

Fier en verder

FIER EN VERDER

MEIDEN OVER HUN LEVEN NA DE HULPVERLENING

SHENNA WERSON, FRANCIEN LAMERS,
MARIEKE VAN DER PERS, ANKE VAN DIJKE



KINDERPOSTZEGELS

voor kinderen door kinderen

Fier en verder

Meiden over hun leven na de hulpverlening

Shenna Werson, Francien Lamers, Marieke van der Pers, Anke van Dijke

ISBN 978 90 8850 591 1

NUR 740

© 2015 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot Uitgeverij SWP (Postbus 257, 1000 AG Amsterdam) te wenden.

INHOUD

Woord vooraf	7
Hoofdstuk 1 Het waarom en hoe van ‘Fier en verder’	16
1.1 Inleiding	16
1.2 Omschrijvingen en definities	16
1.3 Centrum Jeugd	22
1.4 Zahir, Asja en Metta	22
1.5 De meest voorkomende problemen van de meiden en hun gezinnen	23
1.6 De zorgprogramma’s van Centrum Jeugd	36
1.7 Opzet van het onderzoek	39
Hoofdstuk 2 Verschillen en overeenkomsten tussen de meiden van Zahir, Asja en Metta	
<i>Het nut en de noodzaak van de drie specialistische voorzieningen</i>	53
2.1 Inleiding	53
2.2 Wie zijn de meiden en waar komen ze vandaan?	53
2.3 Adverse Childhood Experiences en andere belastende jeugdervaringen: vaak ging het in de kindertijd al fout	54
2.4 Psychische en psychiatrische problemen van de meiden	67
2.5 Hulpverleningstrajecten	72
2.6 Onderwijsstrajecten	81
2.7 Relatie met ouders en sociaal netwerk	86
2.8 Het nut en de noodzaak van de drie specialistische voorzieningen	89
Hoofdstuk 3 De meiden 14 maanden later: maakt Centrum Jeugd het verschil?	98
3.1 Inleiding	98
3.2 Waar wonen de meiden veertien maanden later en hoe veilig voelen zij zich?	98
3.3 Dromen	114
3.4 Alles rozengeur en maneschijn?	128

Hoofdstuk 4 Werkzame elementen van de zorgprogramma's: wat moet er blijven en wat moet er veranderen?	139
4.1 Inleiding	139
4.2 Pedagogisch basisklimaat en veiligheid	139
4.3 Het waarom van een meidengroep	146
4.4 'Ik vecht en de leiding, mijn therapeut en mijn ouders vechten mee'	151
4.5 Begeleiding	159
4.6 Overgang CJ naar vervolgplek Fier	166
4.7 Zo normaal mogelijk	169
4.8 Waar heb je het meeste aan gehad?	180
4.9 Stel, jij bent de directeur van Fier...	181
 Hoofdstuk 5 Overpeinzingen	
<i>Uitdagingen voor Centrum Jeugd en hulpverlenend Nederland</i>	185
5.1 Inleiding	185
5.2 Maakt Centrum Jeugd het verschil?	186
5.3 Pedagogische basisklimaat	186
5.4 Veiligheid en bescherming	193
5.5 Integrale behandeling	197
5.6 Ouders als partner	201
5.7 Zo normaal mogelijk	204
5.8 En de rest...	208
 Literatuur	212
 Bijlagen Hoofdstuk 1, tabellen	216
Bijlagen Hoofdstuk 2, tabellen	220
Bijlagen Hoofdstuk 3, tabellen	223
Bijlagen Hoofdstuk 4, tabellen	228
 Dankwoord	231

WOORD VOORAF

Fier is een expertise- en behandelcentrum op het terrein van geweld in relaties. Centrum Jeugd van Fier vangt kwetsbare ‘meiden’ op in de leeftijd van 12 tot en met 23 jaar. De meesten hebben bescherming nodig omdat zij bedreigd worden door hun familie, loverboys of (soms) door criminele circuits. Daarnaast zijn er meiden die niet bedreigd worden maar wel de gespecialiseerde zorg nodig hebben die Centrum Jeugd biedt. De meisjes en jonge vrouwen die bij Fier worden opgenomen, zijn kwetsbaar en hebben een belast verleden. Daarin verschillen ze niet van andere meiden in voorzieningen voor residentiële jeugdhulp. Vaak hebben ze al een hele hulpverleningsgeschiedenis achter de rug als ze bij Fier worden opgenomen: ambulante hulp, plaatsing in een pleeggezin of opname in een voorziening voor jeugdzorg, jeugd-ggz of JeugdzorgPlus.

