

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

Haley in de kliniek, en daarbuiten

Jan Meerdinkveldboom

Samenvatting

Al meer dan dertig jaar gebruikt de auteur *Leaving Home* (1980) van Jay Haley als leidraad voor zijn handelen, zowel in de polikliniek als bij het behandelbeleid in de adolescentenkliniek. Hij beschrijft Haleys gedachtegoed en de maatschappelijke context van diens boodschap. Het model van Haley is voor de behandeling van jongeren belangrijker geweest dan nu lijkt. Dat geldt vooral voor ambulante therapieën, maar zeker ook voor die in een adolescentenkliniek.

Of het nu kwam door mijn enthousiasme voor zijn hele betoog of anderszids door mijn behoefte complexe zaken te reduceren tot een overzichtelijke eenvoud, feit is dat ik Haleys *Leaving home* uit 1980, over de gezinstherapie van adolescenten, de afgelopen ruim dertig jaar tot leidraad van mijn handelen heb genomen. Zowel voor mijn polikliniek als voor de organisatie en inrichting van het behandelbeleid in de adolescentenkliniek. Dat laatste zou hij nooit hebben gewild, ben ik bang.

Het is wel begrijpelijk dat ik voor hem viel. Ik had zijn boeken allemaal gelezen en had ook ondertussen gemerkt dat de oudere jeugd met psychische en psychiatrische problemen mij het meest boeide. Dat hing (en hangt nog steeds) samen met de geweldige dynamiek die op die leeftijd speelt, zowel bij de jongeren als bij hun ouders en in het gezin. En Haley schotelt ons dan een bijna simpel te noemen aanpak voor waarmee je volgens hem bijna alles in goede banen kunt leiden. Uit de kliniek met die jongeren, terug naar huis onder hernieuwd gezag van de ouders, die dan voortaan wat beter moeten samenwerken, en de pillen kunnen ook gestopt worden. Wie wil dit niet? Andere, veel moeilijker theorieën zijn niet nodig, alleen moet je vaardigheden ontwikkelen om op de juiste wijze met de jongere en diens ouders om te gaan. Resultaat verzekerd.

Alleen: behalve voor die oudere jeugd, die leeftijdsgroep van 16-23 jaar, had ik inmiddels nog een liefde, en wel die voor de kliniek. En bij mij had de overtuiging postgevat dat een opname soms onvermijdelijk was en zelfs nog nuttiger kon zijn dan ambulant voortobben. De kliniek won, maar Haley verloor niet.

Haleys gedachtegoed

Maar eerst: wie was Jay Haley ook al weer? In de jaren zeventig van de vorige eeuw behoorde hij tot de iconen van de in die tijd opkomende gezinstherapie. Hij was een vruchtbaar schrijver (zie literatuurlijst; aan de vertalingen is te zien hoeveel invloed hij ook in Nederland had). Hij was een prominent vertegenwoordiger van de structureel-strategische stroming en voorzag beginnende en getrainde therapeuten van zeer goed uitgewerkte richtlijnen en adviezen voor hoe te werk te gaan. Zijn 'Conducting the first interview' in *Problem-solving therapy* (1976) werd in die tijd door iedereen gelezen en gevolgd. En ook zijn bekende boek over de therapeutische technieken van Milton Erickson (Haley, 1973), die op geniale wijze creatieve en paradoxale interventies toepaste, werd veel gelezen. Haley stimuleerde veel therapeuten om vooral directief te werk te gaan. Maar met zijn *Leaving home* (1980) kegelde hij nogal wat heilige huisjes omver.

Leaving home

Wat heeft Haley nu precies betoogd in *Leaving home*? Wel, dat was nogal wat. Om te beginnen verklaarde hij gezinnen tot organisaties waarbinnen een heldere hiërarchie dient te bestaan. Dus een correcte verdeling van macht, controle en verantwoordelijkheden. En het ouderlijk substelsel staat aan de top van de hiërarchische ladder.

Vervolgens verklaarde hij alle psychiatrische stoornissen tot min of meer non-existent. Symptomen zijn alleen functiedragers van disfunctionele gezinsverhoudingen en verdwijnen vanzelf zodra de relaties genormaliseerd zijn. Er was toch immers nooit aangetoond dat schizofrenie bestond, en zo ja, waar zat het dan in de hersenen? Onzin dus, en wees dan consequent: ontsla de jongere uit de kliniek, stop alle medicaties, en plaats de jongere weer onder gezag en controle van de ouders.

