

# VEERKRACHT

## BEVORDEREN VAN VEERKRACHT IN DE JEUGDHULPVERLENING

EVA KUIPER EN FREDRIKE BANNINK

**Z**owel in de jeugdhulpverlening als in wetenschappelijk onderzoek naar jeugdproblematiek is de focus voornamelijk gericht op pathologie, risico's en bedreigingen. Omdat deze focus op risicofactoren tekortkomingen vertoont, houden we een pleidooi voor een focus op veerkracht. We bespreken onderzoek naar veerkracht en protectieve en risicofactoren. Ook geven we praktische aanbevelingen, die niet alleen het welzijn van kinderen en hun omgeving, maar ook van hulpverleners kunnen bevorderen.

### VEERKRACHT

Er bestaat een toenemende belangstelling voor de wijze waarop kinderen overleven en wat hen sterker maakt. Daarbij ligt de focus niet op pathologie, maar op capaciteiten die het kind helpen zo goed mogelijk met problemen om te gaan: de protectieve factoren en veerkracht. Veerkracht speelt een grote rol bij het omgaan met schokkende gebeurtenissen (Van Lieshout e.a., 2007). Leckman & Mayes (2007, p. 221) geven als definitie van veerkracht (Engels: *resiliency of resilience*):

*'Resiliency is the term applied to children exposed to psychosocial risk factors, such as poverty and violence, who nevertheless thrive and excel.'*

Kinderen met veerkracht lijken beter in staat problemen en negatieve invloeden zodanig te verwerken dat zij hiervan in hun verdere leven niet of slechts in beperkte mate last hebben (Van Yperen, 2003). Zelfs van kinderen met vreselijke ervaringen weet een groot percentage ernstige gevolgen te 'ontlopen' (Rutter, 1993). Ook na een ernstige gebeurtenis als seksueel misbruik blijkt een aanzienlijk aantal geen blijvende schade te ondervinden. In een onderzoek onder 240 seksueel misbruikte kinderen werd 24% desondanks beoordeeld als emotioneel stabiel (DeFrancis, 1969). Onderzoekers en behandelaars worden zich steeds meer bewust van het feit dat kennis over symptomen en problemen niet voldoende is om kinderen met problemen adequaat te kunnen helpen. Seligman, een van de grondleggers van de Positieve Psychologie, beschrijft hoe deze focus op pathologie tekortschiet (2011, p. 54): *'As a therapist, once in a while I would help a patient get*

*rid of all of his anger and anxiety and sadness. I thought I would then get a happy patient. But I never did. I got an empty patient. And that is because the skills of flourishing – of having positive emotion, meaning, good work, and positive relationships – are something over and above the skills of minimizing suffering.'*

Het pathologiemodel wordt toenemend als eenzijdig gezien. Er vindt een verschuiving plaats naar het *'strengths-based model'*, waarbij er meer aandacht voor veerkracht is. Veerkracht wordt gedefinieerd als het vermogen te overleven, te herstellen, te volharden of zelfs te groeien na confrontatie met schokkende gebeurtenissen. Het betreft een reactiepatroon waarbij er bij een *aanzienlijke bedreiging* in het welzijn *positieve aanpassing* plaatsvindt (Luthar e.a., 2000).

Bij veerkracht gaat het niet om iets waarmee men geboren wordt of wat iemand 'heeft' of 'niet heeft'; het is geen karaktereigenschap van een individu. Een kind ontwikkelt veerkracht naarmate het binnen het gezin en de gemeenschap de middelen daartoe vindt. Daarom is een breder perspectief van belang dat ook de sociale context meeneemt. Een goede definitie van veerkracht is: de mogelijkheid van kinderen om gebruik te maken van interne capaciteiten, zoals een gemakkelijk temperament, en van externe middelen, zoals sociale ondersteuning (Ungar, 2008). Onderzoek naar veerkracht biedt een positiever, nauwkeuriger en hoopvoller perspectief. Niet alleen daagt het mensen die werken met kinderen uit om de focus te leggen op sterke kanten in plaats van tekortkomingen, ook geeft het aan wat instellingen moeten doen om ervoor te zorgen dat veerkracht in kinderen kan floreren. Dit onderzoek naar veerkracht is gericht op de ontdekking van potentiële en bestaande positieve eigenschappen en hulpbronnen van het kind en diens omgeving (Henderson & Milstein, 1996). Veerkracht levert een nieuw kader waarin we denken over kinderen en hun families en geeft nieuwe manieren aan hoe we hen kunnen benaderen (Bannink, 2007; 2008; Ungar, 2008). *Sammy is een dertienjarig meisje dat wordt aangemeld bij de ggz vanwege nachtmerries en slechte schoolresultaten. Volgens haar moeder, die meekomt naar het gesprek, is Sammy door twee jongens aangerand in de wc op school. Sammy zelf wil hierover niet praten.*



Foto Aleid Denier van der Gon

De foto is bij dit artikel zijn illustratief. De afgebeelde personen zijn niet dezelfde als die in het artikel.

