

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Stilstaan, hollen of hinkelen

Gezinstherapie als onderdeel van een klinische behandeling voor adolescenten

Charlotte
Boonstra
*Charlotte
Boonstra¹ is
psychotherapeut/
gezinstherapeut
op de jeugdafdeling
van Psycho-
therapeutisch
Centrum de
Viersprong*

Samenvatting In dit artikel wordt beschreven hoe gezinnen worden betrokken bij de behandeling van hun kind dat opgenomen is op de jeugdafdeling van het psychotherapeutisch centrum de Viersprong en hoe het dikwijls vastgelopen separatie- en individuatieproces tussen ouders en kind nieuwe impulsen wordt gegeven. De betrokken gezinnen zijn zeer verschillend qua levensfase, interactie- en hechtingspatronen. Mede gesteund door de ideeën van Stierlin over de verschillende interactiemodi en delegatie tussen ouders en kind, worden een drietal gezinstypen onderscheiden. Dat kan een leidraad bieden voor de inhoud en het tempo van de gezinstherapie.

INLEIDING

De jeugdafdeling van de Viersprong biedt een klinische psychotherapeutische behandeling aan jongeren van veertien tot negentien jaar bij wie er sprake is van een stagnatie in de identiteitsontwikkeling en een dreigende persoonlijkheidsstoornis. Deze jongeren zijn op vele terreinen vastgelopen, zoals op school en in hun relatie met hun familie en leeftijdgenoten.

Een klinische behandeling van een jaar (maximaal) voor een jongere in deze leeftijdsfase is een ingrijpende zaak, te meer daar het separatie- en individuatieproces behorende bij deze leeftijdsfase zich in de eerste plaats thuis tussen ouders en kind afspeelt. Het is evident dat het gezin van herkomst een plaats in de behandeling krijgt, de vraag is echter: hoe en wanneer?

¹ Correspondentieadres: A.C. Boonstra, Mathenesserlaan 232,
3021 HN Rotterdam.

ADOLESCENTEN

STILSTAAN,
HOLLEN OF
HINKELLEN

De adolescentiefase is een overgangsfase, de overgang van kind naar volwassene. Er dienen zich veel veranderingen aan, op biologisch, cognitief en emotioneel-sociaal niveau. Deze veranderingen kunnen verrassingen met zich meebrengen, maar ook spanningen en conflicten. Als de directe omgeving, ouders of andere gezinsleden grote moeite hebben met deze overgang of zelfs baat hebben bij het voortbestaan van de bestaande situatie, zal het nieuwe gedrag afgekeurd worden en zal een overgang naar een volgende fase in de gezinslevenscyclus stagneren (Carter & McGoldrick, 1980; Ploegmakers-Burg, 1988). Deze stagnatie kan leiden tot symptoomvorming op gezins- of individueel niveau. Anderzijds wil de omgeving soms meer veranderingen dan een jongere aandurft of aan kan en dit kan evenzeer leiden tot spanningen en angsten. Kortom, het losmakingsproces is een interactioneel proces. Stierlin spreekt in dit verband van centripetale, naar binnen gerichte, en centrifugale, naar buiten gerichte, krachten tussen ouders en kind. Bij een normale ontwikkeling van een kind overheersen aanvankelijk de centripetale krachten. In de loop der jaren wordt de invloed van de centrifugale krachten groter en gaat het kind zich steeds onafhankelijker van de ouders opstellen. Problemen ontstaan er als de naar binnen gerichte krachten blijven overheersen en het individuatieproces stagneert. Bijvoorbeeld als een meisje van vijftien jaar veelal thuis zit, niet meer naar school durft en behalve haar moeder nauwelijks vriendinnen heeft. Anderzijds, als een jongere zich nauwelijks verbonden voelt met zijn ouders en zich niets meer door hen laat zeggen, overheersen de centrifugale krachten en worden het kind maar ook de ouders bedreigd in hun verbondenheidsgevoel. Als de gezinsleden niet in staat zijn zich van elkaar af te grenzen en zichzelf te bepalen, spreekt Stierlin van *unterindividuation* maar als zij zich daarentegen terugtrekken in afwerende, geïsoleerde posities dan spreekt hij van *überindividuation*. De adolescent wordt een volwassene doordat hij zich losmaakt van zijn gezinsbanden op zo'n manier dat hij zich vrij en ook verbonden weet. Stierlin (1981) spreekt van *related individuation*.

