

HET CREËREN VAN THERAPEUTISCHE RUIMTE BIJ DE ANALYSE VAN DE HULPVRAAG

Edith Tilmans-Ostyn

Uit: Kinder- en jeugdpsychotherapie, 16, 4, p. 203-221.

INLEIDING

Dit artikel biedt de gelegenheid te reflecteren over alles wat zich afspeelt bij een hulpvraag: het heeft betrekking op het verzoek om een afspraak te krijgen op het spreekuur, de vraag om in een ziekenhuis te worden opgenomen of de vraag om opleiding.

De mode wil dat alles wat van dichtbij of van verre met het gezin of met systeem-interacties te maken heeft, in deze tijd erg veel aandacht krijgt... wellicht te veel. Ondanks al de goede intenties en kennis, koesteren wij de vrees dat wij ons doorgaans onvoldoende realiseren wat het ingaan op de hulpvraag aan implicaties en gevolgen in zich houdt. We gaan dan te snel aan de slag. In dit artikel willen we er voor pleiten om meteen attent te zijn op de impact van onze hulpverlening. Een alertheid die gestalte krijgt vanaf het allereerste contact met een individu, echtbaar of een gezin, welke ook de context moge zijn.

Bij de eerste contactname immers is alles nog mogelijk. Het komt er op aan als hulpverlener, alle boodschappen die uitgezonden worden, te onderkennen – en met name dan de signalen die er op wijzen dat er niet overhaast te werk gegaan moet worden. Vooral er aan de slag te gaan, kunnen we proberen eerst het terrein waarop we ons bevinden te verkennen.

Het zijn de jonge kinderen die ons geleerd hebben in de gezinsgesprekken van meet af aan eerder rekening te houden met het proces van hulp vragen dan met de klacht. Kinderen functioneren als een barometer van de sessie. Heel dikwijls maken ze feilloos de gezinsdynamiek en het therapeutisch proces duidelijk. Hun luidruchtigheid (zie Tilmans-Ostyn, 1981) kan bij voorbeeld begrepen worden als de behoefte om niet al te snel te gaan wat de inhoud van de therapie betreft. Of met andere woorden: dat het belangrijk kan zijn te luisteren naar alle risico's die het gezin loopt met het uiten of stellen van een hulpvraag. Het komt er op aan het tempo beter onder controle te houden. Het begrip 'rem' loopt als een rode draad door het hele hulpverleningsproces heen. In dit artikel staat dit concept centraal.

De tekst is opgebouwd uit drie delen. Achtereenvolgens komen de onderscheiden contexten aan de orde waarbinnen een hulpvraag geformuleerd kan worden. De meeste aandacht zullen we besteden aan de ambulante consultatie. Hiervan worden twee aspecten belicht: enerzijds de metaboodschappen die de cliënt geeft (eerste paragraaf); anderzijds de metaboodschappen die van de hulpverlener uit gaan (tweede paragraaf). Vervolgens zullen we – bondiger – het verzoek op een opname (derde paragraaf) en de vraag naar opleiding (vierde paragraaf) behandelen.

HET AMBULANTE CONSULT

Vooraleer naar de klacht zelf te luisteren, is het van wezenlijk belang een aantal belangrijke richtlijnen en regels af te leiden uit de eerste gegevens die we verkrijgen. Enerzijds komt het er op aan na te gaan welke metacommunicatie mogelijk is ten aanzien van de impliciete boodschappen die naar ons worden uitgezonden. Dergelijke impliciete boodschappen zijn: de plaats van het consult, het symptoom dat naar voor wordt gebracht, welke gezinsleden afwezig zijn bij het gesprek. Anderzijds moet gepeld worden hoe een tussenliggende ruimte gecreëerd kan worden voor de therapie. Dit laatste is met name van belang wanneer het gezin niet op eigen initiatief consulteert.