Jongeren die meenden dat ze 'het allemaal zelf wel konden bepalen' liet hij, veelal via de ouders, weten dat dit afhing van de mate waarin ze ook aantoonbaar de bijbehorende verantwoordelijkheden konden dragen. Hij maakte de ouders belangrijker en de jongeren 'kleiner' zonder hen te kleineren: de bejegening was steeds respectvol en vriendelijk. Maar ook heel beslist: je ouders gaan vanaf nu de regie over je leven overnemen, omdat gebleken is dat jij daar nog niet goed genoeg toe in staat bent. Zodra je laat zien dat je dat wel kunt, zal ik je ouders adviseren je de daarbij passende ruimte te geven, maar niet eerder. Bij deze houding ging hij steeds uit van de loyaliteitsgevoelens van de jongere aan diens ouders.

De maatschappelijke context van Haleys boodschap

Maar waarom was de boodschap in zijn boek toen zo bijzonder? In 1980 liep de sfeer van de jaren zestig en zeventig weliswaar weer wat af, maar in die voorgaande jaren was gezag besmet geraakt. Althans dat soort gezag waarvan de dragers meenden dat dit als onvoorwaardelijk gold, gezag waarover geen verantwoording hoefde te worden afgelegd. De autoriteiten in het publieke veld hadden afgedaan en in hun kielzog ook de ouders. Het waren de jaren van de Maagdenhuisbezetting, provo, flowerpower, en op de universiteiten ontstonden universiteitsraden waarin de studenten mee beslisten over aangelegenheden waarvan ze maar ternauwernood verstand hadden. Jongeren gingen uit huis wanneer zij de regels van de ouders beu waren. De grenzen tussen ouders en hun kinderen vervaagden, zodanig dat zelfs pedofilie, tegenwoordig geheel verketterd, niet werd bestreden, laat staan veroordeeld. Zelf heb ik, in 1972, als militair arts en getooid met lang haar, in de officiersmess van de parate troepen in Duitsland een pleidooi gehouden voor de antiautoritaire opvoeding. De bijval kon beter.

En dan verkondigt Haley in 1980 doodleuk dat alle democratie in gezinnen (Minuchin klaagde er al over!), juist bij jongeren die geen kind meer zijn, afgeschaft moet worden. Dat was niet alleen voor de jongeren akelig om te horen, maar ook de ouders waren vaak verrast: zij werden enerzijds bevestigd in hun vermoeden dat ze toch gezag mochten uitoefenen en anderzijds zagen ze ertegen op om dat te gaan doen terwijl hun kind al geen kind meer was. Ze hadden hun kinderen juist jarenlang een belangrijke stem gegeven bij alle belangrijke en onbelangrijke zaken en nu moesten ze en mochten ze weer de baas gaan spelen. Ze moesten dus ook toegemeten privileges terugschroeven, en dan moesten ze dat ook nog eens zo eendrachtig als ouderpaar doen dat hun kind duidelijk merkte dat er geen mogelijkheden waren om bij een van de ouders nog aan te kloppen voor meer vrijheden en minder plichten.

De afgelopen dertig jaar ben ik bijna steeds bezig geweest om ouders duidelijk te maken dat ze eisen aan hun kind mogen maar vooral ook moeten stellen. De ouders moeten dan wel geholpen worden deze taak nu goed te gaan uitoefenen, want daarvan is door het gedrag van de jongere nogal wat teloorgegaan. Of de ouders waren niet erg competent en de jongere is daardoor in het slop geraakt. In dat laatste geval speelden wellicht echtpaarproblemen mee, maar die krijgen in eerste instantie geen aandacht van Haley: voor een betere begeleiding van de jongeren tot jongvolwassenen zijn ouders nodig, niet een echtpaar. Alle andere theorieën die in dit vak bekend waren, psychodynamische beschouwingen over bijvoorbeeld de (tweede) individuatiefase (Blos, 1967) die zo van belang is in de latere adolescentie, werden door Haley terzijde geschoven.

