarrow, M. (1999). Suicidal ideation and attempts: a longitudinal investigation of children of depressed and well mothers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 61-659.

Lange, M. de, Matthys, W., Foolen, N., Addink, A., Oudhof, M., & Vermeij, K. (2013). *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Langrock, A.M., Compas, B.E., Keller, G., Merchant, M.J., & Copeland, M.E. (2002). Coping with the stress of parental depression: Parent's reports of children's coping, emotional and behavioral problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 312-324.

Larsson, B., Knutsson-Medin, L., Sundelin, C., & Trost von Werder, A.C. (2000). Social competence and emotional/behavioural problems in children of psychiatric inpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 122-128.

Lieb, R., Isensee, B., Höfler, M., Pfister, H., & Wittchen, H.U. (2002a). Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 59, 365-374.

Lieb, R., Merikangas, K.R., Höfler, M., Pfister, H., Isensee, B., & Wittchen, H.U. (2002b). Parental alcohol use disorders and alcohol use and disorders in offspring: A community study. *Psychological Medicine*, 32, 63-78.



Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R. & Almqvist, F. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1367-1374.

Malekpour, M. (2007). Effects of attachment on early and later development. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 53, 81-95.

McLaughlin, K.A., Gadermann, A.M., Hwang, I., Sampson, N.A., Al-Hamzawi, A., Andrade, L.H., ... Kessler, R.C. (2012). Parent Psychopathology and Offspring Mental Disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 200, 290-299.

Mennes, M., Bergh, B.R.H. van den, Lagae, L., & Stiers, P. (2009). Developmental brain alterations in 17 year old boys are related to antenatal maternal anxiety. *Clinical Neurophysiology*, 120, 1116-1122.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Gorinchem, Nederland: Uitgeverij Ekklesia.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012). *Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Stappenplan voor het handelen bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling*. Den Haag, Nederland: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Nair, P., Schuler, M.E., Black, M.M., Kettinger, L., & Harrington, D. (2003). Cumulative environmental risk in substance abusing women: Early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. *Child Abuse & Neglect*, 27, 997-1017.

Nilsson, E., Lichtenstein, P., Snattingius, S., Muuray, R.M., & Hultman, C.M. (2002). Women with schizophrenia: Pregnancy outcome and infant death among their offspring. *Schizophrenia Research*, 58, 221-229.

Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness: Investigating their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 354-359.

Raikkonen, K., Seckl, J.R., Pesonen, A.K., Simons, A. & Bergh, B.R.H. van den (2011). Stress, glucocorticoids and liquorice in human pregnancy: Programmers of the offspring brain. *Stress: The International Journal on the Biology of Stress*, 14, 590-603.

Romijn, G., Graaf, I. de, & Jonge, M. de (2010). *Kwetsbare kinderen. Literatuurstudie over verhoogde risicogroepen onder kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen*. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.

Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.

Sameroff, A.J. (2000). Ecological perspectives on developmental risk. In J.D. Osofsky & H.E. Fitzgerald (Eds), *Waimh handbook of infant mental health* (pp. 1-29). New York: J. Wiley & Sons Inc.

Santvoort, F. van (2013). *Support groups for children at risk: A study on risk levels and intervention effects in children of mentally ill or addicted parents. Dissertation: general introduction*. Nijmegen, Nederland: Radboud Universiteit Nijmegen.



Santvoort, F. van, Hosman, C., Doesum, K. van, & Janssens, J. (2011). Preventie programma KOPP/KVO onder vuur. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 1, 16-19.

Smets, K. (2005). Zwangerschap en drugs. Beleid bij de pasgeborene. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 61, 1219-1225.

Solis, J.M., Shadur, J.M., Burns, A.R., & Hussong, A.M. (2012). Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances. *Current Drug Abuse Review*, 5, 135-147.

Steege, M. van der, & Zoon, M. (2015). *Richtlijn Multiprobleemgezinnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Steinhausen, H.C. (1995). Children of alcoholic parents. A review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4, 143-152.

Sytema, S., Gunther, N., Reelick, F., Drukker, M., Pijl, B., & Land, H. van 't. (2006). *Verkenningen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Een bijdrage uit de psychiatrische casusregisters Rijnmond, Zuid-Limburg en Noord-Nederland*. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.

Verdurmen, J., Have, M. ten, Graaf, R. de, Dorsselaer, S. van, Land, H. van 't, & Vollebergh, W. (2007). *Psychische gevolgen van kindermishandeling op volwassen leeftijd. Resultaten van de "Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study" Nemesis*. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.

Vermulst A.A., Kroes G., Meyer R.E. de, Leeuwen K.G. van, & Veerman J.W. (2011). *Vragenlijst gezin en opvoeding (VG&O), Voorlopige Handleiding*. Nijmegen/Leuven. Nederland/België: Praktikon BV.

Vink, R. M., Wolff, M. S. de, Broerse, A., & Kamphuis, M. (2016). *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Leiden: TNO/ Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Wang, A.R., & Goldschmidt, V.V. (1994). Interviews of psychiatric inpatients about their family situation and young children. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 90, 459-465.

Weinstock, M. (2005). The potential influence of maternal stress hormones on development and mental health of the offspring. *Brain, Behavior and Immunity*, 19, 296-308.

Weissman, M.M., Fendrich, M., Warner, V., & Wickramaratne, P. (1992). Incidence of psychiatric disorder in offspring at high and low risk for depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 640-648.

Weissman, M.M., Prusoff, B.A., Gammon, G.D., Merkiangas, K.R., Leckman, J.F., & Kidd, K.K. (1984). Psychopathology in the children (ages 6-18) of depressed and normal parents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 78.

Wenselaar, L. (1997). KOPP-kinderen: beschermingswaardig? Kinderen en hun ouders met psychische problemen. In C. van Nijhatten (Eds), *Bij nader toezien, 75 jaar Ondertoezichtstelling* (pp. 64-76). Den Haag, Nederland: SDU.

Westermeyer, J., Yoon, G., & Thuras, P. (2006). Psychiatric morbidity and parental substance use disorder.



American Journal of Drug & Alcohol Abuse, 32, 607-616.

Wickramaratne, P., & Weissman, M.M. (1998). Onset of psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 933-942.

Wolff, M. S. de, Bakel, H. J. A. van, Juffer, F., Dekker-van der Sande, F., Sterkenburg, P. S., & Thoomes-Vreugdenhil, A. (2014). *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Yonkers, K.A, Vigod, S., & Ross, L.E. (2012). Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Focus*, 10, 51-66.