Tijdens het eerste gesprek vraagt de hulpverlener Sammy en haar moeder welke sterke kanten zij vinden dat Sammy heeft. Er verschijnt voor het eerst een klein lachje op Sammy's gezicht. Ze noemt dat ze goed is in zwemmen en dat anderen haar meestal aardig vinden. Moeder voegt daaraan toe dat Sammy een makkelijk kind is en veel vriendinnen heeft.

Het *International Resilience Project* (Grotberg, 1995) doet in 30 landen onderzoek naar de interactie tussen het individu en de sociale context met betrekking tot veerkracht. Bij 589 kinderen en hun ouders en verzorgers werd nagegaan in hoeverre veerkrachtbevorderende factoren een rol speelden. Slechts in 38% van de gevallen bleek dat veerkracht daadwerkelijk bevorderd werd door ouders of verzorgers in woorden en daden (door bijvoorbeeld de liefde voor hun kind verbaal en fysiek uit te drukken) of met de omgeving die zij hun kinderen boden (door bijvoorbeeld begeleiding te bieden bij leerproblemen). Hier lijkt een grote kans weggelegd te zijn voor de jeugdhulpverlening.

Uit dit onderzoek bleek dat kinderen uit alle landen gebruik maakten van dezelfde factoren, te verdelen in drie categorieën, die in combinatie met elkaar leiden tot veerkracht. Elke categorie wordt verdeeld in vijf factoren, van belang voor respectievelijk iedere categorie (zie figuur 1).

**Ik heb:** factoren die extern gesitueerd zijn en hulpmiddelen en ondersteuning van buitenaf betreffen;

**Ik ben:** factoren die interne en persoonlijke capaciteiten betreffen;

**Ik kan:** factoren die sociale en interpersoonlijke vaardigheden betreffen

## PROTECTIEVE FACTOREN

Protectieve factoren refereren aan capaciteiten binnen en buiten het individu die zelfs een hele populatie kan bezitten. Een goed intelligent kind uit een stabiel, geweldloos gezin met een goede sociaaleconomische status, en een zorgzame docent, heeft een goede kans op slagen in de maatschappij. Omdat de risico's waarmee dit kind geconfronteerd wordt nihil kunnen zijn, bezit het wel protectieve factoren, maar kan het niet veerkrachtig worden genoemd.

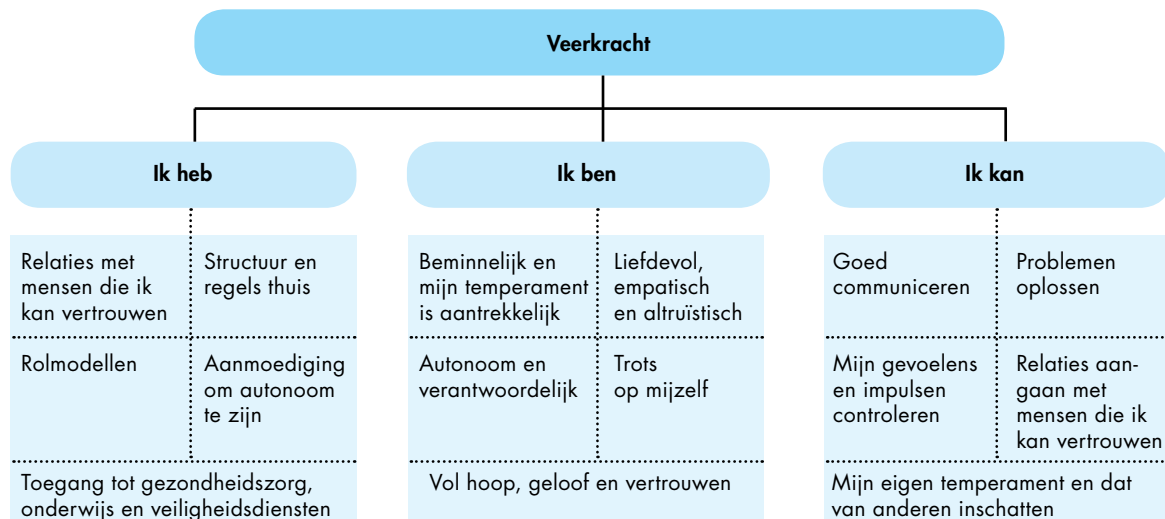
Er bestaat veel onenigheid en verwarring over de definities, causaliteit en onderlinge samenhang van veerkracht en protectieve factoren. De termen veerkracht en protectieve factoren worden door elkaar of als synoniem gebruikt (McElwee, 2007) of er wordt beweerd dat ze juist een verschillende betekenis hebben (Ungar, 2008). Sommigen stellen dat veerkracht een onderdeel is van protectieve factoren (Hermanns e.a., 2005), anderen dat veerkracht bevorderd wordt door het aantal protectieve factoren te vergroten (Bernard, 1991).

