

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

Adviseren in de kinder- en jeugdpsychiatrie

Van lineaire naar circulaire causaliteit

Jan Meerdinkveldboom

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor kinderen en jeugdigen wordt regelmatig geconfronteerd met moeilijke problematiek waarbij ook na een eerste intakegesprek geen duidelijkheid is over de diagnose, etiologie en behandelmogelijkheden. Men kan dan, in overleg met alle betrokkenen, starten met een diagnostisch traject en afsluiten met een zogenaamd adviesgesprek. In dit adviesgesprek worden de uitkomsten van de verschillende onderzoeken besproken en tracht men, samen met de hulpvragers (meestal de ouders), consensus te bereiken over de bevindingen en de consequenties die daaruit voortvloeien voor de begeleiding of de behandeling. Dit adviesgesprek speelt dus een cruciale rol in de hulpverlening. In dit artikel zet ik uiteen op welke wijze het adviesgesprek kan worden gevoerd en vergelijk ik de beschreven werkwijze met die van anderen. Afsluitend sta ik stil bij een aantal probleemsituaties waarin niet direct consensus wordt bereikt en geef ik kort enkele suggesties om die alsnog te bereiken.

Overwegingen vooraf aan het adviesgesprek

Wanneer een jeugdige met een probleem wordt aangemeld bij de ggz is daar meestal al een heel traject aan voorafgegaan. Met name als de problematiek complex is, of complex is geworden door zogenaamde secundaire processen. Als problematiek bij een kind langere tijd aanwezig is, kan dit secundair invloed hebben op de gezinsinteracties. Ouders kunnen onzeker worden over hun pedagogische benadering van hun kind omdat deze benadering niets lijkt te veranderen. Ook kunnen zij onderling van houding verschillen. Het komt vaak voor dat de ene ouder toegeeflijker wordt dan anders ('er moet toch iets met haar aan de hand zijn') terwijl de andere juist meer geneigd is normaal gedrag te eisen ('wat zou er nou aan de hand zijn, ze moet gewoon doen wat er van haar

verwacht wordt!'). In ernstige gevallen raakt de hiërarchie in het gezin verstoord of ontstaan er conflicten tussen de ouders over hun kind. Vanzelfsprekend kunnen ook andere factoren in dit proces een versterkende rol spelen, zoals problemen op school of met leeftijdgenoten.

In de intake komt dan ook de vraag naar voren in welke mate gezinsfactoren en andere mogelijke factoren een rol hebben gespeeld en welk deel door de problematiek 'binnen' het kind wordt veroorzaakt. Hulpvragers willen vaak weten wat 'de' oorzaak is. Meestal denken zij daarbij aan kindfactoren en in lineair-causale termen: er is iets mis met mijn kind en dat is de oorzaak van de problemen.

Hulpverleners, met name degenen die met jeugdigen en hun gezinnen werken, denken eerder in termen van circulair-causale aard. Uit ervaring weten zij dat problemen bij kinderen moeilijk opgelost kunnen worden als de ouders niet betrokken zijn, de interacties in het gezin niet normaliseren en de ouders niet met elkaar samenwerken.

Naast de inhoudelijke presentatie van de onderzoeksgegevens wordt tijdens een adviesgesprek ook een antwoord gegeven op de vraag welke kind- en welke gezinsfactoren op welke wijze een rol hebben gespeeld. Bij het geven van deze informatie moet rekening gehouden worden met het verschil in denken tussen hulpvragers en hulpverleners. Het adviesgesprek is vaak een spannende en soms ook emotionele gebeurtenis voor de hulpvragers, omdat zij dan, soms eindelijk, te horen krijgen wat er aan de hand is, wat eraan gedaan kan worden en wat de prognose is. Dit alles maakt een adviesgesprek zowel maatwerk als een technisch moeilijk karwei.

Doelstelling van het adviesgesprek

Het uiteindelijke doel van het adviesgesprek is om samen met de hulpvragers te komen tot een gedeelde visie op de problematiek en de daarbij passende hulp.

Op inhoudelijk niveau, en daarmee begint het gesprek, geeft men informatie over de uitkomsten van de verrichte onderzoeken, de betekenis ervan en de aard van de gevonden stoornis (of problematiek). Verder bespreekt men de wordingsgeschiedenis in breed perspectief, met aandacht voor alle mogelijke factoren die hebben kunnen bijdragen. Als laatste bespreekt men de behandelmogelijkheden en -onmogelijkheden en de vermoedelijke prognose.