Fier wil duurzame hulp bieden. Dat wil zeggen: hulp die werkelijk het verschil maakt zodat meiden de negatieve spiraal achter zich kunnen laten van ernstige conflicten met ouders of pleegouders, faalervaringen in de hulpverlening, faalervaringen op school, voortijdig schoolverlaten, geen dagbesteding of werk hebben, problematisch middelengebruik, mishandeling, seksueel misbruik, psychische problemen, ongeplande en ongewenste zwangerschappen, miskramen, tienermoederschappen, schulden et cetera.

Centrum Jeugd van Fier heeft de afgelopen vijftien jaar veel geïnvesteerd in de ontwikkeling van zorgprogramma's voor kwetsbare meiden. Een van deze zorgprogramma's is door de Erkenningscommissie interventies van het NJi en het RIVM erkend als ‘in theorie effectief’. Onlangs is een tweede zorgprogramma ter beoordeling aan deze erkenningscommissie voorgelegd.

Dat een zorgprogramma in theorie effectief is, is een eerste stap in het ontwikkelen van effectieve zorgprogramma's. Een tweede stap die we in dit proces wilden maken, was onderzoek naar de vraag hoe het de meiden vergaat nadat ze hun behandeling bij Fier hebben afgerond. Hoe kijken ze terug op de periode dat ze bij Fier in behandeling waren? Wat heeft hen geholpen? Zijn er aspecten geweest die ze als negatief hebben ervaren? Verder wilden we weten waar hun ouders

tevreden of juist ontevreden over zijn. Een derde stap die Fier wil maken, is een onderzoek naar de effectiviteit van de zorgprogramma's van Centrum Jeugd. Fier en verder. Meiden over hun leven na de hulpverlening kan belangrijke input leveren voor zo'n effectiviteitsonderzoek.

In dit woord vooraf gaan we kort in op de ontwikkelingen die aanleiding waren voor dit onderzoek.

Kwetsbare meiden

Om een zorgprogramma te kunnen ontwikkelen dat werkelijk het verschil maakt voor meisjes en jonge vrouwen, die vaak worden aangeduid als 'multiproblems', is het van belang de problemen van deze meiden messcherp in kaart te brengen en – vooral – te begrijpen. Wat is de essentie van hun problemen en hoe kunnen we daar als hulpverlening op inspelen? Als we dat niet scherp hebben, is het risico dat de hulp z'n doel voorbijschiet aanzienlijk.

De meiden die bij Fier worden aangemeld, hebben vaak te maken met ernstige bedreigingen, intimidatie en geweld. Variërend van aanrandingen en (groeps)verkrachtingen tot aan (zware) mishandeling en opsluiting. Een eerste voorbeeld is het meisje dat zich in de ogen van haar familie te westers gedraagt en een schande is voor de familie. Haar broer snijdt haar achillespees door zodat ze letterlijk niet meer in staat is het ouderlijk huis te verlaten en met vriendinnen de stad in te gaan of met jongens te praten. Zodra dit weer mogelijk is, loopt ze weg van huis. Een ander voorbeeld is het meisje dat verkracht wordt op haar twaalfde en zich daarna steeds opstandiger en oppositioneler gaat gedragen. Na een groepsverkrachting op haar veertiende belandt ze in het loverboycircuit. Het meisje waarvan haar vader alcoholist is, haar moeder kampt met psychische problemen en dat op de basisschool jarenlang structureel is gepest en buitengesloten, is een derde voorbeeld. Op de middelbare school merkt ze dat ze aantrekkelijk is voor jongens. Maar voor die aandacht moet ze wel met die jongens naar bed. Uiteindelijk heeft het hetzelfde effect als pesten en buitengesloten worden; ze vindt zichzelf en haar lijf niets meer waard: "Wat kan het mij allemaal verrotten!"

Deze meiden worden aangemeld met 'gedragsproblemen'. Ze hebben een grote mond en onttrekken zich aan het gezag van volwassenen.

Ouders, leerkrachten en hulpverleners hebben geen vat meer op de meiden en ze doen wat ze zelf willen. Hoewel de problemen vaak pas zichtbaar worden in de vroege puberteit door opstandig, oppositioneel of antisociaal gedrag, weten we uit de praktijk, dossieronderzoek en de theorie dat de problemen van deze meiden al veel eerder zijn begonnen. Vaak al in hun kindertijd.