Naast de bindende en uitstotende krachten, is delegatie een belangrijk begrip in de theorie van Stierlin. Hij meent dat kinderen in de loop van hun leven bepaalde levensopdrachten van hun ouders meekrijgen om te vervullen. De ouders stellen hiermee vertrouwen in het kind en er ontstaat een gevoel belangrijk te zijn. Naarmate de leeftijd toeneemt, zal het kind zich steeds zelf-

CHARLOTTE
BOONSTRA

standiger voelen in het uitvoeren van deze opdrachten. Hoewel deze delegaties de onderlinge band tussen ouders en kind kunnen versterken, gaat het mis als de opdrachten niet in overeenstemming zijn met de capaciteiten van het kind, of als ouders verschillende opdrachten geven die met elkaar in strijd zijn en leiden tot loyaliteitsconflicten. Zij creëren een sfeer van geheimen en maken dat het verboden is om te weten maar ook om te vergeten. Een gevolg kan zijn dat een kind zich niet durft te separeren en zich daarover woedend maar ook schuldig voelt. Voor separatie is afstand en differentiatie nodig. Als deze ruimte thuis niet genomen mag worden, kan er een stagnatie van de identiteitsontwikkeling ontstaan en van daaruit pathologie.

Behalve tegenstrijdige opdrachten en geheimen hebben kinderen soms het idee dat zij het huwelijk van hun ouders moeten redden of zelfs dat hun ouders niet kunnen overleven zonder hun steun. Soms is dat reëel wanneer psychopathologie of kwetsbaarheid van ouders de oorzaak is. In geval van een niet afgeronde of problematische echtscheiding bestaat de kans dat het kind een koerier blijft tussen beide ouders of van beide ouders opdrachten krijgt die elkaar bijten, waardoor het kind in een spagaat raakt. Aandacht voor de gezinssituatie is in deze gevallen niet alleen voor de opgenomen jongere noodzakelijk maar ook voor broertjes en zusjes, aangezien te verwachten valt dat een dergelijke huwelijkse last anders naar andere, veelal jongere schouders zal verschuiven.

Met de puberteit komen de eerste tekenen van seksualiteit binnen het subsysteem van de kinderen en begint de affectieve terugtrekking van de ouders. De adolescent kan met zijn ontwikkeling de ouders confronteren met hun grenzen, hun ouder worden, hun verminderde seksualiteit en vitaliteit (Stierlin, 1981). Naast alle veranderingen die ouders bij hun kinderen bemerken, moeten zij onder ogen zien dat zij zelf geleidelijk aan een fase ingaan zonder kinderen in huis, wat weer consequenties heeft voor hun echtelijke relatie en de wijze waarop zij hun leven inrichten. Jongeren hebben dikwijls fantasieën maar soms ook angsten over de toekomst van hun ouders.

Stagnaties in het separatie-individueelproces kunnen zich vertalen in psychopathologie zoals angsten, somberheid en gedragsproblemen. Een jongere die wordt aangemeld voor een klinische behandeling op de jeugdafdeling van de Viersprong heeft eigenlijk altijd problemen op drie belangrijke gebieden, namelijk gezin van herkomst, school en contacten met leeftijdgenoten. De problemen worden individueel geduid maar de wederkerigheid klinkt er bijna altijd doorheen als ouders zeggen 'Wij

redden het niet meer', 'Wij kunnen het niet meer', 'Zij luistert niet meer naar ons' en 'Zij moet eruit, doen jullie het maar'. Deze verstrengeling van individuele pathologie en de reacties daarop is de focus van de behandeling; soms zijn het persoonsgebonden problemen die een heel gezin uitputten en gek maken, een andere keer is er sprake van systeemproblematiek die individuele problematiek is geworden of als zodanig ingepakt is.

Binnen het behandelprogramma op de Viersprong heeft de omgang met leeftijdgenoten en school een belangrijke plek. Temidden van veertig leeftijdgenoten heeft de jongere volop de gelegenheid om andere corrigerende ervaringen op te doen. Ook school is prominent aanwezig. Dagelijks gaan alle jongeren van 8.30 tot 12.00 uur naar een dependance van de RMPI-school (Rotterdams Medisch Orthopedisch Instituut) die op het terrein van de Viersprong staat. Te laat komen en spijbelen hebben direct consequenties. Dat zijn harde noten voor jongeren die soms al maanden of jaren verzaken naar school te gaan. Maar ook zaken als faalangst, perfectionisme en concentratiestoornissen krijgen aandacht. Jongeren voor wie het belangrijker is werkervaring op te doen of die hun diploma al op zak hebben, krijgen hulp bij het vinden van een geschikte stageplek.

STILSTAAN,
HOLLEN OF
HINKELN

DOEL EN WERKWIJZE VAN EEN GEZINSINTAKE

Op de jeugdafdeling van de Viersprong wordt van meet af aan het gezin bij een eventuele opname betrokken. Er vindt op één en dezelfde dag een individuele en een gezinsintake plaats waarbij alle gezinsleden worden uitgenodigd. Dikwijls komen alle gezinsleden, want juist ten tijde van de aanmelding staat het water hen tot de lippen en zijn ouders gemotiveerd voor een opname of een behandeladvies.

De gezinsintake is vóór alles een kennismaking met de gezinsleden en de gezinssfeer. Er kan een inschatting gemaakt worden in hoeverre je als therapeut mag binnenkomen. Aangezien dit mede bepaald wordt door eerdere contacten met de hulpverlening is het goed daarnaar te informeren en na te gaan hoe de verwijzing tot stand is gekomen en of men achter de verwijzing staat. Tevens kan aan de orde komen wat er al gedaan is en wat de gezinsleden in vorige hulpverlening gemist hebben of waarin zij zich niet begrepen voelen (Berkvens, 2002).

