

Dat de jeugdzorg moet veranderen weet iedereen. Het waarom en waardoor is minder duidelijk en voor de vraag hoe dan, hebben we een interface nodig tussen mens en instelling. Op dit moment is de interface vooral het medisch model en dat werkt niet, constant storing. *Martine F. Delfos*

Wat mist de mens in de jeugdzorg?



De jeugdzorg heeft zijn handen vol. De jeugdzorg is uit de hand gelopen. De jeugdzorg zelf is een grote zorg geworden. Het aantal jongeren dat sterft aan zelfdoding of euthanasie is verwerpelijk hoog, terwijl ieder leven telt en we in een welvaartsstaat leven. Een exorbitant hoog aantal hulpverleners, een exorbitant aantal diagnoses en schrijnende problematiek. Echter ... Het is statistisch volslagen onaannemelijk dat we zoveel slechte hulpverleners zouden hebben. Ze zijn hoog opgeleid, de zorg heeft veel geld, en dus, in de woorden van Shakespeare: *'There is something rotten in the state of Denmark'* en dat is in dit geval Nederland. Het motto van mijn psychopathologieboek is: *Er is nooit één oorzaak voor één gevolg.*

Deel I Wat is er aan de hand?

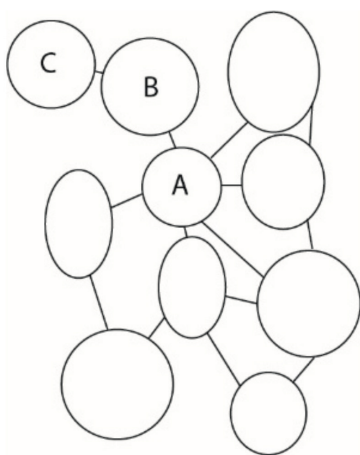
Dit wordt een persoonlijk verhaal vanuit een wetenschappelijk denkkader, gebaseerd op jarenlang werken in en met de jeugdzorg. Op het moment van het schrijven van dit artikel ben ik 76 jaar, al meer dan vijftig jaar officieel actief in en voor de hulpverlening als wetenschapper, theoreticus en behandelaar. En dat in binnen- en buitenland op alle continenten en nog steeds sta ik met twee voeten midden in het werk. Als vijfjarige had ik al de reputatie van therapeut en kwamen jongetjes naar me toe in het paadje achter ons huis, met een twaalfjarig vriendje dat thuis geslagen werd. Het achtjarig jongetje dat ik kende zei over het twaalfjarig jongetje dat naast hem stond: *'Hij wordt thuis geslagen en ik heb gezegd dan moet je met dát meisje praten'*, en wees met zijn vinger naar mij. Geen idee hoe ik, op die leeftijd al, aan die reputatie kwam. Met acht jaar haalde mijn vader mij uit bed wanneer er bezoek was om een probleem voor te leggen, waarover ik dan een theorie moest bedenken. Ik ben er nooit meer mee opgehouden theorieën te maken. Na zoveel jaar werken in de wetenschap en in de praktijk, zie je lijnen lopen, herhalingen ontstaan, de kern verwaarloosd worden; hoop zie je komen en gaan, je ziet een overheid swipen van centralisatie

OVER DE AUTEUR

Dr. Martine F. Delfos is biopsycholoog en is werkzaam als auteur, docent, therapeut en wetenschappelijk onderzoeker met een breed scala aan onderwerpen. Informatie over haar werk: www.mdelfos.nl; www.mdelfos-in-contact.nl; www.delfoshuis.nl.

➡ naar decentralisatie en vice versa. Ik ga mijn best doen voor dit artikel, vanwege de jongeren en de hulpverleners die knel zitten.

Wat is de boosdoener?



