

‘Ouders laat je nooit alleen aanmodderen’

Vraag & Antwoord over hoe, wanneer, en waartoe al die inspanning voor ouders

De eerste vraag aan mevrouw Shapiro was natuurlijk: ‘Hoe durft u heel rustig met ouders te gaan werken terwijl een kind zo ernstig wordt verwaarloosd!’ Daarna volgden de vragen over wie je uitnodigt, wel of niet huisbezoek, en dergelijke. Intussen kwamen er meer spontane vragen uit de zaal, en nog spontanere antwoorden van mevrouw Shapiro. De discussie verdiepte zich tot de vraag wat je eigenlijk wilt met ouders, en tenslotte de cynische vraag of een studiedag als deze nog zin heeft in een tijd van protocollen en bezuiniging. Een aantal schriftelijke vragen is per e-mail beantwoord door mevrouw Shapiro en ingevoegd in onderstand verslag van de discussie.

Risico’s nemen als een kind risico loopt??

U hebt geweldige dingen bereikt met Billy en zijn ouders, maar u nam ook een geweldig risico. Op welke gronden deed u dat, en wanneer had u Billy wèl naar een pleeggezin gebracht?

Inderdaad moet je zorgvuldig inschatten hoe groot het risico is: medisch, fysiek en psychologisch. Een van de belangrijkste aspecten daarvan is het inschatten van de mogelijkheden van ouders om gebruik te maken van hulp en om zich op de baby te gaan richten. Onze kliniek had het grote voordeel dat ouders niets hoefden te betalen, dat we meteen konden beginnen met intensief contact, en dat we allemaal werden gesuperviseerd door ervaren mensen met wie we al onze twijfels konden bespreken. Zij hielpen ons de toestand van het kind bij te houden en of er vooruitgang was bij de ouders. Met andere woorden: om het proces te evalueren en om ‘zicht te houden op de baby’ – zoals Winnicott zou zeggen. Voor veel ouders was dat een van de grootste problemen: zicht houden op de baby. Ze waren te druk bezig met eigen kwetsbaarheden.

Bij ouders met een psychiatrische stoornis, verslaafd aan alcohol of drugs, of die geen reëel beeld hadden van de behoeften van hun kind, zou er reëel gevaar voor het kind blijven bestaan. Bij het leggen van een relatie met de ouders, merkten we dan dat ze te gestoord waren om een relatie aan te kunnen, dat ze de therapeut niet durfden vertrouwen, of letterlijk niet in staat waren om te beoordelen wat hun kind nodig had. In dergelijke situaties moesten we in actie komen. We zeiden tegen de ouders dat het leven van het kind in gevaar was en dat zij bescherming van buitenaf nodig hadden – totdat het gezin zelf later die bescherming kon bieden. Voor ieders veiligheid, die van ouders en kind, moesten we hen naar de kinderbescherming doorverwijzen, en we legden uit dat het onze verantwoordelijkheid was om   ervoor te zorgen dat het kind geen schade ondervond,   om met hen te praten over hun hoop dat ze zelf weer hun kind de nodige veiligheid zouden kunnen bieden.

Billy’s moeder zag echter al snel dat er iets ernstigs met Billy aan de hand was, dat het kritiek was, en dat we iets aan zijn ondervoeding moesten doen. En toen ik probeerde met haar en met Billy’s vader een relatie te ontwikkelen, en ik ook zorg uitte voor hen als ouders, en dat ze het financieel en emotioneel heel moeilijk hadden, kwam er snel enige verbetering. Zij voelden zich niet beoordeeld, en ze waren bereid samen te werken. Billy’s moeder was een verdwaalde tiener, maar sommige dingen wezen erop dat zij een positieve relatie met mij kon ontwikkelen. Vanaf het begin hield ze zich aan de afspraken en deelde ze met mij haar angsten over de hele situatie. En hoewel ze zich negatief uitte over Billy, maakte ze ook gebruik

van de adviezen die ik haar voorlegde. Dit liet zien dat ze gebruik kon maken van hulp, en dat ze op korte termijn iets zou kunnen doen aan haar probleem met het voeden van Billy – ook al bleven de lange-termijnproblemen voorlopig nog bestaan.

Wat is een ‘working alliance’ met ouders precies?

Het betekent dat je je bewust blijft van de behoeften van de ouders zelf. Het valt niet mee om *niet* over ouders te oordelen wanneer een baby in gevaar is, en toch moeten wij hun de ruimte geven om te laten zien wat *zij* ervaren. Op een gegeven moment moet je je zorg voor het kind uitspreken, en bij Billy was dat al heel snel. Maar je doet het zó dat de ouders de boodschap horen, en *niet* op een manier die hen doet weglopen voor behandeling.