Yperen, T. van, en Bommel, M. van, (april 2009), "*Erkenning Interventies: criteria 2009-2010, Erkenningscommissie (Jeugd) interventies*", Nji/RIVM, Utrecht.

Zanden, A.P. van der, Speetjens, P.A., Arntz, K.S., & Onrust, S.A. (2010). Online group course for parents with mental illness: development and pilot study. *Journal of Medical Internet Research*, 12, e50.

Zanden, R. van der, Havinga, P., Meije, D., & Meeuwissen, J.A.C. (2014). *Onderbouwing Richtlijn KOPP voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.





Bijlage 1

Leden van de Werkgroep en Klankbordgroep



Werkgroep

Prof. dr. C.M.H. (Clemens) Hosman	psycholoog, emeritus hoogleraar preventieve geestelijke gezondheidszorg (voorzitter)
Drs. J. A. C. (Jolanda) Meeuwissen	psycholoog, Trimbos-instituut (projectleiding)
Drs. C. (Carolien) Konijn	beleidscoördinator effectieve jeugdzorg
Drs. M.A. (Marieke) Beentjes	orthopedagoog
Mw. R. (Rennie) Besselink	algemeen maatschappelijk werker en schoolmaatschappelijk werker
Drs. P. (Patricia) Celi	pedagogisch medewerker en ambulante hulpverlener in de jeugdhulp
Drs. J. (Julie) van Dijk van Hartskamp	kinder- en jeugdpsychiater
Dr. K.T.M. (Karin) van Doesum	preventiefunctaris en senior onderzoeker
Drs. P. (Petra) Havinga	Trimbos-instituut, junior wetenschappelijk medewerker
Drs. Ing. M.G.J.A. (Marjon) van den Meerendonk	psycholoog en neurofeedbacktherapeut
Drs. D. (Daniëlle) Meije	Trimbos-instituut, wetenschappelijk medewerker
Drs. S.G. (Sabine) Tesselaar	orthopedagoog
Dr. A. P. (Rianne) van der Zanden	Trimbos-instituut, wetenschappelijk medewerker

Klankbordgroep

Drs. I. (Istra) Wout	orthopedagoog
Drs. W. (Wendy) de Ruiter	behandelcoördinator en GZ-psycholoog
Drs. E.W.G.M. (Els) Bovée	gedragswetenschapper
Dr. F. (Floor) van Santvoort	psycholoog



Bijlage 2

SIK-lijst Instructie voor gebruik en basisinformatie jeugdige en ouder



Hoe te gebruiken?

U kunt de SIK-lijst voor, tijdens of na het gesprek gebruiken.

Na een gesprek kunt u checken of er nog meer informatie nodig is voor de risico-inschatting.

De SIK-lijst biedt u telkens drie antwoordmogelijkheden. Omcirkel wat van toepassing is.

Als het item niet van toepassing is, vult u het niet in.

- (= **negatief/onvoldoende/aanwezigheid van reacties**)

+ (= **positief/voldoende/afwezigheid van reacties**)

? (= **onbekend**)

Het invullen van de SIK-lijst is een momentopname. U vult de lijst in voor zover u over de gevraagde informatie beschikt. Het is zinvol om na enige tijd de lijst nog eens in te vullen aan de hand van aanvullende informatie waarover u op dat moment beschikt.

Clïentgegevens (kind en ouder):

Hoofdccliënt (kind): _____ M / V

Geboortedatum: _____

Datum van invullen: _____

Ingevuld door: _____

Diagnose ouder(s): _____ (formeel, indien bekend)

Klinische opname: ja / nee, periode: _____

Gezinssamenstelling:

Twee-oudergezin

Meergeneratiegezin

Eenoudergezin

Anders, namelijk _____

Samengesteld gezin

Gegevens over de kinderen (inclusief hoofdccliënt)

Naam	Geb. datum	M / V	Uit/ thuiswonend	School	Hulpverlening (welke?)



Bij elk van de te screenen onderwerpen geldt:

Veel negatieve scores betekenen een risicofactor voor het kind. Veel negatieve scores vereisen een (preventieve) interventie.

Positieve scores wijzen over het algemeen op de aanwezigheid van een beschermende factor. Indien nodig kunt u een dergelijke factor nog versterken.

Veel vraagtekens wijzen erop dat u zich over het onderwerp nog geen duidelijk oordeel kunt vormen. Probeer in volgende gesprekken meer informatie te verzamelen over deze items om een beter beeld te krijgen van de risico- en beschermende factoren bij ouders en kinderen.

De SIK-lijst helpt u bij de interventiekeuze door per onderwerp een overzicht te geven van mogelijke interventies.

Kruis aan welke symptomen de ouder vertoont of zelf aangeeft:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hallucinaties | <input type="checkbox"/> Agressie – gericht op zichzelf |
| <input type="checkbox"/> Paranoïde | <input type="checkbox"/> Agressie – gericht op de ander |
| <input type="checkbox"/> Angststoornis of fobie | <input type="checkbox"/> Verwaarlozing – gericht op zichzelf |
| <input type="checkbox"/> Dwangstoornis | <input type="checkbox"/> Verwaarlozing – gericht op de ander |
| <input type="checkbox"/> Depressiviteit | <input type="checkbox"/> Zelfbeschadiging |
| <input type="checkbox"/> Wanen | <input type="checkbox"/> Drugsproblemen |
| <input type="checkbox"/> Isolement | <input type="checkbox"/> Alcoholproblemen |
| <input type="checkbox"/> Apathie | <input type="checkbox"/> Gokproblemen |
| <input type="checkbox"/> Verwardheid | <input type="checkbox"/> Crimineel gedrag |
| <input type="checkbox"/> Slaapstoornis | <input type="checkbox"/> Bizar gedrag |
| <input type="checkbox"/> Eetstoornis | <input type="checkbox"/> Agitatie, boosheid ('kort lontje') |
| <input type="checkbox"/> Autisme | <input type="checkbox"/> Onvoorspelbaar gedrag |
| <input type="checkbox"/> Suïcidaliteit | <input type="checkbox"/> Irreële lichamelijke klachten |
| <input type="checkbox"/> Medicijngebruik | <input type="checkbox"/> Anders, nl: _____ |

Wanneer zijn de klachten ontstaan: _____

Andere relevante achtergrondinformatie: _____

Geen psychische problemen?
Verder gaan met gebruikelijke zorg.

Hebben één of beide ouders psychische problemen?