Dat zijn er zoveel omdat er ook nooit 'één oorzaak voor één gevolg' is. In 1986 schreef ik een artikel over *netwerkdagnostiek*. Ik was bezorgd over de versmaling van denken, hulp en behandeling. De hulpverlening kantelde naar een fixatie op één onderwerp 'de ouders' of 'de diagnose', maar niet op de mens als geheel. Terwijl er zoveel aan de hand is en al die factoren op elkaar inwerken. Ik schreef toen: *Noodzakelijk is een netwerkdiagnose, zowel gericht op het huidige gedrag en de huidige problematiek, als op het in kaart brengen van de verschillende oorzaken en gevolgen en de wijze waarop die op elkaar inwerken, elkaar versterken en nivelleren; als ook op het onderzoeken van de latente oorzaken die mogelijk nog gevolgen gaan krijgen: een procesmatige, strategische diagnostiek in tegenstelling tot een statische.* Na veertig jaar is het nog steeds van toepassing daarvoor aandacht te vragen. Het medisch model houdt in feite in: één oorzaak voor één gevolg; het leven betekent echter dat één gevolg altijd meerdere oorzaken heeft.

Het artikel heeft zijn werk niet gedaan. We zijn van *mono*-diagnostiek naar *seriële* diagnostiek gegaan: we stellen een losse diagnose met bijbehorende behandeling om te ontdekken dat het niet werkt. Vervolgens een andere hulpverlening, vaak bij een andere instelling en een nieuwe diagnose met een bijbehorende behandeling, waarna de geschiedenis zich herhaalt; ondertussen wordt de situatie van de cliënt er niet beter op en nemen de nood en de hulpvraag toe.

Het moet meervoud zijn: *Wat zijn de boosdoeners?* Was het vroeger beter? Zeker niet, maar de vernieuwing heeft verbrokkeling in plaats van verbinding opgeleverd. Moeten we terug naar vroeger? Nee, maar we moeten wel als leidraad voor vernieuwing de existentiële behoeften van de mens nemen en niet de

fysieke omstandigheden van de mens. De existentiële behoefte van de mens is *contact*. We kunnen wel een vliegtuig bouwen, maar we vliegen langs elkaar heen.

Wat heeft de wereld van de hulpverlening niet eenvoudiger gemaakt?

De DSM: In de nieuwste DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; vijfde versie, 2013*) geven de schrijvers *zelf* aan dat de diagnostische criteria niet werken. In deze versie staat veel snijdende zelfkritiek, met name op pagina 959, Nederlandse editie 2014. De reden voor hun conclusie uit wetenschappelijk onderzoek liegt er niet om:

- 1: De classificaties (de bodem voor de diagnoses) zijn niet scherp omschreven.
- 2: Dat leidt tot tussenclassificaties die nog vager zijn.
- 3: Het leidt tot een opeenstapeling van classificaties binnen een persoon (co-morbiditeit).
- 4: Het leidt tot een enorme toename van classificatie NAO (niet anders omschreven), wat nog vager is.
- 5: De classificaties hebben (al vanaf de eerste versie uit 1952) niet geleid tot het ontdekken van de oorzaak, van het gedrag noch van de oplossing.
- 6: De in de persoon gestapelde verschillende classificaties met verschillende behandelingen zijn niet op elkaar afgestemd en staan niet in een systeem van prioriteit en onderlinge samenhang.

De schrijvers geven toe dat de classificaties vooral geschikt zijn voor de zorgverzekeraars en voor de overheid.

Samenvattend zou men kunnen zeggen dat er geen aanwijzingen zijn voor het waarom van gedrag en voor de oorzaak. Geen oog voor de mens als geheel, alleen voor afwijkend gedrag. Zowel diagnostiek als behandeling blijven hangen op de frequentie van het samen voorkomen van symptomen: een syndroom. Het is voor mij dan ook een luguber raadsel waarom er in 2024 toch weer gewerkt wordt aan een nieuwe DSM.

Het is de uniciteit van ieder mens die ervoor zorgt dat het gedrag dat door zoveel interacterende factoren tot stand is gekomen, niet met een enkelvoudige classificatie of behandeling opgelost kan worden. Dit geldt nog sterker voor een *verzameling* van enkelvoudige classificaties. De mens kan niet in losse stukjes onderverdeeld worden.