DE PLAATS

Wat meldt een gezin ons impliciet in de keuze van de plaats of van de professie van de persoon die ze consulteren? Het maakt immers een groot verschil uit of het een klinische kinderpsycholoog is die geraadpleegd wordt, dan wel of men zich wendt tot een consultatiebureau voor huwelijksproblemen of een advocaat of een arts. Voor eenzelfde probleem wendden zich verschillende mensen tot verschillende adressen en het negeren van deze heterogeniteit komt de effectiviteit van de hulpverlening zeker niet ten

goede. Wanneer een gezin of een afzonderlijk gezinslid zich meldt bij een kinderpсихиатrische polikliniek, dan delen ze mede – zonder het te zeggen – dat er *gepraat mag* worden over de problemen van en met de kinderen, dat de ouder-kind relaties aan de orde kunnen komen. Maar ook: dat het niet het moment is om rechtstreeks de partnerrelatie ter sprake te brengen.

Als het gezin immers zou aanvoelen dat er een verband bestaat tussen het symptoom en een problematische huwelijksrelatie, en zich bovendien vrij zou voelen en sterk genoeg om aan deze relatie te werken, zou het gezin met deze echtelijke problemen wellicht naar een andere, meer gespecialiseerde instelling toegestapt zijn.

De specifieke doelstelling van de instelling definieert heel duidelijk welke dimensies en aspecten aan de orde mogen komen. En tegelijkertijd welke gebieden meer of minder taboe zijn. Zelfs als de hulpverlener in het eerste gesprek al een verband onderkent tussen het symptoom van het kind en het risico op een echtscheiding op het niveau van de ouders, mag hij er aanvankelijk niet mee werken.

Herzelfde geldt voor een psychosomatische klacht waarvoor men naar de huisarts, de internist of de gynaecoloog gaat. Daar is het duidelijk de bedoeling dat het lichaam bekeken wordt, betast en verzorgd, zonder te dicht bij de psychische en relationele aspecten te komen. De plaats zelf van het consult levert ons kostbare aanwijzingen op wat betreft de taalkaart waar het gezin zich van bedient (zie Ausloos, 1984). De taalkaart waarbij ook wij in de communicatie met het gezin zullen kunnen aansluiten.

Ook de arts die beide facetten van de ziekte onderkent, zal het aanstippen van het psychische en relationele aandeel met zorg moeten omkleden en slechts heel omzichtig kunnen aanstippen. Immers hij benadert raketings het risico dat het gezin voorvoelt bij het aan de oppervlakte brengen en benoemen van het psychische en relationele aandeel. Hooguit kan hij de patiënt gerust stellen ten aanzien van de organische kant. Voorzichtig kan hij er aan toevoegen dat hij denkt dat de patiënt intuïtief aanvoelt dat het voor hem gevaarlijk is stil te staan bij de psychische aspecten en zich daar vragen over te stellen.

Een laatste voorbeeld betreft het raadplegen van een jurist. De impliciete boodschap die begrepen moet worden, luidt dan ongeveer: "Onderneem actie! Help ons door ons genoeg zekerheid te bieden over wat er gedaan kan worden. Maar praat met ons niet op het niveau van wat beleefd of gevoeld wordt."

Samenvattend: de keuze van de instelling, van de plaats, bakent, omwille van de impliciete boodschap die er van uit gaat, reeds af welke gebieden men in het hulpverleningsproces op het spoor mag komen. Tevens kunnen we er intuïtief aan afmeten hoe groot het risico is een ander gebied in onze bemoenissen aan de orde te stellen. Dit alles kan niet anders dan ons er toe aanzetten het verband te zoeken tussen de functie van het symptoom voor het hele gezinssysteem, en de keuze van de plaats waar hulp gezocht wordt.

HET SYMPTOOM

Vervolgens is de vraag aan de orde welke metacommunicatie er mogelijk is over de boodschap van het symptoom, nog vooraleer de therapeut de klacht analyseert.