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen drie niveaus waarop protectieve factoren werkzaam zijn (Hermanns e.a., 2005; McElwee, 2007). *Op het niveau van het kind* worden factoren onderscheiden betreffende individuele karakteristieken die bescherming bieden tegen nadelige effecten van risicofactoren, bijvoorbeeld een hoog IQ. Daarnaast wordt een positief temperament als protectieve

## trefwoorden

veerkracht  
veerkracht bij kinderen  
protectieve factoren  
risicofactoren  
jeugdhulpverlening

**over de auteurs** E. Kuiper, masterstudent Pedagogische Wetenschappen en drs. F.P. Bannink MDR, klinisch psycholoog, kinder en jeugdpsycholoog specialist NIP. E-mail: solutions@fredrikebannink.com. www.fredrikebannink.com.



Figuur 1 Boomdiagramm veerkracht (International Resilience Project, Grotberg, 1995). Zie voor de bespreking van het toepassen van de figuur Aanbeveling 2 aan het einde van dit artikel.

factor genoemd. *Op het niveau van het gezin* betreffen deze factoren eigenschappen van het hele gezin of van interacties tussen gezinsleden: het hebben van een betekenisvolle persoon in de nabije omgeving blijkt een belangrijke beschermende factor (Van Yperen, 2003). Ook ondersteuning die gezinsleden aan elkaar geven en van elkaar krijgen is van belang. *Op het niveau van de sociale context* betreffen deze factoren de ondersteuning die kind en gezin krijgen van de omgeving, zoals familie- en vriendenkring, de ouders of leerkrachten (Hermanns e.a., 2005). Steun van ouders is het belangrijkste, maar naarmate het kind ouder wordt, spelen ook andere bronnen van ondersteuning een rol, zoals leeftijdgenoten. Niet alleen voor het kind is de sociale context van belang, maar ook voor ouders. Ouders die een bevredigender sociaal netwerk hebben, zijn optimistischer over de opvoeding en tonen positiever opvoedingsgedrag, zoals knuffelen. Ouders die zelf gesteund worden, blijken beter in staat ondersteuning te bieden aan hun kind.

De oriëntatie op protectieve factoren staat in contrast met het pathologiemodel en de *'risk-based approach'*. Volgens Garmezy (1991) vullen beide benaderingen elkaar echter aan en hebben ze elkaar nodig, omdat een goed begrip van risicofactoren bevorderlijk is voor het bestuderen van protectieve factoren.

## RISICOFACTOREN

In de sociologische en gedragswetenschappen maakt men gebruik van het 'pathologiemodel' wanneer men kijkt naar de menselijke en sociale ontwikkeling. In dit model ligt de nadruk op identificeren en analyseren van risico's. De term 'risicofactor' wordt gedefinieerd als een kenmerk, een ervaring of een gebeurtenis die geassocieerd is met een toename van de kans op een bepaalde ontwikkelingsuitkomst (Kraemer e.a., 1997). Risicofactoren zijn zowel biologisch, psychologisch als sociologisch, zoals schadelijke prenatale invloeden, een laag gevoel van eigenwaarde, mishandeling of antisociale vrienden (Wenar & Kerig, 2005). Ook in het huidige beleid van de jeugdhulpverlening vormt het schatten van risico's een belangrijk onderdeel (Ten Berge, 2011). Daarbij wordt gekeken naar huidige en voorgaande problematiek (Wat

is/was er aan de hand?) en naar mogelijke toekomstige problemen (Wat kan er misgaan?). Het idee is dat het noodzakelijk is te anticiperen op gevaren, om kinderen goed te beschermen. Hoewel het nuttig is risico's tijdig te herkennen, heeft deze probleemgerichte benadering een zestal tekortkomingen, die wij hierna beschrijven.

