

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

Behandelen van moeder en kind, apart en samen

Henk Jan Kolthof & Georgia Katsaragaki

Het slagen van een behandeling is ondanks het toepassen van gefundeerde behandelingen zeker niet gegarandeerd, als cliënt en behandelaar daar verschillend over denken (Gold & Stricker, 2011). Periodieke evaluatie, aandacht voor en het herstellen van breuken in de therapeutische alliantie en het qua tempo en duur afstemmen met de cliënt om behandelingen te optimaliseren, worden aangeraden om de kans op succes te vergroten (Lampropoulos, 2011). De mogelijke rol van hulpverleners bij stagnatie willen wij aan de hand van twee gestagneerde ziektegeschiedenissen belichten.

Twee behandelingen

De eerste ziektegeschiedenis betreft de 36-jarige Amna. Samen met haar zus is zij op haar zeventiende uit armoede vanuit Tunesië naar Nederland geëmigreerd en hier snel zwanger geraakt van haar eerste dochter. Haar partner woonde nooit met haar samen, hield er meerdere relaties op na en mishandelde haar veelvuldig fysiek. Toen Amna dertig jaar was, kwam er een definitieve breuk tussen beide partners; daarna werd zij depressief en kreeg ze last van 'djinns'.

Amna komt onder behandeling van een psycholoog en een psychiater van wie zij een steunende, respectievelijk een medicamenteuze behandeling krijgt. Na haar dochter heeft Amna van dezelfde partner nog een zoon gekregen; in haar behandeling wordt geen aandacht aan haar kinderen of moederschap besteed. Consultatie van een imam voor haar 'djinns' heeft haar niet geholpen.

In vergelijking met haar aanvangsklachten zijn Amna's depressieve klachten enkele jaren later weliswaar verbeterd, maar zij is nog steeds tot weinig in staat. Zo kan zij haar huishouden nauwelijks aan, komt ze weinig buiten en heeft ze vrijwel geen contact met haar zus of vrienden. Amna krijgt nog steeds de steunende en medicamenteuze hulp.

De tweede behandeling betreft de negenjarige Moh, Amna's zoon. Hij heeft zijn vader nooit gekend en is door een vroegere buurman seksueel misbruikt toen hij vijf jaar oud was. Moh ging vaak bij die buurman langs omdat ze samen over voetbal konden praten. Amna is pas na een paar jaar achter het misbruik gekomen en heeft ook lang niet willen erkennen dat het was gebeurd. Op de basisschool wordt Moh gepest en hij vertoont onzeker, angstig en teruggetrokken gedrag. Moh plast nog vrijwel elke nacht in zijn bed.

Vanwege het seksueel misbruik worden door zijn schoolmaatschappelijk werkster een speltherapie en ouderbegeleiding voorgesteld, maar de behandeling komt niet goed op gang omdat Moh vaak absent is. Zowel de speltherapeut als de school overwegen, vanwege de ernst van de klachten enerzijds en het ontbreken van een lopende behandeling anderzijds, om via bureau jeugdzorg een melding te doen bij de raad voor de kinderscherming. Toch doen zij dat niet en om ons onduidelijke redenen komt het uiteindelijk tot een verwijzing naar een intensief en outreachend werkend jeugdpsychiatrisch team, waarbij gerichte hulp thuis gegeven kan worden aan ouders en kinderen. Deze hulp is vooral gericht op de opvoeding.

Ook de behandeling door het jeugdpsychiatrisch team komt amper van de grond. Amna blijkt in de thuissituatie meer geïnvaleerd door haar depressie dan aanvankelijk gedacht. Zij lijkt nauwelijks in staat de basiszorg voor haar kinderen te geven en ligt lang in haar bed. De gordijnen in de woning zijn vaak gesloten. Moh trekt zich vrijwel altijd terug in zijn kamer, of zoekt steun bij zijn oudere zus. Schrijnend is het als blijkt dat Amna zelfs geen initiatief toont om het door het bedplassen vervuilde matras te vernieuwen.

Stagnatie van de behandeling en de rol van de hulpverleners

Een individuele behandeling kan stagneren door verzet of weerstand bij de cliënt. Ook het systeem waar cliënten deel van uit maken kan een belangrijk onderdeel van het in stand houdende interactieproces zijn. Vaak blijft onderbelicht dat ook hulpverleners in die stagnatie een rol kunnen spelen.