Dit kunnen we illustreren aan de hand van het concrete voorbeeld van gezinnen die een zelfmoordpoging van een gezinslid, verwezen worden door een afdeling van de spoedgevallen van een algemeen ziekenhuis. Een veronderstelling die dikwijls bevestigd wordt, is dat het in deze gezinnen op één of andere manier minder bedreigend is tot acting out over te gaan dan te praten. Men kan er zeker van zijn dat het lichaam op de afdeling voor eerste hulp alle gepaste zorg krijgt en tegelijkertijd het voorstel aan de orde zal komen een psycho-sociale dienst te consulteren omdat er 'nog iets anders speelt.' Het is alsof de taboesfeer die binnen het gezin heerst, wordt opgeheven, maar de psychologisch of psychiatisch consulent moet zich goed realiseren dat hij zijn therapeutische beweging moet afremmen. Het komt er op aan de impliciete boodschap die in het symptoom vervat ligt, te respecteren: het feit dat de zelfmoordpoging doet vermoeden dat het in het gezin minder gevaarlijk is zichzelf naar het leven te staan dan zijn – tedere of agressieve – emoties te uiten. Dit heeft mij er bij voorbeeld toe gebracht om het eerste gesprek te openen met de mededeling: "Laister, jullie moeten mij er eerst van overtuigen dat de dingen die hier besproken zullen worden niet al te gevaarlijk zijn voor jullie. Kan ik op jou – geïdentificeerde patiënt – rekenen om mij iedere keer aan te geven wanneer jij de indruk hebt dat de woorden die wij uitwisselen, de vragen die ik stel, gevaar opleveren voor jouw familie? Hoe ben je van plan mij dat te melden? Want het is toch niet zonder reden dat je er voor gekozen hebt tot daden over te gaan in plaats van te praten." Dit nieuwe perspectief moet er toe leiden dat – mede door de verwondering heen die er door gewekt wordt – iets

nieuws naar boven kan komen: dat er een nieuwe crisis veroorzaakt wordt met meer mogelijkheden om blokkades op te heffen.

Ook het voorbeeld van de psychose is erg verhelderend. De vraag kan gesteld worden waarom in deze gezinnen de dingen alleen maar gezegd kunnen worden vanuit de rol van 'gek' (de koninklijke nar). Shakespeare toont met veel verve aan hoe, gedurende een bepaalde periode van de engelse geschiedenis, het uitsluitend de nar was die belangrijke dingen mocht zeggen. De anderen hadden er het recht niet toe. Hij alleen had een rol van waaruit hij mocht praten. De psychoticus, kind of volwassene, kan dit oproepen en door dit gedrag aangeven hoe gevaarlijk het is om de realiteit te ontsluiten of om de eigen persoonlijkheid van een individu meer tot zijn recht te laten komen.

Ook in de psychosomatiek zien we hetzelfde fenomeen. De patiënt uit bepaalde dingen met zijn lichaam als ware het gevaarlijk het met woorden te zeggen. Op paradoxale wijze wordt de psycholoog of psychiater in de rol van 'blikopener' geplaatst. Van hem wordt het al het ware verwacht de hersenpan te openen om te weten wat er binnen in omgaat, wat er verborgen blijft, alles wat er schuilt achter dit 'stomme', niet-spreekende symptoom. Wat zich in het lichaam laat zien (eczeem, encopresis, en zo voort) is polyvalent. De ouders stellen zich veel vragen. "Wat betekent dit nou? Wat is er aan de hand?". Op één of andere manier is het alsof de mogelijkheid voor het kind om zich duidelijker te uiten voor iedereen gevaar zou opleveren: gevaar voor differentiatie, gevaar voor schuldgevoelens, gevaar om dingen te zeggen, gevaar uit een rol te stappen, gevaar dat een vloek die ooit over dit gezin is uitgesproken wordt opgeheven.