In eerste instantie waren we altijd gericht op de baby. Die werd aangemeld en we moesten weten wat die mankeerde. Maar dan werd duidelijk dat we, om werkelijk iets te kunnen doen aan de ouder-kindrelatie, ook de ouder als onze patiënt moesten zien. Ouders kunnen ernstige conflicten hebben rond het vader of moeder worden. Bij sommigen is het een kwestie van onvolwassenheid; bij anderen doordat ze als kind ernstig gekwetst zijn en als het ware zijn blijven steken in hun vroege jeugd. Het herbeleven van vroegere pijn verhindert hen om de signalen van het nieuwe kind goed te interpreteren. Omdat ze hun leed als kind niet hebben verwerkt, verdragen ze bijvoorbeeld het huilen van de baby niet. We leerden zien dat er twee patiënten in de kamer waren, het risico-kind en een ouder die geheel in beslag genomen werd door oude gevoelens van verlies, verlating of afwijzing. We betrokken dus de ouder-kindinteractie op de werkvloer bij onze observaties, en vroegen naar de gezinssituatie van dat ogenblik, naar het gezin van herkomst, en naar hun gevoelens over zichzelf en hun kind. Zo begonnen we dan zowel het persoonlijke verhaal van de ouder te begrijpen als hun problemen in de relatie met het kind.

Ook het model van Van der Pas laat zien hoe noodzakelijk het is om de vele bronnen van stress waarmee ouders te maken krijgen te overzien en te begrijpen, en het houdt rekening met zowel de interactieve ervaringen van ouders met hun kind als met het belangrijke concept van ‘zicht houden op het kind’. Van der Pas zegt duidelijk hoe belangrijk het is dat de therapeut rekening houdt met de omstandigheden waaronder ouders een kind grootbrengen. Denk aan de culturele en economische omgeving, aan de mogelijkheid van sociaal isolement, en aan hun psychologische voorgeschiedenis en huidige psychische toestand.

Wanneer *niet*?

Als redenen om ouders niet in behandeling te nemen noemt u verstandelijke handicaps, drugsgebruik en psychiatrische stoornissen. Hebt u duidelijke ‘negatieve criteria’?

Een paar. Soms is de geestelijke gezondheid van een ouder duidelijk zo zwak dat die ouder geen veilige zorg kan bieden en dat je een kind onmiddellijk uit huis moet plaatsen. Bij jonge kinderen mag je nooit vergeten dat in de eerste drie jaar een stoornis in de ontwikkeling snel gebeurd kan zijn, en dat extreme verwaarlozing of mishandeling dan desastreuze gevolgen hebben. Preventief interveniëren is cruciaal in zo’n situatie.

Maar even cruciaal is het vermogen van ouders om een werkrelatie aan te gaan met een (capabele) hulpverlener. Daarvoor zijn bepaalde ego-functies vereist: het vermogen de ander te vertrouwen, een vermogen tot zelfreflectie, zicht op de werkelijkheid, en kunnen empathiseren. Zie je tekenen van *aanwezigheid* van die vermogens, dan kan de ouder waarschijnlijk leren veilige zorg te geven - mits er een context is van therapeutische hulp.

En sommige ouders in zeer ernstige situaties hebben ons verrast met hun vermogens tot verandering. Zo heb ik mogen werken met Mary, alleenstaande ouder, 22 jaar oud, en moeder

van de anderhalf jaar oude Sally. Zowel Mary als haar man waren drugverslaafd. Sally was bang, geremd en angstig, en de eerste keer in de kliniek klampte ze zich vast aan een stoel. Ze durfde niet rond te lopen. Niet eens bewegen. Ze stond letterlijk stijf van angst. Thuis heerste chaos en het was er gevaarlijk als moeder, vader of een andere verslaafde de draad kwijt was en ofwel verdween of als een razende tekeer ging.

Maar er waren een paar positieve punten. Mary's ouders woonden in de buurt. Oma vertelde dat Mary's vader jarenlang depressief was geweest, en dat had een enorme impact gehad op het gezin. En oma wilde Mary helpen, zowel financieel als in meer praktische zin. Ook kon ze nu en dan voor Sally zorgen. Mary reageerde positief op het idee van hulp en begeleiding, en kon toch wel meevoelen met kleine Sally en kwam trouw naar de kliniek. Het was dan alsof er twee verwaarloosde kinderen in de kamer waren. We focusten op de ouder-kindrelatie en schakelden heen en weer tussen Sally's behoefte aan stabiliteit en moeders behoefte aan grip en beschermzorg. We maakten met haar een crisisplan voor het geval zij weer eens de kluts kwijt raakte. Sally kon dan onmiddellijk terecht in een pleeggezin. Moeder ging daarmee akkoord omdat ze niet wilde niet dat Sally leed onder haar probleem.

Intussen voelde Sally zich meer op haar gemak in de spelkamer en reageerde ze steeds spontaner op moeder. In haar spel liet ze zien hoe het thuis toeling. Ze speelde bijvoorbeeld vaders verwarde gedrag. Toen hij werd opgenomen, verbeterde de situatie thuis. Mary kreeg individuele therapie en werd stabiel. De steun van oma, Mary's vermogen om met mij samen te werken, en haar redelijk stevige ego zorgden ervoor dat ze Sally een veilige en koesterende omgeving kon bieden.

Terwijl sommige ouders met ernstige symptomen dus goed gebruik maken van begeleiding, mede door hulp van familie, lukt het andere ouders echter niet, of niet snel genoeg, en moet hun kind uit huis worden geplaatst. Krijgen die ouders een behandeling, dan kan het kind soms terug naar huis – maar niet altijd.

