



Figuur 3 Werkblad Het Dialoogmodel met tekstvakken.

Om het inzicht in kenmerken die in de verschillende domeinen een plaats kunnen krijgen te vergroten, geven we in tabel 1 een globale ordening. Wij benadrukken dat de domeinen geen elkaar uitsluitende en strak af te grenzen entiteiten zijn, maar abstracties om enige praktische ordening aan te brengen in een veelheid van gegevens. Inmiddels is duidelijk gemaakt dat deze abstracties niet willekeurig, maar in een bepaalde samenhang gekozen zijn.

Tabel 1 Globale omschrijving van de verschillende onderdelen van het Dialoogmodel.	
Omgeving	de gezins- of samenlevingssituatie, school/werk, vrije tijd/sociale contacten, steunpunten, eventuele andere hulpverlening
Lichamelijk domein	algehele lichamelijke ontwikkeling en conditie (ook: ziekten en handicaps, familiale belasting), temperamentskenmerken
Relationeel domein	de capaciteiten en beperkingen in contactname/relatieve stijl
Emotioneel domein	alle aspecten van de gevoelswereld
Gedachtedomein	alle aspecten van het intellectueel functioneren en de taal
Gedrag	het algeheel functioneren met de aanmeldingsproblemen die in gedrag tot uitdrukking komen
Regelmogelijkheden	de mate waarin het kind/de jongere en de directe omgeving zelf en samen hun functioneren in ruime zin geregeld krijgen

Het is niet nodig en zeker niet de bedoeling om bij het verzamelen van gegevens de gebruikelijke onderzoeksmethoden te veranderen ten bate van het Dialoogmodel. Iedere discipline heeft haar eigen methodiek, iedere hulpverlener zijn eigen kennis, kunde en ervaring die hij inzet. Wij stellen juist voor om de resultaten van alle verschillende invalshoeken te vertalen in termen van ons model aan de hand van vragen als:

In hoeverre en op welke wijze is de aangemelde en het gezinssysteem ontregeld? Welke zelfregulerende krachten zijn er nog?

Wat weten we van zwakke en sterke kanten binnen het emotioneel, gedachte-, relationeel en lichamelijk domein, en de omgeving?

Is er voldoende zicht op mogelijk interne en externe versturende prikkels?

Biedt de omgeving voldoende ondersteuning?

Welke hulpbronnen in hun netwerk zijn beschikbaar?

Wat is er aan bruikbare kennis over de wisselwerking tussen het kind en de omgeving?

Waar weten we te weinig van om de samenhang te kunnen begrijpen?

Hoe meer inzicht wij als hulpverleners hebben in wat er speelt, hoe duidelijker wij hierover met de hulpvragers kunnen spreken en samen met hen tot gemeenschappelijke beschrijvingen van sterke en zwakke aspecten kunnen komen. Op basis van een dergelijke overeenstemming is het gemakkelijker om een gezamenlijk behandelings-/begeleidingspad uit te stippelen.

Het bovenstaande gebruiken we op de volgende manier in de praktijk.

Dat laat meteen zien hoe wij het model gebruiken in *dialoog*: het is ontwikkeld en bedoeld om met onze hulpvragers te kunnen overleggen over wat er speelt en wat gedaan kan worden in gemeenschappelijke en heldere bewoordingen.

Aan de hand van de volgende voorbeelden laten we zien hoe dat in zijn werk gaat.

Drukke Hans

De ouders van Hans (15 jaar) melden hun zoon aan omdat het steeds slechter met hem gaat. Als peuter was hij al heel druk en had hij vaak ruzie met andere kinderen. Hij dacht nooit na. Op de lagere school hing hij altijd de clown uit. Hij beloofde en belooft van alles, maar houdt nooit vol. 'Op dit moment voert hij op school niets meer uit en laat hij zich beïnvloeden door verkeerde vrienden. Hij luistert niet meer naar ons', aldus de ouders. 'Hij gaat steeds meer zijn eigen gang maar lijkt helemaal niet gelukkig. Hij doet wel stoer, maar zegt steeds vaker dat hij altijd de schuld krijgt en niemand om hem geeft. We hopen (als ouders) dat iemand hem duidelijk kan maken dat het zo niet langer gaat. Hij zal op school beter zijn best moeten doen en we moeten thuis beter afspraken kunnen maken. We zouden willen dat het weer goed komt maar we zijn langzamerhand behoorlijk wanhopig.'