In de hierboven beschreven behandelingen hebben de hulpverleners van Amna en van het intensief outreachend jeugdpsychiatrisch team, uiteraard met toestemming van de cliënte, contact met elkaar gehad per telefoon, per mail en ook bij het gezin thuis. Dit verliep voor de behande-

ling van zowel Amna als Moh niet bevredigend. Door verschillen in leeftijd, ervaring, geslacht en culturele achtergrond van de beide hulpverleners zijn hun verwachtingen ten opzichte van elkaar niet passend en komt er geen synergie voor de behandeling tot stand. Amna's behandelaar benadrukt bijvoorbeeld dat hij veel kennis heeft over haar culturele achtergrond, de hulpverlener van het jeugdpsychiatrisch team vindt aansluiting bij Amna door het bespreken van kleine dagelijkse situaties, zoals een rapportbespreking op school. Er blijken duidelijke verschillen in visies ten aanzien van de behandeling van hun 'eigen' cliënten, bij de moeder gericht op haar individuele klachten, bij de zoon gericht op de opvoeding. Hoewel het om hetzelfde systeem gaat, ontbreekt een systemische visie. Omdat de hulpverleners zo betrokken zijn bij de vrouw en haar kind zijn hun rollen minder neutraal dan gewenst: ze zijn de invloedrijke anderen geworden die een rol spelen in het behandelproces door elkaars visies niet altijd even goed te steunen. Het lukt hun niet om tot de noodzakelijke eerste stap, namelijk overeenstemming, te komen zodat een systeemgerichte behandeling kan plaatsvinden (Van Oenen, Cornelis & Bernardt, 2012).

Besloten wordt tot een gezamenlijk overleg van alle behandelaren: Amna's psycholoog en de behandelend psycholoog van het jeugdpsychiatrisch team, samen met hun respectievelijke teampsychiaters. Deze laatsten dragen enerzijds de eindverantwoordelijkheid voor de behandeling, anderzijds hebben zij minder direct contact met cliënten en is er meer afstand. Hierdoor kunnen zij een veilig en betrokken klimaat scheppen waarin beslissingen kunnen worden genomen. Daarmee kunnen zij een steunende rol voor collega's in een team innemen.

In dit gezamenlijk overleg wordt voor iedereen duidelijk dat er inderdaad knopen moeten worden doorgehakt. Moet er aangekoerst worden op een zorgmelding bij de raad voor de kinderbescherming gezien het ontbreken van basale zorg voor Moh? En wat te doen met Amna, die dreigt dat als haar kinderen haar worden ontnomen, zij niets meer heeft om voor te leven en zelfmoord zal plegen?

Het wordt een emotioneel beladen bijeenkomst waarbij men over en weer elkaars angsten en standpunten kan horen. Gezamenlijk wordt besloten minder individueel te kijken naar Amna's depressie of Moh's angsten, maar te focussen op het welzijn van Moh en de mogelijkheden van het systeem, als een laatste en beperkte kans voordat een melding bij de raad voor de kinderbescherming zal worden gedaan. De beide teams zullen dus ook meer moeten samenwerken.

Een melding bij de raad voor de kinderbescherming (via bureau jeugd-

zorg) betekent dat deze onderzoek kan laten doen, waarna een rechter eventueel kan besluiten tot het aanstellen van een gezinsvoogd of in ernstige gevallen tot een (onmiddellijk) uit huis plaatsen van een kind.

Beloop

In korte tijd blijkt Amna tot onze verbazing in staat tot een betere basiszorg. Moh krijgt regelmatig te eten, Amna verzorgt zijn kleren beter en koopt een nieuw matras voor hem. Lichamelijk onderzoek vanwege het bedplassen vindt plaats en met een 'plaswekker' kan een gerichte behandeling van het bedplassen plaatsvinden. Ook komt Moh vaker op tijd op school en doet hij met zijn moeder leuke dingen buiten de deur.

Niet alleen in Moh's toestand, ook in Amna's ziektebeeld treedt een verdere verbetering op: zij wordt vrolijker, initiatiefrijker en actiever.

Bij een evaluatie door de betrokken hulpverleners kan na drie maanden worden geconcludeerd dat een sterke en duidelijke verbetering bij beide cliënten heeft plaatsgevonden en dat een melding bij de raad voor de kinderscherming niet meer nodig is.

Beide teams realiseren zich dat de individuele bemoeienis met de systeemleden zonder duidelijke en samenhangende afspraken en therapiedoelen weinig effectief was. Interacties in een systeem zijn niet alleen ingewikkeld maar ook zeer bepalend voor het beloop van de behandeling (Koekkoek, 2011). Na het overleg is in beide behandelingen meer ruimte ontstaan voor de verschillende rollen die de systeemleden vervullen; de vrouw wordt tijdens haar behandeling niet alleen als een individu gezien, maar meer als moeder. Concreet betekent dit dat moeders behandelaar haar ook naar de kinderen vraagt; na jaren individuele behandeling is het voor het eerst dat Amna's kinderen in de behandelkamer 'aanwezig' zijn.