De enorme co-morbiditeit ontstaat door het afnemen van *vragenlijsten*. Een vragenlijst is wetenschappelijk een zwak instrument. Aan de diagnose is dan een behandeling verbonden. Over het algemeen werkt dit niet, waardoor een nieuwe vragenlijst wordt afgenomen, vaak door een nieuwe instelling, waar een nieuwe diagnose uitkomt met een nieuwe behandeling. Dit is een van de belangrijke factoren in het ontstaan van de steeds langer wordende wachtlijsten. Het zoeken naar diagnoses voor het onbehagen in de mens verziekt de maatschappij. Veel mensen in de ggz komen recidief op de wachtlijst zelfs op meerdere wachtlijsten tegelijk door quick fix-hulp die niet helpt en door gestapelde diagnoses met gestapelde behandelingen. Inmiddels heeft onderzoek ook laten zien dat de IQ-test niet betrouwbaar is en voor grote problemen zorgt.

Quick fix

Een veelvoorkomend verschijnsel in de mensheid is het ervaren van een trauma, iedereen heeft wel een of meer trauma's meegemaakt. Een 'nieuwe' methode die wetenschappelijk onderbouwd leek was EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Deze methode wordt, ondanks de ondergang van de theore-

tische onderbouwing, nog veel gebruikt. Er werd een onderzoek over kinderen en jeugd gedaan met het advies om alle kinderen in de jeugdzorg EMDR te geven omdat ze allemaal trauma's hadden. Wetenschappelijk tegen alle regels in, tegen de strenge regels van onderzoek met kinderen, het zou de ethische commissie niet doorkomen, bovendien wordt de regel van geen verstrengeling van belangen overtreden, want alle acht 'onderzoekers' hadden verstrengelde tot zeer verstrengelde belangen met EMDR. Maar ... het gaat wel de wereld in als 'evidence based', wat het niet is.

Maar we snakken naar een quick fix, en dat preten-deert EMDR als behandeling bij trauma. We hebben zoveel hulpverleners die een training voor EMDR hebben gevolgd en willen uitvoeren ... Zoals we ook niet meer spreken over MPS, Multiple Persoonlijkheidsstoornis, of wat later DIS, Dissociatieve Identiteitsstoornis werd genoemd. Dat komen we nog zelden tegen. We gebruiken ook niet meer het vlugzout uit de negentiende eeuw bij het flauwvallen en het zakje of de tuinslang van de twintigste eeuw bij, wat gewoon hyperventilatie bleek te zijn, namelijk te snel ademen. Is het probleem weg met een quick fix? Nee, natuurlijk niet, maar de paniek wel. Een van mijn aforismen is: *In paniek ben je niet op zijn slimst*. Dus als de paniek daalt, kan het denken weer op gang ko-



- men en daarmee het zoeken naar een oplossing voor het probleem dat de aanleiding was. Maar het helpt pas als je de oorzaak kent en iets aan de oorzaak doet.

Op dit wetenschappelijk moeras zijn de hulpverlening, de zorgverzekering en het overheidsbeleid gebouwd. Het is begrijpelijk dat de hulp dan niet duurzaam is en zelfs schadelijk kan zijn.

Degene die hulp nodig heeft en degene die hulp verleent, zijn ver uit elkaar gegroeid waardoor het gemakkelijk is om er twee kolommen van te maken die het spanningsveld zichtbaar maken.

De oplossing is om geen diagnoses meer volgens de DSM te zoeken en geen behandelingen per ‘waargenomen’ symptoom, maar te kijken naar het totaal (de mens) en wat onderliggend is: het netwerk aan factoren. En te stoppen met mensen van instelling naar instelling en van diagnose naar diagnose te laten strompelen.