Indien ja, in behandeling?
Zo ja, dan gezamenlijk gesprek voorstellen met ggz-hulpverlener.
Zo nee, ouder(s) aanraden naar huisarts te gaan voor zichzelf.

Indien ja, ga naar SIK Deel 1



Deel 1 De Ouders

1. Erkenning van de problemen

a.	Is er bij de KOPP-ouder erkenning van de eigen problematiek?	-	+	?
b.	Is er (h)erkenning van de problematiek door de andere ouder?	-	+	?

Interventies indien veel negatieve scores bij vraag 1:

- ziekte-inzicht als aandachtspunt meenemen in de gesprekken met ouder en/of partner.

2. Invloed van de problemen op kinderen

a.	Is er kennis bij de KOPP-ouder over de invloed van de ouderlijke problemen op de kinderen?	-	+	?
b.	Is er kennis bij de partner over deze invloed?	-	+	?
c.	Is er kennis bij de ouder(s) over mogelijkheden om kinderen te ondersteunen?	-	+	?
d.	Gebruikt / Gebruiken de ouder(s) hulpverlenings- en ondersteuningsmogelijkheden? En zo ja, welke?	-	+	?
e.	Praat / Praten de ouder(s) met de kinderen over de problemen?	-	+	?

Interventies indien veel negatieve scores bij vraag 2:

- ouder(s) adviseren hoe te praten met kinderen over KOPP/KVO (hierbij kunnen ouders de Kipizivero-brochures of informatiekaarten voor kinderen gebruiken);
- indien nodig een gesprek tussen ouder(s) en kind begeleiden;
- aan ouder(s) uitreiken: Kipizivero-brochures 'Een knipoog, een knuffel' & 'Het beste voor mij en mijn baby';
- ouder(s) verwijzen naar www.KopOpOuders.nl.

3. Gezinsinteracties

a.	Hoe is de communicatie binnen het gezin?	-	+	?
b.	Hoe is de relatie tussen de ouders?	-	+	?
c.	Is er stabiliteit in de gezinssituatie?	-	+	?
d.	Hebben derden toegang tot het gezin? En zo ja, wie?	-	+	?

Interventies indien veel negatieve scores bij vraag 3:

- bij a en b: informatie geven over negatieve consequenties hiervan voor de kinderen of hiervoor verwijzen naar begeleiding/ behandeling of de gezinsinterventie KOPP;
- bij c: met de ouders zorgen voor opvangmogelijkheden voor het kind in (toekomstige) crisissituaties & inschakelen van (gespecialiseerde) gezinszorg;
- bij d: ouders stimuleren met derden over de problematiek te praten & ouders stimuleren een sociaal netwerk te onderhouden en/of uit te bouwen voor zichzelf én voor hun kinderen (indien nodig via welzijnswerk / jongerenwerk / buurtwerk).



4. Ouderrol

Beoordeel de volgende kenmerken van 'goed genoeg ouderschap':

a.	emotionele betrokkenheid	-	+	?
b.	liefdevolle bejegening	-	+	?
c.	invoelend vermogen	-	+	?
d.	geduld	-	+	?
e.	structuur bieden	-	+	?
f.	leiding geven	-	+	?
g.	rekening houden met leeftijdsgebonden mogelijkheden van het kind	-	+	?
h.	goed identificatieobject zijn	-	+	?
i.	continuïteit in zorg bieden	-	+	?
j.	voorspelbaar zijn	-	+	?

5. Ouderrol 'andere ouder'

Beoordeel de ondersteunende rol van de andere ouder:

a.	mate van welbevinden	-	+	?
b.	beschikbaarheid	-	+	?
c.	structuur bieden	-	+	?
d.	goed identificatieobject	-	+	?
e.	continuïteit in zorg bieden	-	+	?
f.	(compenserende) activiteiten bieden	-	+	?

Interventies indien veel negatieve scores bij vraag 4, maar een voldoende aantal positieve scores bij vraag 5:

- aan ouder(s) Kipizivero-brochure 'Een knipoog, een knuffel' uitreiken en/of verwijzen naar www.KopOpOuders.nl indien nog niet gedaan en de genoemde onderwerpen van 'Goed Genoeg Ouderschap' bespreken (opvoedingstaken);
- ouders informeren over/motiveren voor opvoedings- en/of ondersteuningsmogelijkheden, zoals de (online) cursus 'KopOpOuders' en de moeder-baby-interventie (Zie RL Tabel 1)

Interventies indien veel negatieve scores bij vraag 4 én 5:

- aanbieden van of verwijzen naar opvoedingsondersteuning;
- nagaan of de opvoedingstaken van de ouders worden overgenomen door anderen;
- bespreken hoe sociaal netwerk/omgevingssteun kan worden ingeschakeld;
- op basis van signalen verwijzen naar:
 - ondersteunende instanties zoals: (gespecialiseerde) thuisbegeleiding, AMW enz.;
 - geestelijke gezondheidszorg of de huisarts.



Deel 2 Het Kind

Indien er meerdere kinderen in het gezin zijn, kan deel 2 voor elk kind apart worden ingevuld.

6. Algemene indruk over het functioneren en welbevinden van de kinderen (gezien vanuit de ouder(s) en/of de hulpverlener)

a. Zijn er zorgen over het welbevinden van de kinderen? Zo ja, welke en sinds wanneer?

b. Zijn er (ernstige) problemen thuis of op school? Zo ja, welke en sinds wanneer? _____

Naam kind(eren): _____

Leeftijd(en): _____

7. Zicht van het kind op de problemen van de ouder

a.	Beschikt het kind over de juiste informatie over de problemen van de ouder (afgestemd op de leeftijd van het kind)?	-	+	?
b.	Heeft het kind zicht op de mogelijke invloed van de problemen van de ouder op zichzelf?	-	+	?

Interventies indien veel negatieve scores bij vraag 7:

- aan kinderen uitreiken (voor kinderen tot ca. 8 jaar heeft het de voorkeur dat zij de materialen samen met de ouder(s) lezen en bespreken): Kipizivero-brochures 'Mama is ziek' (tot 6 jaar) 'Mijn Beurt' (6-12 jaar) of 'Splinters' (vanaf 12 jaar) & Kipizivero-kaart uit map 'Ouders van de kaart' (kleurenkopie van het betreffende ziektebeeld);
- kinderen verwijzen naar websites als www.kopstoring.nl of www.drankjewel.nl.