Hans laat zich op een duidelijke manier horen, en brengt het volgende in. 'Het valt allemaal wel mee. Mijn ouders overdrijven. Ze zeuren voortdurend aan mijn hoofd. Ze moeten me niet zo als een klein kind behandelen en me overal de schuld van geven. Oké, school gaat niet zo goed. Maar het is saai en ik vergeet gewoon steeds van alles, heus niet expres! De klassen zijn druk, we hebben stomme leraren. Volgens mij hebben ze de pik op me, omdat ik er van alles uitflap. Dat is meestal niet zo slim, nee.'

Maar verder, ik hou nu eenmaal van spannende dingen. Er is niks verkeerd met mijn vrienden. We skaten veel, het is gewoon kicken. En van weed word ik lekker rustig. Hoe het op school beter kan, weet ik niet, en dat boeit me niet.'

Van school hebben ze een verslag van de mentor meegenomen. Hierin staat: 'Deze leerling is erg aanwezig. Hij kletst veel onder de lessen, heeft vaak zijn spullen niet bij zich. Hij gooit er te vaak met de pet naar en kan erg brutaal zijn. Het is een beetje een eenling. Hij heeft wel contacten met leeftijdgenoten, maar die zijn vluchtig. Sommige leraren denken dat hij ergens mee zit, maar hij laat niets los. Als hij zo doorgaat, zal hij binnenkort geschorst worden. De schoolprestaties zijn nog net voldoende. We zien op dit moment geen oplossingen en staan open voor suggesties. Eigenlijk gaat het al jaren zo met hem.'

De hulpverlener komt na een intakefase tot de volgende afwegingen.

De (ontwikkelings)anamnese en het klinisch oordeel geven sterke aanwijzingen voor een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) en een bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling (onder meer: negatief zelfbeeld en negatieve verwachtingen van anderen, weinig reflectief vermogen, sterk driftmatig handelen, enigszins lacunair geweten).

Psychodiagnostiek laat een bovengemiddelde intelligentie zien, met een disharmonisch profiel. De organisatie en planning, de concentratie, de regulatie van stuwkracht en motivatie, het vermogen om eigen gedrag te analyseren en tot nieuw gedrag te integreren en de impulscontrole zijn zwak ontwikkeld. Er zijn aanwijzingen voor een gedrukte stemming.

De gezinstaxatie laat naast voldoende affectieve steun en hiërarchie het volgende interactiepatroon zien, waarbij de betrokken ouders, uit groeiende bezorgdheid, steeds meer controleren maar toenemend onmacht ervaren. De zoon vertoont gedrag dat steeds meer zorg oproept, terwijl hij zich tegelijkertijd steeds meer betutteld voelt en zich toenemend afzet en zich de schuld voelt van alles. Hoe meer de ouders controleren en sturen, hoe meer Hans zich in zijn zelfstandigheidsstreven gefrustreerd voelt, met ruzies en het gevoel elkaar niet meer te bereiken tot gevolg.

Gedrag	<i>maakt vaak ruzie, is druk, luistert niet, kletst veel op school</i>
L	<i>goed ontwikkeld voor zijn leeftijd, sterk, bewegingsonrust, impulsiviteit, concentratiezwakte, gebruikt weed</i>
R	<i>doet stoer, brutaal, 'laat zich niet kennen', legt gemakkelijk contact op humoristische en soms uitdagende manier</i>
E	<i>overwegend goed gestemd, toch ook aanwijzingen voor zich ongelukkig voelen, van een gedrukte stemming, niet vlug bang, wel heftig en kortstondig boos</i>
G	<i>negatief zelfbeeld, weinig reflectieve vermogens, moeite met planning en organiseren, wel goede intellectuele capaciteiten (redelijk zicht op wat in de wereld en bij andere mensen gebeurt)</i>
Omgeving	
– Gezin	– <i>goed affectief verbonden, ouders wanhopig, reageren met toenemende controle en sturing</i>
– School/werk	– <i>mogelijk volgt schorsing vanwege gedragsproblemen, het leren zelf lukt wel</i>
– Vrije tijd/sociale contacten	– <i>nauwelijks (blijvende) aansluiting bij leeftijdgenoten volgens ouders, zelf wel positief over vrienden, geen lid van club of vereniging</i>
Regelmogelijkheden	<i>Hans heeft redelijk zicht op zijn eigen gedrag, maar overziet niet de gevolgen, waardoor hij steeds in problemen en conflicten raakt. Meer controle en sturing vanuit de omgeving werken averechts. Er is voldoende affectieve verbondenheid die mogelijkheden voor aangepaste gedragsregulatie biedt.</i>