Om een beeld te krijgen van de familiale context, zoals de grootte en de samenstelling van het gezin en de onderlinge omgang, maak ik tijdens de gezinsintake met behulp van de aan-

CHARLOTTE
BOONSTRA

wezige gezinsleden een genogram op een flap-over. Hiermee onderstreep ik, in navolging van Stierlin, de gebondenheid van de jongere aan zijn ouders en aan zijn familiecultuur. Vanuit dit genogram is het eenvoudig en aannemelijk om van de individuele jongere met zijn problemen een stap te maken naar andere familieleden en zelfs andere generaties. Ik vraag bijvoorbeeld of vader dezelfde gedragsproblemen heeft gekend toen hij zestien was, hoe zijn ouders reageerden op rebels gedrag en hoe deze problemen destijds overwonnen zijn. En of moeder, die net als haar dochter ook de oudste was, tegen dezelfde dingen aanliep als haar dochter.

Door op deze manier individuele problematiek nader uit te vragen kan zij een contextuele betekenis krijgen en wordt het ook veel aannemelijker om het gezin van herkomst een plaats te geven binnen de behandeling. Tevens levert een genogram een helder beeld op van in welke fase van de levenscyclus het gezin zich bevindt. Met behulp van een genogram kan men beter bepalen of de problemen fasegebonden zijn of dat er sprake is van een stagnatie in de overgang naar een volgende levensfase. Tevens is het een goed hulpmiddel om een inschatting te maken of het zwaartepunt van de problematiek bij de adolescent ligt of bij de ouders of dat er sprake is van chronische gezinsproblematiek (Ploegmakers-Burg, 1988).

Het is belangrijk met het gezin tot een gezamenlijke start van een eventuele klinische behandeling te komen. Ausloos (1980) meent dat een succesvolle behandeling niet mogelijk is als een instituut alleen een verbond aangaat met het gezin of de verwijzer óf alleen met de jongere. Om zich los te maken en zich te differentiëren van thuis is het voor de jongere belangrijk de toestemming en de medewerking van zijn familie te krijgen. Bovendien heeft het instituut het gezin nodig om het gedrag, de pijn en de wensen van de jongere te begrijpen. Erkenning van de gezinsleden als degenen die de situatie het best kennen, voorkomt tevens diskwalificatie van het gezin en overmoed van het instituut. Dan kan een strijd tussen instituut en gezin over 'wie is de beste' voorkomen worden.

Ook Compernelle (1981) schrijft dat het besluit tot klinische opname een gezamenlijke keuze dient te zijn van het gezin en behandelaars, omdat er anders lastige coalities kunnen ontstaan. Doordat een opname vaak een interventie is in zeer conflictueuze systemen ontstaat het risico dat de behandelaars in een coalitie met een van de partijen terechtkomen (met de ouders of met het kind) of dat er coalities in het team ontstaan.

Barbara, 16 jaar, wordt aangemeld wegens conversieklachten en ouder-kind problematiek. Sinds anderhalf jaar zijn er thuis gigantische conflicten en spanningen. Moeder heeft haar man, die was vreemdgegaan, met behulp van de kinderen het huis uitgezet maar heeft hem na drie weken, ditmaal zonder overleg met de kinderen, weer binnengelaten. Barbara, de middelste van de drie kinderen, is verschrikkelijk boos en wenst niets meer met haar vader te maken te hebben. Zij krijgt toevallen en spreekt niet meer, wat uiteindelijk tot een ziekenhuisopname leidt. De spanningen en ruzies thuis zijn verschoven van de ouders naar vader en dochter. Ziekenhuis, ouders en huisarts vragen een opname op de jeugdafdeling. Tijdens de intake kan Barbara een beetje, stotterend, praten. Zij is boos en twijfelt over opname. Enerzijds is het voor haar thuis niet meer te harden, anderzijds geeft zij zich gewonnen als zij thuis weggaat. Wij twijfelen ook; opname is meegaan in de individuele omzetting van de gezinsproblematiek, anderzijds kan opname een verdere escalatie voorkomen. In het adviesgesprek laten wij de keuze aan haar. We benadrukken dat een opname een tijdelijke opluchting kan zijn, maar dat het om een gezamenlijk probleem gaat dat alleen met medewerking van alle gezinsleden opgelost kan worden. Mocht er een opname plaatsvinden dan is een gezinstherapie noodzakelijk. Het gezin kiest uiteindelijk voor opname gecombineerd met gezinstherapie.

STILSTAAN,
HOLLEN OF
HINKELLEN

De intakeprocedure wordt afgesloten met een adviesgesprek met ouders en jongere waarin een gezamenlijke analyse en visie rond het probleem geformuleerd wordt. In geval van het advies en besluit tot opname wordt zowel aan de ouders als ook aan de jongere gevraagd een motivatiebrief te schrijven waarmee ze allen hun betrokkenheid vastleggen. Tevens krijgen zij een rondleiding in het therapiegebouw en woonhuis.