De isolatie van het systeem wordt doorbroken en Amna ziet langzamerhand in dat er verandering moet komen. Ze staat dan ook meer open voor de behandeling van het jeugdpsychiatrisch team, dat nu ook de Amna's individuele behoeften beter begrijpt. En ook voor Amna is het nu duidelijk dat de twee teams op één lijn zitten.

De complexiteit van dit systeem is bepalend geweest voor de samenwerking tussen de hulpverleners, die in hun poging om het individueel welbevinden te stimuleren het systeem uit het oog verloren. Na het gezamenlijk overleg lijkt de systeemvisie en tevens de communicatie tussen de teams grotendeels hersteld. Er zijn gezamenlijke doelen en

Henk Jan Kolthof & Georgia Katsaragaki

tussen de behandelaren is overeenstemming bereikt. Het lijkt dat beide teams zich meer zijn gaan realiseren dat bij een dergelijk ingewikkeld systeem de behandelaar een positie binnen het systeem inneemt (zie ook Real, 1990). Deze posities boden in dit geval weinig ruimte voor werkelijk contact tussen de psychologen. Beide teams zijn zich daarvan en van de invloed ervan op hun interactie te weinig bewust geweest.

Hieronder proberen we te verklaren hoe zo'n omschakeling in visie plaats heeft kunnen vinden.

Verklaring

Wij hebben ons afgevraagd hoe het kan dat een lang lopende, stagnerende behandeling van twee personen zo plotseling kan worden omgebogen tot een veel succesvollere.

Gold en Stricker (2011) onderscheiden verschillende factoren die een behandeling negatief kunnen beïnvloeden: op het niveau van de cliënt zelf, bij de therapeut, bij therapietechnische factoren, op het niveau van de eventuele partnerrelatie van de cliënt, en andere omgevingsfactoren. Systeemisch gezien hoort hier nog bij: het therapeutisch systeem (cliënten en therapeuten), die vast komen te zitten in vruchteloze interactiepatronen.

Zoals hierboven kort is beschreven, kan door verschillen in positie, opleiding, ervaring, maar ook door leeftijd, geslacht en culturele achtergrond van de verschillende hulpverleners een daadwerkelijk contact tussen hen worden afgehouden. Er ontbreekt dan aandacht voor het mentale gedachtengoed van de collega, er wordt niet genoeg gementaliseerd. Zoals de mogelijke vooroordelen tussen psychiater en cliënt die Gabbard, Weiss Roberts, Crisp-Han, Ball, Hobday en Rachal (2012) beschrijven, menen wij dat dezelfde fenomenen kunnen optreden tussen hulpverleners die met elkaar samenwerken. Freud (2006) noemde dit 'het narcisme van de kleine verschillen'.

Mogelijk door de structuur van het formelere therapeutenoverleg met de meer op afstand staande teampsychiaters is een situatie geschapen waarin een authentieke, 'emotioneel echte' ontmoeting kon plaatsvinden. Er is ruimte gecreëerd voor reflectie. Hierdoor kan een *moment of meeting* ontstaan, een concept van de Boston Change Process Study Group (2010). *Moments of meeting* zijn beschreven in de interactie tussen moeders en hun baby's, tussen moeders en oudere kinderen, en tussen therapeuten en hun cliënten. Zo'n menselijke ervaring kan ons inziens ook optreden tussen samenwerkende therapeuten.

Het proces van veranderen in een contact gaat uit van de *implicit relational knowledge*, een vorm van procedurele kennis over de relatie met de ander, een manier van zijn met de ander. In een heen en weer gaand contact met die ander, in een proces van wederzijdse affectregulatie, kunnen door middel van durven uitproberen, fouten mogen maken en met hulp van improvisaties en creativiteit *now-moments* ontstaan: momenten waarop wederzijdse afstemming herkend wordt en raakt aan vroege hechting. Worden deze momenten meer emotioneel geladen en door beide personen herkend, dan kunnen dit de veel zeldzamere *moments of meeting* worden. Het brengt beide personen op een ander niveau van *implicit relational knowledge*; voor beiden is er sprake van verandering. Het gaat niet om een duiding, maar om een proces en het resultaat van het samenzijn.

In het overleg van de vier behandelaren waren we zoekende en reflecterende op elkaars en eigen handelen. We spraken, deels heftig, emotioneel geladen zaken uit, het ging immers om 'onze cliënt'. Als de herkenning en erkenning van de ander heeft plaatsgevonden zijn beide psychologen in staat om op een ander niveau verder te gaan.