De plaats én het symptoom blijken strategische boodschappen voor de therapeut te bevatten. Deze boodschappen kunnen we nog beter opvangen wanneer we de *functie van de remmen begrijpen*. Niets is, gevaarlijker dan een auto zonder remmen. We hebben een handrem, de rempedaal ... uiteraard kun je op de motor remmen, maar het zou erg onveilig zijn als dit de enige manier zou zijn om te kunnen vertragen. Ook in gezinnen kunnen we, wanneer we er alert op zijn, zien dat er remmen werken, gewettigde weerstanden. De eerste keren dat we deze 'remmen' waarnamen, was in het gedrag van heel jonge kinderen. Je kan ze waarnemen telkens wanneer de peuter of kleuter kabaal maakt, vraagt om te mogen plassen, zijn ouders afleidt, zich aan moeder vastklampt, of wanneer de kinderen onder elkaar ruzie gaan maken. Dit gebeurt elke keer dat de hulpverlener iets aanstipt dat als een bedreiging wordt ervaren, tenminste als hij het kind de boodschap gegeven heeft dat hij belang hecht aan zijn gedrag (Tilmans-Ostyn, 1981). Bij voorbeeld, wanneer een verdrietig gevoel gewekt wordt bij één van de ouders, kruip het kind op zijn schoot. Deze remmen zijn uiterst belangrijk en fungeren als een stoplicht dat op rood springt. We kunnen dit gedrag dan positief labelen. Dit laat ons toe veilige marges aan te brengen in ons werken met dit gezin omdat we in kaart brengen wat er voor dit gezin op het spel staat en welke de risico's zijn van een exploratie door een hulpverlener.

Het komt er dan vervolgens op aan te achterhalen wat dit concreet betekent voor ieder afzonderlijk gezin.

AFWEZIGE OF AANWEZIGE GEZINSLEDEN

Een andere boodschap die we vanaf het allereerste gesprek beter willen proberen te begrijpen is de betekenis van de aan- en/of afwezigheid van de gezinsleden. De ene keer bijvoorbeeld komt het individu alleen naar het intake-gesprek, in een ander geval komen de ouders zonder het kind: allerlei varianten kunnen zich voordoen. Wanneer we telefonisch de afspraak maken voor het eerste gesprek, zeg ik meestal dat ik meer mogelijkheden heb wanneer alle gezinsleden aanwezig zijn. Maar ook: dat zij het zijn die hun gezin kennen, dat zij moeten beslissen wie er komt. Ik voeg er aan toe dat ik zal proberen te begrijpen wat het betekent wanneer ze alleen, met zijn tweeën of met zijn allen komen. Wanneer het een kind ouder dan 2 jaar betreft, specificeer ik ook dat ik het moeilijk vind om hem als een baby te behandelen en dat dit feitelijk toch het geval is wanneer over hun adolescent gepraat wordt terwijl hij afwezig is.

De therapeut kan bij voorbeeld ten aanzien van de persoon die alleen komt, noemen dat hij zich misschien presenteert als de Hercules, degene die de hele aarde draagt, het hele gezin, degene die zich voldoende sterk voelt om persoonlijk de nek uit te steken, om een falen te bekennen, om verdriet en pijn aan te geven, om zichzelf – op een meest vrij grondige wijze – in vraag te durven stellen. Maar

tegelijkertijd onderwijst hij ons dat de andere gezinsleden er vooral niet bij betrokken hoeven te worden, dat er vooral niet gesproken mag worden over zijn ouders, zijn broers en zussen waar ze bij zijn. Dezelfde persoon die alleen naar de consultatie komt, zoekt mogelijk het recht op een eigen privé-territorium, zijn 'geheime tuin' (Burnett, 1983), alsof een gemeenschappelijk gesprek eens te meer de bedreiging op een te indringende inmenging inhoudt. Een gezinsgesprek wordt dan ervaren als iets wat haaks staat op het recht op een eigen 'privé'... iets wat we onder andere veel zien in de gezinnen waarin we zelf zijn opgegroeid.