GEZINSINTERACTIES EN GEZINSPROBLEMATIEK

Tot zover vindt alles plaats aan de voordeur van de Viersprong. Ik ga nu verder in op hoe wij de gezinnen van de bij ons aangemelde patiënten bij de behandeling betrekken en welke overeenkomsten en verschillen in interactiepatronen te herkennen zijn. De systemen zijn als volgt te typeren.

1. Starre gezinnen waar isolement overheerst
2. Chaotische gezinnen waar uitstoting dreigt

3. Gezinnen waar sprake is van hechte maar tegenstrijdige betrokkenheid

CHARLOTTE
BOONSTRA

Een soortgelijke typering gebruikte Schroots (2002) als hulpmiddel voor de 'timing' van gezinsgesprekken bij jongvolwassenen in deeltijdbehandeling.

1. Het starre gezinstype

Jongeren die in een isolement zijn geraakt, komen dikwijls uit heel hechte gezinnen waarbinnen de naar binnen gerichte, centripetale krachten overheersen. Karakteristieken op individueel en gezinsniveau zijn de volgende.

- In deze gezinnen lijkt de tijd stil te staan (Ausloos, 1999). Verleden en heden worden verward. Er is geen besef van toekomst en er is vrees voor verandering.
- De jongere heeft nauwelijks omgang met leeftijdgenoten, gaat dikwijls niet (meer) naar school, komt het huis niet meer uit en zit hele dagen voor de tv of de computer.
- Op As I (DSM IV) overheersen angstklachten, stemmingsstoornissen, eetstoornissen en (psycho)somatische klachten.
- Er dreigt een persoonlijkheidsstoornis met kenmerken uit cluster C (afhankelijk, ontwijkend).
- Er is meestal sprake van een zeer hechte band met ouders (dikwijls moeder). Als verklaring voor de hechte band worden dikwijls kindgebonden redenen genoemd, zoals langdurig of ernstig ziek zijn, pesterijen op school, angst voor school en gebrek aan sociale contacten. Maar ook zijn er dikwijls andere, interactionele aanknopingspunten. Zo kan rond geboorte of kleutertijd van patiënt een dierbaar familielid zijn overleden of heeft een ander ingrijpend gemis plaatsgevonden, zoals verlies van werk of een miskraam. Ouders bevestigen dat dit kind een troost voor hen was en zij zijn zich extra op het jonge kind gaan richten, wat door de jaren heen geleid heeft tot een zeer hechte band.
- Conflicten worden vermeden.
- Er is sprake van stagnatie in de identiteitsontwikkeling. Er zit geen voortgang in het proces van separatie en individuatie.
- Het betreft dikwijls oudste kinderen. Dit wijst erop dat niet alleen de ontwikkeling van de patiënt stagneert maar dat het gezin moeite heeft met de overgang naar een volgende fase.
- De jongeren binnen deze groep zijn dikwijls onze oudste patiënten, van zeventien tot negentien jaar. Een verklaring hiervoor kan zijn dat juist in deze hechte gezinnen eerst al het

andere wordt geprobeerd voordat een klinische opname wordt overwogen. Bij aanmelding zien wij wanhopige, moegestreden ouders en een angstige, bedeesde patiënt. Een klinische behandeling wordt dan een springplank naar de buitenwereld en een rigoureuze manier van uit huis gaan.

STILSTAAN,
HOLLEN OF
HINKELLEN

Deze 'hechte' gezinnen zijn betrokken en komen graag. Bij het intakegesprek komen zij op tijd en voltallig. Ze maken het de therapeut wat dat betreft niet moeilijk. Toch is mijn ervaring dat er bij deze gezinnen veel werk aan de voordeur vereist is. Men is zeer angstig en er heerst veel aarzeling om de behandeling te beginnen. Een opname van een van de gezinsleden wordt als een crisis ervaren. Het is wijselijk de risico's van de behandeling, zoals de losmaking en de te verwachten heimwee, te voorspellen en te bespreken. Het is belangrijk met het gezin te bespreken hoe zij zullen en kunnen reageren als hun kind van de Viersprong wegloopt naar huis. Circulaire vragen als 'wie zal er het meeste last van heimwee krijgen, moeder, vader, patiënte of zus' of 'hoe zal vader, moeder reageren als dochter de behandeling wil staken', kunnen het gezin helpen een gezamenlijke strategie te ontwikkelen en zelf oplossingen te vinden voor te verwachten moeilijke momenten. Hiermee wordt tevens een besef van toekomst binnengesmokkeld.