We proberen onszelf te overtuigen en proberen de wetenschap naar onze hand te zetten. Evidence based noemen we dat. Een gedrocht dat gebaseerd is op het idee dat je iets kan bewijzen als je alle factoren onder controle hebt, dat je een exacte replicatie zou kunnen doen van een onderzoek. Vijfhonderd jaar geleden leerde Leonardo Da Vinci (1452-1519) ons hoe het wél werkt, dat het niet gaat om een exacte replicatie, maar om ervaringen op te bouwen naar *begrijpen* en de range van de verschillen te ontdekken via replicatie.

Da Vinci ontleedde een tiental dode lichamen om de loop van een ader te vinden, en legde uit: *Het was nodig om met verschillende lichamen het proces stapje voor stapje te doorlopen tot ik tot een einde kwam en volledige kennis had; dit herhaalde ik twee keer, om de verschillen te leren.*

Hij begon met hard werken om in de diepte *kennis*, inzicht, weten, te verwerven en hij gebruikte *replicatie* om de *verschillen* te vinden, niet om de *overeenkomsten*

Wat heeft de mens in de jeugdzorg nodig?

Samenwerking tussen hulpverlener en cliënt.

Erkenning van de deskundigheid van de cliënt.

Inzicht in de eigen problematiek.

Plaatsing van de problematiek in de context van de levensloop.

Menselijk contact.

Betrokkenheid en belangstelling.

Een hulpverlener die niet de cliënt voor zichzelf nodig heeft.

Vaste begeleider.

Een GDA, grafische dossieranalyse, waardoor de feiten van de levensloop op een rijtje staan, en aangevuld kunnen worden. Eigendom van de cliënt, zodat deze niet steeds opnieuw alles moet vertellen aan anderen en alles in één blik overzien kan worden.

Oprecht contact.

Wat heeft de jeugdzorginstelling nodig?

Een duidelijke organisatiestructuur.

De reikwijdte van de doelgroep kennen.

Deskundigheid van de medewerkers.

Een diagnose en de daaraan gekoppelde behandeling.

Vervangbaarheid.

Professionele afstand van de hulpverlener.

Medewerker die overeind blijft staan.

Medewerkers kunnen vervangen.

Een enkelvoudige diagnose uit de DSM. Een beschrijving van methode en behandeling.

Geld.

te vinden. Door diepgaand te begrijpen, kunnen we ontdekken wat de – meer oppervlakkige – verschillen zijn. Het sleutelwoord is *begrijpen*, niet *bewijzen*!

Wachtdlijsten: Het is de vraag of de problematiek daadwerkelijk toeneemt of dat dit ook het gevolg is van een grotere afhankelijkheid van de hulpverlening waardoor de zelfredzaamheid afneemt. Ook de toename van de niet effectieve quick fix-methodes, zoals elektroshocks of EMDR, zorgen ervoor dat de problematiek niet af- maar eerder toeneemt. Verder is de denkfout dat het weghalen van de angst het trauma doet verdwijnen; zorgwekkend, want de angst is een signaal en als het signaal dat er wat aan de hand is weggehaald wordt, is het trauma niet goed vindbaar, niet goed behandelbaar meer, maar werkt het wel door in het functioneren. De elektroshock is in feite een ernstige hersenschudding – insult. We zijn aan het ontdekken dat hersenschuddingen ernstige en duurzame gevolgen hebben en bij een epileptisch insult schrijven we een van de zwaarste medicaties voor om te trachten nog een insult te voorkomen.

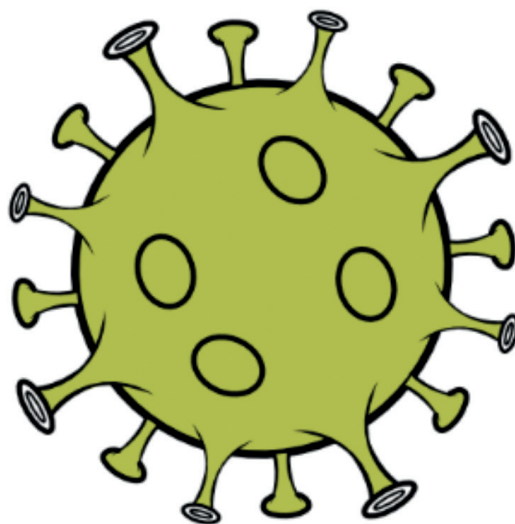
Onderzoek en ervaring laten twee dingen zien: de wachtdlijsten groeien en het aantal methodes groeit, terwijl de hulpverlening minder effectief blijkt te zijn.