8. Ondersteuning van het kind door

a.	broers en zussen;	-	+	?
b.	familie;	-	+	?
c.	vrienden en/of kennissen van de ouders;	-	+	?
d.	directe omgeving (buren);	-	+	?
e.	vrienden/vriendinnen;	-	+	?
f.	ouders van vrienden/vriendinnen;	-	+	?
g.	leerkrachten;	-	+	?
h.	vrijtijdsbesteding (bijv. begeleiders van hobby- of sportclubs, evt. bijbaantje);	-	+	?
i.	hulpverleners;	-	+	?
j.	voor het kind belangrijke derden (navragen wie dat zijn).	-	+	?



Interventies indien veel negatieve scores bij vraag 8:

- ouders stimuleren om hun kinderen toestemming te geven om met derden over de problematiek te praten;
- via de ouders kinderen stimuleren om sociale contacten te onderhouden met vrienden/vriendinnen, familie, etc.
- aan kinderen uitreiken (indien nog niet gedaan): Kipizivero-brochures 'Mama is ziek' (tot 6 jaar) 'Mijn Beurt' (6-12 jaar) of 'Splinters' (vanaf 12 jaar) & Kipizivero-kaart uit map 'Ouders van de kaart' (kleurenkopie van het betreffende ziektebeeld);
- kinderen verwijzen naar websites als www.kopstoring.nl of www.drankjewel.nl (indien nog niet gedaan);
- in overleg met ouders inschakelen van steunfiguren;
- ouder(s)/kind stimuleren tot deelname aan een hobby- of sportclub, of andere vrijetijdsbesteding;
- informatie geven over en stimuleren tot deelname aan een KOPP/KVO-groep (bijv. Speel-Doegroep 6-8 jaar, Doe-Praatgroep 8-12 jaar, Pubergroep 13-15 jaar of Adolescentengroep 16-23 jaar).

9. Copingvaardigheden van het kind

Beoordeel de vaardigheden: slecht (-) of goed (+)

a.	gevoelens kunnen uiten	-	+	?
b.	aandacht/hulp/informatie kunnen vragen	-	+	?
c.	grenzen kunnen stellen	-	+	?
d.	afstand kunnen nemen van de ouderlijke problematiek	-	+	?
e.	kunnen omgaan met (negatieve) reacties uit de omgeving	-	+	?

10. Specifieke reacties van het kind

Beoordeel aanwezigheid (-) of afwezigheid (+)

a.	schuldgevoelens	-	+	?
b.	schaamtegevoelens	-	+	?
c.	negatief zelfbeeld	-	+	?
d.	sterke verantwoordelijkheidsgevoelens	-	+	?
e.	andere specifieke reacties, namelijk ...	-	+	?

Interventies indien veel negatieve scores op vraag 9 én 10:

- ouder(s) stimuleren de betreffende vaardigheden van hun kind te helpen ontwikkelen en adviseren over de wijze waarop;
- met het kind de betreffende vaardigheden bespreken;
- informatie geven over en stimuleren tot deelname aan een KOPP/KVO-groep (bijv. Speel-Doegroep 6-8 jaar, Doe-Praatgroep 8-12 jaar, Pubergroep 13-15 jaar of Adolescentengroep 16-23 jaar).

Interventies indien vrijwel alle scores negatief en de situatie is verontrustend:

- ga verder met de screening (zie kader onder aan de pagina);
- consultatie of advies vragen aan collega's en/of verwijzen naar de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren.



11. Non-specifieke reacties van kinderen

Beoordeel aanwezigheid (-) of afwezigheid (+)

a.	slaapproblemen	-	+	?
b.	eetproblemen	-	+	?
c.	gedragsproblemen	-	+	?
d.	angsten	-	+	?
e.	depressiviteit	-	+	?
f.	gespannenheid	-	+	?
g.	concentratieproblemen	-	+	?
h.	lichamelijke klachten	-	+	?
i.	slechte schoolresultaten	-	+	?
j.	bedplassen	-	+	?
k.	andere non-specifieke reacties, namelijk ...	-	+	?

Interventies indien veel positieve scores bij vraag 11:

- ga verder met de screening (zie kader onder aan pagina);
- consultatie of advies vragen aan collega's en/of verwijzen naar de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren.

Wanneer op basis van het gesprek en de uitkomsten van de SIK-lijst KOPP-problematiek naar voren komt, is mogelijk verdere screening op emotionele of gedragsproblemen of op gezinsfunctioneren gewenst.

Gebruik hiervoor de volgende screeningsinstrumenten en richtlijnen:

- functioneren (ouder met) baby of peuter: *C-TRF (1,5-5 jaar)*. Voor screening op hechtingsproblemen wordt verwezen naar de *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*;
- emotionele en gedragsproblemen kind en jongere: *SDQ (3-16 jaar)*, *CBCL (6-18 jaar)*, *TRF (6-18 jaar)*, *YSR (11-18)*;
- algemene gezinsfunctioneren en opvoedproblemen: *VGO (gezinnen met jeugdigen van 0-18 jaar)*;
- vermoeden kindermishandeling: *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*, eventueel *CARE* of *LIRIK*;
- huiselijk geweld: *Meldcode huiselijk geweld*;
- problematische hechting: *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*;
- ernstige gedragsproblemen: *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*.



Bijlage 3

Handleiding bij de SIK-lijst



Handleiding SIK-lijst⁶

Deze handleiding geeft suggesties voor observaties die gedaan kunnen worden en voor vragen die gesteld kunnen worden bij het invullen van de SIK-lijst (cursief).

Deel 1: De ouders

1. Erkenning van problemen

- a. Erkenning door KOPP-ouder van psychische en/of verslavingsproblematiek:
 - *Geef eens een omschrijving van uw problemen of klachten.*
- b. Erkenning door partner van psychische en/of verslavingsproblematiek:
 - *Omschrijf kort wat de problemen of klachten van uw partner zijn.*