Mogelijke kritiek op Haleys aanpak

Simpeler kan niet. Dat is ook het aantrekkelijke van zijn concept. Maar als men gaat vereenvoudigen sneuvelen er ook nuances en details. Zo merkte Alice van der Pas (1994) op dat zij aandacht voor verantwoordelijkheden sterk miste; zij stelt dat het besef bij ouders dat zij meer verantwoordelijkheden hebben dan de kinderen hen sterker maakt in hun positie als ouders, en dat opereren vanuit de hoogste positie op de hiërarchische ladder, gebruikmakend van gezag en macht, daarbij minder nodig is.

En natuurlijk bestaan er psychische en psychiatrische stoornissen waarvan bekend is dat als je de jongeren daarvoor geen behandeling biedt, deze stoornissen verergeren of chronisch kunnen worden, nog los van het feit dat hun hele ontwikkeling daardoor in het slop raakt. Daar zit je dan thuis met je stoornis binnen een zuivere en heldere triade. Dat psychische problemen ook op zichzelf kunnen bestaan was behoorlijk gerelativeerd in dat decennium door de ideeën van de antipsychiatrie (Bateson, 1972; Laing & Esterson, 1971; Selvini Palazzoli, 1974), waarin een stoornis louter werd gezien als een resultante van disfunctionele gezinspatronen.

Wonderlijker is dat andere theoretische concepten uitstekend aansluiten bij de visie van Haley, terwijl hij die toch niet erg waardeerde, laat staan nodig vond. Zo is het voorstelbaar dat een heldere hiërarchie leidt tot een adequatere betrokkenheid van ouders op hun kind, wat dan gepaard gaat met een betere hechting. Immers, voor een veilige hechtingsrelatie bestaan enkele voorwaarden, zoals voorspelbaar gedrag van de ouders, passende zorg, het trekken van grenzen en het helpen met disciplineren.

En kijk eens naar het bekende 'tweede proces van separatie en individuatie' in de adolescentie, een theoretisch concept uit de psychoanalyse (Blos, 1967). In tegenstelling tot wat velen menen is dit individuatieproces, waarbij de adolescent zichzelf gaat beleven als een eigen, apart individu, belangrijker dan het uit huis gaan. Ergo: eerst jezelf verder ontwikkelen binnen de veilige context van het gezin met zijn betrokken en controlerende of stimulerende ouders, en daarna pas goed op eigen benen gaan staan. Dus met Haleys behandelvorm wordt dit proces en ook dat van de hechting bevorderd, vanuit welk theoretisch concept je het ook bekijkt. Schijnautonomie moet vervangen worden door echte, en competenties moeten onder leiding van de ouders worden vergroot. Anders gezegd, er worden, wanneer sprake is van een problematisch verlopen adolescentieproces, op meerdere niveaus restauraties gepleegd. En volgens Haley kan – en moet – dat ambulant, zonder opname, omdat volgens hem psychiatrische stoornissen niet bestaan.

Is opname altijd onwenselijk bij een Haleyaanse aanpak?

Opname en een Haleyaanse aanpak zijn volgens mij niet oncombineerbaar, althans niet voor de vele jongeren die daardoor, al dan niet versterkt door gezinsomstandigheden, zodanig vastlopen met hun veelheid aan ontwikkelingsstaken dat dit in de thuissituatie niet altijd vlot getrokken kan worden. Daar komt nog bij dat soms specialistische zorg nodig is die niet altijd makkelijk en goed ambulant geleverd kan worden. Daarbij kan men denken aan instellen op medicatie waarbij risico's bestaan, of aan behandelingen waarbij de effecten (zoals bij EMDR) zo heftig kunnen zijn dat opvang in de kliniek nodig is.

Laten we ook niet vergeten dat de op zich uitstekende benadering van Haley alleen goed kan uitpakken als de ouders in staat zijn, psychisch en fysiek, aan de aan hen gestelde eisen te voldoen. We weten allemaal dat dit niet altijd het geval is: ouders met eigen psychiatrische problemen, te heftige en overheersende echtpaarproblematiek, slechte leefomstandigheden, en ook angst om voor hun kind die stappen te zetten die nodig zijn maar ook heel eng om te doen. Jazeker, er is met Haleys ambulante aanpak veel te behalen maar niet altijd.

