

JULIAAN VAN ACKER

Zorgenkinderen

Omgaan met opvoedingsproblemen

Ambo|Amsterdam

Inhoud

Voorwoord	7
Ter inleiding: uitgangspunten en stappenplan	9
1 Niet te handhaven kinderen	32
2 Een onzekere alleenstaande moeder	59
3 Een verstoord eetpatroon	83
4 De hysterie rondom ADHD	108
5 Angstige kinderen	135
6 Maria, een opstandige puber	160
7 Wat ouders van pubers moeten weten	183
8 Allochtone gezinnen	209
9 Uit huis geplaatste kinderen	254
10 Justus, een toekomstige crimineel?	280
11 Gewelddadige, jonge criminelen	312
Nawoord	345

Voorwoord

De lezer zal misschien verbaasd zijn over de veelsoortigheid van problemen die in dit boek aan de orde komen. Het lijkt alsof geen psychisch probleem mij vreemd is en ik overal raad op weet. Zo simpel is het echter niet. De veelsoortigheid van de behandelde problemen heeft te maken met mijn manier van werken en met de manier waarop ouders bij mij terechtkomen. Ik meen namelijk dat voor psychische problemen geen behandelingsrecepten gegeven kunnen worden. Elk mens is uniek. Elke ouder, elk kind is een persoon. Vandaar dat voor elk kind en voor elk gezin als het ware een nieuwe therapie uitgevonden moet worden. Hoe dat in zijn werk gaat, probeer ik duidelijk te maken aan de hand van zeer gedetailleerde gevalsbesprekingen. Ook minder geslaagde behandelingen, eigen falen en tekortkomingen komen aan de orde, want over behandeling van hardnekkige en diepgewortelde problemen bestaat nog veel onzekerheid.

Tijdens mijn dertigjarige praktijk, waarvan twintig jaar als hoogleraar in de pedagogische wetenschappen en hoofd van een project voor intensieve behandeling van gezinnen, heb ik te maken gehad met een brede waaier van gedragsproblemen en emotionele stoornissen bij kinderen en adolescenten. In dit boek heb ik geprobeerd de belangrijkste en meest voorkomende problemen aan de orde te stellen, met aandacht voor de bereikte resultaten want mijn behandelingen zijn altijd onderwerp geweest van onderzoek naar de effecten. De afgelopen jaren werden in mijn project ook jonge recidiverende delinquenten behandeld die via de politie bij mij terechtkwamen. In de laatste twee hoofdstukken worden mijn ervaringen met deze groep uitvoerig toegelicht. Deze groep was geselecteerd op grond van een groot aantal risicofactoren, dat van dien aard was dat geveesd moest worden voor een criminele carrière met steeds gewelddadiger gedrag. Een groep van zestien jongens had het halfjaar vóór ze bij mij kwamen samen dertig delicten gepleegd, waarvan acht geweldsdelicten. In een follow-uponderzoek, één jaar na het beëindigen van de behandeling, bleek dat gedurende het afgelopen halfjaar deze jongens samen

slechts zes delicten hadden gepleegd en geen enkel geweldsdelict.

Mijn dank gaat hier uit naar de tientallen medewerkers, clinici en onderzoekers, en de vele studenten die met mij hebben samengewerkt in deze behandelingspraktijk. Door de omstandigheden gedwongen kon ik slechts medewerkers in tijdelijke dienst aanstellen, met als nadeel dat het project geen gevestigde instelling kon worden, en als voordeel dat veel jonge mensen hierin de ervaring hebben opgedaan om de behandelmethode en -visie in den lande te verspreiden.

Dit is geen boek waarin inzicht wordt gegeven in de omvangrijke literatuur over het ontstaan van gedragsproblemen en opvoedingsproblemen. Ook wordt geen uitputtend overzicht gegeven van de diverse behandelingsvormen en de effecten ervan. Daarvoor kan ik verwijzen naar mijn eerdere publicaties of naar het grote aanbod van voortreffelijke Engelstalige of Nederlandstalige handboeken op dit vakgebied. In dit boek probeer ik een eerlijk verslag te geven van mijn ervaringen als hulpverlener. Soms kan ik mijn interventies duidelijk wetenschappelijk verantwoorden; vaak moet ik mij beperken tot beschrijvingen van een uiterst ingewikkeld proces van zoeken en tasten totdat een lichtpuntje verschijnt. Ik richt mij hier zowel tot deskundigen (en tot diegenen die in opleiding zijn) als tot ouders en leerkrachten, omdat behandeling van opvoedingsproblemen slechts kan lukken als allen samenwerken. Ik heb geprobeerd in mijn taalgebruik zoveel mogelijk rekening te houden met deze verscheidenheid van de doelgroep.

In tegenstelling tot mijn vorige boeken wordt in dit boek nauwelijks verwezen naar wetenschappelijke literatuur. Dat komt omdat de behandelingen vanuit de praktijk zijn beschreven, en bij de theoretische beschouwingen liet ik mij inspireren vanuit de studie waaraan ik mij gedurende mijn gehele carrière heb gewijd. Alle boeken en artikelen die in de referenties van mijn vorige publicaties werden vermeld, kunnen als wetenschappelijke bronnen worden beschouwd.

Ter inleiding: uitgangspunten en stappenplan

De basisfilosofie in het kort

Wat maakt de relatie tussen twee mensen zinvol? Wat maakt in het bijzonder de relatie tussen ouder en kind zinvol? Hoe we met elkaar omgaan wordt vooral bepaald door wat wij zinvol en waardevol vinden. De ouder wil het kind bepaald gedrag aanleren en het kind leren bepaalde regels in acht te nemen. Met 'bepaald' gedrag wordt hier vooral bedoeld *goed* gedrag. Ook de manier van denken en het gevoelsleven van het kind worden ontwikkeld in de omgang met volwassenen. Sommige gedachten en gevoelens achten wij verantwoord, andere vinden we gestoord, zinloos, onaangepast of schadelijk.

Opvoeding is in zekere zin omgangskunde. Het kind ontwikkelt zich in de omgang met zijn opvoeders. Behandeling van opvoedingsproblemen kan niet los worden gezien van de opvoeding zelf. Het doel van de behandeling van kinderen is altijd de gewone opvoeding weer mogelijk te maken of te verbeteren. Vandaar dat ik de ouders een centrale rol geef in het behandelingsproces en alles doe om te voorkomen dat zij zich gediskwalificeerd voelen, beschuldigd, vernederd of buitenspel gezet.

Als het gaat om kinderen zie ik dus geen wezenlijk onderscheid tussen opvoeding en behandeling. Een gevolg hiervan is dat de hulpverlener keuzen moet maken tussen wat zinvol is, waardevol en goed. Het doel van de opvoeding en de behandeling is in wezen het kind te helpen een goede mens te zijn en te worden. Liefde zie ik hier als synoniem van goedheid.

Maar het doel van opvoeding en behandeling roept een groot en boeiend probleem op: moeten wij het kind dan zodanig manipuleren dat het zich goed leert te gedragen? Is goedheid in wezen niet iets waarvoor elke mens uit vrije wil moet kiezen? Ik meen dat de traditionele wetenschap, de empirische wetenschap die louter gebaseerd is op wat objectief waarneembaar en meetbaar is, zich geen raad weet met dit probleem. Ik wil hier heel sterk benadrukken dat ik de empirisch-wetenschappelijke in-

valshoek absoluut niet verwerp. Die benadering is van groot belang voor een methodische en systematische aanpak van psychosociale problemen. Alleen met behulp van empirisch onderzoek kunnen we erachter komen wat werkt en niet werkt en wat de werkzame factoren zijn die leiden tot gunstige resultaten. Ik heb het hier uiteraard over de empirische invalshoek in de menswetenschappen, zoals de psychologie en de pedagogie.

Wat de empirische menswetenschappen niet kunnen beantwoorden is de vraag naar wat zinvol, waardevol en goed is. We kunnen slechts meten wat *is*, maar niet wat *hoort*. Daardoor kan de empirische wetenschap geen antwoord geven op de vraag wat het wezenlijke is van de opvoeding en de hulpverlening aan kinderen. Dit leidt tot een enorme versmalling van de discussie over psychologische en pedagogische verschijnselen. Vanuit de empirische invalshoek kunnen we niet spreken over wat goedheid en liefde is en over wat de diepere zin is van het leven. Die vorm van wetenschap komt altijd neer op systematisch manipuleren van mensen om hun gedrag, gedachten en gevoelens te veranderen. Maar dat is geen vrije keuze.

Als goedheid geen kwestie is van vrije keuze, is een goed mens niets anders dan een mens die in de juiste omstandigheden is opgegroeid en zich in de juiste situatie bevindt. Omgekeerd kan elke mens slecht worden als hij zich bevindt in bijzondere omstandigheden. Voor een groot gedeelte is dat waar: jonge mannen die in de beste gezinnen zijn opgegroeid, die van kinds af aan religieuze waarden en normen hebben meegekregen en die behoren tot de middenklasse, zijn in staat tot de wreedste oorlogsmisdaden als zij als militairen terechtkomen in een zeer stressvolle situatie met een meedogenloze vijand.

Toch blijf ik ervan overtuigd dat de mens méér is dan het product van de biologie en van de sociale krachten die op hem hebben ingewerkt en inwerken. Mijn wezenlijk ethisch uitgangspunt is dat de mens in staat is te kiezen, uit vrije wil, voor het goede. Echte goedheid of echte liefde kan slechts een daad zijn van vrije wil, want afdedwongen goedheid of liefde is geen goedheid en geen liefde. De vraag die hier logischerwijs op volgt is hoe het kind tot die vrije keuze kan komen. Als goedheid geen kwestie kan zijn van manipuleren van buitenaf, hoe kan in de loop van de opvoeding (en de behandeling) het kind een goed mens worden?

Met deze vraag komen we terug bij het begin van deze paragraaf: het kind ontwikkelt zich in de omgang met zijn opvoeders. Om goed te zijn moet het kind zodanig *geraakt* worden door zijn opvoeders dat het goed wil zijn. Het wezen van de opvoeding is *bezieling*. De opvoeder moet zelf een goed mens zijn. Dit lijkt bijna een open deur intrappen, maar als we dieper ingaan op wat het betekent een goed mens te zijn, dan komen we tot verrassende uitspraken.

Een goed mens zijn is namelijk iets ongehoords. Goedheid is in wezen onnatuurlijk. Het druist in tegen al onze natuurlijke neigingen. Nog sterker: goedheid kan slechts volmaakt zijn. Zodra er enige 'natuurlijke' bijbedoeling bij onze goedheid zou zijn, bijvoorbeeld dat het enig voordeel oplevert voor onszelf, is het geen goedheid meer. Goedheid betekent dat wij onze eigen behoeften en wensen opzijzetten om ons voor de ander op te offeren. Goedheid is ook onvoorwaardelijk: het zou al te makkelijk zijn om slechts goed te zijn voor sympathieke en talentvolle mensen. Aan goedheid kunnen geen voorwaarden gesteld worden, want anders is het in de eerste plaats egocentrisme. Dit wil niet zeggen dat een goede opvoeder alles moet toelaten. De grenzen die hij stelt worden echter niet bepaald vanuit zijn eigen behoeften, maar vanuit het belang van het kind en het respect dat dit kind moet hebben voor anderen.

Nu denkt men wellicht dat deze opvatting over wat het betekent een goed mens te zijn getuigt van een naïef idealisme. Dat moet ik stellig afwijzen: de meeste mensen zijn in staat op die manier goed te zijn! Onvoorwaardelijk, absoluut, volmaakt. De meeste ouders offeren zich op voor hun kinderen. Als het nodig zou zijn is vrijwel elke ouder in staat zijn eigen leven op te offeren voor het kind. Meer in het algemeen leven we in vrede en welvaart dankzij de onvoorwaardelijke inzet van heel veel mensen die het goede voorhebben met hun medemensen.

Natuurlijk is er heel veel dat tegenstrijdig is aan het wezenlijke van goedheid. Ook ouders hebben hun eigen behoeften en verlangens en kunnen best egocentrisch zijn. In woordenboeken wordt het samengaan van echte goedheid en onze fouten aardig weergegeven door de definiëring van 'menselijk': aan de ene kant is dat 'het innigste, het wezen van het menszijn rakend', en aan de andere kant 'wat eigen is aan de mens als onvolmaakt wezen'.

In dit boek probeer ik te beschrijven hoe mijn geloof in de goedheid van de mens mij heeft geïnspireerd om ook in de meest problematische gezinnen met ouders en kinderen samen te werken. Met vallen en opstaan. Uiteraard met veel teleurstellingen. Maar mijn overtuiging dat elk mens geraakt kan worden door 'het goede' heeft standgehouden. Als mijn inzet niet heeft geleid tot de gewenste resultaten, dan ging het meestal om diep gekwetste mensen die zelden of nooit liefde hebben ervaren. In z'n eentje staat de hulpverlener hier machteloos: de samenleving moet solidair zijn met mensen die overal uit de boot vallen, die niet meetellen, die als lastig of zelfs als nutteloos worden beschouwd.

Het stappenplan

BASISPRINCIPES

De in dit boek beschreven behandelingsmethode is een poging om de visie van wat in de relatie tussen mensen wezenlijk is tot haar recht te laten komen, en om tegelijkertijd gebruik te maken van wetenschappelijke inzichten zonder te vervallen in manipulatie van ouders en kinderen.

Een van mijn uitgangspunten is dat bij psychische problemen de cliënt deze zelf moet leren oplossen. Bij het oplossen van opvoedingsproblemen worden ouders gezien als partners van de hulpverlener. Zij zijn de experts die de meeste ervaring hebben met hun kind. Maar bovenal: zij zijn diegenen die het kind moeten bezielen voor het goede. Waar het in de hulpverlening in wezen om gaat is de ouders en andere opvoeders de kracht te geven zich onvoorwaardelijk in te zetten voor het kind. Daarom stelt de hulpverlener zich op als een steungever en partner van de ouders. Om *partnership* mogelijk te maken moet de behandelingsmethode voor de ouders begrijpelijk en toepasbaar zijn. Zij verrichten daarom samen met mij de diagnose, en ik help hen bij het opstellen van een behandelingsstrategie. Op die manier zoek ik samen met de ouders wat er precies aan de hand is, en wat in hun specifieke geval mogelijke oorzaken zijn. Geen probleem is mij vreemd, in die zin dat ik samen met de ouders elk probleem dat zich voordoet ga ontleden en probeer te begrijpen. Het ligt voor de hand dat bij deze behandelingsmethode de basishouding van de therapeut van doorslaggevend belang is: nimmer de ouders diskwalificeren, maar hen altijd met respect benaderen. Zoeken naar het positieve en de ouders zo goed mogelijk stimuleren. Altijd opnieuw willen herbeginnen. Doorzetten totdat een eerste lichtpuntje verschijnt.

Verder zie ik als een belangrijke rol van de academisch gevormde hulpverlener het leggen van relaties tussen de concrete problemen van de cliënt en het wetenschappelijk onderzoek. Zoals de ouder de ervaringsdeskundige is, zo is de hulpverlener de wetenschapper die put uit de ervaring van anderen. Als een voor mij onbekend psychisch probleem moet worden behandeld, dan raadpleeg ik zo uitvoerig mogelijk de wetenschappelijke literatuur. Dit helpt mij dan om samen met de cliënt te onderzoeken wat in zijn specifieke situatie bruikbaar is. In de verschillende hoofdstukken van dit boek wordt dit proces duidelijk: beschrijvingen van de problemen worden regelmatig afgewisseld met theoretische beschouwingen. Op deze wijze wordt beschreven hoe de behandelingsstrategie bij de specifieke casus geleidelijk aan totstandkwam.

Een volgend belangrijk basisprincipe is aansluiten bij de positieve mo-

gelijkheden van de gezinsleden. In plaats van op een destructieve manier te kijken naar mensen, zoekt de hulpverlener naar hun capaciteiten en kwaliteiten waarbij hij kan aansluiten. De traditionele diagnostiek is, vooral bij mensen die diep in de problemen zitten, vaak destructief, in die zin dat het negatieve en afwijkende extra wordt bevestigd door de deskundigen, en dat juist bij mensen die snakken naar wat waardering. Er moet natuurlijk een emotionele drempel worden overschreden om bij een ouder die bijvoorbeeld zijn kind ernstig mishandeld of misbruikt heeft, of bij een jonge tasjesrover, te zoeken naar hun kwaliteiten, maar door hen alleen maar te veroordelen zouden ze nooit 'geraakt' worden door het goede en komt van verbetering van de opvoedingssituatie of van hun gedrag niets terecht. Dit uitgangspunt hoeft niet in strijd te zijn met het geven van prioriteit aan de veiligheid van het kind of van de potentiële slachtoffers.

Reeds eerder benadrukte ik dat behandeling uiteindelijk altijd moet leiden naar verandering van gedrag, van gevoelens en van gedachten. Dit betekent dat de hulpverlener moet werken aan concrete veranderingen in het hier en nu. De ouders moeten leren hoe ze het best hun kinderen kunnen stimuleren om zich aan elementaire sociale regels te houden. Kinderen moeten leren met anderen rekening te houden. Het kind en de adolescent moeten belangrijke ontwikkelingstaken voltooien, zoals het volgen van onderwijs, het aangaan van normale relaties met leeftijdgenoten, het leren van sociale vaardigheden en het ontwikkelen van een levensbeschouwing. Ook als ze een traumatisch verleden gehad hebben en onder stressvolle omstandigheden leven, moeten de gezinsleden leren ermee om te gaan zonder de opvoeding en de ontwikkeling te veel te verstoren. Dit basisprincipe verwoord ik tegenover het gezin vaak als 'wat kunnen we vandaag doen opdat het morgen beter zou gaan?'

Ten slotte is het erg belangrijk dat de hulpverlener niet al te veel preenties heeft. Hulpverlening is een zaak voor iedereen. Zonder de medewerking van de ouders, de leerkrachten en andere belangrijke volwassenen in de omgeving van het kind houden de behandelingsresultaten niet lang stand. Zelfs bij een intensieve vorm van hulpverlening, waarbij de hulpverlener een of twee keer per week naar het gezin toe gaat, heeft hij over een jaar genomen gemiddeld niet meer dan vijf minuten per dag contact met het kind. De ouders en de leerkrachten daarentegen hebben dagelijks meerdere uren contact met het kind. Zij hebben de sleutel in handen om tot een oplossing en verbetering van de situatie te komen. De hulpverlener is vooral een bemiddelaar, die mensen stimuleert, aanmoedigt, ondersteunt en hun verantwoorde adviezen geeft.

NEGEN STAPPEN

Uit de beschreven casussen zal duidelijk worden dat een zekere systematiek wordt gevolgd. Er wordt niet krampachtig vastgehouden aan een voorgeschreven strategie, maar eerder fungeert de systematiek als een raamwerk waarbinnen de behandeling verloopt. De verschillende stappen kunnen bij nieuwe problemen of bij stagnaties telkens herhaald worden. Het is wel belangrijk dat de volgorde van de stappen wordt gerespecteerd. Dat volgt uit het partnership-principe: er wordt niets opgedrongen, maar elke stap volgt logischerwijs op de andere zodat de ouders ervaren dat zij controle behouden over het proces.

De systematiek kan, zeer in het algemeen, in de volgende negen stappen worden onderverdeeld:

- Stap 1 *Het eerste gesprek*
- Stap 2 *Concretiseren en analyseren*
- Stap 3 *Samen een eerste diagnose stellen*
- Stap 4 *Haalbare doelen vaststellen*
- Stap 5 *Een eerste advies of de klinische hypothesen formuleren*
- Stap 6 *Gerichte beïnvloeding*
- Stap 7 *Proces van ondersteuning en bijstelling*
- Stap 8 *Afbouwen en beëindigen van de behandeling*
- Stap 9 *Evaluatie en follow-up*

1 *Het eerste gesprek* – dit is een zeer belangrijk moment in de behandeling. Tijdens het eerste gesprek wordt de toon gezet voor het vervolg van de behandeling. Als de ouders op dit moment het gevoel krijgen dat ze gediskwalificeerd worden of dat de hulpverlener het beter weet dan zij en eventjes komt zeggen hoe het moet, is de kans op succes vrijwel nihil. De basishouding van de hulpverlener komt in dit gesprek voor het eerst tot uiting en de gezinsleden hebben een aantal verwachtingen over de hulpverlening die de hulpverlener moet weten waar te maken of bij te stellen. Ook zitten veel ouders met gevoelens van onmacht, schuld, depressiviteit of woede.

Hoofdzaak is dat de hulpverlener zijn eigen referentiekader aanvankelijk achterwege laat, dit wil zeggen dat hij niet een soort politieverhoor afneemt of slechts belangstelling heeft voor antwoorden op de vragen die hij belangrijk vindt. Op die manier worden de gezinsleden vanaf het begin in een passieve rol gedwongen. Ook wordt veel weerstand opgeroepen als de hulpverlener te snel met conclusies of met adviezen komt. Vanuit mijn jarenlange ervaring weet ik soms vrij snel wat er precies aan de hand is of wat in het betreffende gezin zou moeten gebeuren, maar

toch moet ik mij in zo'n geval weten in te houden totdat de ouders er bijna 'vanzelf' achter komen.

In het eerste gesprek moet een proces op gang gebracht worden waarin de hulpverlener samen met het gezin zoekt hoe de problemen precies in elkaar zitten en op welke wijze in het gezin de verwachte doelen bereikt kunnen worden. De hulpverlener begint met een informeel gesprekje, stelt zichzelf voor en zegt wat de gezinsleden van hem kunnen verwachten en hoe in het algemeen zijn werkwijze is. Hij benadrukt bijvoorbeeld dat hij eerst een goed beeld wil krijgen van de problemen en dat hij vooral wil kijken naar de problemen zoals die zich op dat moment voordoen. Op die manier wordt het in volgende stappen mogelijk heel praktische adviezen te geven waar de ouders iets aan hebben om de dagelijkse problemen op te lossen.

De hulpverlener moet ook duidelijk zijn, om op die manier bij de gezinsleden de onzekerheid weg te nemen over wat de hulpverlener nu wel of niet weet. Vertrouwelijk verkregen informatie houdt hij natuurlijk voor zich. Daarna begint hij met een inventarisatie van de problemen. Hiermee komen we bij de volgende stap.

Voor alle sessies geldt dat grote betrokkenheid gecombineerd wordt met een redelijk zakelijke opstelling. Dit hoeft niet tegenstrijdig te zijn: een systematische en nuchtere aanpak is nodig om problemen te kunnen oplossen en de betrokkenheid blijkt uit de inzet en de aandacht van de hulpverlener. De gesprekken duren gewoonlijk niet langer dan vijftien tot twintig minuten en in mijn praktijk vinden die gesprekken meestal plaats bij de gezinsleden thuis. Dit laatste is van belang omdat de leefomgeving van het kind een wezenlijk onderdeel uitmaakt van de opvoedingssituatie. Voor hyperactieve kinderen bijvoorbeeld geldt vaak dat hun drukke gedrag versterkt of instandgehouden wordt door een heel drukke omgeving. Hebben de ouders moeite met bezoeken bij hen thuis, bijvoorbeeld omdat zij dit een inbreuk vinden op hun privacy, dan wordt niet verder aangedrongen. Voor veel ouders is hulpverlening aan huis echter heel welkom.

2 Concretiseren en analyseren – een van de belangrijkste strategieën van mijn behandelingsmethode is het concretiseren van de klachten van de ouders en andere opvoeders. Als de moeder zegt dat haar dochter altijd ongehoorzaam is, dan moeten we weten aan welke regels zij niet gehoorzaamt, hoe vaak het voorkomt, hoe de moeder daarop reageert en wat de moeder daarmee bereikt. Aan het einde van deze fase moeten we de manier waarop de gezinsleden met elkaar omgaan als het ware als in een film voor ons kunnen zien. Dit bevestigt nogmaals het belang van huisbezoeken.

De informatie om tot een concretisering van de problemen te komen, halen we uit gesprekken, door goed te observeren tijdens huisbezoeken en door aan de ouders de opdracht te geven een dagboekje bij te houden. Recente voorvallen worden besproken waarbij ook aandacht is voor het positieve. Aan de ouders wordt bijvoorbeeld gevraagd onafhankelijk van elkaar elke dag een negatieve en een positieve situatie te beschrijven. Dan moeten ze precies en concreet opschrijven wat in pakweg vijf minuten plaatsvindt.

Een typische vraag van de hulpverlener is of de ouder of het kind een voorbeeld kan geven van het probleem of de klacht die zij aangeven, bijvoorbeeld iets wat de dag ervoor of in de loop van de voorbije week is gebeurd. De hulpverlener vraagt hierop door en krijgt aldus een beeld van de omstandigheden waarin het probleemgedrag voorkomt, bij wie het voorkomt, hoe erop wordt gereageerd en welke pogingen worden ondernomen om het gedrag te veranderen. Elk gezinslid krijgt de kans zijn visie op het gebeuren weer te geven. De hulpverlener vat regelmatig samen wat hij heeft gehoord, op zodanige manier dat elk gezinslid duidelijk het gevoel heeft dat naar hem wordt geluisterd of dat zijn standpunt goed wordt verwoord. Deze samenvattingen zijn erg nuttig, want de gezinsleden worden hiermee geholpen om objectiever naar de problemen te kijken. Zij kunnen daardoor wat meer afstand nemen van de problemen en dat is vaak het begin van een herstel van de relaties.

Vaak is het zo dat, door op deze manier te concretiseren en te analyseren, de gezinsleden in staat zijn de problemen te relativiseren. Zij krijgen ook oog voor het positieve of ze leren elkaars verwachtingen beter kennen. De gezinsleden voelen zich serieus genomen en de hulpverlener bewijst door zijn houding dat hij hun opvattingen respecteert. Aan het einde van deze fase, die meestal meerdere gesprekken en observaties in beslag neemt, zet de hulpverlener alles op een rijtje, zowel de negatieve als de positieve aspecten van het gezinsleven. Vanaf dat moment wordt het mogelijk een eerste diagnose te stellen waar de gezinsleden achter kunnen staan.

3 *Samen een eerste diagnose stellen* – na een periode waarin de gezinsleden alle ruimte hebben gekregen om hun standpunt te verwoorden, is het nu de beurt aan de hulpverlener om op een iets abstracter niveau verbindingen te leggen en verklaringen te zoeken. Aangezien hij beschikt over heel veel concrete en gedetailleerde informatie van verschillende informanten, is hij meestal goed in staat bepaalde wetmatigheden te ontdekken. Alhoewel ik zelf geen voorstander ben van het gebruik van diagnostische tests in de klinische praktijk (wel voor het evaluatieonderzoek), omdat dit indruist tegen mijn principe zoveel mogelijk de concrete

ervaringen van de gezinsleden in hun specifieke situatie als uitgangspunt te nemen, kan ik mij voorstellen dat sommige hulpverleners hun bevindingen willen toetsen aan testresultaten. Ook in dit laatste geval moet de hulpverlener tot een diagnose weten te komen waar de gezinsleden achter kunnen staan.

De expertise van de hulpverlener blijkt in eerste instantie uit zijn ontwikkelingspsychologische kennis. Hij moet de vraag weten te beantwoorden in hoeverre het gedrag, de gedachten of de gevoelens van het kind aangepast zijn aan de ontwikkelingsfase waarin het kind zich bevindt. Hij moet weten of het probleemgedrag vaak voorkomt bij kinderen van die leeftijd en of het probleem iets is dat meestal vanzelf verdwijnt. Ook moet hij mogelijke gevolgen op de langere termijn kunnen aangeven. Bij het formuleren van zijn antwoorden moet de hulpverlener voorzichtig zijn om de ouders niet het gevoel te geven dat hij hun klachten bagatelliseert.

Vanuit zijn klinische kennis moet de hulpverlener de vraag kunnen beantwoorden of het al dan niet een 'klinisch' probleem is. Bij klinische problemen, waarbij specialistische hulp noodzakelijk is, moet hij kunnen aangeven waar de behandelingsmogelijkheden liggen. Hij moet de ouders niet opzadelen met valse verwachtingen over die mogelijkheden. Een vraag die daarmee samenhangt betreft de ernst en de frequentie van de problemen. Klinische problemen zijn in de meeste gevallen niet echt verschillend van vaak voorkomend probleemgedrag van kinderen, maar ze komen heel frequent voor en het gedrag neemt niet af. Ook is de prognose op de langere termijn ongunstig. De meeste kinderen kennen bijvoorbeeld weleens een periode waarin ze heel druk zijn, maar de echt hyperactieve kinderen (met ADHD) zijn impulsief, ongeconcentreerd en heel druk gedurende een periode van ten minste zes maanden.

In de diagnose moet ook worden vastgesteld in welke situaties de problemen voorkomen en in welke niet; of het probleemgedrag normaal is bij het kind of dat het pas opdook. Gaat het om een ingeslepen gedragspatroon of is het eerder een reactie op toevallige omstandigheden? Hoe specifieker deze vragen beantwoord worden, hoe preciezer de relatie kan worden gelegd met behandelingsmethoden die voor het probleem geschikt zijn. Als het probleem bijvoorbeeld is dat het kind vaak afwezig is op school, dan is de geschikte behandeling heel sterk afhankelijk van het antwoord op de zojuist gestelde vragen. Is het kind op school afwezig zonder dat de ouders het weten, dan gaat het om spijbelen. Is het kind afwezig omdat het bang is om naar school te gaan en zijn moeder het thuis houdt, dan gaat het om een schoolfobie. Wordt het kind thuisgehouden om op een broertje te passen, dan is het een opvoedingsprobleem waarvoor de ouders verantwoordelijk zijn. Het zal duidelijk zijn dat in deze

drie gevallen de passende behandelingsmethoden totaal verschillend zijn.

4 *Haalbare doelen vaststellen* – vooraleer ouders bij een hulpverlener terecht komen hebben ze meestal van alles geprobeerd zonder veel succes. In mijn praktijk gaat het vooral om ouders die eerder bij meerdere hulpverleners mislukt zijn. Een gevolg hiervan is dat deze ouders bij de minste tegenslag zullen afhaken. Het is daarom van belang te werken aan haalbare doelstellingen, in heel kleine stapjes, zodat de feitelijke behandeling begint met kleine succesjes.

Om dit te bereiken moeten de doelstellingen aan vijf criteria voldoen:

- 1 De doelstellingen moeten in concrete bewoordingen geformuleerd zijn.
- 2 De doelstellingen moeten in positieve zin geformuleerd zijn.
- 3 Het doelgedrag moet waarneembaar zijn.
- 4 De allereerste veranderingen moeten makkelijk te bereiken zijn.
- 5 De beoogde veranderingen moeten belangrijk zijn.

De magere resultaten van psychotherapie zijn vaak te wijten aan te abstracte formuleringen van de doelstellingen, zodat niemand precies weet wat er nu eigenlijk moet veranderen. Doordat we uitgaan van de concrete problemen uit het dagelijks leven wordt het mogelijk precies vast te stellen welke gedragingen, gedachten en gevoelens bij ouders en kind moeten veranderen.

De behandeling moet vooral een positieve ervaring zijn voor ouders en kind. In plaats van als doel te stellen ‘zich niet agressief gedragen’, is het beter het positieve alternatief, ‘vriendelijk of rustig reageren op een opmerking of een verzoek’ als doel te stellen. Dit is belangrijk om de aandacht van de gezinsleden te richten op het positieve. De ouders krijgen nu de opdracht niet zozeer te kijken naar wanneer het kind agressief is, maar naar het rustige gedrag van het kind. In een volgende stap wordt de ouders een middel gegeven om dat rustige gedrag te versterken.

Het doel van elk stapje moet iets zijn waarover controle mogelijk is of dat rechtstreeks onder invloed staat van de gezinsleden. Op tijd thuis komen is gedrag dat de ouders kunnen controleren. De omgang met leertijdgenoten op straat is voor hen meestal niet waarneembaar. Een goede samenwerking met de school en met de familie kan nuttig zijn om meer zicht te krijgen op het reilen en zeilen van het kind.

Alles wordt in het werk gesteld om het gezin niet met de zoveelste mislukking te confronteren. Een eerste succesje kan een geweldige aanmoediging zijn om door te gaan, bijvoorbeeld als de ouders hun twijfels heb-

ben geuit of ze hulp wel nodig hebben en of die hulp wel effect kan hebben.

Een laatste criterium betreffende de doelstellingen van de behandeling is dat de beoogde veranderingen belangrijk moeten zijn. Dit criterium is niet altijd te combineren met de voorgaande. Aan het gezin wordt uitgelegd dat een simpele doelstelling een begin is om ernstige problemen aan te pakken. Het gaat vooral om een leerproces waardoor de ouders en het kind meer zelfvertrouwen en vertrouwen in elkaar leren te verwerven. Soms kan het in heel verziekte situaties ongelooflijk moeilijk zijn om enige consensus te bereiken over de meest eenvoudige doelstellingen. In deze gevallen blijft er weinig anders over dan ondersteuning van de ouders of van het kind totdat een nieuwe crisis leidt tot de bereidheid er iets aan te doen.

5 *Een eerste advies of de klinische hypothesen formuleren* – meestal krijgen in mijn praktijk de ouders in deze fase van de behandeling een adviesbrief toegestuurd. Nadat alles op een rijtje wordt gezet en mogelijke verklaringen worden geformuleerd, wordt in die brief de vraag gesteld wat we nu willen bereiken. Zo concreet mogelijk worden de doelen voorgesteld. Daarna geeft de hulpverlener zijn advies. In het ene geval beperkt hij zich tot concrete adviezen over hoe om te gaan met probleemgedrag, in een andere geval doet hij een voorstel om gedurende een aantal maanden verder hulp te verlenen. In de meeste hoofdstukken van dit boek is een voorbeeld van een adviesbrief te vinden.

Klinische hypothesen zijn uitspraken waarin oorzakelijke verbanden worden gelegd tussen gedrag van de ouders en van het kind. Zij hebben altijd de vorm van een 'als... dan'-constructie. Bijvoorbeeld: 'Als de moeder haar dochter een complimentje maakt telkens wanneer zij haar kamer heeft opgeruimd, dan zal de dochter haar kamer vaker opruimen,' of: 'Als de vader meer aan zijn zoon zelf overlaat, zal de zoon zelfstandiger worden.' Doordat we op zo'n concreet niveau werken, doen deze hypothesen heel simpel aan. Men kan zich afvragen of dit nu wel therapie is. De functie van deze klinische hypothesen is vooral het maken van afspraken die niet omzeild kunnen worden. Er moet nu echt iets gebeuren. Als een hypothese zo concreet wordt geformuleerd, dan kan het gezinslid er altijd op aangesproken worden als hij iets doet wat daaraan tegengesteld is.

Klinische hypothesen heten niet voor niets 'hypothesen'. De hulpverlener kan ernaast zitten. Hij denkt dat het gedrag door iets bepaalds veroorzaakt wordt, maar zeker weten doet hij het niet. Door zijn theoretische kennis of zijn beperkt inzicht in de gezinsinteracties kan hij immers on-

voldoende rekening houden met de bijzondere omstandigheden in dit bepaalde gezin. Het kan in zijn algemeenheid wel zo zijn dat negeren van probleemgedrag resultaat heeft, maar in een bepaald geval kan het wel eens averechts werken, of om een andere reden haaks staan op de overige doelstellingen. Zekerheid hierover krijgen we pas als de klinische hypothese in een concrete afspraak is omgezet. Zo zal in het voorbeeld van de complimentjes voor het opruimen van de kamer, vrij snel zichtbaar kunnen zijn of dit ook werkt en dat de dochter haar kamer vaker opruimt. We moeten hierbij natuurlijk wel bedenken dat gedrag dat gedurende lange tijd is aangeleerd, niet van de ene dag op de andere kan veranderen. Vaak zullen de klachten eerst erger worden, voordat zowel ouders als kind aan de nieuwe aanpak gewend zijn. Als de hulpverlener hen hiervoor waarschuwt, kan demotivatie worden voorkomen en zullen de gezinsleden het langer willen volhouden.

Uiteraard moeten we de hypothesen ook in een toetsbare vorm gieten, omdat we anders deze veronderstellingen niet op hun geldigheid kunnen onderzoeken. Om toetsbaar te zijn moeten de hypothesen concreet waarneembaar gedrag bevatten. Zo zal de hypothese in het voorbeeld: 'Als de moeder haar eigen negatieve jeugd verwerkt heeft, dan zal zij in staat zijn haar eigen kinderen liefde te geven' heel moeilijk te toetsen zijn. Wat is verwerking? Waarin uit zich dat? Wat doet de moeder nu precies verkeerd? Hoe geeft ze nu liefde? Wat zou ze moeten doen? Dat zijn allemaal vragen die eerst beantwoord moeten worden om de hypothese onderzoekbaar en toetsbaar te maken. Het onderzoeken en toetsen van klinische hypothesen gebeurt niet zozeer om onze theoretische kennis te vergroten, maar vooral om ons de weg te wijzen naar aanknopingspunten voor de behandeling. Een en ander betekent niet dat nooit aandacht wordt besteed aan het verleden van de ouders of van de kinderen. Als de moeder bijvoorbeeld een incestervaring heeft waar ze nooit eerder met iemand over gepraat heeft, dan is het uiteraard van groot belang daar op in te gaan als ze blijkbaar zoveel vertrouwen in de hulpverlener heeft gekregen dat ze hierover begint. Zonder de pretentie te hebben de gevolgen van deze diep traumatiserende ervaring te kunnen elimineren, kan een combinatie van empathisch meelevens en het werken aan concrete en haalbare veranderingen in de dagelijkse situatie een cumulatief 'genezend' proces op gang brengen.

De tweede functie van klinische hypothesen is dus het bepalen van aanknopingspunten voor de behandeling. Wanneer bijvoorbeeld de hypothese gesteld is rond het inconsequente gedrag van de moeder, zal het in dat gezin niet veel zin hebben een afspraak te maken rond de bedtijd zonder dit aspect hierin te betrekken. Opnieuw wijst de hypothese de weg waarlangs het op tijd naar bed gaan beïnvloed wordt. Wanneer in dit ge-

zin onvoldoende aandacht gegeven zou worden aan het gedrag van de ouders dat in de klinische hypothese als invloedsfactor is opgenomen (het consequente gedrag in het 'als'-stukje van de hypothese), zal de afspraak mislukken doordat er onvoldoende of geen verandering in het probleemgedrag optreedt in de richting van het gewenste gedrag (het op tijd naar bed gaan in het 'dan'-stukje).

De derde functie, het hanteerbaar maken van het probleemgedrag, sluit nauw aan bij de vorige functie. Doordat in de klinische hypothesen de factoren die het gedrag veroorzaken of instandhouden, zijn bepaald (in het 'als'-stukje), kan het probleemgedrag veranderen. We moeten daarvoor alleen de 'als'-conditie zodanig veranderen dat het eindresultaat in de 'dan'-conditie eruit voortvloeit. Dit klinkt natuurlijk makkelijker dan het is. Vaak zijn de wijzen van op elkaar reageren in het gezin al zo ingeslepen of zijn er andere redenen waarom het gedrag in de 'als'-conditie moeilijk veranderen kan, maar het is in elk geval een beperking en verduidelijking van datgene waaraan gewerkt moet worden. In die zin vormen de klinische hypothesen een verantwoording van de doelstellingen van de behandeling (*waarom* moet de moeder consequenter worden), en leveren ze een belangrijke bijdrage in de beïnvloeding van het probleemgedrag door middel van de afspraken (*hoe* moet de moeder consequenter worden).

6 Gerichte beïnvloeding – in deze fase wordt gewerkt aan duidelijke afspraken, maar tegelijkertijd probeert de hulpverlener de gezinsleden hierin zoveel mogelijk aan te moedigen en te ondersteunen (stap 7). Als het gaat om jongere kinderen dan worden de afspraken in de vorm van een beloningssysteem uitgewerkt. Bij oudere kinderen wordt een gedragscontract gemaakt. Voorbeelden hiervan zijn respectievelijk te vinden in hoofdstuk 1 en in de hoofdstukken 8 en 10.

Afspraken moeten voldoen aan een aantal criteria. Een belangrijk criterium is dat de afspraak een goede vertaling moet zijn van alle inzichten die in de vorige stappen zijn verkregen, zodat de afspraak door het gezin als zinvol wordt ervaren en de kans op mislukking gering is. Het maken van een afspraak is een zeer belangrijk moment in de behandeling, waar de hulpverlener eigenlijk voor het eerst geconfronteerd wordt met de (on)juistheid van zijn inzichten! Bovendien zal het gezin na elke mislukking steeds minder bereid zijn zich serieus in te zetten voor een volgende afspraak. Niet voor niets gaat een heel proces vooraf aan deze stap in de behandeling. Ik wacht in het algemeen vrij lang met het maken van concrete afspraken, totdat ik zeker ben van de zinvolheid van het advies

en de afspraak, en er weinig kans bestaat dat een onbekende invloed mijn plannen doorkruist. Op grond van jarenlange ervaring heb ik samen met mijn medewerkers de volgende criteria opgesteld voor een goede afspraak:

- 1 De afspraak bevat concreet waarneembaar gedrag.
- 2 De afspraak geeft per persoon aan welk gedrag bedoeld wordt.
- 3 De afspraak bevat een duidelijke verwachting van het gewenste gedrag.
- 4 In de afspraak zijn de consequenties duidelijk weergegeven.
- 5 De afspraak is positief opgesteld.
- 6 De afspraak is inhoudelijk gebaseerd op alle eerdere stappen.
- 7 Er is een eerlijke verdeling over de gezinsleden, zodat van alle betrokkenen een vergelijkbare inspanning gevraagd wordt.
- 8 De afspraak bevat het liefst sociale, immateriële versterkers (zoals later opblijven, ontbijt op bed, samen op bezoek gaan), waardoor ook andere klachten worden aangepakt (zoals weinig aandacht voor elkaar, altijd ongezellig, nooit plezier hebben met elkaar).
- 9 De afspraak moet aantrekkelijk gebracht worden. Gebruik vrolijke stickers voor kleine kinderen, maak gebruik van nette en 'officiële' lijsten die uitnodigen tot serieus nemen ervan, laat handtekeningen zetten om expliciet te maken dat de gezinsleden zich ermee verbinden.
- 10 Presenteer de afspraak als een uitdaging, positief, eens kijken of het lukt. Schat van tevoren in dat het niet alle keren lukt en breng enthousiaste goede voornemens terug tot haalbare proporties (het is mooi als het alle dagen lukt, maar vijf keer is voor deze week al heel goed).
- 11 Discussie moet uitgesloten zijn! Het voorwerk moet helpen voorkomen dat er grote misverstanden of onduidelijkheden in de afspraak zitten. Bij afspraken over bedtijd moet bijvoorbeeld gedacht worden aan mogelijke uitzonderingen tijdens weekends en vakanties. In plaats van met elkaar te ruziën moeten de gezinsleden alleen aangeven of het gewenste gedrag al of niet voorkwam. Bespreking hiervan vindt plaats in aanwezigheid van de hulpverlener.
- 12 Zorg dat het gezin niet te veel kan afwijken van de doelen door tussentijds te telefoneren of op een andere manier contact met hen op te nemen. Dit zal zeer ondersteunend werken.

Bij jongere kinderen en soms ook bij oudere worden zoals al eerder gezegd de afspraken in de vorm van een beloningssysteem in werking gesteld. Het beloningssysteem is een middel om de ouders systematisch te

helpen bij het leren hanteren van het gedrag van het kind. Het systeem is als het ware het instrument waarmee ouders geleid worden in hun opvoedend handelen. Met behulp van dit middel wordt het wenselijk gedrag stap voor stap aangeleerd en/of bevorderd in een klimaat van positieve aandacht en waardering voor het kind.

De hoofdprincipes bij het toepassen van een beloningssysteem zijn (1) het concrete doelgedrag zodanig in stapjes onderverdelen dat een leerproces mogelijk is, en (2) generalisatie bevorderen door het belonen van elk stapje in de goede richting, te combineren met sociale of immateriële beloningen. De meeste ouders die in mijn praktijk binnenkomen hebben al ervaring met beloningssystemen. Zij zeggen dan dat het wel eventjes hielp, maar daarna begonnen de problemen opnieuw. Om dit te voorkomen moeten de volgende richtlijnen strikt nageleefd worden:

- 1 Nadat het concrete doelgedrag is vastgesteld, wordt dit onderverdeeld in kleine stapjes die een voor een moeten worden aangeleerd. Als het algemeen doel bijvoorbeeld is 'goed eetgedrag aan tafel' dan kan de eerste stap zijn 'vijftien minuten aan tafel blijven zitten'; de tweede stap is 'niet schreeuwen aan tafel'; een volgende stap is 'met mes en vork eten', enzovoort.
- 2 De ouder krijgt de opdracht op het afgesproken gedrag te letten en als het doelgedrag voorkomt het *onmiddellijk* te belonen. De ouder dient hier niet krampachtig en continu mee bezig te zijn, maar hij moet op gezette tijden en elke dag hieraan een paar keer aandacht besteden.
- 3 Om onmiddellijk te kunnen belonen wordt gebruikgemaakt van stickers die op een lijst worden aangebracht. Deze lijst heeft bijvoorbeeld de vorm van een ganzenbord, met vakjes waarin vijf stickers kunnen worden aangebracht. Op zaterdag kan het einddoel worden bereikt, dit wil zeggen dat de echte beloning verdiend wordt als meer dan twintig stickers werden 'verdiend'. In plaats van stickers en een ganzenbord kan ook worden gewerkt met een steekkaart waarop handtekeningen worden verzameld. Bovenaan wordt het doelgedrag, met name de stap die die week het doel is, duidelijk vermeld.
- 4 Het kind mag niet zelf om stickers of handtekeningen vragen.
- 5 De ouder geeft uiteraard slechts een sticker of een handtekening als het gewenste gedrag echt voorkomt. Van groot belang is dat bij het geven van deze beloning de ouder het kind aanmoedigt, prijst, of een knuffel geeft.
- 6 Na een periode van een of twee weken wordt de tweede stap vastgesteld, dit is gewoonlijk de eerste stap plus een doelgedraging die het uiteindelijke doelgedrag iets meer benadert. De derde stap is dan een combinatie van het eerste en tweede doelgedrag plus de volgende benadering.

- 7 Andere kinderen in het gezin worden ook betrokken in het beloningssysteem, ook als zij helemaal niet problematisch zijn. Men zoekt voor hen adequate doelgedragingen. De bedoeling hiervan is gelijke behandeling van alle kinderen in het gezin. Wanneer een gezin meerdere kinderen telt, van wie slechts één echt problematisch is, is de kans groot dat tijdens de behandeling van het gezin de anderen te veel moeten inleveren en daardoor dreigen zelf problematisch te worden.
- 8 In sommige gevallen kunnen aan ongewenste gedragingen kosten verbonden zijn in de vorm van het wegnemen van al verdiende stickers of het schrappen van handtekeningen. Dit moeten we echter vermijden en het wordt alleen toegepast bij erg irritant gedrag waardoor het streven naar een positief klimaat wordt verhinderd.
- 9 Als beloningen worden het liefst zaken gekozen die het kind anders toch gekregen zou hebben of leuke activiteiten die niks hoeven te kosten. Het kind moet bijvoorbeeld eerst voldoende stickers verdienen voordat het een nieuw videospelletje krijgt, of als beloning zal de vader op zaterdagmiddag met het kind in het park gaan voetballen. Beloningen die terzelfder tijd de sociale omgang bevorderen (gezamenlijk uitstapje, moeder even ontlasten) zijn bijzonder nuttig om het gezinsklimaat te bevorderen.
- 10 Het beloningssysteem wordt eerst in een gesprek toegelicht en het moet zodanig gebracht worden dat het een logisch vervolg is op de fase van het concretiseren en diagnosticeren. Daarna krijgen de ouders op schrift de instructies en/of de hulpverlener gaat naar het gezin om ter plaatse het beloningssysteem uit te werken.
- 11 Nadat het beloningssysteem een paar dagen in werking is getreden, neemt de hulpverlener telefonisch contact op met het gezin. De bedoeling hiervan is mislukkingen niet te lang te laten voortduren en zo nodig het beloningssysteem tijdig bij te stellen.

Vaak zeggen de ouders dat ze al alles, ook een systeem van belonen, hebben geprobeerd en dat niets hielp. De hulpverlener mag uiteraard niet te vlug met het beloningssysteem als een soort tovermiddel voor de dag komen. Het lijkt dan alsof de ouders te stom waren om zoiets niet zelf te bedenken. De hulpverlener moet daarom samen met de ouders het probleemgedrag zodanig geconcretiseerd en geanalyseerd hebben, dat het evident is dat het doelgedrag (= het positieve alternatief van het probleemgedrag) in stukjes wordt onderverdeeld om het aan te leren. De hulpverlener kan dit bij wijze van voorbeeld als volgt toelichten: 'Paul is dus erg vervelend aan tafel. Hij kan niet stilzitten, stoot tegen zijn zusje, hij weigert zijn mes te gebruiken en als het tijd is om van tafel te gaan heeft hij de helft

nog niet op. Wij kunnen dit natuurlijk niet een, twee, drie veranderen. We moeten hier met kleine stapjes werken en elk stapje in de goede richting gaan we belonen. Nu weet ik dat veel ouders al alles geprobeerd hebben en ook beloningssystemen hebben toegepast, maar er is geen systeem dat vaker verkeerd wordt gebruikt. Paul moet behoorlijk leren eten aan tafel, zoals hij leert op te tellen en te vermenigvuldigen. We beginnen dus met de eerste stap en dat moet voor Paul de moeite waard zijn, dan wil hij het echt leren. Dat is niet om Paul om te kopen, maar om hem te helpen bij het leren. Om er nu voor te zorgen dat hij het straks kan doen zonder beloning, moet u hem telkens prijzen of een knuffel geven als hij zich volgens de afspraak gedraagt. Hij leert dan dat goede manieren aan tafel samengaan met een prettige sfeer; dan leert hij dus dat het de moeite waard is goede tafelmanieren te hebben. Van heel groot belang is dat u hem *onmiddellijk* belooft bij het gewenste gedrag. Daarom gebruiken we stickers. Op het einde van de week, als hij voldoende stickers heeft verdiend, krijgt hij de beloning. Wij zeggen dus niet als je braaf bent aan tafel, dan mag je zaterdag dit of dat, maar Paul moet precies weten wat van hem straks aan tafel wordt verwacht en als hij zich zo gedraagt, dan krijgt hij meteen zijn sticker en u prijst hem...'

Dit systeem wordt verkeerd toegepast als de doelgedragingen te vaag zijn (bijv. 'je best doen op school'), als de ouder niet precies weet wanneer hij moet belonen of slechts op het einde van de dag of van de week belooft (als het kind dan toevallig lastig is, worden al de eerder gedane inspanningen van het kind over het hoofd gezien), als er geen rekening mee wordt gehouden dat het kind op een geleidelijke manier moeilijk gedrag moet kunnen aanleren, of als het probleemgedrag voor het kind zoveel oplevert dat de motivatie om van dit gedrag af te zien onrealistisch is. Beloningssystemen kunnen in principe op elke leeftijd worden gebruikt, zelfs volwassenen kunnen er baat bij hebben, maar voor oudere kinderen is het van belang dat ze voldoende inspraak hebben en dat zij bijvoorbeeld zichzelf kunnen belonen. Bij emotionele problemen is vaak minder duidelijk waaraan gewerkt moet worden en dan is een beloningssysteem niet bruikbaar. Het problematisch gedrag dat het gevolg is van emotionele problemen, bijvoorbeeld niet naar school durven gaan ten gevolge van een schoolfobie, kan echter wel met dit systeem worden aangepakt. Met behulp van zeer gewenste beloningen krijgt dit kind een duwtje in de rug om zijn angsten te overwinnen. Zonder aan mogelijke diepere oorzaken te werken, kan deze overwinning precies de stimulans bieden om de invloed van verleden ervaringen te keren.

Als ouders heel toegeeflijk zijn en ook bij ouders die heel streng zijn, zal het gebruik van een beloningssysteem veel begeleiding vergen van de hulpverlener. In de voorbereidende fase zal hij heel veel nadruk moeten leggen op consequent optreden en op flexibiliteit. In zekere zin is de belangrijkste functie van het beloningssysteem niet zozeer het bewerkstelligen van gedragsveranderingen bij het kind, als wel het onder controle krijgen van de opvoedingsrelatie. Zonder dat ze zich hiervan bewust worden, is het overleg met de ouders over het toepassen van een beloningssysteem voor hen een prikkel om vanaf dat moment consequent te handelen of oog te hebben voor het positieve gedrag van hun kind. Daarbij speelt de houding van de hulpverlener naar de ouders toe vanzelfsprekend een cruciale rol. Men stopt met het beloningssysteem als blijkt dat het kind zich redelijk aangepast gedraagt, ook in situaties waarin het niet wordt beloond. Om dit proces te bespoedigen is het essentieel dat gedrag wordt aangeleerd dat normaliter tot positieve reacties in de natuurlijke omgeving leidt. Als het beloningssysteem niet het gewenste effect heeft, moet gekeken worden of het wel zorgvuldig wordt toegepast, of bijvoorbeeld de doelstellingen niet te hoog zijn gegrepen, en of het kind nog wel gemotiveerd is voor de beloningen. Bij deze methode is er altijd kans dat het verwatert. Als niets lukt, ook bij een correcte toepassing van de instructies, moeten we zoeken naar mogelijke oorzaken. Meestal ligt dit in de motivatie van het kind of in de slechte kwaliteit van de ouder-kindrelatie (bijv. als de ouder het kind fundamenteel wantrouwt of het echt verwerpt). In deze, gelukkig zeer zeldzame gevallen, moeten we ofwel kiezen voor een langdurige en diepgaande psychotherapie, ofwel zullen we het gezin lange tijd onvoorwaardelijk moeten begeleiden en ondersteunen totdat het kind zich kan losmaken van zijn ouders.

Bij oudere kinderen en adolescenten kunnen in de fase van de gerichte beïnvloeding de afspraken over het doelgedrag vastgelegd worden in een contract met de ouders en in sommige gevallen gaat het om een contract van de adolescent met zichzelf. De principes voor het toepassen van gedragscontracten verschillen niet wezenlijk van de hierboven geschetste richtlijnen voor het gebruik van beloningssystemen, maar de nadruk ligt hier meer op het overleg tussen de opvoeders en het kind. Misschien volgt het belangrijkste effect van een gedragscontract uit de overlegsituatie die vóór het totstandkomen van het contract gecreëerd wordt. In een gedragscontract worden precieze afspraken gemaakt tussen de gezinsleden, omdat we er rekening mee houden dat het gedrag van één lid van het gezinssysteem afhankelijk is van het gedrag van de andere leden. Deze afhankelijkheid betekent dat om gedrag te veranderen het meestal noodzakelijk is gedrag van alle betrokken gezinsleden te wijzigen. Als dit ver-

band in een contract wordt vastgelegd, wordt meteen duidelijk dat het doel slechts door een gezamenlijke inspanning wordt bereikt en dat wat de een doet, samengaat met de inzet van een ander. Mensen zijn vaak erg gevoelig voor duidelijke en op schrift gestelde afspraken en het doel van het gedragscontract is precies de motivatie van ouders en kinderen te bevorderen. Een ander doel is het gezin te leren hoe tot duidelijke afspraken te komen en de ouders een middel aan te reiken om er consequent mee om te gaan.

Een schriftelijk contract wordt door beide partijen en door de hulpverlener ondertekend. Hiermee wordt aangetoond dat men het, desnoods na veel overleg, eens is geworden over de afspraken. Een schriftelijk contract is vooral nodig bij adolescenten die hun ouders steeds weten te manipuleren en bij jongere kinderen die moeilijk te controleren zijn. In deze gevallen zal een gedragscontract slechts zelden direct tot de gewenste resultaten leiden, maar de hulpverlener moet hier vasthoudend blijven zoeken naar afspraken waar geen speld tussen is te krijgen. Het doorzettingsvermogen van de hulpverlener (dat danig op de proef gesteld kan worden!), is een bewijs van zijn geloof in de mogelijkheden van de gezinsleden en dit is misschien belangrijker dan het behalen van concrete resultaten.

Een gedragscontract bevat de volgende basiscomponenten:

- 1 Een duidelijke formulering van het doel van het contract. Het wenselijk gedrag moet observeerbaar zijn, zodat de betrokkenen precies weten waaraan zij zich moeten houden of op welk gedrag van anderen zij moeten reageren.
- 2 Een gedetailleerde beschrijving van de voorwaarden die aan het doelgedrag verbonden zijn. Bijvoorbeeld: welke beloningen of privileges kunnen worden verdiend met welk gedrag?
- 3 In het contract wordt verduidelijkt hoe wordt beloond, op welke wijze en hoe vaak. Inspanningen in de goede richting blijven dus niet onopgemerkt.
- 4 In het contract wordt aangegeven hoe het waargenomen gedrag wordt genoteerd, zodat de vooruitgang gevolgd kan worden.
- 5 In sommige contracten staan de gevolgen vermeld bij het niet naleven van de afspraken.
- 7 *Proces van ondersteunen en bijstellen* – In de vorige stappen is al voldoende duidelijk geworden dat het planmatig werken moet verlopen in een coöperatieve en ondersteunende sfeer. De hulpverlener blijft in goed overleg met de gezinsleden en staat open voor nieuwe informatie. Hij is daarom altijd bereid tot aanpassing en bijstelling van de doelstellingen

en van de gemaakte afspraken. Bij mislukking of bij terugval toont de hulpverlener altijd zijn bereidheid om opnieuw te beginnen. Hieruit blijkt dat hulpverlening aan gezinnen in wezen niet verschilt van de opvoeding. Ook in de opvoeding is er gewoonlijk sprake van problemen, conflicten, mislukking of terugval. Het gaat echter niet zozeer om aanpassing aan regels of om gehoorzaamheid, maar in de opvoeding moet het kind vooral ervaren dat, wat er ook gebeurt, de opvoeders het geloof in het kind niet verliezen.

Hier zou de vraag gesteld kunnen worden of de eisen die aan de hulpverlener (en aan de opvoeders) worden gesteld niet veel te hoog zijn. Het lijkt alsof hij altijd moet kunnen toegeven en zelf geen rechten heeft. Ik zoek hier echter naar een oplossing van hardnekkige problemen en slepende conflicten. Bij niet al te ernstige opvoedingsproblemen zal het nooit zo uit de hand lopen en zal deze basishouding van de hulpverlener erg gewaardeerd worden. Bij chronische problemen is een langdurig proces van aanmoediging en ondersteuning noodzakelijk. Beloningssystemen, gedragscontracten of andere vormen van zeer zorgvuldig voorbereide interventies zullen in deze gezinnen vrijwel altijd gepaard gaan met nieuwe mislukkingen en terugval. Als de hulpverlener dan de moed verliest, zullen alle bereikte resultaten als een kaartenhuisje instorten. Vergeven en vergeven is hier de beste reactie.

De hulpverlener moet echter niet over zich heen laten lopen. Zijn standvastig zoeken naar positieve ontwikkelingen betekent evenzeer dat hij vasthoudt aan elementaire sociale regels. Hij zegt duidelijk wat kan en wat niet kan. Het is niet nodig dit op een verwijtende of beschuldigende toon duidelijk te maken. De hulpverlener is iemand die constateert, die de feiten op een rijtje zet en die terzelfder tijd aangeeft wat hoort en wat niet hoort. In ernstig gestoorde gezinnen, ook wel de multi-probleemgezinnen genoemd, duurt de hulpverlening soms jarenlang. In mijn praktijk zie ik dan dat terugval en ernstige problemen altijd afgewisseld worden met lange perioden waarin het heel goed gaat. Dat lijkt me beter dan het gezin te laten vallen, ook al gebeuren er heel ernstige dingen.

8 Afbouwen en beëindigen van de behandeling – In deze fase moet in het bijzonder aandacht besteed worden aan de wijze waarop de behandeling het best afgebouwd kan worden. Het blijkt namelijk dat behandelingen vaak ‘verwateren’ en dat aan het einde van de fase van de gerichte beïnvloeding niet helemaal duidelijk is of de hulpverlening al of niet is afgelopen.

Om te weten wanneer de behandeling afgebouwd en beëindigd kan worden, kunnen de drie volgende vragen als richtlijn worden gebruikt:

- 1 Zijn de eerder vastgestelde concrete doelgedragingen bij de verschillende gezinsleden bereikt?

- 2 Kan het gezin nu zonder hulpverlener verder?
- 3 Bevindt het kind zich nu in een opvoedings situatie waarin het voldoende kansen heeft om zich te ontwikkelen?

Deze drie vragen kunnen slechts worden beantwoord als de methode wordt gevolgd of als, met andere woorden, de diagnose volgt op een fase van het concretiseren en analyseren van de problemen in het specifieke gezin. Zoals reeds gezegd kan de diagnose steeds bijgesteld worden, bijvoorbeeld als nieuwe problemen worden genoemd of als er andere informatie over de interacties in het gezin of buiten het gezin bekend wordt. Van belang is dat de hulpverlener, samen met het gezin, precies weet wat bereikt moet worden, zodat iedereen even precies kan vaststellen dat de concrete, eventueel voorlopige doelen zijn bereikt. Het is mogelijk dat de meningen hierover verdeeld zijn of dat de ene wel, en de andere niet tevreden is over de mate waarin het doel werd bereikt. In sommige gevallen zijn de ouders nooit tevreden, maar dit zegt meer over hun instelling en beeldvorming dan over de gedragsproblematiek van het kind zelf of over de reële opvoedingsnood. Hier is geen pasklare oplossing voorhanden; de hulpverlener die zonder de ouders te diskwalificeren steeds probeert om met het gezin samen de doelen en de methoden vast te stellen, toont in elk geval zijn solidariteit. Als in zijn overtuiging het stadium is bereikt dat de opvoedingsrelaties redelijk hersteld zijn, kan hij zijn grenzen stellen. Hij nodigt de ouders of het gezin uit voor wat hij duidelijk 'het laatste gesprek' noemt. Bij ouders die blijven doorzeuren zeg ik niet dat ze later altijd aan de bel kunnen trekken, maar als een tijd nadien blijkt dat zij opnieuw advies en hulp willen, zullen zij natuurlijk welkom zijn. Dit neemt niet weg dat in dit laatste geval de hulpverlener zichzelf beschermt door nieuwe afspraken met grote tussenpozen te plannen. Bij de meeste ouders zeg ik in dit laatste gesprek dat zij bij nieuwe problemen deze niet te lang mogen laten doorsudderen, maar dat zij tijdig aan de bel moeten trekken. Ook kan worden aangegeven dat het normaal is dat af en toe de gedragsproblemen weer opduiken, maar dat dankzij de ervaring die tijdens de behandeling werd opgedaan deze veel sneller verbeterd kunnen worden.

Opdat het gezin uiteindelijk zonder hulp verder zou kunnen, moet de generalisatie van de behandelingsresultaten al in de loop van de behandeling worden voorbereid. Door het feit dat de ouders samen met de hulpverlener concrete doelen leren vast te stellen en door de helderheid en begrijpelijkheid van de behandelingsmethoden, zijn de ouders en eventueel de oudere kinderen hun eigen hulpverleners geworden. De hulpverlener kan de generalisatie ook nog bevorderen door de nieuwe vaar-

digheden te laten oefenen in zoveel mogelijk verschillende situaties, door zo nauw mogelijk aan te sluiten bij de reële gezinsomstandigheden en door vooral een beroep te doen op zelfcontrole en zelfevaluatie. Bij zwakke opvoeders en bij kinderen met hardnekkige, diep ingeslepen gedragsproblemen is generalisatie niet op een eenvoudige manier te bewerkstelligen. Er zijn kinderen en gezinnen die in feite altijd enige ondersteuning zullen behoeven, maar door concrete hulp kan deze afhankelijkheid op redelijke wijze afnemen. Zorgzaamheid vanuit de samenleving is de beste waarborg voor duurzame verbetering.

9 *Evaluatie en follow-up* – Evaluatie van de hulpverlening wordt vreemd genoeg veelal verwaarloosd. In de lichamelijke gezondheidszorg is het gebruik van niet geëvalueerde middelen een strafbare zaak. De cliënten in de geestelijke gezondheidszorg hebben evenzeer recht op adequate hulp en evaluatie is daarom een ethische plicht. Een eerste vereiste om te kunnen evalueren is het systematisch verzamelen van gegevens over de hulpverlening. Het bijhouden van een dossier is een absolute noodzaak om zowel systematisch en planmatig te kunnen werken, alsook om te kunnen ontdekken welke factoren of middelen werkzaam zijn geweest. Tests en vragenlijsten kunnen een interessante aanvulling zijn bij het evaluatieonderzoek. Het is hier niet mogelijk alle evaluatie-instrumenten op te noemen, onder meer omdat elke hulpverlener vanuit zijn eigen opleiding en kennis een voorkeur kan hebben. Onafhankelijke onderzoekers kunnen hun eigen instrumentarium samenstellen. De gegevens van het evaluatieonderzoek moeten openbaar gemaakt worden of gepubliceerd en de subsidiërende overheid zou haar beleid hierop moeten baseren.

De negen stappen van deze behandelingsmethodiek vormen eigenlijk slechts het formele kader waarbinnen de hulpverlening moet verlopen. Hoe elke stap inhoudelijk wordt ingevuld is afhankelijk van (1) de specifieke kenmerken van het kind en van het gezin en van (2) de therapeutische invalshoek die de hulpverlener geschikt vindt voor dit specifieke probleem. Wat dit precies betekent wordt in de volgende hoofdstukken duidelijk, nu eens gebruik ik gedragstherapeutische technieken, dan speelt de systeemtherapie een belangrijke rol. Ook kunnen niet-directieve methoden of zelfs psychoanalytische inzichten mijn handelen beïnvloeden. In mijn opvatting mag de hulpverlener niet een bepaalde school aanhangen, want dat zou betekenen dat de cliënt zich moet voegen naar de inzichten van de hulpverlener en dat druist in tegen mijn basisfilosofie. Het formele kader maakt het mogelijk dat voor elk kind en voor elk gezin een 'nieuwe' verklaringstheorie en een 'nieuwe' therapie

uitgevonden kan worden. Een ander voordeel is dat binnen deze methodiek nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen en inzichten voortdurend ingepast kunnen worden.

Eerste druk 2001
Tweede druk 2006

ISBN 90 263 1714 X
© 2001 Juliaan van Acker
Omslagontwerp Karin van der Meer, De Ontwerperij
Omslagillustratie Image Store
Foto auteur Marco Hamelink

Verspreiding voor België:
Veen Bosch & Keuning, n.v., Wommelgem