Op betrekkingniveau is het doel te komen tot een goede samenwerking met vooral de ouders volgens het principe 'zonder ouders geen succesvolle behandeling van de jeugdige'. Wanneer er over de bovengenoemde aspecten overeenstemming tussen de behandelaar en de

ouders tot stand komt, zal hun kind met de behandeling weinig moeite hebben. Zo niet, dan zal het zelden lukken het kind een adequate behandeling te geven. Als de overeenstemming bereikt is, kunnen vervolgens het behandelplan en de behandelovereenkomst opgesteld worden. Het betrekken van de ouders bij de behandeling is vanzelfsprekend alleen mogelijk als zij, met behulp van de voorgaande onderzoeksactiviteiten, en nog eens bevestigd door het adviesgesprek, begrijpen en erkennen welke rol zij – vaak ongemerkt en ongewild – zijn gaan spelen rond de problematiek van hun kind.

In het adviesgesprek vervult de behandelaar twee rollen (Van Oenen, Cornelis, & Bernardt, 2012). Een rol is die van de expert die, onder andere, in begrijpelijke termen de stoornis of de problematiek in engere zin beschrijft en toelicht. De andere rol is die van de consulent, die de aangeelde patiënt en diens gezinsleden (in dit kader meestal de ouders) bijstaat rond de vraag wat er nu met deze constatering kan en moet gebeuren. Van het grootste belang is – dat kan niet genoeg benadrukt worden – dat met alle betrokkenen consensus wordt bereikt over de drie belangrijkste aspecten: wat is er aan de hand, welke factoren hebben welke rol gespeeld (hoe is het zo gekomen) en wat kan en moet eraan gedaan worden?

Wie doet het adviesgesprek en wie zijn erbij?

Welke ook de context is, een polikliniek, een andere ambulante setting of een (deeltijd)klinische afdeling, in de regel is een van de teamleden verantwoordelijk voor de coördinatie en het, gedeeltelijk, uitvoeren van het diagnostiekproces. Dit zal dan ook degene zijn die het adviesgesprek voert. Dit teamlid, meestal een gz-psycholoog, soms de kinder- en jeugdpsychiater, is in principe voor de hulpvragers het meest vertrouwd. Hij of zij biedt vanaf de aanmelding tot de start van de behandeling continuïteit aan de contacten tussen instelling en hulpvragers en is het meest betrokken en het beste op de hoogte.

Voor een goed verloop van het gesprek moet deze hulpverlener voldoende deskundig zijn om de onderzoeksgegevens in begrijpelijke taal adequaat over te brengen. Het is natuurlijk ook mogelijk een andere discipline in te schakelen, zoals bijvoorbeeld een kinderpsychiater bij complexe psychopathologie, een psychodiagnosticus voor specifieke uitleg over het onderzoek of een gezinstherapeut bij een ingewikkelde gezinssituatie.

De hulpverlener overlegt met de betrokkenen wie bij het adviesgesprek aanwezig zijn. In principe worden altijd de ouders uitgenodigd. In het geval van gescheiden ouders is het in de regel wenselijk (tenzij

contra-indicaties bestaan) ook de niet direct verzorgende ouder uit te nodigen. Vanzelfsprekend hangt een en ander af van de systemische constellatie. De aanwezigheid van het kind hangt zowel af van de leeftijd als van diens eigen probleeminzicht en -besef. Zo kan het zijn dat een kind van negen jaar expliciet wordt uitgenodigd en dat een jeugdige van veertien jaar in eerste instantie om strategische redenen niet bij het gesprek is. Hoewel de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) hiervoor richtlijnen kent, met name waar het jeugdigen boven de twaalf jaar betreft, kan het om tactische redenen wenselijk zijn om hier, in overleg met de ouders, deels van af te wijken. Men kan er bijvoorbeeld voor kiezen om kinderen met moeilijk gedrag in de wachtkamer te laten wachten totdat 'de grote mensen' overlegd hebben, en hun pas daarna te vertellen wat er besloten is. Deze aanpak is ook gewenst wanneer de ouders pedagogisch minder sterk zijn en hun probleemkind het adviesgesprek kan verstoren zonder dat de ouders durven op te treden. In beide gevallen wordt alvast de gezinshiërarchie versterkt.