Er zijn nog andere overwegingen om aan een opname in een adolescentenkliniek te denken. Ouders en hun problematische kind kunnen ook moe van elkaar zijn: dan herhalen zich negatieve interactiespiralen die de relaties nog verder onder druk zetten, geen enkel positief effect meer hebben en ook met veel ambulante hulp, soms zelfs met dagelijkse hulp aan huis, niet te doorbreken zijn. Daar kunnen bijvoorbeeld verkeerde vrienden en middelengebruik een kwalijke rol bij spelen.

Zo'n time-out door een opname kan veel goeds doen: de fysieke afstand die daarbij ten opzichte van elkaar wordt gecreëerd, helpt om elkaar weer eens anders te zien dan daarvoor. De ouders zijn meer gerust omdat hun kind nu (eindelijk) intensieve hulp krijgt, en de jongere hoeft niet meer zijn pseudo-autonome standje op te houden, want die zit nu tussen leeftijdgenoten die allemaal zijn vastgelopen. In de kliniek kun je niet met droge ogen blijven beweren dat jij niets mankeert maar dat je ouders je niet begrijpen en niet willen doen wat jij nodig hebt.

Een ander belangrijk voordeel bij opname is dat van de diagnostiek. Het is ambulant niet altijd mogelijk om een echt en juist beeld te krijgen van het gedrag en de problematiek van de jongere. Natuurlijk, uitvoerige gesprekken, psychologische tests en de psychiater die er ook nog naar kijkt, dat kan allemaal veel opleveren, maar toch wijst de praktijk uit dat de vraag 'wat is er nu precies aan de hand' niet altijd bevredigend beantwoord kan worden. En als dat antwoord nodig is om de juiste behandeling te kunnen inzetten, is een opnameperiode van zo'n zes weken een

oplossing. Want gedurende die tijd komt vanaf het begin, of anders wat later, wel het 'ware' gedrag naar voren dat de jongere thuis en in zijn andere omgevingen ook vertoont. En dat valt nu uitstekend te observeren door daartoe opgeleide professionals. En als aansluitend aan het diagnostiekproces het adviesgesprek op de strategisch juiste wijze wordt vormgegeven (Meerdinkveldboom, 2012), wordt een voor alle betrokkenen helder en vaak nieuw uitgangspunt gecreëerd waarin alles op zijn plaats valt en voor allen begrijpelijk is wat er aansluitend gedaan moet worden. En dat is dan, al of niet met 'Haley', vaak aansluitend thuis te realiseren. En tot slot: we hebben de vormen van klinische psychotherapie nog buiten beschouwing gelaten; dat is weer een aparte tak van sport, die nog steeds voorziet in een behoefte en meestal reuze effectief is waar langdurige ambulante hulp te weinig heeft opgeleverd.

Het functioneren van de kliniek

De kliniek betekent niet alleen voor opgenomen jongeren maar ook voor mijzelf een warm nest. De grote charme ervan is de teamgeest en de bundeling van krachten; dat team is vanzelfsprekend ook een systeem waarbij het geheel veel meer is dan de losse elementen apart. Maar één fout mag niet gemaakt worden: de kliniek beschouwen als een apart systeem dat los staat van het gezinssysteem. Dat is vroeger vaak aan de hand geweest, maar gelukkig heeft systeemdenken veel bijgedragen aan een noodzakelijke ommezwaai.

De twee basisuitgangspunten zijn de volgende. In de eerste plaats staat een opname in dienst van een daarop volgend ambulant traject. En in de tweede plaats moet vorm worden gegeven aan het gehele therapeutische systeem, dat bestaat uit het gezinssysteem (soms uitgebreid met andere sociale systemen zoals verdere familie, de school, vrienden en vriendinnen) tezamen met het klinieksysteem. En zoals Haley ambulant streeft naar een hechte samenwerking met en van de ouders om het subsysteem te worden dat de regie terugkrijgt over het kind, wordt nu een intensieve samenwerking op touw gezet tussen de ouders als de ene partij en de kliniekteamleden als de andere partij. Alleen is dit laatste een stuk ingewikkelder dan wanneer een systeemtherapeut in zijn eentje met het gezin aan de slag gaat. Daar kom ik op terug.