## Zes tekortkomingen van de probleemgerichte benadering

### Geen rechtlijnig verband tussen oorzaak en gevolg

De eerste tekortkoming is dat het bij het verklaren van psychosociale en gedragsproblemen niet houdbaar is om eenvoudigweg te denken in oorzaak en gevolg, vanwege het grillig gedrag van risicofactoren (Van Lieshout e.a., 2007). Veel onderzoek gaat er impliciet van uit dat alle kinderen op dezelfde manier reageren op bepaalde risico's en dat effecten van een stresserende omgeving zich bij ieder kind op dezelfde manier zullen manifesteren. Dit veronderstelt een rechtlijnig verband tussen bepaalde risico's en gevolgen, terwijl volgens Rutter (1993) alle studies naar risicofactoren aantonen dat er een grote diversiteit is in hoe mensen reageren op problemen en tegenspoed.

### Retrospectie houdt probleemgericht perspectief in stand

De tweede tekortkoming is dat in het onderzoek naar identificatie van risicofactoren een retrospectief kader gebruikt wordt (Bernard, 1991). Wanneer men kijkt naar (geestelijke) problemen als schizofrenie, alcoholisme of delinquentie, wordt er gebruik gemaakt van een eenmalige taxatie van de volwassene met dit probleem. Bij die taxatie wordt teruggekeken op het verleden, maar de kans op verbetering wordt niet inbegrepen. Het gebruik van een retrospectief kader impliceert niet alleen dat negatieve uitkomsten onvermijdelijk zijn, maar zorgt ook voor instandhouding van een probleemgericht perspectief (Bernard, 1991). Een retrospectief kader vertrekt vanuit ziekte, aandoening of ontwikkelingsuitkomst en kijkt 'terug' op invloeden en karakteristieken van mensen met en zonder deze problemen. De probleemgerichte focus vermindert de mogelijkheid om capaciteiten van het indi-

vidu, gezin en omgeving te zien en te activeren (Cohen e.a., 2007).

In de wetenschappelijke literatuur is een tendens zichtbaar die zich afkeert van het pathologiemodel. Deze tendens kan als voorloper gezien worden van een strengths-based model, gericht op sterke kanten en protectieve factoren. Kennelijk groeit bij onderzoekers en hulpverleners het besef dat er naast risicofactoren ook protectieve factoren bestaan (Aalbers-Van Leeuwen e.a., 2002).

### Identificatie van risicofactoren van beperkt nut bij preventie

De derde tekortkoming is dat onderzoek naar risicofactoren slechts een beperkte waarde heeft voor het preventieve werkveld (Cohen e.a., 2007). Hierin ligt juist de nadruk op gezondheidbevorderend gedrag en ontwikkeling van sociale competenties, en niet op gedrag dat de gezondheid in gevaar brengt. Identificatie van risicofactoren geeft geen antwoord op vragen als: Hoe helpt de informatie dat dit kind opgroeit met een alcohol-verslaafde moeder mij hem te helpen? Volgens Garnezy geeft het pathologiemodel ons zelfs een vals gevoel van veiligheid bij het ontwikkelen van preventiemodellen (in Cohen e.a., 2007).

Binnen het wetenschappelijk domein is de focus op risico's nog steeds dominant, gezien de grote meerderheid van onderzoek naar risicofactoren. Naar variabelen die voor de risicofactoren kunnen compenseren of naar de verbetering van protectieve factoren is nog weinig onderzoek verricht (MacDonald & MacDonald, 1999; McElwee, 1996). Slechts een klein aantal onderzoekers vertaalt resultaten uit onderzoek naar veerkracht, naar plannen of programma's in het werkveld (Grotberg, 2007).