Ook hier is het wettelijk om, vooreerst wordt overgegaan tot een analyse van de klacht, na te denken over de betekenis van het feit dat iemand alleen gekomen is of dat het hele gezin aanwezig is. Dit laat een positieve herformulering toe van de sterke persoonlijkheid die er mogelijk voor vecht om ruimte voor een eigen geheime tuin te scheppen en niet alleen van iemand die in de penarie zit. Tegelijkertijd dient het risico op strafrechtelijke vervolging te worden als de therapeut er toe bijdraagt dat een eigen territorium gecreëerd kan worden. Wanneer er immers een symptoom nodig was om de weg naar de hulpverlening te verantwoorden, betekent dit dan ook niet dat het hebben van een eigen leven door de anderen niet toegestaan wordt?

Een andere situatie doet zich voor wanneer ouders van adolescenten of jong-volwassenen, liever alleen komen om zich er van te kunnen vergewissen of de hulpverlener die ze raadplegen, hun vrouwen wel waard is. Kunnen zij hun kind wel zonder risico aan die figuur toevertrouwen? Ook daar kan de hulpverlener zich de vraag stellen tot hoe ver dit beschermen zal reiken. Het is alsof hun adolescent zich gedraagt als een kind van twee jaar. Want het is natuurlijk zo dat wanneer ouders een kind van twee hebben, het vooral deze ouders zijn die spreken en hun kind moeten beschermen. Maar tot hoe ver kan dit gaan? Positief punt is anderzijds dat de ouders er over waken dat hun kind geen nodeloze ongelukkige ervaringen opdoet.

Met nadruk wijs ik op het belang stil te staan bij deze eerste boodschappen en hypotheses te formuleren die deze signalen verbinden met de functie van het symptoom en dit te hanteren als een begin van het therapeutische werk. Deze werkzaamheid, die we verder willen verduidelijken en deze pogingen om wat zich aandient te bevragen met onverwachte positieve herformuleringen kan de band tussen cliënt en hulpverlener alleen maar versterken.

METABOODSCHAPPEN DIE IN HET AMBULANTE CONSULT VAN DE HULPVERLENER UITGAAN

Het tweede luik van de exploratie bij het eerste gesprek bestaat uit een analyse van de hulpvraag en van de positie van zowel de verwijzer als van de uitgebreide familie in het proces dat tot stand komt.

DE VERWIJZER

Hoe worden mensen naar ons verwezen? Werden ze verwezen door iemand, hebben ze informatie ingewonnen bij kennissen? Enz.

Het feit dat iemand verwezen wordt en niet uit eigen initiatief komt, verdient best nadere aandacht. Immers indien de hulpverlener onmiddellijk over gaat tot de analyse van de aanmeldingsklachten, neemt hij de positie in van een blinde uitvoerder, van een marionet waarbij de verwijzer de hand is die de touwtjes bespeelt. Met andere woorden: de hulpverlener accepteert dat er iemand van hoger hand boven hem staat: een arts, een maatschappelijk werker, een rechter. Zich meteen op de klacht richten impliceert dat de hulpverlener de orders uitvoert van iemand waar hij spontaan mogelijk weinig rekening mee zou houden. De hulpverlener zou zich dan gedragen als iemand die erg sterk, erg onafhankelijk en vrij is; maar tegelijkertijd gaat hij voorbij aan de impact die de verwijzer op het gezin en op hemzelf heeft.