Met ruggesteun van supervisie, consulenten, en een kinderarts kun je veilig het avontuur van dit soort ouderbegeleiding aangaan en je richten op de eventuele vermogens tot reflectie die een ouder nog over heeft. Maar als ook die ontbreken.....

Het is inderdaad een zware verantwoordelijkheid om de risico's te blijven zien terwijl je ouders begeleidt.

Een andere moeder verbrak het contact na zes gesprekken toen er herinneringen boven kwamen aan mishandeling vroeger. Dat was té pijnlijk voor haar. Ze wilde niet aan vroeger denken en kon er niet over praten. Ik probeerde in contact te blijven, maar zonder resultaat. Na een paar weken belde haar moeder dat het niet goed ging met haar dochter en dat ze had gezien dat ze de baby door de kamer slingerde. Na overleg met Selma Fraiberg schreef ik moeder een brief waarin ik uitlegde waarom ik me zorgen maakte over haar baby en over haar... dat ik graag met haar verder wilde werken en dat ik dacht dat praten over haar emoties rond de baby haar zou kunnen helpen ... al besepte ik dat ze het er heel moeilijk mee had. Ik benadrukte dat ze hulp nodig had, voor de baby en voor zichzelf, en dat ik het zou melden bij de kindbescherming als ze geen hulp zocht. Ik wist dat ze haar kind geen kwaad wilde doen, schreef ik ook, maar dat ze echt hulp nodig had voor zichzelf. Ze belde onmiddellijk, in tranen, en zei: 'Ik heb nooit geweten dat woorden konden helpen'. Voordien kon ze zich niet voorstellen dat met iemand praten over vroeger kon helpen om daarover een ander gevoel te krijgen.

Hier had oma de situatie gevolgd en ik was met haar in contact gebleven. Toen het fout liep, legde ik moeder uit waarom hulp absoluut nodig was, inclusief de wettelijke gevolgen als ze niets zou doen, en ze reageerde positief op dit hoge niveau van bezorgdheid. En ik had haar gemeld bij de kindbescherming als ze niet terug was gekomen.

Soms werk je hard om iemand te helpen, maar draagt de cliënt negatieve gevoelens op jou over bij het praten over vroeger. De cliënt kan bijvoorbeeld een moeder die haar vroeger mishandelde niet loslaten en verschuift de negatieve gevoelens over moeder naar de hulpverlener. Dat was wat bij deze moeder was gebeurd: ze kon het niet aan om de woede op haar moeder te voelen en verbrak het contact met mij. Negatieve overdrachtsgevoelens kun je niet altijd voorkomen, al doe je nog zo je best om te helpen.

Hoe deed u dat met vakanties, of als u naar een studiedag ging? De ouders leunden immers zwaar op u.

Vakanties waren vaak moeilijk voor de moeders: het was een separatie die herinneringen opriep aan vroeger in de steek gelaten zijn – en boosheid. Een zorgvuldige planning en tijdig bespreken wat voor gevoelens je afwezigheid zou kunnen oproepen – of al had opgeroepen – speelden een belangrijke rol bij hanteren van negatieve overdrachtsgevoelens van ouders. Al die emoties moesten met ouders worden doorgenomen.

Werken met risicogezinnen en risicokinderen is een zware verantwoordelijkheid en kan veel stress geven. Ik had vaak zo'n medelijden met een kind als dat zich aan mij vastklampte, of met de ouders als het kind niet met de ouders mee de behandelkamer uit wilde. Gelukkig hadden we een kleine caseload, waren er altijd consulenten aanwezig voor het evalueren van risico's of om iemand te vervangen die een week weg was.

Waarom niet gewoon adviseren, of voordoen hoe het moet – om tijd te winnen?

Hoe lang duurde het voordat Billy contact zocht met moeder?

Pas na vier maanden zagen we de eerste tekenen dat hij op moeder durfde rekenen. Tot dan toe keek hij de andere kant op, draaide van haar weg, en gaf hij geen enkel teken van plezier in contact met haar bij spelletjes of bij het eten. Toen moeder eenmaal durfde denken over haar verwaarloosd zijn als kind, en ze van mij empathie en erkenning ervoer voor haar treurige gevoelens daarover, kon zij geleidelijk zich voorstellen hoe Billy zich voelde. Toen ging ze hem ook zien als een baby van wie ze kon houden, in plaats van als een baby die haar iets afpakte. En toen ging hij haar aankijken.

Was Billy vanaf zijn geboorte teruggetrokken en apathisch – of was hij opgehouden met huilen omdat het toch niets uithaalde?

Toen ik hem voor het eerst zag, deed hij denken aan plaatjes van kinderen in weeshuizen. Hij stond rechtop in zijn wieg, met een starre glimlach en iets krampachtigs in zijn houding. Hij had ook die overdreven behoefte om contact te maken met wie er ook maar in zijn gezichtsveld kwam. Hij was precies zoals de arts hem beschreef: stram, een zorgelijke blik, en net 'een oud mannetje'. Dat hij kon veranderen betekent waarschijnlijk dat hij niet vanaf zijn geboorte apathisch was geweest. Maar: als hij huilde kwam er vaak geen enkele reactie van zijn moeder, en dan draaide hij zich om en zocht zijn fles om zichzelf maar wat te eten te geven.