In de praktijk wordt deze informatie ingevuld in het werkblad (zie figuur 3)

In het gezamenlijke adviesgesprek (aan de hand van het Dialoogmodel) is iedereen het ermee eens dat er regulerings- en samenwerkingsproblemen (regelproblemen) zijn. Met behulp van de informatie van alle bronnen en het aanvullende onderzoek wordt de diagnose ADHD verduidelijkt. Bij iemand met ADHD is het vermogen om acties (door interne of externe prikkels uitgelokt) te onderdrukken, tegen te houden, te vertragen, uit te stellen of om te buigen, verzwakt.

Kortom: de regelmogelijkheden schieten tekort, wat al vanaf jonge leeftijd in het drukke, impulsieve gedrag tot uitdrukking gekomen is. De ontwikkeling van de regelmogelijkheden van deze jongen is niet goed verlopen vanuit aanlegproblemen (ADHD, gedeeltelijk genetisch bepaald in het zogenoemde 'L-blokje'). De gevolgen voor de cognitieve ontwikkeling zijn in het psychodiagnostisch onderzoek terug te vinden en worden in het gedachtedomein ('G-blokje') geplaatst. De eigen regelmogelijkheden zijn hierdoor van begin af aan verminderd geweest. Dit vroeg om meer externe steun en sturing, maar het vermogen om

de invloed van de ouders thuis en leraren op school (Omgeving) te benutten, was juist geringer. Daarbij reageerden de ouders vooral op het gedrag in correctieve zin, en hadden ze minder oog voor de onderliggende kwetsbaarheden van Hans, en voor diens emotionele ontwikkeling. Dit heeft een patroon van voortdurend ineffectieve en daardoor negatieve interactie (de circulaire interactie via de pijlen) gegeven. De hierbij ontstane oppositionele problematiek en de moeizame socialisatie kunnen via het relationeel domein (het 'R-blokje') worden aangegeven. De gedrukte stemming en het lage zelfgevoel vinden hun plaats in het emotioneel domein (het 'E-blokje'). Zo zijn er in alle domeinen van het 'regelsysteem' bepaalde problemen ontstaan, die evenwichtige samenwerking intern (de onderlinge lijntjes en 'e') en extern (tussen Hans en zijn omgeving) moeilijk maken. Hoewel er op punten verschil van mening blijft, komen de verschillende opvattingen in dit perspectief grotendeels op aanvaardbare, meer neutrale wijze samen voor betrokkenen. Er ontstaat ruimte om het plaatje met positieve aspecten (sportiviteit, gevoel voor humor, duidelijke eigen mening) te completeren. Vervolgens wordt samen gezocht naar aangrijpingspunten om tot betere zelfregulering en -waardering te komen. Hierbij wordt tevens stilgestaan bij hoe ouders (en school) hun zorg en steun op een andere manier tot uitdrukking kunnen brengen, zodat Hans zich niet zo gecontroleerd en betutteld voelt. Er kan over onderhandeld worden in hoeverre de hulpverleners Hans en zijn ouders de helpende hand kunnen/mogen bieden. Zo kan worden afgesproken wie op welke manier gaat 'regelen'.

In het volgende voorbeeld is te zien hoe de ordening via het Dialoogmodel het gesprek met hulpvragers kan ondersteunen als er problemen zijn op verschillend gebied zonder een duidelijk toestandsbeeld.