In de afgelopen ruim dertig jaren hebben we (ik schrijf 'we' omdat wat ontwikkeld is de resultante is van vele interactieprocessen binnen teams) daarvoor een model vormgegeven dat als uitgangspunt dient voor de benadering van vastgelopen jongeren en dat zowel ambulant als klinisch helder is en goed te hanteren. Daarnaast is het van het grootste belang

om de zorg in de kliniek zodanig te organiseren dat het voor alle betrokkenen duidelijk is wie wat doet. Vanzelfsprekend is daarbij een heldere functionele hiërarchie onontbeerlijk. Met andere woorden: dat wat wij willen bewerkstelligen in het gezin van de jongere moet vanzelfsprekend ook aanwezig zijn binnen het klinieksysteem en vormgegeven worden in het gehele therapeutische systeem van gezin plus kliniek. Nog anders gezegd: er dient isomorfie te bestaan tussen de organisatiestructuur van het therapeutisch systeem en de (gewenste) structuur in het gezin.

Om dit te bereiken doen we een intake voor opname nooit zonder de ouders erbij; zijn ze afwezig dan stellen we de opname uit tot we hen gesproken hebben en overeenstemming met hen hebben bereikt. Dat geldt ook voor de behandelovereenkomst: ook al is de op te nemen jongere zestien jaar of ouder, de handtekening van de ouders moet er ook onder staan. Het motto is consequent: zonder ouders geen behandeling. En dat gaat de hele opnameperiode door. Een adviesgesprek na een diagnostisch traject: samen met de ouders. Soms, als we denken dat het advies niet in de smaak zal vallen bij de jongere, bespreken we het eerst met de ouders apart.

Dat geldt overigens ook voor andere situaties waarin de jongere of het gezag van de ouders onderuit probeert te halen of anders wel dat van ons. Dan halen we de ouders uit de wachtkamer en zeggen dat we de jongere pas straks komen halen. De boodschap is dan overduidelijk: eerst gaan de grote mensen samen praten, daarna mag jij van ons horen wat we samen besloten hebben. Als ouders in zo'n geval veel moeite hebben om die gezagspositie in te nemen, is de eerste zin tegen de ouders als de jongere erbij is gekomen: 'Wilt u hem laten weten wat u besloten hebt?' Dat levert wel eens rode oortjes op, want ze hoopten dat de behandelaar de moeilijke boodschap voor zijn rekening zou nemen. Maar ze doen het, en als hun kind protesteert kiezen we vierkant hun zijde. En omdat ze het doen zetten ze een grote stap op weg naar herstel van de hiërarchie. Van onze kant voelen we ons wel eens bot dat we hen zo voor het blok zetten, maar het doel heiligt de middelen.

Vanzelfsprekend blijft dit stramien gelden bij alle veranderingen en overgangen in de behandeling tot en met het ontslag. Let wel: deze overlegsituaties behelzen voornamelijk het kader van de behandeling, waarbij de voorwaarden waaronder die behandeling kan slagen belangrijke elementen zijn. Daaraan parallel worden ouder- of gezinsgesprekken gevoerd door de systeemtherapeut.

Indachtig de uitspraak van de voormalige tv-komiek Sjef van Oekel, 'Jong zijn, dat is eigenlijk meer iets voor de jeugd', dienen alle teamleden zich ervan bewust te zijn dat zij tijdelijk vervangende ouderrollen op zich nemen en dienen zij zich ook als zodanig te gedragen. De rol van de ver-

pleegkundigen of groepsleiders is belangrijk: vooral over praktische zaken hebben ze frequent contacten met thuis. Ook dat geeft de ouders het gevoel dat 'we' er samen voor staan. We stemmen voortdurend met de ouders af over bijvoorbeeld de vraag hoe de jongere geacht wordt het weekeinde thuis door te brengen en wat wij daarbij van de ouders verwachten. De boodschap die zij daarbij impliciet en ook expliciet krijgen is: we hechten veel meer belang aan hoe het thuis gaat dan hoe het bij ons op de afdeling gaat, want hier blijft hij immers maar korte tijd. En als de ontwikkeling op de afdeling wel goed is maar daar thuis niet genoeg van te merken is, hebben we een probleem. Ons doel is immers verbeteringen in de thuissituatie.