Daarnaast is er een groep meiden waar het ook al jong mis ging maar die – in tegenstelling tot de hierboven aangeduide meiden – een meer internaliserende copingstijl hebben ontwikkeld. Het zijn vaak meer passieve, depressieve en soms manipulatieve meiden. Ze hebben zich zo goed en zo kwaad als het ging aangepast aan de situatie, ze probeerden niet op te vallen en probeerden – vaak al heel jong – te redden wat er te redden viel. Ze zorgden bijvoorbeeld voor een depressieve moeder of een verslaafde vader (parentificatie). Een deel van deze meiden is uit huis geplaatst, en woonde bijvoorbeeld in een pleeggezin. In de basisschoolleeftijd lijken ze het goed te doen, maar in de puberteit loopt het alsnog mis.

Voor al deze meiden geldt dat ze zich al lang geleden hebben afgesloten van hun gevoel en een muur om zich heen hebben gebouwd om niet meer gekwetst te worden. In de kindertijd kregen zij te maken met traumatische ervaringen: oorlogsgeweld, politieke vervolging van (een van) hun ouders, verwaarlozing, mishandeling, huiselijk geweld of seksueel misbruik. De eerste groep meiden – de meiden met forse gedragsproblemen – komt doorgaans in de jeugdzorg terecht omdat daar de focus ligt op gedragsproblemen. De tweede groep – de meiden met meer internaliserende problemen – belandt eerder in de jeugd-ggz omdat ze psychische problemen hebben. Je kunt je afvragen of hiermee recht wordt gedaan aan deze meiden. Bij beide groepen is namelijk sprake van zowel externaliserend als internaliserend probleemgedrag dat samenhangt met (vroegkinderlijke) traumatisering.

Hoewel het probleemgedrag het meest in het oog springt, wordt dit gedrag in stand gehouden door de onderliggende traumagerelateerde problemen van deze meiden. Doorgaans is hier echter geen aandacht voor (geweest) binnen de hulpverlening.

Gedrags- en psychische problemen zijn vaker traumagerelateerd dan we vermoeden

Aan gedrags- en psychische problemen kunnen verschillende oorzaken ten grondslag liggen. De DSM-5, waarmee psychische en gedragsstoornissen in kaart worden gebracht, biedt wel een lijst van symptomen die zich voor kunnen doen bij kinderen, maar biedt geen lijst van symptomen in de omgeving van kinderen die een reden voor ernstige zorg kunnen zijn. Niet alle gevallen van ADD, hyperactiviteit en oppositioneel-opstandige stoornissen zijn traumagerelateerd, maar de symptomen die tot deze diagnoses leiden zijn echter veel vaker traumagerelateerd dan we tot nu toe hebben durven vermoeden (Perry 2007). Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) wordt vaak niet herkend of verkeerd gediagnosticeerd. Dit komt enerzijds doordat de symptomen van een PTSS ook bij andere stoornissen voorkomen, anderzijds omdat kinderen en jongeren met een PTSS vaak meerdere klachten of stoornissen hebben. Behalve ADHD en een opstandig-oppositionele gedragsstoornis worden bij getraumatiseerde kinderen en jongeren onder andere de volgende diagnoses gesteld: antisociale persoonlijkheidsstoornis, separatieangst, angststoornis, ernstige depressieve stoornis en vermijding. Daarnaast zijn mogelijke reacties op de traumatische gebeurtenissen: alcohol- of drugsmisbruik, gedragsproblemen, acting-out en de neiging om een gebeurtenis in gedrag te herhalen.

Perry (2007) merkt op dat toen hij met probleemkinderen ging werken, hij er al snel achter kwam dat de levens van de grote meerderheid van deze kinderen gevuld waren met chaos, verwaarlozing en/of geweld. Ze hadden een trauma meegemaakt, ze waren verkracht of getuige geweest van een moord, waardoor de meeste psychiaters de diagnose PTSS zouden overwegen als het om een volwassene met psychische problemen zou zijn gegaan. En toch werden deze kinderen behandeld alsof hun traumatische verleden irrelevant was en alsof ze 'toevallig' symptomen als depressie, hyperactiviteit, aandachtsstoornissen of oppositioneel gedrag hadden ontwikkeld. Als een kind hyperactief is, zal nagegaan moeten worden of het hyperactieve gedrag een signaal is van ADHD of van traumatisering (als gevolg van kindermishandeling bijvoorbeeld). In de praktijk blijken professionals de optie traumatisering vaak niet in overweging te nemen: ze denken er gewoon niet aan. Terwijl er brede consensus lijkt te zijn dat mishandeling, misbruik