Teruggetrokken Marc

Enkele jaren geleden werd door een schoolarts de 13-jarige Marc aangemeld, die in de brugklas van het Atheneum niet goed meekwam, zich buiten de groep plaatste, en vaak met allerlei vage lichamelijke klachten van school wegbleef. Hij kwam in de klas steeds moeilijker mee. Globaal onderzoek bij de GGD leverde geen echte bijzonderheden op: Marc had de basisschool goed

doorlopen, hij was een van de slimste leerlingen van de klas en was met meer intellectuele interesses dan behoefte aan ravotten met andere kinderen wel enigszins een buitenbeentje. De ouders kwamen als consciëntieuze mensen over, hadden beiden een academische opleiding. Zij zagen hun kind als hoogbegaafd en stimuleerden hem met extra schooltaken. Op de lichamelijke klachten (hoofd- en buikpijn) en het schoolverzuim reageerden de ouders zeer bezorgd. Ze verklaarden de klachten met de opvatting dat de nieuwe school onvoldoende in staat was om goed in te spelen op de specifieke hoge capaciteiten van hun zoon. De schoolarts kon geen lichamelijke aandoeningen vaststellen. De nogal afhoudende en moeilijk te peilen contactname van Marc verontrustte de schoolarts zodanig dat het na overleg met Marc en zijn ouders tot een verwijzing voor nader, psychiatrisch onderzoek.

Uit multidisciplinair poliklinisch onderzoek kwam kort samengevat naar voren: geen psychiatrisch toestandsbeeld, wel enkele mogelijke maar niet overtuigende aanwijzingen voor een contactstoornis (gelet op de kwaliteit van de contactname, specifieke interessevelden en taalgebruik); hoogbegaafdheid niet aantoonbaar via een intelligentietest. Weinig zelfvertrouwen (vaak wat teruggetrokken, angstig, onzeker), beperkte oplossingsvaardigheden (overvraagd voelen, vermijden), ook bij het sporten (hockey) duidelijk merkbaar, ondanks voldoende techniek en souplesse. Gezinskenmerken zijn: nadruk op intellectueel presteren met een hoog streefniveau, daarnaast voldoende pedagogische capaciteiten in de zin van helderheid, duidelijkheid en consequentheid. Ouders affectief goed betrokken op hun zoon en (jongere) dochter, over wie verder geen bijzonderheden in de ontwikkeling.

In het adviesgesprek met Marc en zijn ouders werden deze bevindingen voorgelegd zonder dat we duidelijke diagnostische uitspraken konden doen (in termen van een psychiatrische aandoening). Onze vraagtekens bij de veronderstelde hoogbegaafdheid (er was nooit eerder intelligentieonderzoek geweest) werden door de ouders meteen van de hand gewezen. Een mogelijke samenhang tussen het functioneren van Marc en het gezinsfunctioneren bleek niet bespreekbaar. Vooraf hadden we als mogelijke invalshoek van behandeling gekozen voor het aanbieden van psychomotorische therapie voor Marc (niet praten maar doen, met als doelstellingen: zelfvertrouwen opbouwen, oplos-

singsrepertoire uitbreiden, interpersoonlijke vaardigheden verbeteren) met daarnaast ouderbegeleiding, gericht op stimulering van de emotionele en relationele ontwikkeling van Marc, het anders hanteren van studeren en schoolverzuim (eventueel in een gezamenlijk gesprek met school) en het gevoeliger maken van de ouders voor de rol en betekenis van hun eigen handelen.

Marc's vader reageerde op dit voorstel niet op inhoudelijk, maar meer op metaniveau. Hij vroeg zich af hoe wij een voorstel tot behandeling konden doen als wij geen diagnose konden stellen, geen helder beeld, geen heldere visie hadden op de problematiek. Onze gedachtegang – wij willen behandelen gericht op specifieke doelen, en niet een bepaalde aandoening, vervat in een diagnose, genezen – was voor hem moeilijk te volgen.