U koos ervoor om hem niet op te pakken - omdat u geen concurrent van moeder wilde zijn. Maar waarom zou je een moeder niet gewoon voordoen hoe je een baby op schoot houdt? Een beetje voorbeeldgedrag, een adviesje – waarom eigenlijk niet?

Ten eerste omdat ik daar zat als therapeut – *niet* als verpleegster, *niet* als arts, *niet* als ouder. Ten tweede omdat ik een werkrelatie met moeder wilde, en dan moet je je afvragen: wat be-

tekent het voor haar als het *mij* lukt om haar Billy op zijn gemak te stellen terwijl *zij* dat niet kan?

In een casus die ik eerder deze week kreeg voorgelegd voelde het kind onmiddellijk dat de therapeut beter op haar reageerde dan haar moeder. Meteen in de eerste sessie kroop het kind richting therapeut voor aandacht. Dat overkwam ook ons, want kinderen zijn zeer, zeer gevoelig voor wie hen steunt, bij wie ze veilig zijn, en van wie ze kunnen krijgen wat ze nodig hebben. Wat wij dan deden was de baby ‘vasthouden’ *met woorden*, zoals toen Billy naar zijn fles kroop en ik een speelgoedje wegduwde dat in de weg lag, en ik hardop zei dat Billy zich niet alleen kon omdraaien. Zijn moeder boog daarop voorover en hielp hem omdraaien. Het was iets van één seconde, en ik zag dat zij reageerde op mijn interpretatie van Billy’s gedrag. En meteen deed ze er iets mee en kon *zij* Billy zelf helpen.

We gingen dit vaker doen: als een baby ergens mee worstelde spraken we namens de baby. We brachten onder woorden wat wij dachten dat de baby voelde, maar we zeiden het alsof ouder het zelf zei. En zodra er een werkrelatie was, nam de ouder die gedachten en woorden over. Er zijn verschillende manieren van ‘vasthouden’: fysiek vasthouden, en het vasthouden dat je doet door in woorden uit te drukken wat het kind zelf nog niet kan zeggen.

Uw hint over dat speeltje was dus geen therapeutisch slippertje en ook geen pedagogische hint aan moeder, maar een suggestie over wat u dacht dat Billy dacht?

Wat is het verschil voor ouders tussen de therapeut die zegt: ‘Billy, ik denk dat je een beetje hulp nodig hebt om je om te draaien’ en de therapeut die hem oppakt en zelf hem omdraait? Ik weet niet goed hoe ik het moet omschrijven, maar er is een groot verschil. In de eerste reactie geef je ouders de ruimte om zelf op het kind te reageren, zoals toen ik onder woorden bracht wat voor hulp Billy nodig had. Ik gaf moeder de kans om ook zelf te zien dat Billy iets van haar wilde, en om te ervaren dat ze dat kon. Als ik zelf Billy had omgedraaid, had moeder de kans gemist om te zien dat Billy iets van haar wilde en om te ervaren dat *zij* hem kon helpen. Tot aan dat moment had zij hem ervaren als een vreemdeling en een indringer, en zichzelf als iemand die hem niet begreep. Nu voelde ze zich moeder, en geen buitenstaander meer – eenvoudigweg doordat ik woorden had gegeven aan wat hij nodig had.

Als ze niet had gereageerd zoals ze deed, was ik de volgende keer ingegaan op hoe moeilijk het is om te weten wat een baby wil, en had ik haar misschien geholpen zijn gedrag te ‘lezen’.

Was uw verhaaltjes vertellen toch niet een soort ‘oppakken’ en ‘voordoen’?

Als je het heel voorzichtig doet, is verhaaltjes vertellen een ander soort ‘vasthouden’. Zoiets gebeurde in de allereerste week van ons contact met de ouders van Billy. Op een bepaald moment zei zijn moeder: ‘Kijk, hij kijkt niet eens naar mij’ terwijl ze hem net even vasthield. Vijf maanden oud en hij keek zijn moeder niet aan! Maar in feite was het andersom: hij kreeg geen enkele response van moeder omdat zij zo gedeprimeerd was. Ik was wanhopig: hoe kan ik ervoor zorgen dat deze baby zijn moeder aankijkt! Toen herinnerde ik me een artikel over baby’s die houden van verhaaltjes. Ze luisteren naar de muziek van de taal; niet naar de woorden. Dus ik begon met Roodkapje. Ik had geen idee wat er zou gebeuren, maar Billy draaide zijn hoofd om mij te horen. Toen zei zijn moeder: ‘Hij wil de rest van het verhaal óók,’ en ze zag dus zijn belangstelling! Ik begreep daaruit ook dat zij zelf nog een klein meisje was en verhaaltjes wilde horen.

Het was inderdaad een manier van de baby even vasthouden, en een van de weinige keren dat ik dat deed – en bleek goed te werken. Maar ik ging niet op moeders stoel zitten.

Er is nu veel nadruk op ouders vaardigheden bijbrengen via cursussen, trainingen, ‘modeling’, advies enzovoort, meestal zonder werkrelatie. Wat is uw mening daarover?