Moments of meeting worden door cliënten, in deze casus door alle behandelaren, vaak aangeduid als belangrijk, soms als een keerpunt in de behandeling, in deze casus als keerpunt in de samenwerking (Lyons-Ruth, 1998; Stern, 1998; Stern, Sander, Nahum, Harrison, Lyons-Ruth, Morgan, Bruschweilerstern & Tronick, 1998.)

Besluit

De individuele benadering in deze casus leidde tot stagnatie van beide behandelingen en een gebrek aan communicatie tussen de twee teams.

Zowel in contacten tussen therapeuten en hun cliënten als tussen therapeuten onderling is het proces van het zoeken naar authentiek contact een belangrijke therapeutische interventie. Wij willen met deze beschrijving van deze twee samenhangende ziektegeschiedenissen benadrukken dat het om een proces gaat. Het strikt volgen van protocollen voor de depressie van de moeder of de gerichtheid op de angststoornis van het kind volstond niet om de behandelingen tot een goed einde te brengen. Er was een eenduidige en gezamenlijke gezinsgerichte visie nodig van de twee behandelteams. Het heeft ons geleerd in voorkomende gevallen elkaar letterlijk op te zoeken en van de twee behandelvisies er één te maken.

Met deze dubbele casus willen we, wellicht ten overvloede, illustreren

Henk Jan Kolthof & Georgia Katsaragaki

dat vanuit de volwassenenpsychiatrie het zien van het systeem om de cliënt heen en het zien van de kinderen ook voor de behandeling van de volwassene van groot belang kan zijn (Korner, 1988). Vaak wordt in de behandeling ruime aandacht besteed aan symptoomverlichting, verbeteren van interpersoonlijk contact, dagactivering en arbeidsrehabilitatie; veel minder komt de rehabilitatie van de ouderrol ter sprake. Samenwerken met een jeugdafdeling om de kinderen van ouders met psychische problemen in beeld te krijgen is een goede eerste stap.

Voor de jeugdpsychiatrie laat deze casus opnieuw zien dat behandeling van kinderen niet los gezien kan worden van de betrokkenheid van hun – soms psychisch geïnvaleerde – ouders. Dat is voor de jeugdpsychiatrie meer vanzelfsprekend; soms moet echter authentiek, creatief en improviserend gehandeld worden om alle partijen betrokken te krijgen om stagnaties op te heffen.

Henk Jan Kolthof is kinder- en jeugdpsychiater bij Lucertis, Purmerend.

E-mail: h.kolthof@nh.lucertis.nl.

Georgia Katsaragaki is psycholoog in opleiding tot gz-psycholoog bij het Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

Literatuur

- Boston Change Process Study Group (2010). *Change in psychotherapy – A unifying paradigm*. New York/London: Norton.
- Freud, S. (2006). Het maagdelijksheidstaboe. In S. Freud, *Werken*, deel 8 (p. 39). Amsterdam: Boom. (Oorspronkelijk gepubliceerd in 1918).
- Gabbard, G.O., Weiss Roberts, L., Crisp-Han, H., Ball, V., Hobday, G. & Rachal, F. (2012). Sensitiviteit voor cultuur, etniciteit, gender en seksuele voorkeur. In idem, *Professionaliteit in de psychiatrie* (p. 101-124). Utrecht: De Tijdstroom.
- Gold, J. & Stricker, G. (2011). Failures in psychodynamic psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 67(11), 1096-1105.
- Koekkoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding*. Houten: Bohn, Stafleu & van Loghum.
- Korner, S. (1988). Family therapists and children – A case of neglect? *Psychotherapy in Private Practice*, 6(1), 101-113.
- Lampropoulos, G.K. (2011). Failure in psychotherapy – An introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 67(11), 1093-1095.
- Lyons-Ruth, K. (1998). Implicit relational knowing – Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282-289.
- Oenen, F.J. van, Cornelis, J. & Bernardt, C. (2012). Consensusgericht systemisch interviewen en interveniëren. Een systemisch 'goed genoeg'-pakket voor hulpverleners in de psychiatrie. *Systeemtherapie*, 24(2), 63-81.
- Real, T.M.S.W. (1990). The therapeutic use of self in constructionist/systemic therapy. *Family Process*, 29(3), 255-272.
- Stern, D.N. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge – Some implications of developmental observations for adult psychotherapy.

Behandelen van moeder en kind, apart en samen

Infant Mental Health Journal, 19(3), 300-308.
Stern, D.N., Sander, L.W., Nahum, J.P., Harri-
son, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C.,
Bruschweilerstern, N. & Tronick, E.Z.

(1998). Non-interpretive mechanisms in
psychoanalytic therapy – The 'something
more' than interpretation. *International
Journal of Psycho-Analysis*, 79(5), 903-921.