We willen aandacht besteden aan de wijze waarop de therapeut eerst voldoende ruimte moet creëren om zijn vrijheid ten aanzien van de verwijzer te bewerkstelligen. Deze ruimte is nodig om therapeutische invloed te laten gelden ten aanzien van het gezin en om de gezinsleden toe te laten zich vrijer te bewegen. Als de hulpverlener daarentegen op een lineaire wijze de vraag van de verwijzer overneemt en onmiddellijk overgaat tot de analyse van de klacht, plaatst hij zichzelf in de positie van een uitvoerend medewerker van de verwijzer. Dikwijls laadt de therapeut juist op deze wijze alle boosheid en gram en mogelijke teleurstelling op zich of de agressiviteit die, in feite, bestemd is voor de verwijzer ("hij vindt me niet boeiend genoeg", "hij vindt mij te gestoord en stuurt me dus elders heen", "hij meent dat mijn familie

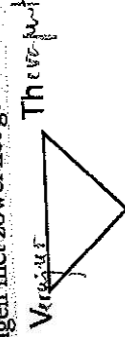
de oorzaak van de problemen is", etcetera). De therapeut (Th) stelt zich lineair op tussen de verwijzer (V) en het gezin (G).



Vanaf het eerste gesprek is het essentieel een triangulatie te creëren. Dit wil zeggen: zich niet opstellen als een uitvoerend medewerker van de verwijzer, maar ruimte creëren allereerst voor zichzelf en vervolgens voor het gezin, door te proberen te begrijpen wat deze verwijzing heeft betekend voor de gezinsleden.

Welke boodschap ligt er in vervat, welke betekenis heeft één en ander gekregen toen, op een gegeven ogenblik, de school, de maatschappelijk werker of de huisarts het nodig geacht heeft te verwijzen naar een psychotherapeut?

Het zou ideaal zijn, de verwijzer uit te nodigen bij het intake-gesprek om, enerzijds, een gesprek tussen verwijzer en gezinsleden op gang te brengen over de betekenis van de verwijzingen, anderzijds, om een therapeutische alliantie tot stand te brengen met zowel het gezin als met de verwijzer.



Als de verwijzer niet aanwezig is, kan de hulpverlener een lege stoelbijschuiven om te verwijzen naar zijn rol. Dit voorkomt dat in de valkuil gestapt wordt van de gedachte dat men bij nul start met de cliënt(en). Dit zou een vergissing zijn: iedere stap is alijd ingeschreven in een geschiedenis. De niet-bezette stoel zet ons er toe aan het aandeel van de verwijzer in de geschiedenis van dit gezin voortdurend onder de aandacht te houden en ons er van bewust te blijven welke betekenis hij heeft voor dit gezin. Dit kan op een erg positieve wijze de situatie verhelderen. De vraag die dan opkomt is: "waarom heeft de verwijzer, op een gegeven moment, wenselijk geacht het gezin naar dit spreekuur te sturen?"

De verwijzer heeft zeker het beste voor gehad met het gezin, maar mogelijk is dit heel anders overgekomen bij één van de gezinsleden. Het feit dat hierover gesproken kan worden, schept een sterke band tussen de therapeut en het gezin, omdat de therapeut begint met zich te onderscheiden van de verwijzer en omdat hij niet uitsluitend de orders van de verwijzer uitvoert. Op analoge wijze, schept dit de ruimte voor het gezin om zich te differentiëren en iets anders te doen dan louter uit te voeren wat de grootouders of andere voor hen belangrijke personen nodig of wenselijk achten. Deze differentiatie tussen de therapeut en de verwijzer introduceert reed het einde van de therapie: als de therapeut zich als onderscheiden van de verwijzer kan opstellen, zonder de marionet van deze te zijn, maakt hij het voor het gezin mogelijk om zich op het einde van de therapie voor te bereiden.

Deze triangulatie is niet steeds gemakkelijk, vooral wanneer de verhouding tot de verwijzer een gedwongen karakter heeft, wanneer de verwijzer een rechter is, of wanneer hij het diensthoofd is dat verwijst naar de assistent-in-opleiding die, menende zijn taak naar behoren te moeten uitvoeren, zich verplicht voelt meteen de klachten te analyseren en denkt dat hem de ruimte niet gegund is een eigen positie in te nemen tegenover zijn baas.