Als degene die het adviesgesprek voerde, stond ik voor een dilemma: zou ik duidelijk maken dat wij wél een duidelijke visie hadden, met het risico dat de ouders (Marc kwam er niet toe zijn reactie te geven, moeder ondersteunde vader) deze meteen opzij zouden schuiven en verdere hulp onbespreekbaar werd? Ik vreesde een bij voorbaat verloren strijd, en een blijvend klem zitten van Marc. Of zou ik ons idee voorlopig niet expliciteren en proberen in gesprek te komen en te blijven, ook met Marc, op een respectvolle, en daarmee mogelijk vruchtbare manier?

Als therapeut koos ik ervoor ons standpunt verder toe te lichten. Hoewel we het Dialoogmodel nog weinig poliklinisch gebruikten en het nog in ontwikkeling was, greep ik er toch naar. Door op een flap-over uitgetekend te zien waar wij de sterke en zwakke kanten van Marc zagen binnen het relationeel, emotioneel, gedachte- en lichamelijk domein, waar hij in zijn omgeving in moeilijkheden kwam, hoe zijn regelmechanismen niet goed werkten, waar de ouders vastliepen in het ondersteunen en meeregelen, en welke positie school hierbij innam, bleek Marcs vader van houding te veranderen. Hij vond dit een helder verhaal, anders dan mijn eerdere uitleg (terwijl ik inhoudelijk geen andere zaken benoemde). Ook zijn moeder en Marc zelf, zij het zeer beperkt, lieten zich instemmend uit. De visuele presentatie met een logische samenhang overtuigde vader van onze zorgvuldigheid en deskundigheid, daar waar hij de louter verbale uiteenzetting (met dezelfde inhoud) als amateuristisch had afgewezen. Mijn pleidooi om als aangrijpingspunt van behandeling juist dát domein (het lichamelijke) te kiezen waar Marc sterk in

was, aanvaardde hij met het argument dat de meeste kans op verandering en succes te behalen is bij het aansluiten op reeds aanwezige krachten.

Gedrag	<i>vaker schoolverzuim en niet goed meekomen op school, regelmatig hoofd- en buikpijnklachten, vermijding van moeilijke situaties</i>
L	<i>sportieve jongen, lichamelijke ontwikkeling conform leeftijd, geen lichamelijke aandoeningen vastgesteld</i>
R	<i>afhoudend, moeilijk te peilen, gesloten, vriendelijk, aangepast</i>
E	<i>angstig onzeker, overvraagd voelen, weinig zichtbare boosheid</i>
G	<i>goede cognitieve capaciteiten (geen hoogbegaafdheid in onze test), vermijdende gedachten</i>
Omgeving	
– Gezin	<i>ouders zijn helder, duidelijk en consequent, willen het beste voor hun kinderen, hebben zelf hoge posities en hopen en verwachten dat ook van hun kinderen; zij zoeken naar een juiste afstemming</i>
– School/werk	<i>een gemiddelde leerling, beperkte aansluiting bij leeftijdgenoten</i>
– Vrije tijd/sociale contacten	<i>geen echte vrienden, waardering in de hockeyvereniging wegens zijn technisch kunnen</i>
Regelmogelijkheden	<i>op het moment schieten de eigen regelmogelijkheden van Marc en die van zijn ouders te kort, hoewel er voldoende potenties zijn; de gezinsleden lijken gevangen in een bepaalde gezinsinteractie rond de thema's hoogbegaafdheid, presteren en niet kwetsbaar mogen zijn</i>

Het adviesgesprek werd afgesloten in een positieve sfeer. De ouders gingen thuis met Marc bespreken of zij gebruik zouden maken van ons voorstel. Na een week belde de vader op met de mededeling dat ze afzagen van ons behandelvoorstel omdat ze het een te grote investering vonden. Hij bedankte mij voor de heldere uiteenzetting, en hoopte er zijn voordeel mee te doen. Met onze verslaglegging konden ze akkoord gaan, en deze werd naar de verwijzer gestuurd (met afschrift aan het gezin). Hoe het hen verder vergaan is, weten we niet.

Overwegingen

Uit deze en nog volgende voorbeelden in dit boek blijkt dat het model flexibel gebruikt kan worden. Ter verduidelijking: het model is géén diagnostisch of categoriserend instrument met vaststaande criteria over wat in welk 'hokje' thuishoort. We bedoelen dit.