2. Invloed van problemen van ouders op kinderen

- a. Kennis bij KOPP-ouder over de invloed van de ouderlijke problemen op de kinderen:
 - *Weten uw kinderen van uw problematiek?*
 - *Wat heeft u erover verteld?*
 - *Wat merken uw kinderen van uw problematiek?*
 - *Welke belemmeringen ervaart u door uw problematiek in de opvoeding van uw kinderen?*
- b. Kennis bij de partner over deze invloed:
 - *Welke invloed hebben de psychische en/of verslavingsproblematiek van uw partner op de gezinssituatie?*
 - *Hoe reageren de kinderen op deze situatie?*
 - *Wat komt er allemaal bij u terecht als uw partner niet in staat is om taken te vervullen?*
- c. Kennis bij de ouder(s) over mogelijkheden om kinderen te ondersteunen:
 - *Weet u dat er informatiemateriaal voor kinderen beschikbaar is over dit onderwerp, zoals websites en brochures? En heeft u daarvan gebruik gemaakt?*
 - *Weet u of uw kinderen met anderen praten over de problemen?*
 - *Komen uw kinderen voldoende toe aan ontspannende activiteiten?*
- d. Gebruik van hulpverlenings- en ondersteuningsmogelijkheden:
 - *Schakelt u hulp in als het thuis allemaal niet naar wens verloopt?*
 - *Zo ja, welke hulp en van wie?*
- e. Praten met de kinderen over de ouderlijke problemen:
 - *Hoe heeft u de problematiek aan de kinderen uitgelegd?*
 - *Heeft u daarbij rekening gehouden met het begripsvermogen van uw kinderen?*
 - *Stellen de kinderen vragen over uw problematiek?*

⁶ Oorspronkelijk opgesteld door: Projectgroep Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problematiek VO-SPV Hoge School Utrecht, mei 1995. Herzien door: Projectgroep KOPP RIAGG Helmond/IPZ Helmond, juli 1996. Herzien (2010) door: Beijers, F. (Riagg Zuid Roermond), Bellemakers, T. (Centrum Maliebaan Utrecht), Senders, A. (Prezens GGZ in Geest Amsterdam), Veldhoen, N. (Verslavingszorg Noord-Nederland Friesland). Herzien t.b.v. de Richtlijn KOPP voor jeugdhulp en jeugdbescherming (2014) door: Meije, D., Zanden, R. van der, Meeuwissen, J.A.C. (Trimbos-instituut).



3. Gezinsinteracties

- a. Communicatie binnen het gezin:
 - *Welke activiteiten worden er gezamenlijk ondernomen?*
 - *Waarover wordt er met de kinderen gesproken (bijv. school, hobby's)?*
 - *Wanneer de kinderen problemen of verdriet hebben, hoe gaat u daarmee om?*
- b. Relatie tussen de ouders:
 - *Praat u met elkaar over de ouderlijke problematiek?*
 - *Waarover wordt er verder zoal gesproken?*
 - *Hoe ondersteunt u elkaar?*
 - *Hoe is de sfeer?*
- c. Mate van stabiliteit in de gezinssituatie:
 - *Hoe ziet de dag- en weekindeling eruit?*
 - *Wat zijn de vaste afspraken m.b.t. tijden voor eten, slapen e.d.?*
 - *Heeft u opvangmogelijkheden voor de kinderen indien nodig?*
- d. Toegankelijkheid voor derden binnen het gezin:
 - *Hoe zijn de contacten met andere mensen?*
 - *Bij wie kunt u buiten de familie terecht voor steun en hulp?*

4. Ouderrol

(De volgende aspecten kunnen ook geobserveerd worden)

- a. Emotionele betrokkenheid:
 - *Hoe uit u uw gevoelens tegenover uw kinderen?*
 - *Kunt u zich inleven in de gevoelens/behoefte van uw kinderen?*
- b. Liefdevolle bejegening:
 - *Hoe laat u merken dat u om uw kinderen geeft?*
 - *Knuffelt of stoeit u met uw kinderen? Hoe reageren zij daar op?*

Observeer indien mogelijk wat u ziet in het contact tussen ouder en kind. Hoe maakt het kind contact: terughoudend of vrij?

- c. Invoelend vermogen:
 - *Waarin verschillen uw kinderen?*
 - *Heeft u een idee wat uw kinderen specifiek in deze leeftijdsfase nodig hebben?*
 - *Heeft u er behoefte aan meer te weten te komen over de ontwikkeling van kinderen?*
- d. Geduld:
 - *Bent u geneigd om snel dingen van uw kinderen over te nemen? (Wat observeer je?)*
 - *Kunt u kalm blijven als u boos/geïrriteerd bent?*
 - *Verliest u wel eens uw geduld, wat doet u dan?*
- e. Structuur bieden:
 - *Welke huisregels en afspraken zijn er thuis?*
 - *Welke straffen en welke beloningen gebruikt u in de opvoeding van uw kinderen?*
 - *Zijn u en uw partner het meestal met elkaar eens over opvoedingszaken? Hoe gaan jullie om met verschillen over opvoedzaken? Hoe reageren uw kinderen hierop?*
- f. Leiding geven:
 - *Lukt het u om uw kinderen aan de huisregels en afspraken te houden? Hoe doet u dat?*
 - *Hoe gaat u in het gezin met meningsverschillen om?*



- g. Rekening houden met de leeftijdsgebonden mogelijkheden van het kind:
 - *Wat vindt u leuk om met uw kinderen samen te doen?*
 - *Welke taken hebben uw kinderen in huis?*
 - *Wat zijn de behoeftes van uw kinderen in hun specifieke leeftijdsfase?*
 - *Observeer of er sprake is van parentificatie, wat betreft het overnemen van ouderlijke taken en wat betreft de emotionele belasting.*
- h. Goed identificatieobject zijn:
 - *Op welke wijze imiteren de kinderen u?*
 - *Op welke wijze wilt u een goed voorbeeld zijn voor uw kinderen?*
- i. Continuïteit in zorg bieden:
 - *Hoe regelt u opvang voor de kinderen als u er zelf niet bent?*
 - *Wie kunt u inschakelen als er hulp nodig is?*
- j. Voorspelbaar zijn:
 - *Laat u uw gezinsleden weten waar u bent gedurende de dag?*
 - *Hoe reageert u op de kinderen als iets u irriteert?*
 - *Hoe gaat u om met straffen? Waarschuwt u bijvoorbeeld van tevoren?*