Het kader van het adviesgesprek

De hulpverlener geeft aan het begin van het gesprek het kader duidelijk aan. Hij vertelt wat er gaat gebeuren en verzoekt iedereen om vragen te stellen als men iets niet begrijpt. De ouders, en ook het kind, worden tevens nadrukkelijk uitgenodigd om aan te geven als ze het ergens niet mee eens zijn. Nogmaals, het strategische doel is om te komen tot overeenstemming in de visie op de problematiek, en daarmee tot een goede samenwerking tussen instelling en (primair) de ouders. Soms is het noodzakelijk tevoren te informeren aan welke voorwaarden het gesprek in de ogen van de ouders zou moeten voldoen, opdat zij er zoveel mogelijk aan hebben. Maar meestal willen de betrokkenen slechts horen wat de diagnose is. Ze verwachten dat de hulpverlener primair de expertpositie inneemt, terwijl die nu juist zijn advies wil gebruiken om tot effectieve hulp te komen, hulp die gebaseerd is op consensus.

De inhoud van het adviesgesprek

Zoals hiervoor al genoemd, bestaat het adviesgesprek uit de volgende onderwerpen.

- 1 Wat is er aan de hand en hoe dient het genoemd te worden (de classificatie), wat is de betekenis ervan (de beschrijvende diagnose), wat is de

ernst van de aandoening en wat zijn de sterke kanten van het kind?
Welk gedrag van de jongere is een gevolg van de stoornis (en kan hem dus niet aangerekend worden) en welk gedrag is dat niet?

Bij Wim werd adhd vastgesteld. Maar dat hij ook doelbewust loog en pikte kon niet toegeschreven worden aan de adhd.

- 2 Vervolgens beschrijft men zo goed mogelijk op welke wijze de onderzoekers denken dat de problemen zich ontwikkeld hebben. Kortom, een inventarisatie van alle mogelijke etiologische en bijdragende factoren, inclusief die factoren die de ontwikkeling gunstig beïnvloed hebben. Daarbij verwijst men naar de ontwikkelingsgeschiedenis en naar de rol die het ontstaan van de psychopathologie daarin heeft gehad. Dit alles plaatst men in het kader van de gezinssituatie en de gezinsontwikkeling. Op deze wijze wordt duidelijk hoe en in welke mate het gezin beïnvloed is door de problematiek van het kind en hoe de gezinssituatie mogelijk de kindproblematiek heeft beïnvloed. Daarbij kan verwezen worden naar de achtergronden van de ouders, die immers mede bepalend zijn geweest voor de context en het functioneren van het huidige gezin.

Wims ouders hadden medelijden met hem omdat hij op school zo vaak werd gecorrigeerd. Daardoor verdroegen zij lang zijn regelbrekend gedrag. Deze tolerantie bleek wortels te hebben in de achtergronden van de ouders, van waaruit beiden beducht waren als te autoritair te worden ervaren door hun kinderen.

- 3 Vervolgens geeft men aan welke behandel- of begeleidingshulp in deze situatie wenselijk of noodzakelijk is. Daarbij noemt men ook alternatieve hulpvormen. Er wordt besproken wat bijvoorbeeld het effect kan zijn van een eventuele wachttijd, dus als de hulpverlening of een onderdeel daarvan niet direct voorhanden is. De betrokkenen dienen zo goed mogelijk geïnformeerd te worden over voor- en nadelen van de verschillende mogelijkheden. Ook kan uitleg gegeven worden over een gefaseerd behandelbeleid c.q. een tweesporenbeleid, nut en noodzaak van het betrekken van hulp elders of het nemen van andere maatregelen (bijvoorbeeld ten aanzien van schoolkeuze). Vanzelfsprekend moeten de adviezen gebaseerd zijn op de uitslagen van de gedane onderzoeken. Dit geldt met name als het behandeladvies als een forse interventie wordt beschouwd door de jongere en diens ouders.
- 4 Tot slot wordt aandacht besteed aan de prognose. Deze is vanzelfsprekend gerelateerd aan de aard van de problematiek, de al dan niet

gekozen behandeling en aan het eventuele succes ervan. Als er sprake is van zeer ernstige psychopathologie met een minder goede prognose, moeten hulpverleners zich ervan bewust zijn dat de betrokkenen, na het horen van de daarbij behorende termen en de uitleg ervan, zodanig in beslag kunnen worden genomen door hun emotionele reactie, dat zij een groot gedeelte ervan niet zullen horen. In dat geval moet de prognostische beschouwing worden bewaard tot een volgend gesprek. Vanzelfsprekend informeert men in het eerste of vervolgsprek naar de emotionele reactie van de betrokkenen.

Na deze uiteenzetting kan het soms wenselijk zijn vooral de oorzakelijke factoren nog eens nader te beschouwen en de gelegenheid te baat te nemen om zowel het kind als nadrukkelijk ook de ouders te ontschuldigen voor hun eventuele rol bij het ontstaan van de problematiek.