Hyperventilatieverschijnselen kunnen zowel bij Gedrag geplaatst

worden als in het lichamenlijk domein. Van belang is welke betekenis deze klachten voor de hulpvrager hebben. Als deze klachten voor de persoon volledig de hulpvraag bepalen, zonder besef van andere mogelijk gerelateerde problematiek, dan kunnen deze klachten als Gedrag geformuleerd worden. Bij het inventariseren kan dan vastgesteld worden dat het emotioneel, het gedachte- en het relationeel domein meerdere bijzonderheden kennen, maar dat via uitgebreid eerder lichamenlijk onderzoek is vastgesteld dat hij kernegezond is. Wij definiëren dat (zoals in het voorbeeld van Marc) dan ook als volgt: het lichamenlijk domein is een gezond en positief aspect van hem, dat geeft mogelijkheden. Het gebruik van het Dialoogmodel biedt meteen een uitdaging tot een fundamentele cognitieve herstructurering: niet het lichaam is ziek, maar er is sprake van onregelmatig gedrag.

Staat daarentegen bij een aangemelde puber angst met schoolverzuim als klacht centraal, dan zou de eveneens gemelde hyperventilatie wel bij het lichamenlijk domein ingedeeld kunnen worden, om aan te geven dat de ontwikkelingsproblemen zelfs op het lichamenlijk vlak tot uitdrukking komen, naast de emotionele verstoring en vermijden-de cognities en interpersoonlijke stijl. Snelle en intensieve hulpverlening is dan gewenst om verdere stagnatie te voorkomen. Immers: de psychische problemen geven zelfs al lichamenlijke klachten! Uit motiveringsoverwegingen wordt het lichaam in dit geval eerder als 'ongezond' aangeduid, in tegenstelling tot het eerdere voorbeeld, waarin het hebben van een 'gezonder' lichaam op een heel andere manier geïdentificeerd en ingezet kan worden.

We hopen duidelijk te hebben gemaakt dat het model niet iets is wat de hulpvrager moet 'snappen' om verdere hulp te kunnen krijgen, maar dat het gebruikt kan worden als middel om uit te drukken hoe de hulpverlener de hulpvrager begrepen heeft. De hulpverlener doet dit door de aangeleverde gegevens met het model te rubriceren én te visualiseren. Het geeft hem de mogelijkheid om de eigen onderzoeksbevindingen zo goed mogelijk te integreren en op een toegankelijke manier te presenteren en vervolgens hierover met de hulpvrager in dialoog te gaan. Zo mogelijk doet hij dit in de termen die de hulpvragers zelf aandragen, zonder onnodige vaktermen.

Ter illustratie nog een paar voorbeelden.

Een onderzoeker van de Raad voor de Kinderbescherming kan met behulp van het model helder aan het gezin laten zien welke factoren bij het kind en in zijn omgeving bijdragen aan het mislukken of over-

vraagd zijn van het ‘regelsysteem’. Uitgelegd kan worden dat een ‘ondertoezichtstelling (OTS)’ en/of uithuisplaatsing noodzakelijk zijn om beter te kunnen meeregelen.

Een psychiater kan aan de hand van het model aan de ouders van een psychotische jongere uitleggen dat het nodig is hem niet te veel emotionele prikkels te geven omdat zijn ‘regelsysteem’ die op dit moment niet aankan: hij heeft behoefte aan rust, stabiliteit en geborgenheid. Van medicijnen die in deze situatie nodig zijn kan aangegeven worden waar ze voor bedoeld zijn: om via de lichamelijke invalshoek (L-domein) alle zenuwbanen (de lijntjes) weer beter te laten functioneren, zodat prikkels van buiten en van binnen (werkelijkheid en fantasie) weer meer gescheiden worden. Zo zal de achterdochtige houding (R-domein) verminderen, het angstniveau (E-domein) dalen, en/of het denkproces (G-domein) minder chaotisch of verward verlopen. Sinds wij in onze dagelijkse praktijk niet alleen mondelinge toelichting en uitleg geven, maar die met behulp van het model kunnen uittekenen en ondersteunen, blijkt veel meer samenhang in de informatie begrepen en vastgehouden te worden door onze gesprekspartners. Dit komt ongetwijfeld ook doordat we ons verhaal met meer samenhang kunnen aanbieden.