### Risicobenadering mogelijk contraproductief

De vierde tekortkoming is dat de risicobenadering tekortkomingen benadrukt in plaats van sterke kanten (Bernard, 1991). Deze focus voorkomt dat men kijkt naar mogelijkheden en het probleem kan daardoor door het kind als ernstiger wordt ervaren. Door de focus op risico's kan een situatie ontstaan waarin kinderen onnodig gestigmatiseerd en negatief gestereotypeerd worden. *Sammy heeft al enkele gesprekken gehad met een andere hulpverlener. Deze vond het belangrijk dat Sammy zou praten over wat ze had meegemaakt. Hoe meer de hulpverlener aandrong, des te geslotener Sammy werd. Na twee gesprekken werd de hulpverlening gestaakt, omdat het ook moeder niet lukte Sammy ervan te overtuigen dat praten echt nodig was.*

Daarnaast worden kinderen die het label *at-risk* krijgen vaak anders behandeld dan leeftijdgenoten en als minder bekwaam gezien. Juist lage verwachtingen kunnen de oorzaak zijn van slechte prestaties, die op hun beurt weer lage verwachtingen versterken. Hierdoor ontstaat een vicieuze cirkel en werkt de *at-risk approach* een negatieve *self-fulfilling prophecy* in de hand.

### Welzijn van hulpverleners bedreigd

De vijfde tekortkoming betreft het welzijn van hulpver-

leners zelf. Uit onderzoek blijkt dat een hoog percentage psychologen en psychotherapeuten depressief is (Pope & Tabachnick, 1994). Van de onderzochten rapporteerde 21-61% ten minste één depressieve episode gedurende hun werk, 29% had suïcidale gedachten en 4% deed een suïcidepoging. Volgens een rapport van de APA (*American Psychological Association*, 2006) is het risico op stress, burn-out, middelenmisbruik en secundaire traumatisering hoog bij hulpverleners. De focus op protectieve factoren en veerkracht genereert daarom niet alleen voor cliënten en hun omgeving, maar ook voor hulpverleners meer positieve emoties en draagt bij aan hun welbevinden (Visser, 2012).

### Overheidsbeleid met focus op problemen

De zesde tekortkoming betreft de focus op risicofactoren en pathologie in het overheidsbeleid. De overstap van het huidige beleid waarin wordt afgewacht tot er problemen ontstaan, naar een anticiperende en preventieve aanpak vereist een verandering van een focus op problemen naar een focus op menselijke groei en ontwikkeling. Verandering blijkt moeilijk; het ter discussie stellen van gangbare praktijken en modellen bedreigt vaak bestaande opvattingen in de ggz (Grotberg, 2006). Dit artikel tracht bij te dragen aan deze gewenste verandering, ook al is de wijze waarop in het overheidsbeleid veranderingen plaatsvinden vaak traag.

## AANBEVELINGEN

### Aanbeveling 1:

#### Verleg de focus van negatief naar positief

Deze aanbeveling wordt mede ingegeven door psychologische stromingen als Positieve Psychologie (PP) en oplossingsgerichte therapie (OT) (Bannink, 2007; 2009 a en b; Franklin e.a., 2012). PP is de wetenschappelijke stroming die zich bezighoudt met krachten in plaats van klachten (voor een overzicht van wetenschappelijk onderzoek, ook bij jongeren, zie Snyder & Lopez, 2005). Het doel is om preoccupatie met herstellen van wat er mis is, om te buigen naar versterken van positieve aspecten (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Ook in preventieprogramma's is een positieve focus belangrijk. *'Een focus op veerkracht kan kinderen en ook behandelaren helpen de sterke kanten van zichzelf of hun cliënten te ontdekken en aan te moedigen, terwijl het juist een ontmoedigend effect kan hebben als men de aandacht richt op wat er niet goed gaat.'* (Bannink, 2009b, p. 56)

Behandelaars kunnen verdergaan dan het reduceren van negatieve emoties en positieve emoties stimuleren, door bijvoorbeeld een positief doel te formuleren (vragen naar wat kind en omgeving voor het probleem in de plaats willen), te vragen naar wat werkt en hoe het kind en omgeving dit kunnen herhalen (Bannink, 2009a). Dit is een voorbeeld van OT, waarbij als uitgangspunt geldt: als iets (beter) werkt, doe er meer van; als iets niet werkt, doe iets anders. Naast aandacht voor risico's is het wenselijk aandacht te schenken aan kansen en mogelijkheden van het kind en zijn omgeving, waarbij de aanbeveling geldt om eerst te kijken naar kansen en dan naar risico's. Wanneer de focus eerst op risico's ligt, blijkt het lastig alsnog kansen te zien (Bannink, 2010). Juist aandacht voor

kansen en mogelijkheden zorgt voor een positieve focus, positieve emoties en grotere intrinsieke motivatie (Rutter, 1987; Isen & Reeve, 2005). Voorbeelden van vragen naar mogelijkheden, alle diagnoseoverstijgend en op alle soorten problemen toepasbaar zijn:

- Wat zijn de beste (onverwachte) dingen die er kunnen gebeuren?
- Welk verschil zal het maken als die dingen gebeuren?
- Welk verschil zal dat maken voor het kind/zijn omgeving?
- Wat hiervan gebeurde al (een beetje) in het verleden of gebeurt nu al?
- Hoe kan dat weer gebeuren?
- Wie en/of wat kan daaraan bijdragen?