Gedurende de behandeling wordt met het gezin de losmaking gevolgd en wordt geprobeerd het tempo van thuis en de individuele behandeling op elkaar af te stemmen. De vrees voor verandering zal in deze gezinnen ook fantasieën over de toekomst blokkeren. Het is een taak voor de therapeut om in deze gezinnen het toekomstperspectief binnen te halen. Een flink aantal jongeren, zeker die al wat ouder zijn, gaat na hun klinische behandeling op zichzelf wonen. In deze gevallen is de opname feitelijk een abrupt en vervroegd uit huis gaan.

Binnen deze groep van starre gezinnen zie ik op de Viersprong een subgroep, vooral meisjes, van zeer christelijke huize (misschien valt dit toe te schrijven aan de ligging van de Viersprong, zo dicht bij Zeeland en de Zuid-Hollandse eilanden). De psychopathologie waarmee zij zich aanmelden is divers - stemmingsstoornissen, eetproblemen, dwanghandelingen - maar steeds broeit onder de symptomen de rebellie, de behoefte tot separatie en individuatie. Het onderliggende conflict lijkt te zijn dat deze jongeren zich meer, of op een andere manier, dan hun broers of zussen willen losmaken. Tegelijkertijd hebben ze last van de

CHARLOTTE
BOONSTRA

afstand die dat geeft naar de ouders, het ouderlijk huis en de ouderlijke normen en waarden, hetgeen leidt tot veel schuldgevoelens en bedekte woede. Deze meiden durven of mogen te weinig ruimte claimen voor hun eigen ontwikkeling en de onrust, onvrede en rebellie buigt om in pathologie. Voor hen en hun familie is het minder bedreigend om een depressief of een onhandelbaar kind te zijn of te hebben dan het gevecht over bijvoorbeeld het geloof of andere aspecten van de gezinscultuur aan te gaan. Dat de rebellie bij meisjes meer dan bij jongens gemedicaliseerd en gepsychiatriseerd wordt, heeft zeker te maken met het gegeven dat rebellie bij jongens meer geaccepteerd wordt.

In deze gezinnen is het gebruik van het genogram heilzaam. Het plaatst gebeurtenissen in een meer-generatie-perspectief en geeft daarmee een verklaring voor de herhaling van gezinspatronen en voorkomt dat gezinsleden zich onnodig schuldig gaan voelen, wat in streng kerkelijke gezinnen al een opgave op zich is.

2. Het chaotische en uitstotende gezinstype

De tweede groep wordt gekenmerkt door chaos, conflicten en naar buiten gerichte, centrifugale krachten. Geen lieve vrede maar kabaal. Kenmerken van deze groep zijn de volgende.

- Snelle opeenvolging van veranderingen. Toekomst en verleden worden geregeerd door de gekte van het moment.
- Ouders rapporteren vooral wanhoop, woede, krenking. Ze zijn ten einde raad.
- Ouders zeggen vaak hardop ‘we doen het zo niet langer’ en hopen of eisen van het instituut een behandeling en een genezing van hun kind.
- Er is sprake van een uitstotingsproces: ouders staan soms op het punt om een onder toezichtstelling (OTS) aan de vragen.
- Op As I (DSM IV) zijn er merendeels gedragsproblemen zoals agressieve uitbarstingen, nachten wegblijven, blowen, alcoholmisbruik, heibel met leraren en van school afgestuurd zijn. Op As II overheersen persoonlijkheidskenmerken uit cluster B (anti-sociaal, border-line of narcistisch).
- De jongeren noemen als klachten vooral de conflicten die zij met iedereen hebben.
- De adolescenten die zich aanmelden voor een psychotherapeutische behandeling onderkennen de last die zij hebben van hun klachten en conflicten, ze willen daarvoor behandeling en onderscheiden zich hiermee van de jongeren die de conflicten en klachten geheel buiten zichzelf plaatsen.

- Er is dikwijls een gespannen verhouding met de hulpverlening. Enerzijds hebben de ouders of het gezin naar hun idee al dikwijls tevergeefs hulp ingeroepen of voelen zij zich tot nu toe onvoldoende geholpen en zouden zij er liever nooit meer mee te maken willen hebben, anderzijds blijven zij hulp vragen (eisen).

STILSTAAN,
HOLLEN OF
HINKELLEN

De vanzelfsprekendheid dat een gezin uit deze tweede groep zal meekomen bij een gezinsintake is veel minder groot. Soms is er nauwelijks sprake van een gezinssituatie omdat de contacten verbroken zijn en de jongere in een inrichting, crisisopvang of een (tijdelijk) pleeggezin woont. Direct bij aanvang, nadat de uitnodiging voor de systeemintake is ontvangen, kan er al getelefoneerd worden: 'Ik wil niemand meenemen of er is niemand om mee te nemen', etc. Toch volstaan wij nooit met louter een individuele intake, alleen al omdat de patiënt dikwijls minderjarig is en omdat er een (stabiel) thuisadres nodig is voor de behandeling. Tijdens de intake en het adviesgesprek is het juist in deze gezinnen belangrijk een samenwerkingsovereenkomst te maken. Daarbij helpt ook de motivatiebrief die de ouders moeten schrijven.