Een voorbeeld

Die hiervoor heilig verklaarde samenwerking met de ouders betaalt zich bijvoorbeeld uit bij crises. Als een jongere wegloopt van de afdeling, drugs of alcohol gebruikt, agressief is of zich suïcidaal uit, worden de ouders direct op de hoogte gesteld. Door ons. Hoe essentieel dit was, bleek bij een suïcide op de afdeling. Iedereen in en buiten de kliniek wist dat er iets ergs was gebeurd, tenslotte komt niet elke dag een rouwauto het terrein op (wat wij overigens hadden geprobeerd tegen te houden). Als eerste stap gaven we orders om alle jeugdigen binnen te houden en stelden wij alle ouders op de hoogte van de situatie. We vermeldden dat we iedereen in de gaten hielden en dat we opnieuw zouden bellen als er problemen waren met hun kind. Pas daarna lichtten we alle jongeren in. Die belden direct naar huis en kregen prompt te horen dat hun ouders al op de hoogte waren van het drama en dat ze zich aan onze instructies moesten houden. Iedereen gerustgesteld, maar bedenk eens wat de omgekeerde volgorde teweege had gebracht!

In de afgelopen ruim dertig jaar heb ik in verscheidene organisaties volgens dit model gewerkt, of deze werkwijze geïntroduceerd. Hoewel het nooit onderzocht is, durf ik toch te spreken van een 'practice-based' organisatie-model dat voor allerhande vormen van klinische behandeling van adolescenten helder en doeltreffend is.

Is 'Haley in de kliniek' een onfeilbaar concept?

Het is niet zo dat het Haleyaanse herstel van de hiërarchie alles bevat en oplost. Het moge duidelijk zijn geworden dat zijn model ons een kader

biedt om een behandeling vorm te geven, een die de kans van slagen groter maakt omdat we steeds stilstaan bij de voorwaarden waaronder we gezamenlijk optrekken. Binnen dat kader kunnen allerhande individuele en groepstherapieën gevolgd worden. Ook de systeemtherapie hoort daarbij.

Daarbij is het model helder, eenvoudig en uitstekend over te dragen aan teamleden en verwijzers en ook aan jongeren en ouders. Maar het lukt natuurlijk niet altijd. En dan kan blijken dat de interne organisatie niet op peil is, dat een teamlid toch wel erg geraakt is door de narigheid van een jongere en zich voor diens karretje laat spannen en, lastiger, dat ouders hun eerdere stellige toezegging tot medewerking laten zitten. Dan willen ze hun kind niet meer in huis hebben, verschijnen ze niet op afspraken of willen ze geen gezinsgesprekken. De medicijnen moeten toch hun werk doen? Ouders die zo betrokken zijn dat ze hun kind niet aan ons toevertrouwen kunnen moeilijk zijn, maar ouders die hun kind aan de kliniek overdragen en dan niet meer beschikbaar zijn, zijn veel lastiger. Niet alleen voor ons als we iets met hen willen afspreken, maar vooral voor de jongere die bevestigd krijgt wat hij al dacht: ik sta er alleen voor. Ook de inhoud van de problematiek kan het model onder druk zetten, zoals bij persoonlijkheidsproblemen en bij trauma's ten gevolge van seksueel misbruik binnen het gezin. Maar toch: dat iets lastig of soms zelfs onhaalbaar is, tast de werkwijze niet wezenlijk aan. Terugkijkend kan ik me niet herinneren dat het model roet in het eten gooide, hooguit dat wij het in de steek lieten door bovengenoemde factoren of individueel dan wel collectief falen.

Tot slot

Tegen het licht van de ontwikkelingen kijken we opnieuw naar twee uitgangspunten: had Haley destijds gelijk met zijn stellingname tegen de 'psychiatisering' en het opnemen van jongeren? En is zijn concept van het herstel van de hiërarchie van vroeger tijden en ouderwets?

Is de kliniek overbodig? 'Haley in de kliniek' is naar mijn mening maar ten dele een tegenstrijdigheid. Een klinische opname komt pas in beeld als een jongere in alle opzichten gedurende al geruime tijd is vastgelopen, of wanneer sprake is van een noodsituatie waarin thuisblijven schadelijk wordt geacht. In dit laatste geval kan die beoordeling er een zijn van de jongere zelf, zijn ouders of van de behandelaar. Als dit aan de hand is kan de opnameduur vaak kort zijn, tot het gevaar geweken is.