Het gespreksproces: van lineair naar (deels) circulair

Terugkerend naar de primaire doelstellingen van het adviesgesprek komen we tot de conclusie dat we in procesmatig opzicht een lijn moeten trekken, die van lineair-causaal naar (partieel) circulair gaat. Wat wordt daaronder verstaan? En hoe krijgen we dat voor elkaar? Wanneer verslag over de diagnostiek wordt gedaan, richt men zich in eerste instantie op de problemen van het kind en de moeilijkheden in diens ontwikkeling. Daarbij wordt een aantal factoren gememoreerd die aan de verstoring van de ontwikkeling hebben bijgedragen. In principe beschrijft men daarbij een lineair-causaal proces.

‘De erfelijke aanleg van uw kind heeft in dit geval de basis gelegd voor het feit dat de problematiek zich bij uw kind heeft kunnen ontwikkelen.’

‘Doordat hij zoveel gepest is op de basisschool heeft hij een slecht ontwikkeld gevoel van eigenwaarde.’

‘De dood van opa heeft haar zo somber gemaakt omdat zij zo op hem gesteld was en hij haar grote vertrouwenspersoon was.’

Wanneer het hiertoe beperkt blijft, bestaat het risico dat de betrokkenen de voor hen logische conclusie zullen trekken dat primair het kind hulp nodig heeft, omdat de problemen immers door allerlei oorzaken bij het kind zijn ontstaan. Hulpverleners kunnen er altijd van uitgaan dat de jeugdige en diens ouders geneigd zijn vanuit een lineair-causaal verband te redeneren. Maar ouders hebben als direct betrokkenen het recht om goed geïnformeerd te worden. Daarbij hoort ook dat zij bewust gemaakt

worden van de eventuele patronen en daarbij behorende rollen die in hun gezin zijn ontstaan onder invloed van de individuele problematiek van het kind. De ouders moeten, in het kader van de behandeling, gaan beseffen welke nieuwe patronen en daarbij behorende rollen moeten ontstaan om een gunstig ontwikkelingsklimaat voor hun kind te kunnen creëren. Dat kan alleen als de problematiek van het kind, naast de lineair-causale verbanden, ook verhelderd wordt in circulaire termen.

In dit gedeelte van het gesprek zal de therapeut in toenemende mate de expertpositie kunnen verlaten en overgaan naar die van consulent. De basis hiervoor wordt niet pas gelegd in het adviesgesprek, maar al in de voorafgaande onderzoeksgesprekken. De circulaire causaliteit komt aan bod bij de intake, bij een gezinsdiagnostisch gesprek, bij de probleem-anamnese en bij de ontwikkelingsanamnese. Bij de intake wordt vanzelfsprekend geïnformeerd naar wat de ouders denken dat er aan de hand is en wat zij zelf al hebben geprobeerd en wat daarbij wel of niet succesvol is geweest. Bij de ontwikkelingsanamnese zal de onderzoeker bij elk aspect van de ontwikkeling dat anders dan gemiddeld is verlopen, navraag doen bij de ouders hoe zij daarop hebben gereageerd. In hoeverre hebben zij hun normale pedagogische houding kunnen behouden? Lukte het de ouders eensgezind te blijven?

Daar waar het voor de ouders problematisch is geweest, dient de onderzoeker tijdens het gesprek zijn empathie kenbaar te maken en de moeite te erkennen die de ouders hebben gehad om hun kind met diens problemen goed te begeleiden. Het is toch immers volstrekt logisch dat de ouders begrip ondervinden als zij over hun kind met vermoedelijke adhd uitspreken dat ze het vaak achter het behang hadden willen plakken. Verbale en zeker non-verbale uitingen van de kant van de onderzoeker met een kritische toon ('wat een ouders!') zijn niet alleen uit den boze maar ook onrechtvaardig. Het kan daarbij helpen de ouders erop te wijzen dat de overige kinderen zich goed hebben ontwikkeld (tenzij dat de waarheid geweld aandoet).

De hele wijze van gespreksvoering in de diagnostiekfase is erop gericht de ouders het gevoel te geven dat er begrip is voor hun getob met hun kind, voor het feit dat ze in een situatie zijn terechtgekomen waarin zij het op eigen kracht niet meer redden en dat zij daar niet de schuld van krijgen. Als we reeds in de diagnostiekfase verbanden leggen tussen hun gedrag en dat van het kind, en omgekeerd, worden de ouders aan het denken gezet over de (eventuele) bestendige factoren die onbedoeld en onbewust in hun handelen zijn geslopen. De informatie die zij hierover hebben gegeven, kan in het adviesgesprek gebruikt worden om aansluiting bij hen te vinden.