Maar ook in gezinnen die de indruk geven liever nooit meer iets te maken te willen hebben met hun zoon of dochter, loont het toch dikwijls de moeite het gezin bij de behandeling te betrekken. Wel is het lastiger om zowel de patiënt als zijn gezin te motiveren. Afspraken zijn moeilijker te maken en als de ene partij wil komen, zegt de andere partij soms af.

De ouders van Inez, 17 jaar, zijn vijf jaar geleden gescheiden. Van jongs af aan had Inez een heel hechte band met haar vader, zij was zijn prinsesje. Bij haar moeder kon zij minder terecht, ook al omdat haar moeder wegens een drankverslaving vaak onder invloed of opgenomen was. Inez heeft na de scheiding enkele jaren in pleeggezinnen en bij haar vader gewoond. De relatie tussen Inez en haar vader, nieuwe stiefmoeder, stiefbroer en zus wordt steeds problematischer en op haar vijftiende wordt zij het huis 'uitgegooid' en gaat ze samenwonen met haar vriend. Met vader en zijn nieuwe gezin is geen contact meer. Het samenwonen verloopt moeizaam en haar vriend wordt steeds gewelddadiger. Inez verbreekt de relatie en gaat bij moeder en haar nieuwe echtgenoot wonen en zoekt hulp. Als ambulante hulp ontoereikend blijkt, meldt zij zich aan voor een klinische behandeling op de jeugdafdeling van de Viersprong. De gezinsintake en de eerste gezinscontacten zijn met moeder en haar echtgenoot en binnen de

gezinsgesprekken is er voorzichtig aandacht voor het verleden. Hoewel Inez haar vader erg mist, is het voor haar volstrekt ondenkbaar dat vader bij de behandeling zou worden betrokken en zij vindt het vervelend dat ik steeds begin over wanneer wij haar vader moeten uitnodigen. Echter, na een ansichtkaartje van vader en veel voorwerk vol emoties binnen de individuele en groepstherapie, wil Inez haar vader toch uitnodigen voor een gesprek en ze gaat akkoord met vaders eis dat zijn nieuwe vrouw ook meekomt. De afspraak wordt twee keer verzet en op de bewuste dag belt vader dat de file te lang is en hij en zijn vrouw weer zijn teruggegaan naar huis. Inez is woedend en in zak en as. Ik laat haar uitzagen en verdrietig zijn, maar zij is toch blij als ik een nieuwe afspraak regel. Er vinden uiteindelijk enkele gesprekken plaats en het contact wordt weer enigszins hersteld.

CHARLOTTE
BOONSTRA

Bij deze gezinnen kan men zich als therapeut minder missers veroorloven. Het vergt dikwijls veel moeite om een werkrelatie met het gezin op te bouwen en een keer afwezig zijn door ziekte of een verkeerde opmerking blijft zelden zonder gevolgen. De opname wordt door deze gezinnen vaak als een opluchting ervaren. En ook de jongeren zijn inventief in het vermijden van thuis, bijvoorbeeld door in weekenden louter met medepatiënten naar huis te gaan. Daarom is het verstandig om alert te zijn op het contact met het gezin en actief gezinsgesprekken te plannen. De positie van de gezinstherapeut die de 'gehate' ouders in de behandeling betreft, is kwetsbaar. Een goede voorbereiding met de jongere en het behandelteam is zeker binnen deze groep nodig om tot een goed resultaat te komen.

Een klinische, veelomvattende behandeling biedt als voordeel dat niet alle veranderingen binnen de gezinstherapie gerealiseerd hoeven te worden. Als strijd, agressie en toenemende spanning tussen ouders en patiënt een belangrijke reden voor opname zijn, kan de opname als een time-out dienen en ruimte scheppen om te reflecteren over de thuissituatie. In deze chaotische gezinnen is het belangrijk de tijd af te remmen en het gezin te begeleiden naar kleine maar blijvende veranderingen. De gezinsgesprekken, gevoerd op vreemde grond met een buitenstaander, bieden ruimte om de woede en het verdriet over het mislukken van de opvoeding te ventileren. Een van de doelen is met de gezinsleden uit te zoeken hoe ze de onderlinge irritatie kunnen verminderen en elkaar niet zo op de huid kunnen zitten. Ook is het in deze gezinnen belangrijk de ouders te ondersteunen in het duidelijk stellen van regels en grenzen.