en verwaarlozing een groot risico vormen voor later probleemgedrag, worden potentieel traumatische gebeurtenissen van kinderen niet systematisch in beeld gebracht, wordt in de diagnostiek de mogelijkheid van een PTSS over het hoofd gezien en wordt er in de behandeling van ‘probleemkinderen’ doorgaans geen directe relatie gelegd met de traumatische gebeurtenissen in het leven van ‘probleemkinderen’.

Fier biedt gespecialiseerde hulp

Allereerst is er in alle zorgprogramma's van Centrum Jeugd aandacht voor de bovenliggende actuele problemen en voor de onderliggende in stand houdende problemen. Behandeling van bovenliggende en onderliggende problemen vindt integraal plaats.

Ten tweede biedt Fier jeugd(zorg) en (jeugd-)ggz. De traditionele scheidslijnen tussen beide expertisegebieden zijn opgeheven: de expertise van de gespecialiseerde jeugdzorg en de specialistische jeugd-ggz zijn volledig geïntegreerd en versterken elkaar. Dat Fier specialistische ggz biedt, wil zeggen dat Fier in een medische context geestelijke gezondheidszorg biedt met alle wettelijke eisen die daarvoor gelden, onder andere de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). De WGBO regelt zaken rond de geneeskundige behandeling van patiënten. In de meeste reguliere voorzieningen voor jeugdhulp zijn wel gedragswetenschappers werkzaam maar vindt er geen behandeling plaats in een medische context.

Ten derde hebben de meiden die Fier opvangt vrijwel zonder uitzondering een veiligheidsprobleem. Zij worden – soms zeer – ernstig bedreigd door familie (eerkwesties), mensenhandelaren (waaronder loverboys) of anderen. Zij moeten niet alleen tegen anderen worden beschermd, maar vaak ook tegen zichzelf. Deze meiden nemen enorme risico's voor een snipper aandacht (als gevolg van problemen met gehechtheid) en hebben een hoog risico op revictimisatie (slachtoffers van misbruik en mishandeling hebben een hoog risico opnieuw slachtoffer te worden van misbruik en mishandeling). Ten slotte vindt het geweld plaats in een relatie. Dit is verwarrend omdat meiden niet alleen slechte ervaringen hebben met de pleger, maar ook goede ervaringen. Hierdoor is de drang om terug te gaan naar diegene die (ook) een gevaar vormt soms groot. Daarom gaat veel aandacht uit naar veiligheid en bescherming. Fier biedt voor veel meisjes en jonge vrouwen dezelfde bescherming als een besloten of gesloten setting, zonder de deur op slot te draaien. Dit is belangrijk omdat veel meiden eerder in

situaties hebben gezeten waarin ze werden opgesloten, voortdurend in de gaten werden gehouden of in hun vrijheid werden beperkt. Voor deze meiden is opnieuw opsluiten traumatiserend.

Ten vierde gaat er veel aandacht uit naar de normale ontwikkeling van de meiden. Het zijn immers ook gewone pubers en adolescenten die – net zoals ieder ander meisje – een diploma moeten halen, werk moeten vinden, moeten leren omgaan met verliefdheden, intimiteit, seksualiteit, vrije tijd, uitgaan, geld, alcohol en drugs. Er is dan ook veel aandacht voor onderwijs, werk en sociale participatie. Immers, als je behandeling met succes is afgesloten maar je hebt geen diploma of werk, dan heb je nog steeds een groot probleem en een hoog risico op nieuwe problemen.