‘We hebben u zojuist uitgelegd op grond waarvan wij bij uw zoon de diagnose pdd-nos hebben gesteld. Wat we ook in de onderzoeksgesprekken samen met u hebben geconstateerd, is dat u al die tijd niet wist wat er met hem aan de hand kon zijn. U hebt in de loop der jaren dat u daarmee worstelde steeds twijfels gehad of u hem nu juist moest ontzien omdat het hem allemaal niet goed af ging, of dat u juist streng en eisend moest zijn. U, mevrouw, was meer de beschermende houding toegedaan, terwijl u, mijnheer, hem “gewone” eisen wilde stellen. Maar uw zoon heeft natuurlijk, zo zijn kinderen nu eenmaal, veel meer het contact met zijn moeder opgezocht dan met u als zijn vader. En dat heeft u, als vader, ontmoedigd zich nog veel met zijn ontwikkeling te bemoeien. Begrijpelijk is dat zeker, evenals de beschermende houding van moeder. Maar beide houdingen kennen ook hun nadeel. En nu hij zeventien is en hij voor de lastige opgave staat in de komende jaren uit te groeien tot een jongvolwassene, is het belangrijk dat u als ouders vanaf nu zoveel mogelijk vanuit eenzelfde visie samenwerkt om hem daarbij te ondersteunen. Daarvoor krijgen hij en u vanzelfsprekend hulp van ons. Hij krijgt voorlichting en een behandeling en u krijgt uitgebreide psycho-educatie. Daarna kunnen we opnieuw kijken welke benadering van u als ouders bij hem en zijn problematiek past.’

Als tijdens het onderzoek zulke verbanden tussen het gedrag van het kind en dat van de ouders al aan de orde zijn gekomen, zullen de ouders bij het uiteindelijke therapieadvies beter begrijpen hoe lineair-causale (in het kind gelegen) factoren aangepakt kunnen worden met therapie voor het kind, maar dat daarnaast ook ouderbegeleiding c.q. gezinstherapie geïndiceerd is voor de circulaire processen die een bestendigende rol zijn gaan spelen en bijstelling behoeven. In deze fase van het gesprek vindt de geleidelijke overgang plaats van lineair-causaal denken, waarmee de hulpvragers naar de jeugd-ggz waren gekomen, naar een circulaire visie. En vanuit die laatste visie kan gestreefd worden naar ontwikkelingsbevorderende gezinsinteracties in plaats van interacties die het probleem bestendigen.

Los van het gespreksproces is het verstandig tijdens het gesprek regelmatig bij de ouders en het kind te vragen naar hun beleving en te toetsen of zij begrepen hebben wat de hulpverleners hebben willen overbrengen. Dit voorkomt dat er verschillen ontstaan over de uitgangspunten van de behandeling.

Natuurlijk zijn er ook situaties waarbij de problematiek van het kind weinig of geen individuele hulp vereist en het accent geheel kan komen te liggen op de gezinsinteracties, of andersom.

Er is algehele consensus in het adviesgesprek als er overeenstemming is tussen hulpverleners, het kind en zijn ouders over:

- 1 de visie op de problematiek van het kind — op de aard ervan, de ontwikkelingsstagnaties van het kind en over de consequenties voor het gezin;
- 2 de factoren die binnen het gezin, de school en de peergroep een rol hebben gespeeld in het gehele proces;
- 3 het behandel aanbod.

Bij consensus hebben alle betrokkenen zicht op de mogelijkheden en moeilijkheden bij de uitvoering van de behandeling, kennen zij de alternatieven en kunnen zij op basis daarvan besluiten met het voorgestelde behandelplan akkoord te gaan.

Hoe komen anderen tot advies en consensus?