STILSTAAN,
HOLLEN OF
HINKELLEN

De heer A. komt samen met zijn vrouw de kamer binnen voor een gezinsgesprek. Zijn zestienjarige dochter Nancy zit in de verste hoek van de kamer, weggedoken onder haar pet. Hij bijt haar toe dat hij contact gehad heeft met zijn advocaat en de notaris en zwaait met de papieren. Hij wijst naar zijn dochter en schreeuwt: 'Dat jong komt er bij ons niet meer in, mijn vrouw en ik zijn kapot en lopen op de toppen van onze zenuwen'. Er wordt over en weer geraasd, getierd en bedreigd en hoewel het vrijdagmiddag is, is het mij niet duidelijk of Nancy nu wel of niet het weekend mee naar huis gaat. Ik vraag het de ouders en vader zegt dan dreigend tegen zijn dochter: 'Als je het wilt, mag je het nog een keer proberen, maar dan wel volgens onze regels'. Dochter knikt aarzelend ja. Ik pak een groot vel papier en vraag Nancy haar weekendplannen per dag op te schrijven en bij alle plannen bij haar ouders te checken of zij akkoord gaan. Onder mijn leiding wordt er onderhandeld over regels die zij zo vaag houden dat ik moet aansporen tot ferme, heldere regels. Als er na een half uur een goed plan ligt, is de sfeer aanmerkelijk verbeterd en lijkt ik de enige die zich nog druk maakt over het slagen van het weekend. Er worden herinneringen van vroeger opgehaald, zoals de voetbalwedstrijden waar vader en dochter samen heen gingen, en dan schiet vader met dezelfde heftigheid vol: 'Hoe is het mogelijk, mijn dochter met wie ik mij zo verbonden voelde en die nu zo onbereikbaar is voor mij'.

Met vallen en opstaan, met mislukte, gedeeltelijk mislukte en supergezellige weekenden werken wij toe naar 'toch weer naar huis gaan' na de afronding van de klinische behandeling, terwijl dochter zich opmaakt om, als zij 17 jaar oud is, naar de landmacht te gaan.

3. Gezinnen met een hechte maar tegenstrijdige betrokkenheid

Kenmerken van de derde groep, gezinnen met een hechte maar tegenstrijdige betrokkenheid, zijn de volgende.

- Een nadruk op prestaties of strenge normen.
- Een niet afgeronde echtscheiding of getouwtrek tussen ouders.
- Weggaan is even moeilijk of gemakkelijk als terugkomen. Te vergelijken met elastiek, alsof er een chronisch conflict is tussen uitsturen en terughalen (Schroots, 2002).

- De psychopathologie waarmee de jongeren in deze groep zijn opgenomen, is heel divers: stemmingstoornissen, automutilatie, eetstoornissen, angst- en dwangklachten. Er dreigt zich dikwijls een persoonlijkheidsstoornis te ontwikkelen met kenmerken uit de clusters B en C.
- De pathologie is dikwijls een *acting-out*, een naar buiten in scène zetten wat binnen niet gezegd kan worden (Ausloos, 1999).
- In het bijzijn van de ouders zijn de jongeren zenuwachtig en stil terwijl zij tegen hun groepsgenoten of individuele therapeut vertellen over hun knellende band met hun ouders.

CHARLOTTE
BOONSTRA

Een doel in de behandeling is verstrengelde loyaliteiten jegens ouders en gezinscultuur te ontwarren en verzwegen ambities of verwachtingen van ouders jegens hun kinderen bloot te leggen. Deze verwachtingen, bijvoorbeeld ten aanzien van schoolprestaties, beroepskeuze en vrienden, kunnen goed opgespoord worden met behulp van circulaire vragen, in de trant van 'Wat denk je dat je vader het liefst zou willen dat je broer zou worden?' en 'Denk je dat je broer gelijk heeft als hij meent dat je vader het vervelend vindt dat hij van het vwo naar de havo is gegaan?'.

Dikwijls lukt het eerder om met de therapeut of anderen over ambivalente gevoelens te praten dan deze gevoelens te uiten tegenover de persoon op wie ze betrekking hebben. Als dit uiteindelijk toch lukt, is dit veel heilzamer en wordt het mogelijk de druk van loyaliteit en legaat te verminderen (Onderwaater, 1995). Binnen de gezinstherapie, juist in deze groep, probeer ik daarom steeds ruimte te creëren en gezinsleden zo veel mogelijk te ondersteunen en te prikkelen om zich rechtstreeks te uiten tegen de desbetreffende persoon. Het doel is dat het kind toestemming krijgt om zijn ouders meer los te laten en zich verantwoordelijk mag voelen voor zijn eigen leven in plaats van dat van anderen.

Marijke, 18 jaar, wil na de echtscheiding van haar ouders per se mee verhuizen met haar moeder, een psychiatrische patiënt, terwijl haar broer bij vader blijft in het ouderlijk huis. Ik weet dat Marijke wel fantaseert over op kamers wonen maar dat zij zich zorgen maakt over haar moeder. Tijdens verschillende bijeenkomsten vraag ik de gezinsleden of zij denken dat moeder het redt als dochter elders gaat wonen en studeren en hoe moeder dat zal klaarspelen. Uiteindelijk vraag ik moeder ten overstaan van de andere gezinsleden haar dochter expliciet toestemming te geven haar eigen weg te gaan.

Het is de taak van de therapeut om ruimte te creëren en gezinsleden zoveel mogelijk te ondersteunen en te prikkelen zich rechtstreeks te uiten tegen de desbetreffende persoon. Hierbij moet de therapeut de moed hebben het onzegbare hardop te zeggen.