Maar een geheel vastgelopen ontwikkeling keer je niet zomaar ten goede, zeker niet als er psychiatrische stoornissen meespelen, en die zijn

er in verreweg de meeste gevallen, en vaak in forse mate. Dan leert de ervaring vaak dat ambulante hulp (of bijvoorbeeld dagbehandeling), die bijna steeds al langdurig is geboden, geen optie meer is. Een deel van de opnamen kan zeker korter als een ambulant team steeds paraat staat om de behandeling thuis over te nemen. Maar laten we ons niet rijk rekenen: voor het vermijden van opnamen in ernstige gevallen zijn ouders nodig die competent zijn of gemaakt kunnen worden, en die daartoe ook gemotiveerd zijn. Wat kun je verwachten bij een eenoudergezin waarvan die ene ouder of erg afwezig is of te veel eigen (psychiatrische) problemen heeft? Of bij de jongen met autisme waarvan vader niets wil zien en alleen eist dat hij zich gewoon ontwikkelt? En die mogelijk zelf ook zo star denkt dat geen enkele hulpverlener hem van de autisme-problematiek van zijn zoon kan overtuigen?

Nee, in nog lang niet alle gevallen is ambulante hulp, hoe goed en evidence-based ook uitgevoerd, afdoende.

En nu worden we overspoeld door de ambulantiseringsgolf. Wat 'waar' of 'goed' was, lijkt niet meer te tellen. Het moet ambulant en het kan ambulant, en dat is dus beter. Los van de vraag of er enig bewijs voor die visie voorhanden is.

Is Haleys hiërarchie achterhaald? Mijn tweede vraag is: is Haleys werkwijze bij de behandeling van vastgelopen jongeren nog actueel? Het structureel-strategisch, laat staan strategisch-cybernetisch werken, is 'uit', betogen Savenije en collega's in hun antwoord op Wouda's kritiek op het toen nieuwe *Handboek systeemtherapie* (Savenije, Van Lawick & Reijmers, 2009).

Een kleine rondvraag onder opleiders en opleidingen levert op dat Haley niet meer zo prominent voorkomt in opleidingscurriculae als twee decennia geleden. En toch zijn er tal van nieuwe ontwikkelingen waarin het herstel van de ouderlijke hiërarchie van belang is en die ook nog evidence-based zijn, tenminste voor welomschreven doelgroepen. Naast fact-teams worden functionele familietherapie (Breuk, 2005), multisysteemtherapie (Koornneef, 2014) en multidimensionale familietherapie (Vullings, 2014) in stelling gebracht en in vele regio's 'uitgerold'. En zeker ook met succes! Bovendien bemoeien die zich met moeilijke doelgroepen zoals blowende en vaak ook gedragsgestoorde jongeren, zorgmijders en andere lastig in regie te krijgen adolescenten. Groepen die wij eerlijk gezegd in de kliniek ook niet altijd iets te bieden hadden. En zie, de 'nieuwe autoriteit' (Omer, 2007) en het 'verbindend gezag' (Wiebenga & Bom, 2012) winnen aan invloed, zelfs op de werkwijze in klinieken.

Kijken we eens goed in de keuken van deze succesvolle stromingen, dan ontwaren we zowaar overal weer Haley, niet altijd als zodanig geëx-

pliciteerd, maar wel steeds duidelijk aanwezig in het concept waarin de hiërarchie hersteld moet worden en in het kielzog daarvan het ouderlijk gezag. En aangezien Haleys boek uit 1980 stamt, is er in zeker opzicht niet zoveel nieuws onder de zon. Dat is ook logisch: waren er niet veel minder problemen met de jeugd toen het ouderlijk gezag vanzelfsprekend was? Of is dit een constatering uit nostalgie?