Het hierboven beschreven adviesgesprek heeft tot doel consensus te bereiken over aard, origine en oplossing van het aangemelde probleem. Hoezeer hulpvragers bij de jeugd-ggz belang hechten aan dit adviesgesprek blijkt uit het promotieonderzoek van George Westermann (2012). Hij beschrijft een gestandaardiseerde methode waarbij vooral op expertniveau 'op geïntegreerde wijze informatie wordt verstrekt over de onderkende en verklarende diagnose, over de indicatiestelling en de aanbevelingen' (p.14), en anderzijds in dialoogvorm overleg plaatsvindt met het systeem over de aanbevelingen en over hun voorkeuren, met het doel om tot overeenstemming te komen over het advies. Uit zijn onderzoek komt onder meer naar voren dat ouders die op deze wijze het advies hadden vernomen en besproken, minder beslissingsambivalentie aan de dag legden ten aanzien van de behandeling dan ouders uit de controlegroep. Het accent bij Westermanns werkwijze ligt grotendeels op de problematiek bij het kind, inclusief de conclusie betreffende de DSM-classificatie. De perspectiefverschuiving van lineair-causaal naar circulair komt niet expliciet aan de orde.

Van Voorst (1991) schrijft over situaties waarin het lastig lijkt om met hulpvragers tot overeenstemming te komen, zowel over wat er gedaan moet worden als over wat er bereikt kan worden. Het accent ligt veel minder op de diagnose in brede zin. Hij stelt dat het adviesgesprek op een andere manier ingezet kan worden, bijvoorbeeld herstructurerend, strategisch, of met als doel een impasse te bespreken. Van Voorst beschrijft een strategische aanpak vanuit de consultantpositie, die kan worden toegepast in situaties waarbij voorafgaand aan het adviesgesprek al duidelijk is dat het lastig zal zijn om consensus te bereiken.

Van Oenen, Cornelis en Bernardt (2012) beschrijven hoe ze in de ggz voor volwassenen tot een advies komen met behulp van de patiënt en zijn systeem. In het artikel wordt een dialogisch en oplossingsgericht model

beschreven waarin de rol van expert, degene die deskundig is op het gebied van de problematiek en de behandeling ervan, zo bescheiden mogelijk wordt gehouden. Het belangrijkste is om zoveel mogelijk systeemleden zoveel mogelijk inbreng te laten hebben in het hele proces van informatievergaring en besluitvorming aan de hand van de vragen 'wat is er aan de hand', 'wat is er al geprobeerd', 'wat moet er nu gebeuren' en 'wat als het plan niet werkt'. Hun doel daarmee is niet alleen het verkrijgen van consensus maar ook het vergroten van de betrokkenheid van alle systeemleden. Dit laatste maakt de kans groter dat de gewenste oplossingsrichting door allen gedragen wordt.

Deze werkwijze is zeker ook geschikt voor de jeugd-ggz, maar wel met de volgende opmerkingen. Lang niet altijd wordt in het eerste interview al voldoende duidelijk wat de problematiek precies is; dan is er reden voor een uitvoeriger diagnostiektraject. En natuurlijk wordt er, net zoals bij Van Oenen et al. (2012), geïnformeerd naar wat al geprobeerd is om het probleem te verhelpen, en waarom dat niet het gewenste resultaat heeft gehad. Lastig hierbij is dat de jeugdige en diens ouders maar deels gelijkwaardige gesprekspartners zijn. Negeert de hulpverlener het verschil in leeftijd en hiërarchische positie, dan kan de vaak toch al onder druk staande hiërarchie in het gezin verder verstoord raken (jeugdige: 'Zien jullie wel, die hulpverlener vindt mijn mening net zo belangrijk als die van jullie'). Om dezelfde reden kunnen ook niet altijd alle visieverschillen tussen ouders besproken worden in aanwezigheid van de jeugdige, bijvoorbeeld in die gevallen waarbij partnerrelatieproblematiek vermoed wordt. En soms willen de ouders (nog) niet openlijk hun ideeën over de problematiek bespreken waar hun kind bij is. Het omgekeerde kan gelden als de jeugdige nare ervaringen heeft opgedaan die nog niet met de ouders gedeeld zijn. Kortom, een geheel open dialoog is lang niet altijd haalbaar. Dat kan vaak pas als het adviesgesprek aan de orde komt.

Ook de vraag 'wat moet er nu gebeuren' kan niet altijd in dat eerste gesprek beantwoord worden, daarvoor is immers nader onderzoek nodig. Wensen worden vanzelfsprekend wel geïnventariseerd, beantwoording van wat mogelijk is komt later.

Wat te doen als er geen consensus bereikt wordt?

In het algemeen ontstaat tijdens het adviesgesprek een consensus zoals boven beschreven. Als men tevoren ziet aankomen dat het adviesgesprek zijn doel niet zal bereiken, kan men overwegen een van de strategische gespreksvormen van Van Voorst (1991) te gebruiken. Maar ook dan kan consensus om diverse redenen uitblijven. Hieronder volgen enkele mogelijkheden met daarbij kort wat suggesties hoe dan te werk te gaan.