Voor de opgenomen jongere is het dikwijls heel spannend en ongewoon om zich uit te spreken. Dit vereist veel ondersteuning en voorwerk. In een klinische setting kan dat heel goed gedaan worden in andere therapievormen met andere therapeuten en met groepsgenoten. Ik stimuleer een jongere om als ondersteuning een brief of een werkstuk mee te nemen. Of ik betrek er een collega-therapeut bij die zich dan in de eerste plaats bekommert om de jongere zelf, terwijl ik mij in het gesprek richt op de dynamiek van het gezin.

STILSTAAN,
HOLLEN OF
HINKELN

Erik, 15 jaar, zes weken opgenomen, heeft de volgende evaluatie opgeschreven en voorgelezen in zijn groep.

'Ik ben hier gekomen omdat ik depressief ben. Daarnaast beschadigde ik mijzelf bijna dagelijks. Ongeveer anderhalf jaar geleden is dit begonnen. Toen ik zes jaar was, zijn mijn ouders gescheiden. Ik woon bij mijn moeder samen met mijn zus. Mijn vader heb ik na mijn twaalfde niet meer gezien en ik heb ook niets van hem gehoord. Eigenlijk wilde ik er niet voor kiezen mijn vader niet meer te zien maar dat heb ik gedaan omdat ik mijn moeder wil beschermen omdat zij er helemaal alleen voorstond en toch tegen iemand moest aanpraten over haar problemen. Ik nam het voor haar op tegenover mijn zus, vader en de rest van de familie. Ik voel mij ook vaak schuldig over dingen waar ik niks aan kan doen zoals het feit dat mijn zus door mijn vader werd achtergesteld. Ik weet niet of dit de oorzaak is van mijn depressie en zelfbeschadiging maar het is wel een belangrijk onderdeel. Ook heb ik problemen gehad met eten. Ik had last van vreetbuien en moest daarna braken. Dit heb ik nu wel onder controle, althans ik braak niet meer. Wel denk ik slecht over mijzelf en voel ik mij depressief.'

Al tijdens de eerste vier weken op de Viersprong schrijft Erik zijn vader een brief, maar hij durft dit zijn moeder niet te zeggen. Op aandringen van groepsleden leest hij in één van de gezinsgesprekken bovenstaande evaluatie voor aan zijn moeder en zus en durft hij zijn verlangen naar contact met vader te bespreken en vorm te geven.

Een klinische opname kan in Erik's geval dienen als vrijplaats voor separatie. Maar als dat geen inbedding heeft, bestaat het risico dat er nog meer schuldgevoelens en symptomen ontstaan. Na een jaar behandeling wordt thuiskomen dan onmogelijk.

CHARLOTTE
BOONSTRA

TOT BESLUIT

Als wij jongeren een klinische therapeutische behandeling aanbieden, is dat omdat zij, hun ouders en hun verwijzers dikwijls unaniem van mening zijn dat een opname de enige uitweg is in hun vastgelopen situatie. Een behandeling in een therapeutische gemeenschap biedt door de intensieve, multidimensionele aanpak veel kansen voor persoonlijke groei en genezing, maar er kleven ook nadelen aan. Eén van de gevaren is dat de behandeling zich afspeelt buiten de habitat van de adolescent, terwijl juist in de adolescentiefase tussen ouders en adolescent essentiële losmakingsprocessen plaatsvinden. Het is daarom uiterst belangrijk de vaak vastgelopen separatie en individuatie tussen ouders en kind zorgvuldig te volgen en nieuwe impulsen te geven en het interactionele aspect te benadrukken.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition). Washington DC: American Psychiatric Association Press.
- Ausloos, G. (1980). *Family therapy and the institution*. Paper/voordracht te Genève.
- Ausloos, G. (1999). *De competentie van families*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Berkvens, E. & Robbe, M. (2002). De waarde van gezinsdiagnostiek in de kinder- en jeugdpsychiatrie. *Systeemtherapie*, 14, 3.
- Carter, B. & McGoldrick, M. (1989). *The Changing Family Life Cycle*. New York.
- Compennolle, T. (1993). De rollen van een gezinstherapeut in een kinder- en jeugd-kliniek. *Systeemtherapie*, 5, 2.
- Onderwaater, A. (1995). *De onverbreekelijke band tussen ouders en kind*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ploegmakers-Burg, M. (1988). *De adolescentiefase: de ontwikkeling van de adolescent binnen de levenscyclus van het gezin. Psychotherapie met adolescenten*. Van Loghum Slaterus.
- Schroots, E. (2002). Over timing van gezinsgesprekken bij jongvolwassenen in deeltijdbehandeling. *Systeemtherapie*, 14, 1.
- Stierlin, H. (1981). *Separating Parents and Adolescents*. New York: Jason Aronson.
- Stierlin, H. (1989). *Unlocking the family door. A systemic approach to the understanding and treatment of Anorexia Nervosa*.