5. Ouderrol van de 'andere ouder'

- a. Mate van welbevinden:
 - *Hoe voelt u zich in deze situatie?*
 - *Hoe gaat het slapen, eten en rusten?*
 - *Welke activiteiten onderneemt u voor uzelf?*
- b. Beschikbaarheid:
 - *Hoe ziet uw dag, week en weekend eruit?*
 - *Zijn de kinderen vaak alleen of met de KOPP-ouder thuis?*
 - *Wie brengt de kinderen naar bed, wie eet met ze en wie brengt ze naar school?*
 - *Praat u met uw kinderen over de situatie?*
- c. Structuur bieden:
 - *Welke huisregels en afspraken zijn er in het gezin? Is er naar uw mening voldoende structuur/regelmaat?*
 - *Welke straffen en welke beloningen gebruikt u in de opvoeding van uw kinderen? Hoe gaat u om met grensoverschrijdend gedrag van de kinderen (blijven waarschuwen, time-out, schreeuwen, slaan etc.)?*
 - *Zijn u en uw partner het meestal met elkaar eens over opvoedingszaken? Hoe gaan jullie om met verschillen over opvoedzaken?*
- d. Goed identificatieobject:
 - *Op welke wijze imiteren de kinderen u? Hoe reageert u daarop?*
 - *Op welke wijze wilt u een goed voorbeeld zijn voor uw kinderen?*
- e. Continuïteit in zorg bieden:
 - *Bent u regelmatig thuis en is er daardoor regelmaat in het dagelijks gebeuren?*
 - *Hoe zorgt u voor continuïteit in zorg voor de kinderen?*
 - *Hoe reageren de kinderen op wisselingen van verzorgers?*
- f. (Compenserende) activiteiten aanbieden:
 - *Welke activiteiten onderneemt u met de kinderen thuis en buitenshuis?*
Hoe reageren uw kinderen daarop?



Deel 2: Het kind

Voor de onderwerpen hieronder moet worden gezien of de vragen aan het kind zelf dan wel aan (een van) de ouders gesteld kunnen worden. Dit hangt o.a. af van de leeftijd van het kind. De ervaring leert dat bij kinderen tot ongeveer 6 à 8 jaar de vragen het beste aan (één van) de ouders kunnen worden gesteld. Oudere kinderen kunnen zelf vragen beantwoorden. Voor het invullen van deze lijst is het wenselijk om de kinderen te zien. Er kunnen ook omstandigheden zijn waardoor dit niet mogelijk is.

6. Algemene indruk van het functioneren van het kind

Deze items spreken voor zich.

7. Zicht van het kind op de problemen

- a. Beschikt het kind over de juiste informatie wat de problemen van de ouder betreft (afgestemd op de leeftijd)?
 - *Vertel eens wat er volgens jou met je vader/moeder aan de hand is.*
- b. Heeft het kind zicht op de mogelijke invloed van de problemen op zichzelf?
 - *Wat merk jij van de problemen van je vader/moeder?*
 - *Hoe is het voor jou dat je vader/moeder ziek is of problemen heeft?*

8. Ondersteuning van het kind

- *Met wie vind jij het leuk om dingen samen te doen?*
- *Met wie kun je goed praten over thuis?*
- *Bij wie kun je terecht als je hulp nodig hebt?*

9. Copingvaardigheden van het kind

- a. Gevoelens kunnen uiten. Onderstaande vragen kunnen je helpen bij de observatie hiervan:
 - *Hoe praat het kind over de situatie (lacherig, boos, somber, laconiek, ouwelijk)?*
 - *Is het taalgebruik leeftijdsadequaat?*
- b. Aandacht/hulp/informatie kunnen vragen:
 - *Praat je met anderen over de problemen thuis?*
 - *Durf je te vragen wat je nodig hebt (bijvoorbeeld om iets te vertellen of iets samen te doen, of als je iets wilt weten)?*
 - *Vraag je wel eens hulp aan anderen?*
- c. Grenzen kunnen stellen:
 - *Kun je zelf zeggen wanneer iets genoeg/te veel/te moeilijk is, of zeg je liever niks?*
- d. Afstand kunnen nemen:
 - *Heb je de neiging je overal mee te bemoeien?*
 - *Doe je veel taken thuis, en/of let je veel op je vader/moeder (parentificatie)?*
 - *Kun je je eigen dingen blijven doen, zoals hobby/sport/afspraken met vriend(inn)en?*
 - *Krijg je wel eens (negatieve) reacties en/of vragen van anderen op de problemen van je vader/moeder of op je thuissituatie? Welke? En hoe reageer je daarop?*
 - *Word je wel eens gepest? Hoe reageer je daarop?*



- e. Compenserende activiteiten ondernemen:
- *Wat doe je in je vrije tijd (hobby's, sport, vriend(inn)en, opa/oma, ooms/tantes, logeren, bijbaantje etc.)?*

10. Specifieke reacties van het kind

Je kunt deze reacties ook observeren: merk je in het gesprek met het kind dat het zich in de thuissituatie aanpast, op zijn tenen loopt, zich schuldig voelt over bepaalde situaties e.d.?

a. Schuldgevoelens:

- *Denk je wel eens dat de problemen van je vader/moeder met jou te maken hebben?*
- *Vind je dat als jij beter je best doet, het dan ook beter gaat met je vader/moeder?*
- *Voel je je wel eens schuldig naar je vader/moeder toe?*

b. Schaamtegevoelens:

- *Schaam je je wel eens voor je vader/moeder, of voor de situatie thuis?*
- *Wat doe je als je je schaamt?*
- *Doe je wel eens iets niet omdat je je schaamt voor je vader/moeder, of voor de situatie thuis?*

c. Negatief zelfbeeld:

- *Wat vind je van jezelf?*
- *Noem een paar dingen die je goed vindt van jezelf en die je niet goed vindt van jezelf?*

d. Sterke verantwoordelijkheidsgevoelens (parentificatie):

Observeer het volgende: draagt het kind leeftijdsadequate verantwoordelijkheid? Neemt het kind zelf de verantwoordelijkheid of geven de ouders het kind veel verantwoordelijkheid waardoor het kind geen kind kan zijn? Doet het kind thuis taken die bij zijn leeftijd horen? Wat voor taken doet het kind thuis?

Non-specifieke reacties van het kind

a. Slaapproblemen:

- *Kan je makkelijk in slaap komen? Lig je 's nachts wel eens wakker? Komt dat vaak voor?*

b. Eetproblemen:

- *Eet je wel eens heel veel/weinig omdat je je rot voelt?*
- *Heeft het kind gewichtsproblemen?*

c. Gedragsproblemen:

Observeer: luistert het kind, is het opstandig of teruggetrokken, aanvaardt het grenzen etc.?

- *Heeft het kind wel eens hulp gehad voor zijn gedragsproblemen?*
- *Is het kind wel eens met justitie in aanraking gekomen?*

d. Angsten:

- *Ben je bang voor bepaalde mensen en/of dingen? Welke?*
- *Wat doe je als je bang bent?*

e. Depressiviteit:

Observeer: komt het kind somber over? Hoe is de stemming van het kind in het algemeen? Let op: depressiviteit bij kinderen kan zich op verschillende manieren uiten, zoals zeer druk gedrag met veel bravoure.

f. Gespannenheid:

Observeer: komt het kind gespannen over? Kan het stilzitten of zit het constant te friemelen? Heeft het kind een gespannen gelaatsuitdrukking. Is er spanning merkbaar als het kind praat?