Een belangrijke eerste stap in ‘the working alliance’ is je belangstelling voor de meestal complexe situatie waarin de ouder verwickeld is, tezamen met je zorg voor de directe nood van kind en ouder. Bij Billy was de situatie rond het voeden de directe nood. Daarvoor boden wij ouderbegeleiding met concrete adviezen. Maar even belangrijk was het ontwikkelen van een werkrelatie met de ouders, en de eerste stap daartoe zet je bij het eerste telefoontje of het eerste gesprek.

Als een ouder, vrijwillig of onder druk, hulp zoekt, is dat waarschijnlijk met een mengsel van bezorgdheid, en onmacht, boosheid, schaamte, hulpeloosheid, en andere diepgevoelde emoties. Het eerste bezoek biedt de gelegenheid om ouders hun eigen verhaal te laten vertellen, en te praten over hun zorgen over het kind en hoe ze hebben geprobeerd daarmee om te gaan. Drie mogelijke strategieën houd je daarbij in het achterhoofd: op verandering gerichte ouderbegeleiding, langdurige steun, en intensieve persoonlijke hulp voor ouder en/of kind. Soms start je in een crisissituatie, kijk je wat het kind nodig heeft en probeer je die crisis op te lossen – al weet je dat straks een langer behandeltraject nodig is.

Misschien is de vraag niet zozeer hoe ouders te overtuigen van het nut van ‘praten’, maar hoe je aan zorgverzekeraars en zuinige directeuren duidelijk maakt dat ‘zomaar praten’ méér oplevert dan een training of een cursus?

Laten we beginnen met een taalgebruik dat helder beschrijft wat we doen. Ik heb op dit moment bijvoorbeeld contact met een meisje dat ernstige conflicten uitvecht met haar moeder rond eten. Moeder is anorectisch en als de dood dat haar dochter dik wordt als zij niet precies in de gaten houdt wat het meisje eet. Allebei, moeder en dochter, lopen het risico anorectisch te worden. Bij het verduidelijken van de diagnose voor de verzekeraar kun je voor het meisje de DSM-IV diagnose ‘adjustment reaction’ gebruiken, en ‘anorexie’ voor moeder. Misschien lukt het om het belang van de relatiedynamiek tussen de stoornis van de ouder en de problemen van het meisje te beschrijven, maar soms moet je gewoon inschatten welk gezinslid de ‘primaire patiënt’ is en dat gezinslid aanwijzen als degene die in aanmerking komt voor behandeling. In dit geval zal de verzekering moeder waarschijnlijk als patiënt accepteren, ook al zijn er gezinsgesprekken nodig.

Wat doe je met de vaders, met broertjes en zusjes, en met oma?

U hebt vooral over moeders gepraat, maar hoe zat het met bijvoorbeeld Billy’s vader: kreeg hij een eigen behandeling? Richtte u zich ook wel eens speciaal tot hem?

John studeerde techniek en ging als eerste van zijn gezin naar de universiteit. Gezien hun slechte financiën, had hij daarnaast een baan – net als Billy’s moeder. Mijn relatie met hem begon toen hij voor Billy begon te zorgen en aan hem gehecht raakte. Maar hoe meer hij thuis bleef bij Billy, hoe meer twijfels hij had over het vader zijn.

Het luchtte hem op dat Kathy zich emotioneel en fysiek beter voelde, maar Billy vond hij vooral ‘raar’: zijn gedrag en zijn reacties. John had geen idee wat een baby kan, en hij plaagde Billy graag. Zo was Billy eens met blokken aan het spelen. Eerst zei John: ‘Kijk nou eens hoe hij speelt!’ en hielp hem toen een toren te bouwen. Maar opeens duwde hij die om. In plaats van verdriet te tonen, draaide Billy zich doodstil om en kroop de andere kant op zonder naar John te kijken. John zei boos: ‘Nou probeer ik met hem te spelen en hij kruipt boos de andere kant op!’ Dit leek iets te zeggen over eigen ervaringen als kind.

Toen ik hem een keer langs mijn neus weg vroeg naar vroeger, zei hij dat hij ruw werd behandeld en dat Billy het echt nog zo slecht niet had. Hij werd aan een stoel vastgebonden als hij te veel noten op zijn zang had. We praatten over hoe dat was: huilde hij? Was er iemand die hem hielp? Dit was voor hem een nieuw soort gesprek, maar hij bleef komen. Ik bracht het plagen te sprake en hij vertelde hoe hij als kind werd geplaagd en hoe pijnlijk dat was. Ik gebruikte diverse therapeutische technieken met hem, en pendelde heen en weer verdriet van vroeger en de hoop op een betere relatie met Billy. De plaagspelletjes stopten uiteindelijk en er kwam wederzijds vertrouwen tussen vader en Billy.

En de broers en zusjes van de baby's – deden zij mee in de sessies?

Bijna alle kinderen die wij zagen waren eerste kinderen. Hun ouders waren emotioneel getraumatiseerd en hadden de grootste moeite met overschakelen naar ouderschap. De geboorte van hun eerste baby was waarschijnlijk ook de eerste keer dat ze werden geconfronteerd met de emotionele trauma's uit hun kindertijd. Het kind deed emoties herleven die ze hadden verdrongen. Ze hadden totaal geen weet van die emoties. Deze kwamen dus als iets onverwachts en dit vormde een bijna onoverkomelijke stap in hun ontwikkeling.