Het Dialoogmodel als hulpmiddel bij inventarisatie

3

Inleiding

Verwijzingen naar een instelling binnen de jeugdzorg zijn soms kort en krachtig, soms vaag en onduidelijk, en soms zeer uitgebreid met allerlei verslagen en bevindingen van eerdere onderzoeken. Is dit laatste het geval dan staat de hulpverlener voor de taak alle voorinformatie te ordenen en inzichtelijk te maken als voorbereiding op een eerste gesprek. Vaak merkt hij dat er veel verslagen door eerdere hulpverleners gemaakt zijn zonder dat er duidelijke lijnen in te ontdekken zijn. Soms zijn er uitgebreide observatieverslagen, maar ontbreken heldere conclusies en beleidslijnen. Soms zijn conclusies vermeld zonder dat helder wordt waar deze op gebaseerd zijn. Het komt ook geregeld voor dat verschillende instanties verschillend naar de jongere en zijn gezin hebben gekeken, en beschrijvingen geven die elkaar lijken tegen te spreken. Daarbij is vaak het meest frustrerende: eerdere inspanningen hebben onvoldoende kunnen helpen om een nieuwe verwijzing te voorkomen. Om in onze termen te spreken: de jongere en zijn omgeving zijn nog steeds of opnieuw 'ontregeld'.

Het gevaar bestaat dat deze voorinformatie als verwarrend en irrelevant opzij wordt gelegd, en dat de nieuwe hulpverlener zich als taak stelt nu eens werkelijk goed te kijken en afdoende hulp te bieden.

Wij pleiten ervoor alle voorinformatie serieus te nemen. Na ordening is meestal goed af te lezen hoe differentiatie- en integratieprocessen verlopen zijn, wáár ontregelingen hebben plaatsgevonden, en welke pogingen om mee te regelen wel en niet iets hebben opgeleverd.

Een gedegen analyse helpt de hulpverlener om zicht te krijgen op de reguleringsmechanismen tot dat moment, en/of helpt daar hypothesen over te formuleren. Het geeft hem informatie in handen waarmee hij het gesprek met de hulpvragers aan kan gaan.

In het volgende voorbeeld wordt getoond hoe aan de hand van een eenvoudig formulier (zie bijlage 2) de vooraf verzamelde informatie goed te ordenen en analyseren is. Ook als er voor langere tijd hulp geboden wordt, kan er op gezette tijden behoefte zijn aan inzicht in een beknopt sterkte-zwakteprofiel van het hulpvragende systeem (en van de hulpverlening tot dat moment). Zo'n inventarisatie geeft dan snel een compact overzicht.

Intolerante Paul

Paul is 18 jaar oud als hij verwezen wordt door de jeugdreclassering met de vraag of er sprake is van psychiatrische problematiek en het verzoek om mee te denken over een vervolgtraject. Eerdere bestraffing, begeleiding en behandeling hebben weinig verbetering gebracht. Paul zelf wil hulp bij het leren hanteren van agressie. Hij heeft de afgelopen jaren meerdere keren, zonder directe aanleiding of vooropgezet plan, buitenlanders op straat mishandeld, in zijn eentje, niet in groepsverband. Een bepaalde blik, houding of bepaald gedrag kan hem woedend maken, waarop hij op de ander afstapt, een klap uitdeelt en doorloopt, de ander overrompeld en verbaasd achterlatend, waardoor hij maar een enkele keer teruggeslagen is. Verder heeft hij eenmaal een auto van een buitenlander fors beschadigd door onderdelen af te breken en deuken in de carrosserie te schoppen.

Tot nu toe heeft hij van de rechter taakstraffen, deelname aan een socialevaardigheidstraining en geldboetes opgelegd gekregen, en heeft hij via Bureau Jeugdzorg een Project Ervarend Leren (zes maanden werken op een boerderij) in het buitenland (!) gevolgd.

Bij aanmelding zijn zeven verslagen aanwezig, die als volgt zijn samengevat.