- g. Concentratieproblemen (rekening houdend met de leeftijd):
 - *Kun je goed je aandacht erbij houden als je met iets bezig bent?*
 - *Kun je lang met een spel bezig zijn?*
- h. Lichamelijke klachten:
 - *Heb je wel eens lichamelijke klachten of pijn? Zo ja, welke (bijv. hoofdpijn, buikpijn e.d.)?*
- i. Slechte schoolresultaten:
 - *Hoe gaat het op school?*
 - *Ga je graag naar school?*
 - *Hoe is je rapport?*
 - *Zijn er zorgen over hoe het op school gaat (bijv. bij leerkrachten)?*
- j. Bedplassen:
 - *Is het kind zindelijk? Vanaf welke leeftijd?*
 - *Is het kind opnieuw gaan bedplassen?*
- k. Andere non-specifieke reacties:
 - *Is er sprake van extreme boosheid, agressie, weglopen etc.?*
 - *Bij oudere kinderen: rookt het kind? Zo ja, sinds wanneer? Is er sprake van alcohol- en/of drugsgebruik?*





Bijlage 4

Aandachtspunten en tips voor gesprekken met ouders en kinderen⁷



Deze bijlage geeft hulpverleners tips en suggesties voor het gesprek met ouders en kinderen over psychische en/of verslavingsproblemen. Het is handig om deze bijlage vooraf te lezen. Onder (ouderlijke) problematiek verstaan we zowel psychische als verslavingsproblemen (of beide).

Functie van gesprekken met ouders en kinderen bij psychische en/of verslavingsproblemen van ouders

- het bieden van voorlichting en steun aan ouders en hun kinderen;
- kinderen steunen, ze hun emoties laten uiten en ze informatie geven over het ziektebeeld van de ouder en de eventuele gevolgen waar zij mee te maken krijgen of die zij al ondervinden. Hier ook vragen over stellen;
- NB: ontschuldigen van kinderen!
- (aan de hand van de SIK-lijst) een inschatting maken van het functioneren van de ouders en hun kinderen.

Hoe kom je aan de gegevens?

- gesprek met ouder/partner/kind;
- gesprek met school;
- gesprek met huisarts;
- gesprek met andere instanties, zoals (gespecialiseerde) gezinsverzorging, BJZ enz.;
- huisbezoek: na schooltijd als de kinderen thuis zijn of net thuiskomen.

Gesprekken met ouders

1. Vooraf: Houdt rekening met het volgende bij ouders:

- Het gaat zowel om de volwassene in zijn ouderrol als om de volwassene in de positie van KOPP-ouder.
- De KOPP-ouder voelt zich regelmatig schuldig over het tekortschietend ouderschap, wat de antwoorden kan kleuren.
- Iedere ouder wil in principe dat het goed gaat met de kinderen; ze zijn niet kwaadaardig, maar onmachtig. Probeer ouders actief te ontschuldigen en niet te veroordelen.
- Bied de ouder regelmatig steunend contact aan met als doel de invulling van de ouderrol in stand te houden of te verstevigen.

⁷Gebaseerd op: 'Gesprekken met ouders en kinderen' materialen de cursistenmap KOPP-training 'Praten met ouders en kinderen', Preventie GGZ Buitenamstel (2005).

Herzien (2010) door: Beijers, F. (Riagg Zuid Roermond), Bellemakers, T. (Centrum Maliebaan Utrecht), Senders, A. (Prezens GGZ inGeest Amsterdam), Veldhoen, N. (Verslavingszorg Noord-Nederland Friesland).

Herzien t.b.v. Richtlijn KOPP voor jeugdhulp en jeugdbescherming(2013) door: Meije, D., Zanden, R. van der, Meeuwissen, J.A.C. (Trimbos-instituut), Dijkstra, I. (redacteur)



Steunende houding:

Besteed aandacht aan de diverse levensgebieden, observeer:

- Hoe loopt de dagelijkse materiële/lichamelijke verzorging van de kinderen?
- Hoe loopt de omgang met de kinderen (activiteiten doen, affectie tonen etc.)?
- Hoe gaat het opvoeden (taken, regels, afspraken etc.)?
- Hoe gaat het verschaffen van de basale condities (structuur, veiligheid en stabiliteit)?

Houd rekening met de aanspreekbaarheid van ouder/partner.

Een inleidend zin kan zijn: Ik ken veel mensen in dezelfde situatie als u en ik weet van hen dat ze vaak moeite hebben met: de kinderen 's ochtends naar school krijgen, geduld voor de kinderen opbrengen, leuke dingen doen met de kinderen, enz.

- *Is dat bij u ook zo of spelen er andere dingen? Kunt u een voorbeeld geven?*
- *Zijn er dingen rond de kinderen waar u zich zorgen over maakt?*

2. Start het gesprek

Probeer vertrouwen te winnen door op een niet-bedreigende manier naar de kinderen te vragen.

- Kinderen tot vier jaar: *'Zitten ze op de peuterspeelzaal of op de crèche? Vinden ze het leuk?'*
- Kinderen ouder dan vier jaar: *'Hoe gaan ze naar school?'*
- Vraag wat de ouders zelf moeilijk vinden in de opvoeding: *'In alle gezinnen gaan er dingen goed en minder goed. Zijn er ook dingen die ú moeilijk vindt?'*
- Vraag om een gesprek (alleen) met de kinderen: *'Vindt u het goed als ik een keer met uw kinderen spreek?'*
- Vraag tijdens een huisbezoek naar dingen die op dat moment gebeuren: *'Gaat dat altijd zo?' of 'Kunnen ze zich goed vermaken?'*

3. Besteed aandacht aan mogelijke weerstand bij ouders:

- Leg de functie van het gesprek uit (achterdocht wegnemen);
- vraag naar concrete zaken i.p.v. naar emotionele reacties bij kinderen;
- problematiseer de situatie van de kinderen niet;
- benadruk wat er al goed gaat in een gezin;
- merk ervaringen / aspecten op die goed zijn;
- vraag naar dingen die al goed gaan;
- geef complimenten;
- vraag wat de ouders zelf moeilijk vinden in de opvoeding van de kinderen;
- als ouders blijven ontkennen dat het kind iets zou merken van hun psychische en/of verslavingsproblemen, zoek dan naar verschillen in benadering van de kinderen tijdens een goede en slechte periode.