### **Aanbeveling 2:**

#### **Gebruik het veerkracht-boomdiagram van Grotberg**

In het boomdiagram komen drie secties voor (*Ik heb*, *Ik ben*, *Ik kan*) die als leidraad dienen bij de inventarisatie en verdere ontwikkeling van veerkracht. De jeugdhulpverlening kan kinderen en omgeving vragen stellen naar wat het kind al heeft (*Ik heb*), wat het kind al is (*Ik ben*) en wat het kind al kan (*Ik kan*). Op grond hiervan kan gekeken worden naar wat al aanwezig is en vervolgens naar waar verbeteringen bereikt kunnen worden.

*De hulpverlener weet dat Sammy moeite heeft om te praten over wat er op school is gebeurd en besluit in overleg met moeder tot een andere aanpak. Samen met Sammy en haar moeder gaat zij op zoek naar wat Sammy veerkrachtig maakt. Ze stellen vast dat Sammy veel vriendinnen en een goede band met haar moeder heeft (Ik heb); dat Sammy door anderen meestal aardig gevonden wordt en dat ze trots is op haar zwemprestaties (Ik ben) en dat ze goed contact kan leggen (Ik kan). Vervolgens wordt aan Sammy gevraagd welke van deze factoren haar geholpen hebben de nare gebeurtenis op school te doorstaan. Sammy wil hierover wel vertellen: het lukte haar op een gegeven moment de jongens van zich af te duwen. Als verklaring hiervoor geeft Sammy dat ze door het zwemmen sterke armspieren heeft gekregen. Na de gebeurtenis heeft ze een vriendinnetje in vertrouwen genomen, dat haar ervan overtuigde dat ze het thuis moest vertellen. Moeder nam haar serieus, nam contact op met school en schakelde de huisarts in toen Sammy slechter ging slapen. De hulpverlener complimenteert Sammy (en moeder) met alles wat ze hebben gedaan dat hielp en vraagt vervolgens om tot aan het volgende gesprek op te letten op welke momenten Sammy zich net iets beter voelt en net iets beter slaapt. Omdat de slechte schoolresultaten waarschijnlijk samenhangen met het slechte slapen, besluit de hulpverlener dit vooralsnog niet verder aan de orde te stellen. De hulpverlener zegt tegen Sammy dat ze over het gebeurde kan praten als ze daar zelf aan toe is.*

### **Aanbeveling 3:**

#### **Ontwikkel of versterk een positieve omgeving**

Volgens Bernard (1991) moeten preventieve interventies om succesvol en effectief te zijn, gericht worden op het verbeteren en het creëren van een positieve omgeving – gezinnen, scholen en sociale gemeenschap – die op hun

beurt ook positief gedrag en positieve emoties van het kind bekrachtigen. Door te kijken naar de sterke kanten van het kind zelf en van de omgeving wordt gebruik gemaakt van een interactionele visie waarbij de volgende vragen centraal staan:

- Welke sterke kanten heeft het kind en welke sterke kanten heeft zijn omgeving?
- Hoe kan de omgeving deze sterke kanten gebruiken om het kind en zichzelf te steunen?

### **Aanbeveling 4:**

#### **Koester hoge verwachtingen**

Jeugdhulpverleners dienen hoge verwachtingen te hebben en ervan uit te gaan dat het kind problemen goed kan doorstaan. Hoge verwachtingen helpen bij de bevordering van veerkracht bij kinderen die dagelijks te maken hebben met problemen (McElwee, 2007). Indien de hulpverlening de hoop verliest of lage verwachtingen heeft van hoe kinderen en hun omgeving omgaan met moeilijkheden, wordt een negatieve *self-fulfilling prophecy* in de hand gewerkt en dit beïnvloedt de behandeling van het kind in ongunstige zin.