Dat bij veel nieuwe gezinstherapiemodellen een verbeterde hiërarchie in het gezin wordt nagestreefd, is wellicht niet zo moeilijk te verklaren. In de afgelopen zeg maar twintig jaar is het gezag, zowel in de openbare ruimte als in thuissituaties, bezig met een gestage opmars, terug van deels weg geweest. De politie toont zich nadrukkelijker op straat, nieuwe wetgeving sluit daarbij aan, jeugdbenden worden intensief bestreden en op scholen wordt nadrukkelijker aangegeven wat de leerlingen mogen en moeten. En ouders worden daarbij vaak betrokken. In hoeverre in thuissituaties weer nadrukkelijker gezag wordt aangegeven kan ik niet beoordelen, maar misschien dat de snelle opkomst van opvoedpoli's een teken is dat ouders proberen zo goed mogelijk op te voeden en hulp vragen als het niet lukt. En ik denk ook dat denken in termen van correcte hiërarchische verhoudingen binnen gezinnen inmiddels gemeengoed is geworden bij hulpverleners van welke discipline ook.

Haley is voor de behandeling van jongeren dan ook belangrijker geweest dan nu lijkt. Dat geldt vooral voor ambulante therapieën, maar zeker niet minder voor die in een adolescentenkliniek.

In ons vak kunnen we problemen vaak pas begrijpen als we achtergronden van de ouders samen met hen exploreren. Laten we op dezelfde wijze 'onze voorouders' de belangrijke plaats geven die ze verdiend hebben.

Jan Meerdinkveldboom is jeugdpsychiater en systeemtherapeut bij Pro Persona in Tiel. E-mail: jan@mdvb.demon.nl.

Literatuur

- | | |
|---|---|
| <p>Bateson, G. (1972). <i>Steps to an ecology of mind</i>. New York: Ballantine Books.</p> <p>Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. <i>The Psychoanalytic Study of the Child</i>, 22, 162-186.</p> <p>Breuk, R. (2005). Functionele gezinstherapie — Een goed huwelijk tussen strenge wetenschap en flexibele, creatieve therapeuten. <i>Systeemtherapie</i>, 17(4), 226-238.</p> | <p>Haley, J. (1963). <i>Strategies of psychotherapy</i>. New York: Grune & Stratton.</p> <p>Haley, J. (1969). <i>The power tactics of Jesus Christ and other essays</i>. New York: Grossman. Vertaald als: <i>De machtspolitiek van Jezus Christus</i>. Den Haag: Bert Bakker, 1973.</p> <p>Haley, J. (1971). <i>Changing families — A family therapy reader</i>. New York: Grune & Stratton.</p> <p>Haley, J. (1973). <i>Uncommon therapy — The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.</i></p> |
|---|---|

- New York: Norton. Vertaald als: *Buitengewone therapie — De methoden van Milton H. Erickson*. Haarlem: De Toorts, 1975.
- Haley, J. (1977). *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass. Vertaald als: *Directieve gezinstherapie*. Haarlem: De Toorts, 1978.
- Haley, J. (1980). *Leaving home*. New York: McGraw-Hill. Vertaald als: *Weg van thuis*. Meppel: Infopers, 1982.
- Haley, J. & Hoffman, L. (1967). *Techniques of family therapy*. New York: Basic Books.
- Koornneef, H. (2014). MST-therapeut: een allroundtherapeut. *Systeemtherapie*, 26(2), 5-16.
- Laing, R.D. & Esterson, A. (1971). *Gezin en waanzin*. Meppel: Boom.
- Meerdinkveldboom, J. (2012). Adviseren in de kinder- en jeugdpsychiatrie — Van lineari-
teit naar circulaire causaliteit. *Systeemtherapie*, 24(4), 191-203.
- Omer, H. (2007). *Geweldloos verzet in gezinnen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Pas, A. van der (1994). Hiërarchie anders geïnterpreteerd — Verslag van een zoektocht. *Systeemtherapie*, 6(1), 24-44.
- Palazzoli, M. (1974). *Self starvation — From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. London: Human Context Books.
- Vullings, H. (2014). Multidimensionele familietherapie. *Systeemtherapie*, 26(2), 65-78.
- Savenije, A., Lawick, J. van & Reijmers, E. (2009). Reactie op Wouda. *Systeemtherapie*, 21(4), 249-252.
- Wiebenga, E. & Bom, H. (2012). Verbindend gezag. Workshop NVRG-congres, september 2012 te Amsterdam.