(Echt)scheidingen

Het veelvuldig scheiden begint in de negentiende eeuw met de verbodsbreuk van de familie, doordat de industrialisatie de volwassen kinderen werkzoekend naar de stad duwt. Vervolgens ontwikkelt zich in de twintigste eeuw een scheidingsmoraal met emancipatoire financiële zelfstandigheid, waardoor gezinnen uit elkaar vallen en de woningnood toeneemt door de verdubbeling van huizen die nodig zijn en de armoede die toeneemt doordat niet iedereen een gezinsinkomen kan verwerven. En dan in de eenentwintigste eeuw de verwijdering van kind en ouders. Veilig Thuis lost het meestal niet op; het versterkt onbedoeld de verwijdering tussen ouders en kind. Vanuit de jarenlange, evolutionaire kwetsbaarheid en hulpeloosheid van het menselijk kind, zoekt de mens een partner om veiligheid te verkrijgen. Dat is vanuit de egocentriciteit en de seksualiteit van de mens niet eenvoudig. In een boek heb ik uitvoerig uitgelegd waarom seksualiteit bij de mens een bom is onder de relatie. Het heet niet voor niets *Kun je vrijen leren?*,

want seksualiteit kún je niet, maar moet je leren, in feite moet je het ontwikkelen. Een orgasme is wat gemakkelijker om te leren, maar dan vooral voor mannen. Vrij logisch overigens als je beseft dat een orgasme van de man nodig is voor de voorplanting om het zaad naar buiten te brengen, maar voor de vrouw niet per se. En als we ons niet gewoon eerlijk afvragen hoe dat allemaal zit, zal het een groot menselijk probleem blijven.

De hulpverlening heeft niet naar de kern van het probleem gekeken, waardoor de hulp niet werkt en er geen vergoeding voor is bij verzekeringen. Als het fundament niet gelegd wordt, is het gevolg dat het huis op een moeras wordt gebouwd.



Illustratie Nicolien van der Keur

3. Covid-19:

En dan komt de kroon op de wereld: Corona, het virus Covid-19. Het steekt zijn kop op in China in een beest en verovert razendsnel de wereld. In maart 2020 een lockdown in Nederland. Het verloop van de pandemie kent twee uitersten: aan de ene kant het is *vreselijk gevaarlijk* en de maatschappij wordt 'on hold' gezet en aan de andere kant: *het is gewoon een griepje*, vaccinatie helpt. Naarmate de tijd verstrijkt blijkt het zeer ingewikkeld te zijn en worden vele fouten gemaakt, en structureel dringt pas langzaam door hoe ernstig het is. Het maatschappelijk effect is buitengewoon vergaand, zeker voor kinderen en jongeren. Om maar een paar effecten te noemen: de we-



► reld als geheel wist niet wat er aan de hand was; de artsen bleken het niet te weten en informatie te geven die later niet bleek te kloppen; ouders waren niet meer het morele eind van het verhaal voor kinderen, niet degene waar je op kon vertrouwen; school bleek niet zo belangrijk als ze zeiden, een covid-diploma was net zoveel waard als een eindexamen; in een gevoelige periode van hun leven wanneer je vrienden kunt leren maken, wordt dit ernstig in de weg gezeten door het gebrek aan contact, doordat dé vindplaats voor kinderen en jongeren, de school, regelmatig dicht was en het samen dingen beleven door feestjes en concerten een halt werd toegeroepen. Daarnaast werden bij ouders werk en privé niet meer duidelijk gescheiden, met alle gevolgen van dien. Ouders waren op elkaar aangewezen en men zag een stijging in het aantal gevallen van huiselijk geweld en seksueel misbruik. Dat jongeren in een ongelukkige mind-set kwamen, wat al snel depressie werd genoemd, is niet verwonderlijk. De scheiding van gezin-familie kreeg een bitter tintje toen kleinkinderen de verspreiders waren van het covid-gevaar voor hun grootouders. Het zal tijd kosten hiervan te herstellen, en littekens zullen er in de maatschappij blijven.