Ten vijfde werkt Fier met meidengroepen. De problemen van deze meisjes en jonge vrouwen zijn seksespecifiek. Het overgrote deel van de meiden heeft te maken gehad met seksueel misbruik binnen of buiten het gezin. Bovendien zijn ze – als gevolg van trauma's en problemen met gehechtheid – kwetsbaar in relaties en bevinden ze zich in een leeftijdsfase waarin jongens en verliefdheden centraal staan. Vaak wordt er een pleidooi gehouden voor gemengde groepen vanuit het perspectief dat deze meisjes normaal moeten leren omgaan met jongens. Natuurlijk moeten deze meiden dat leren. Maar ze moeten eerst leren weerbaar te worden op dit gebied. Je vraagt iemand met een gebroken been ook niet om de marathon te gaan lopen. Voordat deze meiden op een 'gezonde' manier relaties kunnen aangaan met jongens, zal er eerst iets moeten gebeuren met hun trauma's, hun problemen met gehechtheid et cetera. Bovendien kun je je afvragen of een gemengde groep een veilige behandelsetting is voor deze meiden. Zo zei een meisje dat gedwongen in de prostitutie had gewerkt, dat ze in de gemengde groep waar ze was opgenomen door de andere kinderen benaderd werd als 'dat hoertje'. Ze zei: 'Hier ben ik gewoon mezelf.' Dat klopt. Ze was niet anders dan de andere meiden. Die hadden ook allemaal ervaringen met loverboys, mensenhandelaren en gedwongen prostitutie.

Ten zesde werkt Fier met categorale behandelgroepen zodat zowel de groepsgerichte als de individuele activiteiten en behandelingen volledig afgestemd zijn op de specifieke problemen van de meisjes en jonge vrouwen. Er zijn groepen voor meiden die het slachtoffer zijn van jeugdprostitutie, loverboys/mensenhandelaren; er zijn groepen voor meiden die het slachtoffer zijn van of bedreigd worden met eer-

gerelateerd geweld; en er zijn groepen voor meiden met dubbele diagnoseproblematiek.

Ten slotte is het voor de meest kwetsbare kinderen, waar we het hier over hebben, desastreus als ze vanaf de dag dat ze achttien zijn, benaderd worden als volwassenen en hulpverlening en behandeling vanuit de volwassenenzorg plaatsvindt. Deze kwetsbare meiden hebben de expertise en deskundigheid van de jeugdzorg en de jeugd-ggz nodig. Bovendien spelen vraagstukken rond gedwongen prostitutie, huwelijksdwang en dergelijke zowel voor minderjarigen als meerderjarigen. Daarom zijn de zorgprogramma's van Centrum Jeugd er voor jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 23 jaar.

Reguliere jeugdhulp

Qua achtergrond en problematiek lijken 'onze meiden' niet veel te verschillen van andere meiden die worden opgenomen in voorzieningen voor jeugdhulp: de residentiële jeugdzorg, klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie en de JeugdzorgPlus-voorzieningen. In de reguliere jeugdhulp worden jongeren 'door elkaar' opgenomen in leefgroepen. Het overgrote deel van de behandelprogramma's in de residentiële zorg is non-specifiek en gericht op jongeren (= jongens én meisjes) met (ernstige) gedragsproblemen. Dit noemen we het principe van 'one size fits all'. Daarbij richt de jeugdzorg zich primair op gedragsproblemen terwijl de jeugd-ggz zich primair richt op psychische aandoeningen.

Geconcludeerd kan worden dat er voornamelijk weinig bekend is over de effectiviteit van de (besloten en gesloten) jeugdzorg in Nederland. Wat er wel bekend is, is niet hoopgevend. De resultaten van opname en behandeling in de reguliere zorg zijn teleurstellend.

Zo deed Van der Molen (2013) onderzoek naar jonge vrouwen die als minderjarige in een gesloten instelling verbleven. Haar vraag was: hoe is het vier jaar nadat de meisjes de gesloten instelling hebben verlaten en weer op eigen benen staan? Uit haar onderzoek komt naar voren dat meisjes vrijwel allemaal in ernstige problemen raken na hun vrijlating. Bij 96 procent was sprake van (een combinatie van) drugsgebruik, ontbreken van dagbesteding of financiële problemen en bijna twee derde had psychische stoornissen. Verder blijkt dat meisjes met gedragsproblemen meer stoornissen ontwikkelen als ze niet afdoende worden geholpen. Als niet effectief wordt ingegrepen, stapelen de pro-

blemen van de meisjes zich op: slechte schoolprestaties, gebruik van alcohol en drugs, seksueel risicogedrag en omgang met delinquente vrienden. Bovendien geven ze hun problemen door aan hun kinderen, die ze vaak al op zeer jonge leeftijd krijgen: ongeveer een derde kreeg al jong een kind. Tijdens de zwangerschap gebruikten de aanstaande moeders veelal nicotine, alcohol en drugs. Het blijkt dat de kinderen van deze meisjes een grote kans maken in dezelfde spiraal terecht te komen als hun moeders.