De ouders zijn het niet eens met de psychiatrische diagnose Dit kan in verschillende varianten: ze vinden dat hun kind een ernstiger of juist minder ernstige psychiatrische stoornis heeft dan beschreven wordt. Of ze zijn van mening dat de gestelde diagnose onjuist is.

Als ouders met een andere visie komen, hebben zij daar ongetwijfeld goede redenen voor. Een uitwisseling van ideeën daarover kan op zich al verheldering en consensus geven of misverstanden opruimen. Maar lastig wordt het als de ouders blijven vasthouden aan hun visie. Als de hulpverlener daarin meegaat moet hij wellicht ook de prognose en/of het behandelplan bijstellen, wat hem in conflict kan brengen met zijn beroepsethiek: de hulpverlener mag zich immers niet laten verleiden een andere behandeling te adviseren, laat staan te starten, dan hij nodig of wenselijk vindt.

De meest duidelijke reactie is de volgende: 'Ik ben zeker van onze bevindingen en ik mag geen ander oordeel vellen dan dat waarvan ik overtuigd ben. Dus is het wellicht het beste dat u er nog eens over nadenkt of u zich toch niet in onze visie kunt vinden. Wij geven u alle onderzoeksbevindingen mee naar huis zodat u alles nog eens kunt nalezen en met uw kind kunt bespreken.'

Deze situatie kan zich vooral voordoen in gevallen waarbij de uitkomst tegenvalt: de ernst van de problematiek is groter dan ouders en kind verwachtten. Dat betekent ook dat verwachtingen over de jeugdige naar beneden moeten worden bijgesteld. En dat is voor alle betrokkenen een pijnlijk proces, waarvoor ze steun en begeleiding nodig hebben.

De onderzoekers kunnen ook voorstellen het eigen onderzoek nog eens te bekijken of de mogelijkheid noemen van een second opinion elders. Ook kunnen zij opperen zowel een proefbehandeling te doen voor de stoornis die de ouders voor ogen hebben als voor de stoornis die de behandelaren veronderstellen, waarbij men van tevoren de criteria afspreekt waaraan getoetst kan worden welke behandeling het meest passend blijkt.

Als de ouders de problematiek van hun kind als zwaarder beoordelen dan de onderzoekers, kan men meer strategisch te werk gaan. Compennolle (1993) noemt een aantal mogelijkheden die kunnen verhinderen dat het probleem te zeer geïndividualiseerd en gepathologiseerd wordt. Vanuit de eerder genoemde expertpositie kan bijvoorbeeld gesproken worden van een reactieve stoornis. Daarmee blijft de prognose gunstiger dan de prognose die uit de visie van de ouders voortvloeit. Het beloop van de stoornis is dan nog niet duidelijk en dus staat ook de uitkomst van de ontwikkeling niet vast (en kan de prognose gunstiger uitvallen). Belangrijk hierbij is dat benadrukt wordt dat de sterke kanten van het kind belangrijker zijn dan zijn zwakkere. Soms is het wenselijk te wijzen op het gevaar van een 'etiket'.

Als het onderzoek geen enkele psychiatrische stoornis heeft aangetoond en de ouders toch spreken van een gestoord kind, kan men zo nodig zijn

toevlucht nemen tot de mededeling dat het kind erg gevoelig is. De hulpverleners leggen uit dat een voornaam deel van diens gedrag een reactie is op spanningen in zijn omgeving. Die brengen hem makkelijker uit zijn evenwicht dan andere kinderen. De kans is dan groot dat een van de ouders spontaan erkent dat hij of zij deze grote gevoeligheid eveneens heeft.

De ouders zien hun rol in het ontstaan van de problematiek groter

Het kan zijn dat de ouders zich schuldig voelen over wat zij hun kind zouden hebben aangedaan. Dan is het nodig om door te vragen hoe zij ertoe zijn gekomen te denken dat hun gedrag en houding het probleem bij het kind heeft veroorzaakt. Denken zij echt dat hun kind een stoornis heeft opgelopen als gevolg van hun gedrag? Waardeer te allen tijde, wanneer zij deze hypothese presenteren, het sterke gevoel van verantwoordelijkheid dat zij daarmee demonstreren. Probeer hierbij ook altijd onderscheid te maken tussen schuld en verantwoordelijkheid.