4. Jong op weg naar het einde:

De 'boosdoeners' veroorzaken wachtlijsten waarbij de meest vernederende wel de wachtlijst is van drie jaar wachten op een recht op euthanasie. Er staan heel veel jonge mensen op, veel met autisme en een eetstoornis. In feite moet voor dit recht bewezen worden dat de hulpverlening faalde, en het is bij jonge mensen vaak niet eens waar dat er geen andere, passende hulp zou zijn. Het is niet dat ik tegen euthanasie ben, maar niemand wil dood, we weten niet eens wat het is, dan wat we aannemen in fantasie en in geloof. Het probleem ligt niet bij dood *willen*, maar bij het eigen leven niet meer kunnen *verdragen* en ook niet kunnen verdragen dat er geen erkenning is van het leed en dat de hulpverlening aangeeft en leert dat er geen oplossing zou zijn. Fysieke en psychische pijn zitten op dezelfde plek in de hersenen. Dat psychisch lijden met behulp van statistische psychiatrie als diagnose in een medisch model wordt geperst, is ronduit fout. Een groepje symptomen zonder bekende oorzaak is geen medische aandoening en er mag dan niet euthanasie

worden toegepast volgens de medische code. Het doet denken aan Sigmund Freud, een van de psychiaters van het eerste uur. Hij zei dat als je psychiater wilde worden, je geen medische opleiding moest volgen, dat was een contra-indicatie volgens hem. Zelf als arts opgeleid, trachtte Freud het medisch model van zich af te schudden. Het medisch model is niet geschikt voor de psyche; de psyche is te complex voor het medisch model en ook de wet moet beter aansluiten bij de psyche; de psyche is altijd multifactorieel en niet een statistisch resultaat en vergt een psychische hulpverlening. Lastig? Ja! maar de verandering kan geen quick fix zijn we zullen moeite moeten doen.

Deel II Wat kunnen we er aan doen?

Vóór de ggz was er het Riagg, daar zag je al lang de tekenen van een ongezonde ontwikkeling. Een cliënt die afgewezen werd, kreeg een brief waarin vermeld stond: *Deze cliënt is niet geschikt voor ons hulpaanbod*. Dat had moeten zijn: *Wij denken deze cliënt niet te kunnen helpen en denken dat de cliënt beter terecht kan bij ...*

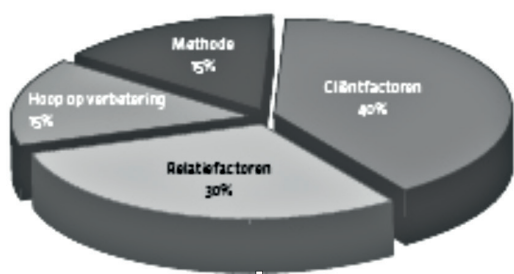
De wereld op zijn kop en het is alleen erger geworden.

We hebben door de vele diagnoses per kind meerdere instellingen nodig, meerdere begeleiders en meerdere therapeuten in een relatief korte levensperiode. Die relatief korte periode is niet vrijblijvend, het drukt zijn stempel op de volwassenheid tot in de ouderdom. We moeten niet verbeteren, we moeten iets durven doorbreken. En dat kan niet altijd (helemaal) met hoe de oude wetgeving in elkaar zit.