In de meeste gezinnen was de geboorte van de tweede een betere ervaring, en waren de gevoelens voor dat kind positiever. Vaak zochten de ouders wel weer hulp, maar met meer begrip van zichzelf, en met het vermogen om zich liefdevol aan het kind te binden.

Soms lopen de 'spoken' van vroeger nog rond: de verwaarlozende of mishandelende ouders. Haalde u die grootouder erbij? In een van uw voorbeelden was het trouwens oma die de ouders had verwezen.

In sommige gevallen werkte ik met oma erbij, maar meer als een soort consultatie dan in een therapeutische relatie. Soms woonden ze te ver weg om geregeld te komen. Maar ook zonder dat waren zij vaak onderwerp van gesprek. Als het de ouder eenmaal lukte zelf een betere ouder te zijn, werd het contact hersteld. De ervaringen van vroeger waren niet belangrijk meer.

Huisbezoek?

Hoe belangrijk vindt u huisbezoek – vergeleken met sessies in de kliniek?

Huisbezoek was heel erg belangrijk voor deze kwetsbare ouders. Alleen al het idee van 'naar het bureau komen' was soms onoverkomelijk, en veel ouders waren bang voor de buitenwereld. Een regelrecht voordeel van huisbezoek was dat ouders ons de omstandigheden konden laten zien waaronder ze leefden. En wij konden zien hoe het gewoonlijk toeging tussen ouders en kind. Ze hoefden het niet uit te leggen.

Ik zal u vertellen over mijn eerste huisbezoek bij de ouders van Greg waarvan u vanochtend enkele beelden zag.¹

Ze woonden op het platteland en toen ik het huis naderde stond er een kolossale hond te blaffen bij de voordeur. Dit gezin was echt geïsoleerd, met die schildwacht bij de deur. Ik was bang, maar besloot toch naar binnen te gaan en daar zag ik grootmoeder, de vader, en een enorm bed in de woonkamer. Vader zat op de bank en hield met een triest blik de baby vast. Moeder – een treurige en in zichzelf gekeerde jonge tiener – lag in het bed. Gedurende het hele gesprek hield zij de baby niet één keer zelf vast. Grootmoeder beende op en neer door de kamer. Het was zoiets als de openingsscène van een toneelstuk. De realiteit van hun situatie sloeg me tegemoet. Vader zei geen woord. Grootmoeder probeerde uit te leggen waarom ze zich zorgen maakte. Ze wilde niet dat haar dochter nog langer bij haar bleef wonen. Ze wilde

dat moeder naar een flat verhuisde maar was bang dat ze niet voor haar baby kon zorgen. Dat was waarom grootmoeder ons had gebeld.

Tijdens een later bezoek was moeder in de nieuwe flat, alleen, en inderdaad doodsbang om alleen te zijn met Greg. Het was toen dat ze vertelde dat ze nooit moeder had willen worden. In een paar minuten legde ze uit waarom: omdat ze thuis voor zoveel kinderen had moeten zorgen. Ze had het over mishandelingen, vroeger, en terwijl ze daarover praatte liep ze naar de baby, nam hem uit zijn bedje en hield hem in haar armen. Ze pakte ook een kleine hamer die op tafel lag, tikte er mee tegen het hoofdje van de baby en zei: ‘Als jij groot bent, dan maak ik je misschien wel dood, dan maak ik je misschien wel dood’. Het was alsof ze opvoerde wat er vroeger was gebeurd - en wat nu weer kon gebeuren.

Ik had een totaal ander beeld gekregen als ze naar de kliniek waren gekomen waar alles zo netjes is en schoon en met een secretaresse bij de deur. Het huisbezoek openbaarde het drama van het leven van dit gezin, en het gaf een realistisch beeld van de bredere werkelijkheid van hun bestaan.

Gaan huisbezoeken alleen over het zien van hun realiteit, en over het verschil tussen een secretaresse bij de voordeur of een kolossale hond?

Veel van onze cliënten waren emotioneel heel fragiel en wilden graag dat we naar hen toe kwamen. Greg’s moeder bijvoorbeeld was nog een bang kind en kon niet alleen met de auto naar de kliniek komen. Het duurde een hele tijd voordat zij zelf met de buitenwereld overweg kon en zoiets griezeligs doen als een onbekend gebouw binnengaan. Ze was ook ‘hard to reach’ in de zin dat ze dwars was en niet gewend om via taal iets met gevoelens te doen of om over haar leven te praten. Maar thuis, in de keuken, liet ze me *zien* hoe haar leven was, en doordat ze spontaan reageerde – of niet – op Greg en zijn behoefte aan zorg en voedsel en aandacht. Thuis kon ik *zien* hoe ze hem voedde, naar bed bracht, hoe ze reageerde als hij wakker werd – kortom, wat voor omgeving ze voor hem creëerde. Thuis is taal minder belangrijk dan in de spreekkamer, of zelfs in de spelkamer.