Nijhof (2011) deed onderzoek naar jongeren in JeugdzorgPlus-voorzieningen. Het merendeel van de jongeren in deze vorm van jeugdzorg had voor opname contact met de politie en bijna de helft gebruikte fysiek geweld tegen gezinsleden. Meer dan een kwart was mishandeld binnen het gezin. De jongeren zijn agressief en vertonen regeloverschrijdend of antisociaal gedrag. Twee derde heeft daarnaast ook moeilijkheden met zichzelf: een laag zelfbeeld, last van angsten, depressies of vereenzaming. Nijhof constateert dat juist deze persoonlijke (psychische) problemen in de JeugdzorgPlus nog onvoldoende worden opgemerkt. Verder geeft ze aan dat het duidelijk is dat veel van deze jongeren ernstig getraumatiseerd zijn en dat de hulpverlening zich dan ook meer zou moeten richten op diagnostiek en behandeling van deze trauma's. Uit haar onderzoek komt naar voren dat de meiden in deze voorzieningen er meestal ernstiger aan toe zijn dan jongens. Jongens zijn vaker crimineel, meisjes hebben vaak ernstige persoonlijk problemen. Ruim een kwart van de meisjes in het onderzoek was slachtoffer van gedwongen prostitutie, een vergelijkbare groep vertoonde geen afwijkend seksueel gedrag en ruim veertig procent vertoonde promiscue, ongeremd seksueel gedrag. Nijhof stelt dat het erkennen van de verschillen in problematiek en behandeling tussen jongens en meisjes in de behandeling belangrijk is.

Fier en verder. Meiden over hun leven na de hulpverlening

De zorgprogramma's van Fier zijn voortdurend in ontwikkeling. Daarbij baseren we ons op de ervaringen van de meiden en hun ouders, de ervaringen van onze professionals, (inter)nationale ontwikkelingen op het terrein van (jeugd)hulp en (jeugd-)ggz, richtlijnontwikkeling et cetera. Uitgangspunt is dat Fier alles op alles moet zetten om duurzame zorg te ontwikkelen. Zorg die het verschil maakt en eraan bijdraagt dat deze meisjes ook na beëindiging van de hulpverlening leeftijdsadequaat blijven functioneren en geen (onhanteerbare) problemen meer

hebben. Daarom wilden we onderzoeken hoe het met de meisjes en jonge vrouwen gaat na de hulpverlening. Lukt het ze om een stabiel leven op te bouwen? Lukt het ze om geluk te vinden in het leven?

In dit boek wordt verslag gedaan van een onderzoek dat is verricht onder 33 meiden die hun behandeling bij Fier hebben afgerond. De meiden zijn een half jaar tot twee jaar nadat zij Centrum Jeugd hadden verlaten geïnterviewd. Hoofdstuk 1 is een inleiding. Vervolgens wordt ingegaan op de situatie van de meisjes en jonge vrouwen toen zij werden aangemeld en opgenomen bij Asja, Zahir en Metta (hoofdstuk 2) en hoe hun situatie er gemiddeld veertien maanden na hun vertrek uitziet (hoofdstuk 3). Hoofdstuk 4 gaat over hoe de meiden en hun ouders het verblijf en de hulp hebben ervaren. In het afsluitende hoofdstuk 5 wordt gereflecteerd op de gegevens en een antwoord geformuleerd op de vraag of Centrum Jeugd het verschil maakte voor deze meiden. Ook zijn hier suggesties voor veranderingen, aanpassingen en verfijning van de zorgprogramma's opgenomen.

Anke van Dijke
Linda Terpstra

Raad van Bestuur Fier

Bronnen

- Molen, van der, E. (2013). *The development of girls' disruptive behavior and the transmission to the next generation*. Verkregen op 2 januari 2015 via <http://nieuws.leidenuniv.nl/nieuws-2013/meisjes-geven-gedragsproblemen-door-aan-nageslacht-.html>.
- Nijhof, K.S. (2011). *Crossing Barriers: Evaluation of a new compulsory residential treatment program for youth*. Doctoral dissertation. Enschede: Ipskamp Drukkers.
- Perry, B. & Szalavitz, M. (2007). *De jongen die opgroeide als hond en andere verhalen uit het dagboek van een kinderpsychiater*. Schiedam: Scriptum.