*In het volgende gesprek vraagt de hulpverlener aan Sammy en moeder naar hun observaties en naar wat er sinds het vorige gesprek beter gaat. Beiden vertellen dat het beter gaat op school en thuis. Sammy zegt dat ze iets beter slaapt, waardoor ze zich op school ook wat beter kan concentreren. Moeder merkt thuis dat de stemming van Sammy beter is nu er niet meer aan haar getrokken wordt om over de gebeurtenis op school te vertellen. De hulpverlener spreekt haar vertrouwen uit dat Sammy deze verbeteringen kan vasthouden en vraagt beiden of ze het nog nuttig vinden een volgende afspraak te maken. Moeder wil graag nog een slag om de arm houden en daarom stelt de hulpverlener voor na drie maanden een follow-upgesprek te houden. Tijdens dit gesprek vertelt moeder dat ze inmiddels gerustgesteld is en dat verder contact niet meer nodig is.*

### **Aanbeveling 5:**

#### **Train professionals in de positieve focus**

Bied de jeugdhulpverlening een gedegen training in het verleggen van de focus op pathologie naar de focus op sterke kanten en op wat werkt voor het kind en zijn omgeving. Daarbij is de vuistregel: het kind is altijd meer dan zijn probleem of diagnose. Hiermee kan ook de eerder genoemde stigmatisering van kinderen worden voorkomen. Bannink (2009a) pleit ervoor al op universiteiten, hogescholen en andere onderwijsinstellingen aandacht te geven aan deze positieve focus. Ook in postacademische opleidingen tot bijvoorbeeld psychiater, psychotherapeut en huisarts zou hiervoor meer aandacht moeten zijn.

## **DISCUSSIE**

In dit artikel beschrijven we de termen veerkracht, protectieve factoren en risicofactoren. Naast het pathologiemodel met de focus op risico's en de negatieve gevolgen voor cliënten en hulpverleners bespreken we het *strengths-based* model met de focus op protectieve factoren en veerkracht.

Het eerste punt van aandacht is dat verder onderzoek noodzakelijk is om tot een gezamenlijke, precieze definitie te komen van veerkracht. Onderzoek naar veerkracht helpt bij het identificeren van de capaciteiten waar kinderen en hun omgeving gebruik van maken om moeilijkheden in hun leven te boven te komen. Inzicht in wat maakt dat kinderen veerkrachtig zijn, biedt kansen aan ouders, leerkrachten, verzorgers en jeugdhulpverlening. Hoewel wij getracht hebben meer duidelijkheid te verschaffen over de definiëring van veerkracht is verder onderzoek nodig om nader te bepalen hoe deze definitie zich verhoudt tot de termen risicofactoren en protectieve factoren. Tevens is longitudinaal onderzoek nodig naar het effect van praktische toepassingen van de focus op veerkracht bij kind en omgeving, zowel op curatief gebied (het helpen van kinderen met problemen) als op preventief gebied (het voorkomen van problemen bij kinderen 'at-risk').

Het tweede punt van aandacht betreft het onderwijs. Zoals eerder genoemd pleiten wij voor meer aandacht in het onderwijs aan hulpverleners voor de positieve focus

in preventie en behandelingen, te beginnen bij diagnostiek (bijvoorbeeld classificatie en vragenlijsten naar sterke kanten van het kind en omgeving en/of het diagram van Grotberg). Niet alleen ter bevordering van het welbevinden van kinderen en hun omgeving, maar waarschijnlijk evenzeer ter bevordering van het welbevinden van de hulpverleners zelf.

Het derde punt van aandacht betreft de overheid. Een rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid stelt dat een beleid gericht op positieve factoren en kansen minder duidelijk geformuleerd is, terwijl het juist vanuit het perspectief van maatschappelijke relevantie belangrijk is om factoren en omstandigheden te bevorderen, waarvan onderzoek heeft aangetoond dat ze in belangrijke mate bijdragen aan adequate opvoeding en opgroeien van kinderen (Van Lieshout e.a., 2007). De focus op pathologie en risico's dient daarom ook bij de overheid aangevuld te worden met de focus op sterke kanten, welzijn en mogelijkheden van kinderen en hun omgeving.