Ik noem twee voorbeelden (een praktisch, een theoretisch) om het denken te verbreden richting effectiviteit en preventie en met name richting humanisering van de jeugdzorg. Neem me niet kwalijk dat het er twee van mij zijn, maar de noodzaak om out of the box te denken is nijpend nodig, en ze zeggen dat ik dat doe.

Het eerste wat we kwijt zijn geraakt, zijn de non-specifieke factoren: *oprecht contact; gelijkwaardige samenwerking; deskundigheid van de cliënt; rechtstreekse communicatie en beschikbaarheid*.

Keer na keer laat onderzoek zien dat deze factoren de belangrijkste bijdrage zijn aan het herstel, niet de methode.



Het Effectonderzoek van therapie van Lambert en Bergin uit 1994.

Hulpverlening zou de volgende kenmerken moeten hebben:

Soort: *Organisch*. Niet een vragenlijst, maar onderzoek: cliënt en hulpverlener samen, en het systeem eromheen kunnen raadplegen voor verdieping van kennis. Is dat 'aanrommelen'? Nee, het is tijd nemen om te begrijpen wát er aan de hand is en wat de kern daarvan is. Als we de tijd nemen om dat oprecht te doen, ontstaat vanzelf een goede werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener.

Methode: *De Grafische Dossieranalyse* voor een leven in beeld gebracht samen met betrokkene.

Instrument: Vriendelijkheid, gelijkwaardigheid en beschikbaar zijn als je nodig bent.

En deze hulpverlening is wat toegepast wordt in het Habitat Delfos huis.

Voorbeeld 1: Het Habitat Delfos Huis, HDH

Een plan dat sinds 1977 rijpt is: een huis waar volwassenen met autisme kunnen ontwikkelen naar zelfstandigheid. Volgens de WLZ, Wet Langdurig Zorg kan ontwikkeling niet wanneer je in aanmerking komt voor WLZ. De wet moet aangepast worden: ontwikkeling kan wél en daar is men in Nederland het over eens, maar het lukt niet te veranderen binnen de wet.

Het HDH is nog heel nieuw, toeleiding begin februari 2023, inhuizen eerste bewoners september 2023. Over het HDH wordt nu al gezegd: 'wonderen', 'grote veranderingen'. Een moeder zei toen ze het eerste gesprek zag met haar dertigjarige zoon: *Eindelijk, eindelijk, eindelijk, zie ik mijn zoon.*

Het zijn geen wonderen, maar een totaal andere benadering: passieve kennis wordt door de bewoners omgezet in actieve uitvoering. Het was er allemaal al, maar zat in het korset van de DSM, van een verkeerde theorie over autisme en last but not least: een benadering van hulpverlening zoals hiervoor beschreven: *organisch*.

Voorbeeld 2: Het Vaderhuis

In 1995 schreef ik een column, waar ik ook pleitte voor een betere jeugdhulpverlening. Omdat toen, net als nu, mijn ervaring was dat 'slechte' hulp erger is dan geen hulp.

Daarin beschreef ik de onveilige situaties voor kinderen in gezinnen. Een belangrijk deel van die onveiligheid had te maken met agressie van de ouders vanuit alcoholisme van de vader. De neiging was de kinderen uit huis te plaatsen. Ik gaf aan dat het verstandiger was een *vaderhuis* op te richten met hulp voor de vaders die het zelf ook wel anders willen. Hierdoor worden de kinderen niet belast met nóg een trauma en komt de aandacht van de ouders meteen op het verbeteren van de relatie te liggen: daar waar het grote probleem zit. Misschien een wetsaanpassing voor dit geval van alcohol?

Het antwoord op de vraag in de titel van dit artikel: *Wat heeft de mens in de jeugdzorg nodig? Menselijkheid!* En dit geldt zowel voor de cliënt als voor de hulpverlener. ❀

Bij dit artikel hoort een digitale reader met artikelen die dieper op verschillende onderwerpen ingaat, plus de literatuurlijst van dit artikel. Het is te downloaden op:

