

Meelopen of tegendruk geven?

Enkele valkuilen voor de behandeling van onvrijwillig opgenomen adolescenten

door J. H. Blankstein

Diverse factoren werken in op de motivatie voor verblijf en behandeling van onvrijwillig in een kliniek of tehuis opgenomen adolescenten. In het overzicht dat Eykman (1983) van deze factoren geeft maakt hij een onderscheid tussen door de behandelaars wel en niet te beïnvloeden factoren. Bij de weergave van wat vanuit de behandeling wel te beïnvloeden is, legt hij het accent op de positieve mogelijkheden. In het verlengde hiervan wil ik stilstaan bij een aantal aspecten die een averechts effect kunnen hebben, hetzij op de motivatie hetzij op het resultaat van de behandeling.

Het gevaar van de te grote vereenzelviging met de jongere

Het ligt voor de hand dat gedwongen opgenomen patiënten en zeker als dat adolescenten zijn, zich afsluiten en verzetten tegen het verblijf en het contact met de werkers in de kliniek. In reactie daarop kan men ernaar streven zoveel mogelijk uitnodigend te zijn. De kliniek dient in zijn vormgeving uitnodigend te zijn, evenals de mensen die in die kliniek werken en leven. Uitnodigend is ook 'tegemeetkomend', maar het is de vraag of dat ook 'meegaand' inhoudt. Het is te verwachten dat veel van de onvrijwillig opgenomen jongeren zich in eerste instantie afsluiten voor vertrouwelijk contact. Zij zullen in hun houding en in hun woorden verzet uitstralen, zullen nogal eens in een of andere vorm agressief zijn en zich ontoegankelijk tonen. Vaak wekken zij de indruk onverschillig te zijn en dikwijls zullen zij niet nalaten luidruchtig uiting te geven aan hun afkeer van gezag en autoriteit.

Voor de behandelaar is de eerste opgave om op de een of andere manier een werkrelatie met die gedwongen opgenomen jongens en meisjes op te bouwen en zoveel mogelijk te voorkomen dat zij zich weer meteen aan het verblijf in de kliniek onttrekken. Dat laatste kan verhinderd worden met behulp van fysieke middelen: gesloten deuren, beveiligde ramen en dergelijke, maar dat brengt de behan-

delaar al snel in strijd met zijn opzet om een dergelijke kliniek een uitnodigend, tegemoetkomend karakter te geven. In ieder geval kunnen behandelaars nimmer alleen vertrouwen op die fysieke middelen; er moet een motivatie voor het voortzetten van het verblijf ontwikkeld worden bij de jongere zelf. Hij of zij zal, zoals Eykman (1983) ook aangaf, voldoende veiligheid en geborgenheid moeten kunnen ervaren. Daarbij hoort dat hij de behandelaars niet als bedreigend beleeft, als mensen die hem vijandig gezind zouden zijn of zich altijd tegenover hem zouden opstellen.

De houding van die jongere maakt de behandelaar echter onzeker. Wat kan de kliniek, en vooral wat kan hij zelf voor die jongen of dat meisje gaan betekenen? Hoe krijgt de behandelaar waarde in de ogen van de onvrijwillig opgenomen adolescent?

Een belangrijke entree is natuurlijk als hij die jongen of dat meisje kan duidelijk maken dat hij oog heeft voor zijn of haar behoeften en angsten, dat hij begrip heeft voor wat er in hem of haar leeft, en dat respecteert. Maar het is in de gegeven situatie ook zeer verleidelijk om als behandelaar met de jongere te 'solidariseren', dat wil zeggen dat men in zijn houding en zijn woorden aangeeft dat men niet alleen het verzet tegen de opname en tegen de autoriteiten, veelal tegen de volwassenen in het algemeen, herkent, maar dat men in feite naast die jongere daarin staat. Men drukt dan iets uit in de trant van: 'innerlijk ben ik het met je eens, maar het kan nu eenmaal niet anders'.

Behandelaars zijn ook maar mensen, willen zelf vaak aardig gevonden worden en hebben ook behoefte aan bevestiging en erkenning. Het is in een spanningsveld als in een tehuis voor onvrijwillig opgenomen adolescenten niet eenvoudig om een gezagspositie te bekleden. Daarbij komt dat veel, vaak jonge, behandelaars zelf ook nog worstelen met hun afhankelijkheidsgevoelens ten opzichte van hun eigen ouderlijk huis, al of niet gemaskeerd of gegeneraliseerd in een zich afzetten tegen of distantiëren van maatschappelijke structuren en verplichtingen. Dit alles is een voedingsbodem voor onzekerheid over het gebruik van macht, van structuur en van grenzen (ook van generatie- en leeftijdsgrenzen). De behandelaar schrikt er dan voor terug om te fungeren als 'wrijfpaal' en als model voor het volwassen zijn. Hij laat volwassen waarden en normen dan niet gemakkelijk gelden, of hij distantieert er zich nadrukkelijk van. Daarbij ontstaat er overigens voor de behandelaar ruimte om als het ware mee te genieten van de rebellie van de jongere en zijn al of niet formeel delinquente of onmaatschappelijke gedrag. Men probeert op allerlei manieren de sympathie en de toegankelijkheid van de jongere te kopen.

In de woelige zeventiger jaren vierde ook in de kinderbescherming de onzekerheid over eigen volwassen waarden en over de 'ouder'-positie hoogtij. Vele werkers gingen onderuit en werden verlate 'hippies'. Soms ging een behandelaar nadrukkelijk aan de andere kant staan en verhardde in een overmatig rigide autoriteitspositie. Maar het vinden van de middenweg, die van begrip voor en erkenning van de jongere, maar tevens van handhaving van de eigen

positie en van het vandaaruit grenzen stellen aan en invloed uitoefenen op diezelfde zich afzettende jongere, dat was en is een moeilijke opgave. In een artikel uit die tijd heeft van de Lande (1973) de tegenoverdrachtsproblematiek, die wordt opgeroepen door het werken met moeilijke adolescenten, levendig en helder beschreven. De bovengeschetste houdingsproblemen zijn immers tegenoverdrachtsproblemen, een tegenoverdracht vanuit overidentificatie, maar ook vanuit angst voor contactverlies.

Naar mijn mening is het noodzakelijk dat er binnen de behandelstaf voorzieningen worden getroffen waardoor er regelmatig gereflecteerd kan worden op ieders attitude ten opzichte van de opgenomen jongeren. In feite betekent dat een inbouwen van zowel supervisie als intervisie. Daarbij zal zowel kritisch gekeken moeten worden naar signalen van terughoudendheid in het stellen van grenzen en eisen als naar een te fanatiek eisend en ordenend-structurend bezig zijn.

Voor mij zelf spelen bij het voorgaande diverse uitlatingen mee van oud-pupillen van het eertijdse jeugdpsychiatrische centrum Zandwijk. Sommigen hebben ons, de behandelaars, nadrukkelijk achteraf verweten dat wij te veel door de vingers zagen, te lankmoedig waren. Anderen spreken hun waardering uit voor momenten waarop zij duidelijk geconfronteerd werden met hun zich afzettende gedrag en ons tegenkwamen als mensen, die vanuit zorg voor hen, niet toelieten dat zij zichzelf, hun toekomst en anderen ten gronde richten. Daarnaast gold voor allen het belang dat zij zich door onze benadering gekend en erkend voelden – een essentiële voorwaarde voor het tot stand komen van een behandelingsrelatie.

Verkeerd omgaan met het thuismilieu

In het verlengde van het gevaar van een te grote mate van vereenzelviging met de opgenomen jongere ligt het risico van een verkeerde schatting van de betekenis van het thuismilieu. De situatie thuis en in de buurt heeft zeker een bijdrage geleverd aan de problematiek (zonder dat dat als dé oorzaak gezien moet worden). Ook draagt de houding van de ouders dikwijls bij tot de ongemotiveerdheid van de jongere voor behandeling of opname. In de ogen van het thuismilieu zijn de hulpverleners veelal bedreigende vreemden, die werken met afwijkende waarden en normen en die kritisch tegenover de ouders en het oorspronkelijke leefmilieu staan.

Anderzijds willen diezelfde hulpverleners voor de opgenomen jongere een nieuw thuis scheppen. En zo ontstaat een bijna vanzelfsprekende concurrentiepositie. De werkers in het tehuis gaan dagelijks met de jongere om en kunnen zo veelvuldig ervaren welke betekenis 'thuis' en 'vroeger' heeft. Velen zetten zich af tegen thuis, willen soms helemaal geen contact meer. Door anderen wordt thuis geïdealiseerd. Er wordt op geen enkele manier kritiek op geduld, ook al springen de problemen de kliniekwerkers onmiddellijk in het oog.

Ook van de kant van de ouders zijn dikwijls uitersten te ervaren.

Sommige kinderen worden totaal afgewezen. Bij hen is er duidelijk sprake van uitstoting uit het gezinssysteem. Anderen worden nog op alle mogelijke manieren gebonden: frequent bezoek, overlading met verleidelijke cadeaus, soms een duidelijk samenspannen tegen het tehuis, en allerlei signalen dat de ouders het op prijs stellen als hun kind zich blijft verzetten tegen de opname en tegen het aangaan van intersievere contacten met de hulpverleners.

In dit gebied is het voorzichtig en oplettend varen. Een tendens in dit dilemma kan zijn om drastisch toe te werken naar een breuk met het thuismilieu. De deur van de kliniek wordt dan letterlijk en figuurlijk zoveel mogelijk gesloten gehouden voor de ouders en de familie. Het loyaliteitsgevecht en de rivaliteit zullen dan wellicht minder zichtbaar, maar zeker niet minder intensief voortgaan. Een andere tendens is de overidentificatie met de ouders, waarbij de behandelaars teveel als verlengstuk van hen gaan opereren. Niet alleen verhindert dit de noodzakelijke excentrische positie van de behandelaar, maar ook herhaalt zich zo het onvruchtbare, probleemopropende relatiepatroon van vroeger.

Een belangrijk uitgangspunt van het therapeutisch handelen is de hypothese dat zowel het huidige gedrag van de jongere als zijn zowel positieve als negatieve toekomstverwachtingen in min of meer verholde vorm een dialoog betekenen met zijn ouders. Daarbij is zeker ten dele sprake van een intrapsychisch proces: de invloed van de 'geïnternaliseerde' ouders. Maar de levende realiteit blijft meedoen. De adolescent is zeer gevoelig voor allerlei signalen van de ouders en lokt deze zelf ook uit. Vele ouders en probleemjongeren geven zelf allerm minst eenduidige signalen. Vaak leven vader en moeder in een min of meer permanente conflictsituatie met elkaar, of ze zijn gescheiden. Dat maakt de loyaliteitsband van de jongere met thuis nog complexer.

Er is niet ten onrechte van de zijde van diverse gezinstherapeuten gewezen op de reddersrol die problematische jongeren thuis spelen, juist met hun problematiek. Zij fungeren dan als punt van gemeenschappelijke zorg, als bliksemafleider, als degene die partnerconflicten toedekt etc. Ook blijkt de loyaliteit van een kind met een gezin dat hem verstoot juist bijzonder groot, zoals therapeuten als Nagy (1973) en Stierlin (1972) uitvoerig hebben beschreven. De betekenis van het thuismilieu kan niet makkelijk overschat worden. Vanuit de kliniek zal daarom steeds naar wegen gezocht moeten worden om dat thuismilieu actief in de behandeling te betrekken. Maar in de ontmoeting met dat thuismilieu speelt de plaatsvervangende ouder-positie van de behandelaars ook een rol. In de ogen van de ouders zijn zij rivalen – maar hoe vaak zijn behandelaars dat ook niet in hun eigen ogen, met de overtuiging erbij dat zij het beter kunnen? Ook hier is sprake van tegenoverdracht. Deels speelt er de min of meer verborgen wens om het als subsituut-ouder beter te doen en om het kind voor zich te winnen. Maar ook kan in de rivaliteit met de oorspronkelijke ouders de niet-doorgewerkte agressie van de behandelaar tegen zijn eigen ouders uitgeleefd worden. Ook op dit terrein is veel zelfreflectie en

onderling stafoverleg geboden, naast diagnostische en interventie-technische deskundigheid in de hantering van systeem-problemen.

Verwaarlozing van leeftijdseigen aspecten

We moeten in de behandeling niet alleen onze aandacht richten op bepaalde aspecten, maar we dienen ons ook af te vragen welk risico we lopen door bepaalde dimensies geen of onvoldoende aandacht te geven. Zo is er het risico dat we fase-eigen aspecten in de behandeling verwaarlozen. We kunnen zo in beslag worden genomen door de problematische kanten van de opgenomen jongeren, dat we onvoldoende kapitaliseren op hetgeen aan aspecten verbonden is aan de levensfasen van de puberteit en de adolescentie. Zonder ernaar te streven in dit opzicht uitputtend te zijn, laat ik hier enkele opmerkingen volgen. Natuurlijk is er de specifieke interesse in bijvoorbeeld geluids- en video-apparatuur, in popmuziek en dergelijke, veelal vervlochten met erotiek en seksualiteit. Maar er is ook in andere zin behoefte aan experimenteerruimte, aan het zich uittesten en het opzoeken van spanningsvolle situaties. Deels heeft dit een afweerfunctie (zie hieronder), maar de kant van het beleven van eigen grenzen, het zich begeven in nieuwe situaties, op basis van een moeizaam verworven veiligheidsgevoel, mag niet verwaarloosd worden. De betekenis van de tochten in de Schotse bergen waar Rose (1983) over vertelt, ligt zeker ook ten dele hierin. Dergelijke experimenten zijn in het vlakke Friese land niet zo makkelijk uit te voeren, maar alternatieven als wadlopen of andere uitdagende activiteiten kunnen door een creatieve staf, inspeland op ideeën van de jongeren, wel bedacht worden. Daarnaast wil ik wijzen op de waarde van de activiteiten-therapiegroep, bijvoorbeeld rondom de video-apparatuur, waarmee ingespeeld kan worden op bestaande interessen en ruimte kan worden geboden voor experimenten met diverse bezigheden en rollen binnen de context van een groep leeftijdsgenoten. Hirsch (1975) gebruikte indertijd de filmcamera – de ontwikkelingen van de techniek maken nu de video aantrekkelijk.

Het therapieprogramma kan echter ook een ander leeftijdseigen aspect overwoeren. De periode van 12 tot 18 jaar is in onze cultuur bestemd voor verdere opleiding en scholing. Indien in deze tijd grote achterstanden ontstaan betekent dat in de latere levensfasen een belangrijke handicap. In Amerika en Engeland staat in behandelingstehuizen het schoolprogramma vaak centraal, dikwijls van een voornamelijk technische aard, gericht op handvaardigheid. In Nederland is er eerder de neiging zich te richten op de persoonlijkheidsproblemen en aspecten als opleiding en vorming op een secundaire plaats te zetten. Tegelijkertijd leeft er bij veel van de gedwongen opgenomen jongeren een sterke aversie tegen de school. Zij hebben veelal allerlei negatieve ervaringen met de school, met de relatie met de leraar en met leeftijdsgenoten, en met het leren zelf.

Het is een behandelingsopgave om naar wegen te zoeken, waar-

langs de jongen of het meisje weer leert te spelen, leert plezier te beleven aan het zich eigen maken van leerstof en vaardigheden. Naast de sociotherapeut, de gezinstherapeut en de psychotherapeut dient de orthodidact een belangrijke plaats te hebben in de behandelende staf. Voor deze orthodidact bestaat de opgave van een goede dosering van stimuleren, eisen stellen en ruimte geven.

Geen voeling hebben met de subcultuur

Behandelaars hebben soms een zeer begrijpelijke behoefte om het gebeuren in het tehuis of de kliniek niet al te pessimistisch te zien. Er speelt zich overdag en 's avonds van alles af waar zij als behandelaars bij betrokken zijn, waar zij voeling mee hebben en dat zij kunnen inpassen in het behandelingsplan. Daarbij kan vergeten worden dat de behandelaars in feite de passanten in het huis zijn, diegenen die slechts een beperkt aantal uren in de inrichting werken en ook heel vanzelfsprekend hun privé-leven elders hebben. Maar diegenen die opgenomen zijn, zijn er 24 uur per dag en vormen in feite de echte leefgemeenschap. Ieder van hen creëert op een of andere manier wel een eigen wereld, van fantasieën, van geheime plekjes, van de eigen kamer of slaaphoek. Therapeuten kunnen daar meestal wel een beetje binnenkomen en kunnen soms veel vermoeden. Maar ze weten ook dat ze respect moeten hebben voor die privacy en dat er een zekere afgrenzing nodig is, een eigen territorium. Daarnaast bestaat er ook een eigen, gedeelde wereld van de groep van opgenomen jongeren, die altijd in sterke of minder sterke mate een eigen cultuur heeft, een subcultuur waar wij als volwassenen en behandelaars buiten staan. Met het begrip subcultuur duid ik dan op datgene wat leeft tussen de opgenomen pupillen, maar wat niet vanzelfsprekend gedeeld wordt met en zichtbaar gemaakt wordt aan de volwassenen. Daarbij is te denken aan verborgen drug- of alcoholgebruik, aan seksuele experimenten en bijvoorbeeld aan het zich wijden aan allerlei delinquente plannen en activiteiten. Het is voor de jongen of het meisje spannend om een soort dubbelleven te leiden: overdag redelijk coöperatief deelnemen aan het therapiegebeuren en 's nachts bijvoorbeeld het dievenpad opgaan. En spanning is welkom, juist ook om de dieperliggende gevoelens van depressiviteit, van eigen machteloosheid of uitzichtslousheid, van gebrek aan eigenwaarde te overdekken. Diezelfde spanningsbehoefte kan zich uiten in het terroriseren van medepupillen. Ook overdag is er natuurlijk bij tijd en wijle het een en ander te zien van het scapegoat-proces in werking: één van de jongeren is het mikpunt van agressie of wordt uitgestoten. Dat laat zich dan bewerken door de groepsleider. Maar wat gebeurt er in de nacht, als de volwassenen – op een wacht na – weg zijn? Het gaat erom dat behandelaars voldoende oog houden voor die subcultuur, dat wil zeggen voor het feit dat er meer gebeurt in de leefwereld van de adolescent dan zij zo maar te zien krijgen. Men zal steeds gevoelig moeten blijven voor allerlei kleine signalen van spanning, van onlust, van angst die door de ene behandelaar ge-

makkelijker dan door de ander kunnen worden opgevangen, maar waar de staf in zijn geheel ontvankelijk voor moeten blijven. Op het interventieveld is er wel telkens het dilemma te moeten kiezen tussen het respect voor het eigene, de verantwoordelijkheid laten bij de jongere, en anderzijds het therapeutisch, orthopedagogisch ingrijpen. Maar we komen pas aan dat dilemma toe als we eerst onder ogen zien dat er een subcultuur is, met eigen wetten en (on)mogelijkheden.

Samenvatting

Het voorgaande laat zich samenvatten in de volgende opvattingen:

- Voor het werken met gedwongen opgenomen jongeren dienen behandelaars zich innerlijk vrij te voelen om structuur aan te brengen, indien geïndiceerd macht te gebruiken en volwassen waarden en normen te representeren. Daartoe is een intensieve supervisie en intervisie van groot belang, waarbij men oog leert hebben en houden voor diverse tegenoverdrachtsaspecten.
- Voor een goede behandeling van adolescenten is het noodzakelijk zo intensief mogelijk het thuismilieu in die behandeling te betrekken. Verwaarlozing van die dimensie of bewuste buitensluiting door de behandelaars kan het behandelingseffect fundamenteel ondergraven.
- Psychisch ernstig gestoorde pubers en adolescenten hebben niet alleen emotionele en relationele problemen, maar ook leermoeilijkheden die om de nodige aandacht vragen en een eigen deskundige aanpak vereisen.
- Er gebeurt in het tehuis meer dan de behandelaar te zien krijgt. Vergeten dat er een subcultuur is en nalaten daar voeling mee te krijgen en te houden is een ernstige kunstfout, die zich wreekt in onverwachte acting-out en in destructief of zelfdestructief gedrag.

Literatuur

- Boszormenyi-Nagy, I. en G. M. Spark (1973), *Invisible Loyalties*, Harper en Row, New York.
- Eykman, J. C. B. (1983), De rol van motivatie bij klinische behandeling van jeugdigen. *T. Psychiat.* 25, 521-526.
- Lande, J. L. van de (1973), Adolescenten roepen gevoelens op. *T. Psychiat.* 15, 89-98.
- Rose, M. (1983), De angst voor inzicht. *T. Psychiat.* 25, 534-552.
- Schouten, J., S. Hirsch en H. Blankstein (1975), *Laat je niet kennen*. Van Loghum Slaterus, Deventer (2e druk).
- Stierlin, H. (1972), *Separating parents and adolescents*. Quadrangle, New York.