De ouders zien hun rol in het geheel kleiner De hulpverleners benadrukken in dat geval dat de ouders de belangrijkste beïnvloedende en verzorgende personen zijn voor het kind. Zij kunnen veel meer invloed uitoefenen op hun kind in zeven maal 24 uur dan een behandelaar in een uur therapie per week. Dat geldt ook voor een klinische behandeling. Daarnaast moet er nadruk worden gelegd op het belang van de noodzakelijke samenwerking tussen ouders en behandelaars.

De ouders zien andere rollen voor zichzelf Dit houdt vaak in dat zij of juist minder of juist meer bij de behandeling van hun kind betrokken willen zijn dan past bij het gegeven behandeladvies. Dan moeten hun visie en motieven hiervoor achterhaald worden. Indien noodzakelijk, nodigt degene die het adviesgesprek heeft gevoerd nogmaals de ouders uit. Voor- en nadelen van de visie van de ouders kunnen dan geïnventariseerd worden. Als er dan nog geen consensus wordt bereikt, kan of een advies elders worden ingewonnen of moet geconstateerd worden dat er een *agreement to disagree* bestaat en dat men beter niet met elkaar in zee kan gaan.

De ouders verschillen onderling van mening In dat geval is het noodzakelijk te informeren of zij toch een poging willen en kunnen doen om in het belang van hun kind tot een gezamenlijk optreden te komen. Maak hierbij steeds weer onderscheid tussen hun rollen als ouders en hun rollen als partners. Als er sterke verschillen zichtbaar zijn, is het van belang hen te wijzen op de overeenkomsten en de mogelijkheden die zij wellicht hebben of kunnen ontwikkelen om samen te werken.

Conclusie

Wil men in de jeugdpsychiatrie zoveel mogelijk alle systeemkrachten bundelen en benutten wanneer de behandeling van start gaat, dan is het diagnostisch traject en het daaruit voortvloeiend adviesgesprek de gelegenheid bij uitstek om het systeem 'mee' te krijgen. Daartoe is consensus over de aard, origine en aanpak van het probleem alleen niet voldoende. Een goed uitgevoerd diagnostisch traject en adviesgesprek verheldert ook op welke wijze het systeem (en dan met name het ouderlijk functioneren) uit zijn normale doen is geraakt en waardoor dat heeft kunnen gebeuren. De inhoud van een aansluitend op te stellen behandelplan vloeit vervolgens logisch voort uit het adviesgesprek en zal door alle betrokkenen onderschreven worden. De behandeling kan starten en maakt, als gevolg van de consensus, een grote kans succesvol te verlopen.

Jan Meerdinkveldboom is kinder- en jeugdpsychiater en systeemtherapeut, werkzaam aan de adolescentenkliniek van Pro Persona in Tiel. E-mail: jan@mdvb.demon.nl.

Samenvatting Als bij een aanmelding bij de jeugd-ggz niet direct duidelijk is wat er aan de hand is, wordt een uitvoerig diagnostiekproces doorlopen. Ouders en jeugdige gaan vaak uit van een lineaire causaliteit: de problematiek van het kind is een gevolg van bepaalde, veronderstelde kindfactoren, terwijl de hulpverlener daarnaast ook systeemfactoren vermoedt, op zijn minst als onderhoudende factor. Bij de meeste onderzoeken worden op dit laatste gebied gegevens verzameld die de ontstane gezinspatronen verhelderen en verklaren. In het adviesgesprek kan met behulp daarvan uiteengezet worden op welke wijze de problemen bij het kind het functioneren van het gezin hebben beïnvloed. Daaruit vloeien adviezen voort die niet alleen de behandeling van het kind betreffen, maar ook duidelijk maken welke systeeminterventies gewenst zijn.

Literatuur

- | | |
|--|--|
| <p>Compernelle, T. (1993). De rollen van de gezinstherapeut in een kinder- en jeugd-kliniek. <i>Systeemtherapie</i>, 5(2), 65-77.</p> <p>Oenen, F.J. van, Cornelis, J., & Bernardt, C. (2012). Consensusgericht systemisch interviewen en interveniëren – Een systemisch 'goed-genoeg' pakket voor</p> | <p>hulpverleners in de psychiatrie. <i>Systeemtherapie</i>, 24(2), 63-81.</p> <p>Voorst, A. van (1991). Het adviesgesprek in de kinder- en jeugdpsychiatrie – Drie strategieën. <i>Systeemtherapie</i>, 3(2), 80-91.</p> <p>Westermann, G. (2010). <i>Ouders adviseren in de jeugd-GGZ – Het ontwerp van een gestructureerd adviesgesprek</i>. Maastricht: Universitaire Pers.</p> |
|--|--|