Gesprekken met kinderen

1. Redenen om voorlichting te geven aan kinderen:

De meeste ouders met psychische en/of verslavingsproblemen spreken weinig met hun kinderen over hun ziekte. Niet weten wat er aan de hand is met de ouder leidt tot veel vragen bij kinderen die ze veelal niet uiten, bijvoorbeeld:

- 'Ben ik de reden dat papa ziek is?'
- 'Kan ik zelf ook ziek worden?'
- 'Kan ik nog wel ruzie maken thuis of loopt het dan helemaal mis?'

Dit kan leiden tot onzekerheid, een negatief zelfbeeld, angstgevoelens of depressiviteit.

Kinderen kunnen zich als gevolg van deze onwetendheid ook schuldig voelen aan de problemen van de ouder. (Oudere) kinderen hebben behoefte aan informatie over de kans dat de stoornis van de ouder erfelijk is.

2. Houdt bij KOPP-KVO kinderen rekening met:

- angst om ouders te beschuldigen, vuile was buiten te hangen (loyaliteit);
- angst om na onthulling straf te krijgen;
- angst om de ene ouder tekort te doen ten opzichte van de andere;
- angst dat het over dingen gaat die zij niet snappen;
- angst om belachelijk gevonden te worden;
- angst om buitengesloten te worden;
- achterdocht;
- angst om de problemen nog groter te maken.

Houd rekening met het feit dat kinderen vaak niet gewend zijn om over gevoelens te praten.

Het praten over gevoelens kan voor hen onbekend zijn en daarmee bedreigend of beangstigend.

Sommige kinderen zullen zich afwerend of oppervlakkig opstellen in het gesprek. Probeer voorzichtig toch door te praten, maar laat het kind het tempo aangeven.

3. Let op de aandachtspunten wat betreft de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van het kind:

- De kans dat de pathologie van de ouder dieper inwerkt, is bij jongere kinderen groter dan bij oudere kinderen
- Jonge kinderen weten meestal niet dat de situatie thuis niet 'normaal' is. Ook vragen zij uit zichzelf vrijwel nooit om steun en informatie.
- Het vermogen tot zelfexpressie is bij (jonge) kinderen beperkt. Dit geldt ook voor hun zelfkennis en abstractievermogen. Ze zijn meer geneigd om heel concreet uitspraken te doen over wat ze aan hun ouders zien en veel minder over wat ze daar zelf bij voelen.
- Bij jonge kinderen lopen fantasie en werkelijkheid nog vaak door elkaar (zij kunnen zich schuldig voelen vanuit het magisch denken).
- Vanaf ongeveer zes jaar kunnen schaamtegevoelens een grotere rol gaan spelen bij kinderen.
- Gedrag van kinderen wisselt vaak sterk van moment tot moment. Dit is vaak leeftijdsgebonden. Pubers bijvoorbeeld hebben vaak last van allerlei innerlijke conflicten, conflicten met de buitenwereld, stemmingswisselingen, identiteitsvragen en eenzaamheidsgevoelens.



4. In het gesprek met kinderen zijn de volgende aspecten van belang:

- Bespreek vooraf met de ouders dat kinderen expliciet toestemming krijgen van ouders om te praten en dat ze geen straf krijgen.
- Sluit zoveel mogelijk aan bij wat het kind zelf doet of zegt. Goede ingangsthema's (afhankelijk van de leeftijd) kunnen zijn: school, hobby's, favoriete tv-programma's of andere bezigheden (mode, sport, vrienden/vriendinnen enz.)
- Leg uit, in aangepaste bewoordingen, wat er aan de hand is met de ouder, waarom de ouder zo doet. Wees zo eerlijk, open en concreet mogelijk. En check of het kind snapt waar het over gaat.
- Leg uit dat het feit dat de ouder ziek is niet betekent dat de ouder niet van het kind houdt.
- Benoem expliciet dat het kind niet schuldig is aan de situatie thuis.
- Geef aan dat er meer kinderen zijn in een vergelijkbare situatie.
- Wees zelf actief in het gesprek en breng onderwerpen in waarvan u weet dat ze spelen in de situatie van het kind. Dat maakt het voor het kind makkelijker om te praten.
- Verwacht niet altijd een direct antwoord als u iets vraagt of zegt.
- Help het kind de symptomen die bij de ziekte horen te benoemen/herkennen.
- Zoek een middenweg tussen begrip hebben voor de situatie van het kind en neutraliteit naar de ouder(s); pas op met het bekritisieren of goed praten van de ouder(s).
- Doorbreek de 'stilte' over de situatie thuis, maar problematiseer de thuissituatie niet te veel.
- Neem het kind heel serieus.
- Steun het kind om niet alleen afhankelijk te zijn van of alleen gericht te zijn op de ouder. Het is belangrijk dat kinderen kind kunnen zijn, leuke dingen kunnen doen en een vertrouwenspersoon hebben.
- Wees eerlijk over uw (on)mogelijkheden als hulpverlener: beloof niets ten aanzien van de KOPP-ouder of het kind wat u niet waar kunt maken.

5. Enkele voorbeeldvragen:

- Hoe oud ben je?
- Hoe heten je knuffels/huisdieren/vriendjes etc.?
- Op welke school zit je? In welke klas? Vind je dat een leuke school?
- Wat wil je later worden?
- Uit welke personen bestaat jullie gezin?
- Jouw vader/moeder voelt zich niet helemaal lekker en heeft soms nare gedachten. Hij/zij krijgt hier medicijnen voor en praat soms met een dokter. Dat is niet leuk voor je vader/moeder, maar ook niet voor jou. Merk je daar wat van? Ben je wel eens boos of verdrietig om je vader/moeder?
- Jouw vader/moeder heeft ... (bijvoorbeeld borderline, depressie, een alcohol-/drugsprobleem enz.) Weet jij wat dat is? Wat hoort er nog meer bij denk je? (waarna je verder kunt met: Hartstikke goed. Weet je wat ik er nog van weet? Wat weten we er samen al veel van!)
- Wie weten er allemaal hoe het bij jullie thuis is?
- Zijn er andere mensen met wie je kunt praten, en/of die jou steunen of troosten, als je even moeilijk hebt (bijvoorbeeld vrienden, familie, burens, leerkracht)?
- Veel kinderen schamen zich wel eens voor hun ouders. Waar schaamt jij je voor?