Haar relatie met Greg was ambivalent en de angst voor haar eigen agressie was duidelijk. Zeker toen ze het hamertje oppakte. Dat voorval maakte duidelijk, zonder dat ze iets hoefde zeggen, dat ze onbewust bang was dat ze Greg iets aan zou doen als ze te dicht bij hem kwam – net zoals haar vroeger dingen waren aangedaan. Voor haar gevoel was het gevaarlijk voor Greg als zij hem vasthield. Deze spontane voorvallen thuis boden evenzovele mogelijkheden om met haar te praten over haar vage zorgen.

Selma Fraiberg noemde huisbezoeken ‘therapie in de keuken’ omdat de therapeut kan reageren op de binnenwereld van de ouder-kindrelatie terwijl die zich ter plekke voordoet in wat de cliënt concreet meemaakt.

Wat wil je en wat mag je, en hoe begin je?

Achter de vraag over het voordeel van honden boven secretaresses ligt de vraag wat je als hulpverlener precies wilt. Wat wil je weten? Waarom? Waar wil je eigenlijk naar toe? Als moeder vertelt over mishandeling vroeger en even later een hamertje pakt, dan schrik je: wat gebeurt hier! Maar ga je het dan met haar hebben over haar gedrag, en een betere ouder van haar maken, of focus je op haar innerlijke verhaal, op spoken uit haar kinderkamer, in de hoop dat je haar heden en haar verleden kunt ontkoppelen?

Die vraag moet je jezelf altijd stellen, en de volgorde van interventies is altijd een punt. Je betreft daarbij ook de vraag hoe sterk de werkrelatie is en hoeveel vertrouwen de cliënt in jou heeft. Naarmate we meer te weten komen over hoe een ouder met angst omgaat, kunnen we

beter inschatten hoe deze zal reageren op een interventie die zeer sterke emoties kan oproepen uit heden of verleden.

Wanneer je een ouder iets hoort zeggen als ‘I might kill you! I might kill you!’ moet je onmiddellijk weten hoe te reageren. Ik schrok enorm en vroeg me af of ik Greg wel bij zijn moeder kon laten. Ik ging tegen hem praten, en zei: ‘Je moeder houdt van je, maar als klein meisje had ze het heel moeilijk, en ze wil zo graag dat jij het beter krijgt dan zij vroeger’. Terug in de kliniek besprak ik deze ervaring met Selma Fraiberg. Zij zei: ‘Er is inderdaad een risico dat moeder gevoelens van vroeger gaat uitleven op Greg, maar ze weet dat jij haar gevoelens hebt opgemerkt en ook wat ze tegen Greg zei. Je zou haar dus kunnen bellen en zeggen dat je bezorgd bent over de gevoelens die ze heeft, heel diep, en die moeilijk voor haar zijn. Zeg dat jullie erover moeten praten zodat ze weer hoop krijgt voor de toekomst’. Maar zo’n gesprek kan evengoed nog meer oude emoties oproepen en moeder als het ware aanmoedigen die uit te ageren. Wèl reageren en niet reageren - het heeft allebei zijn risico’s. Wij namen het risico van over haar gevoelens praten, en wel vanuit de overweging dat, als ze die niet uitte maar opkropte, er inderdaad het risico was dat ze zouden exploderen. Maar we moesten voorzichtig zijn. Greg’s moeder was pas sinds kort onze cliënt en we hadden geen goed zicht op haar geestelijke evenwicht. Wat we wèl konden doen was in contact blijven, frequent, en de vinger aan de pols houden.

Beangstigend! En u had Fraiberg achter u - maar vaak is er iemand die, terwijl jij o zo zorgvuldig te werk gaat en de tijd neemt, toevallig ook langs komt en zegt: ‘Dit is veel te riskant. Hier moet iemand ingrijpen en het kind weghalen’. Ik bedoel: hoe krijg je het vertrouwen van bijvoorbeeld artsen? Hoe ontwikkel je een werkrelatie met hen zodat je de tijd krijgt – in plaats van de kinderbescherming erbij te halen?

Vaak waren artsen onze eerste verwijzers. Zij belanden in een situatie waarvoor ze geen verantwoordelijkheid willen dragen en na de eerste screening zeggen ze: ‘Dit kan ik niet aan, en iemand moet mij helpen’. Wanneer ze een baby verwijzen, zijn ze altijd erg bezorgd. Ze voelen de plicht het leven van dat kind te redden en zelf te screenen, maar wanneer ze dan doorverwijzen is het óók omdat ze weten dat méér nodig is dan medische zorg – iets wat zij niet kunnen bieden.

Hoe de relatie met artsen eruit moet zien? Ik ben ervan overtuigd dat er een sterk verband is tussen lichamelijke gezondheid en gezonde ontwikkeling. Als therapeut kun je de lichamelijke toestand van een kind niet goed beoordelen terwijl een kinderarts je informatie kan geven over voedingstoestand en groei, en eventueel over tekenen van mishandeling of verwaarlozing. Voor de therapeut en voor de ouders is het een belangrijk soort ‘second opinion’ als een arts het welzijn van het kind volgt. Is er contact tussen ouderbegeleider en arts, dan kan de eerste die informatie gebruiken in het contact met de ouders.

Als ouders hulp vragen voor een driejarige met gedragsproblemen en je ziet meteen dat er iets niet pluis is tussen ouder en kind – hoe begin je dan?