## LITERATUUR

- > Aalbers-van Leeuwen, M., Hees, L. van, & Hermans, J. (2002). Risico- en protectieve factoren in moderne gezinnen: reden tot optimisme of reden tot pessimisme? *Pedagogiek*, 22, 41-54.
- > American Psychological Association (2006). *Advancing Colleagues Assistance in Professional Psychology*. [www.apa.org/practice/acca\\_monograph.html](http://www.apa.org/practice/acca_monograph.html).
- > Bannink, F.P. (2007). *Gelukkig zijn en geluk hebben. Zelf oplossingsgericht werken*. Amsterdam: Pearson.
- > Bannink, F.P. (2008). Posttraumatic success. *Solution Focused Brief Therapy. Brief Therapy and Crisis Intervention*, 7, 1-11.
- > Bannink, F.P. (2009a). *Positieve psychologie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.
- > Bannink, F.P. (2009b, 2e gewijzigde druk). *Oplossingsgerichte vragen. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Pearson.
- > Bannink, F.P. (2010). *Oplossingsgericht leidinggeven: 101 tips voor optimaal samenwerken*. Amsterdam: Pearson.
- > Bernard, B. (1991). *Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School and Community*. Portland (OR): Northwest Regional Educational Laboratory.
- > Berge, I. ten, (2011). Risicotaxatie in de Jeugdzorg: Een nieuw tovermiddel? *Maatwerk: Vakblad voor maatschappelijk werk*. 12, 1, 2-5
- > Cohen, L., Chavez, V., & Chehimi, S. (2007). *Prevention is primary: Strategies for community well-being*. Jossey-Bass: San Francisco.
- > De Francis, V. (1969). *Protecting the child victim of sex crimes committed by adults*. Denver, CO: American Humane Association.
- > Franklin, C., Trepper, T., Gingerich, W.J., & McCollum, E.E. (Eds.) (2012). *Solution-Focused Brief Therapy. A Handbook of Evidence-Based Practice*. New York: Oxford University Press.
- > Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. Den Haag: The Bernard van Leer Foundation.
- > Grotberg, E. (2006). *Implications of the Shift from Diagnosis and Treatment to Recovery and Resilience for Research and Practice*. Washington, D.C.: Georgetown University. [http://resilnet.uiuc.edu/library/grotberg2006\\_implications-diagnosis-recovery-georgetown.pdf](http://resilnet.uiuc.edu/library/grotberg2006_implications-diagnosis-recovery-georgetown.pdf).
- > Grotberg, E. (2007). 'I have I am I can'. *NHSA Dialog*, 10 (1), 3-5.
- > Henderson, N., & Milstein, M.M. (1996). *Resiliency in schools: Making it happen for students and educators*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- > Hermans, J., Öry, F., & Schrijvers, G. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter: Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei-problemen*. Utrecht: Julius Centrum.
- > Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D., Kessler, R., Jensen, P., & Kupfer, D.J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337-343.
- > Leckman, J.F., & Mayes, L.C. (2007) Nurturing resilient children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (3-4), 221-223.
- > Lieshout, P.A.H. van, Meij, M.S.S. van der, & Pree, J.C.I. de (2007). *WRR-Nota: Bouwstenen voor een betrokken jeugdbeleid*. Amsterdam University Press, Amsterdam.
- > Luthar, S. S. (1993). Methodological and conceptual issues on research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 441-454.
- > Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71 (3), 543-562.
- > MacDonald, K.I., & MacDonald, G.M. (1999). Perceptions of risk. In P. Parsloe (Ed.), *Risk assessment in social care and social work*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- > McElwee, N. (1996). *Children at risk*. Waterford: Streetsmart Press.
- > McElwee, N. (2007). Chapter 3. A Focus on the Personal and Structural: Resilience Explored, *Child & Youth Services*, 29, 1, 57-69.
- > Pope, K.S., & Tabachnick, B.G. (1994). Therapists as Patients: A National Survey of Psychologists' Experiences, Problems and Beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice* 25, 247-258.
- > Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), 316-331.
- > Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- > Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- > Seligman, M.E.P. (2011). *Flourishing*. New York: Free Press.
- > Snyder, C.R., & Lopez, S.J. (Eds.) (2005). *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- > Ungar, M. (2008). *A brief overview of resilience: How does the concept help us understand children's positive development under stress*. [http://www.tlpresources.ca/policyresearch\\_conference\\_NDRY\\_2008/Michael\\_Ungar\\_English.pdf](http://www.tlpresources.ca/policyresearch_conference_NDRY_2008/Michael_Ungar_English.pdf).
- > Visser, C.F. (2012). *How the Solution-Focusedness of Coaches is Related to Their Thriving at Work*. [www.solutionfocusedchange.com](http://www.solutionfocusedchange.com).
- > Wenar, C., & Kerig, P. (2005). *Developmental psychopathology: from infancy through adolescence*. New York: McGraw-Hill.
- > Yperen, T.A. van (2003). *Resultaten in de jeugdzorg. Begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIZW.
- > Embrace the Future (z.j.). Beschikbaar via: <http://www.embracethefuture.org.au/resiliency/index.htm>.