Ik nodig eerst de ouder(s) uit voor een gesprek en vraag naar hun zorgen over het kind. Wanneer begonnen zij zich zorgen te maken? Hoe liep het met dit kind vanaf het begin? En over de algehele situatie van het gezin. Ik laat ze weten dat het even kan duren voordat we begrijpen wat er speelt; tegelijk zorg ik ervoor dat iemand heel spoedig het kind ziet.

Een combinatie dus van luisteren naar de ouders, tijd maken voor gesprekken, èn meteen het kind onderzoeken.

Ik zou ook tegen de ouders zeggen dat ik huisbezoeken nodig heb om een goed overzicht te krijgen van de problemen met het kind, ‘maar als er iets dringends is, of iets wat misschien

gevaarlijk is voor het kind, dan willen we dat graag weten, zodat we meteen iets voor uw kind kunnen doen’.

Weer gaat het erom een werkrelatie met de ouders te ontwikkelen, hen overal bij te betrekken als zijnde belangrijke personen in het leven van het kind, en tegelijk je professionele rol en identiteit vast te houden.

Hoe kunnen we ouders helpen zich bewust te worden van dit soort problemen, en dan tijds, en voordat er therapie of een maatregel nodig is?

Horen úw films niet op de tv thuis, in plaats van Super Nanny?

Klinisch materiaal hoort niet op televisie thuis. Denk aan de privacy van ouders en kind. Ik meen dat kinderen geen toestemming kunnen geven voor het openbaar maken van hun verhaal. Ten aanzien van de videofragmenten die ik gebruik hebben de ouders toegestemd in gebruik voor opleiding, onderzoek en studiedagen. De namen en zo kun je veranderen, maar de video zelf niet, en ik gebruik deze video’s dan ook zo discreet mogelijk.

Nog één vraag – een die ons heden ten dage allemaal bezighoudt, en zeker na een lezing als die van vanochtend: wat moeten we aan met alle therapeutische subtiliteiten waarover u het hebt gehad in een tijd van stroomlijning van hulpverlening, weg-bezuinigen van ouderbegeleiding en 5-sessie-protocollen?

U vraagt eigenlijk: is mijn verhaal nog relevant in de wereld van vandaag?

Uw en mijn wijze van werken wordt altijd bepaald en beperkt door beleidsregels en door hoeveel steun je krijgt. Als we echter blijven leren over de diepere realiteiten van ouderschap en van de ontwikkeling van kinderen, dan leren we ook om onze aanpak toch zo te structureren dat die helpt.

- Luister ten eerste altijd naar wat er is gebeurd.

- Probeer te horen wat ouders vertellen over hun emoties daarbij en over wat ze moeilijk hebben gevonden.

- Luister naar hoe ze hun kind zien.

- Zorg dat iemand het kind zelf ziet en een beeld krijgt van hoe het zich uitdrukt in taal of spel, en hoe het contact maakt.

In een paar sessies krijg je dan een beeld van wat het gezin doormaakt en weet je ongeveer of het om een oud verhaal gaat of om een crisis.

Zorg dat je relatie met de ouders op de realiteit is gericht. Ik weet dat de psychoanalytische theorie en praktijk veel aandacht heeft voor overdrachtsfenomenen, maar als we weinig tijd hebben is het belangrijk om een vertrouwensrelatie met ouders op te bouwen die je enerzijds de *subjectieve ervaring* geeft van de manier waarop ouders omgaan met hun situatie en met hun kind, en of er iets aan voorafging dat hun ouderschap uit balans heeft gebracht; anderzijds probeer je *realistisch* te zijn en zeg je tegen de ouders: ‘Dit is wat ik begrijp uit wat u vertelt en hoe ik de situatie zie. Klopt het? Ziet u het anders?’ En je gebruikt de beschikbare tijd om die thema’s of informatie op tafel te leggen die uit het gesprek naar voren zijn gekomen. Misschien kun je een voorlopig advies geven. Je laat altijd weten dat er tijd nodig is om je zicht op een kind, of je aanpak, te veranderen. En als die tijd er niet is, dan nog hebben de ouders een begin gemaakt: iets nieuws gezien, gehoord of begrepen.

Het gaat altijd om processen in de tijd. Verandering gaat stap voor stap. Moedig hen aan om het besprokene vast te houden, en om later terug te komen.

Maar vergeet niet om in je instelling te pleiten voor méér tijd voor ouderbegeleiding.

Uw boodschap is dat de kwaliteit van hulpverlening geen restricties kent. En dat die kwaliteit los staat van meer of minder sessies. Het leven gaat hoe dan ook stapvoets.

Zoek het niet altijd in therapie als een ouder psychotisch is of een kind in gevaar. Een dagverblijf voor het kind kan helpen; een arts die goed advies geeft; een coach voor het kind. Er *is* steun nodig. Laat ouders nooit alleen aanmodderen. Doe iets – wat dan ook!

Vertaling: Alice van der Pas

ⁱ Zie ook pp. 78-92 in: Van der Pas (1996). *Ouderbegeleiding in optima forma. Handboek Methodische Ouderbegeleiding 9*. Amsterdam: SWP.