Op dezelfde wijze kan de maatschappelijk werker die in een instelling werkt, als hij de ruimte niet krijgt om te praten over wat er gebeurt, in plaats van te spreken voor de instelling, mogelijk wel iets behandelmatigs bereiken, maar in ieder geval geen psychotherapie doen. We kunnen niet voldoende onderstrepen hoe belangrijk het is om zich van meet af aan te situeren ten opzichte van de verwijzer, en er over na te denken wat het voor het gezin heeft betekend om verwezen te worden.

Door de wijze waarop de hulpverlener in het gezin binnen komt en zich een intermediaire ruimte weet te creëren, maakt hij het voor het gezin mogelijk zich zelf te situeren.

Het begrip intermediaire ruimte is fundamenteel om tot een therapeutische relatie te kunnen komen.

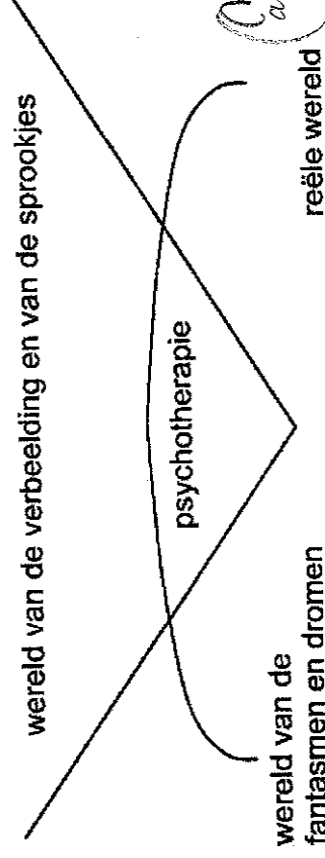
Een klein intermezzo: psychotherapeut bestaat er in feite in om verbanden te leggen tussen twee polen van ons bestaan: de reële wereld en de wereld van de fantasmen en de dromen. Op het niveau van de reële wereld hebben we het concrete leven waarin ook de huisarts of de maatschappelijk werker

LEREN OVER LEVEN

Leerschool voor contextuele hulpverlening

intervenieren; op het niveau van de fantasmen en de dromen broeden ondermeer de wortels van onze angsten en de psychose (Groen, 1980; Winnicott, 1970).

Het is eigen aan de psychotherapie om, net als de sprookjes en de verbeelding, dank zij de intermediaire ruimte die zich door haar ontvouwt, verbanden kunnen weven tussen de twee polen. Binnen deze ruimte kunnen de knopen waarin de gezinsleden verstrikt zijn, ontward worden.



Laten we aan de hand van enkele voorbeelden de draad weer opnemen. Een gezin wordt naar mij verwezen door een schoolbegeleidingsdienst die opereert ten behoeve van scholen voor speciaal onderwijs. Ik nodig de psychologe uit om aanwezig te zijn bij het intake-gesprek en in dat gesprek stel ik haar de vraag: "U ziet veel gezinnen die geconfronteerd worden met problemen, met handicaps die meer spanning vergen van deze gezinnen dan van een doorsnee gezin; waarom heeft u er voor gekozen dit gezin wel te verwijzen in tegenstelling tot alle andere gezinnen die u ziet?" De psychologe antwoordde in het bijzijn van allen dat ze vond dat deze ouders zich zoveel moeite getroosten voor hun kind, dat ze best steun konden ontfangen aan extra hulp, terwijl voor vele andere kinderen alles op school diende te gebeuren en daar hoefde je niet eens de mogelijkheid in overweging te nemen. Op deze manier kan een eerste gesprek zeer positieve boodschappen openbaren. Het hoeft geenszins om negatieve boodschappen te gaan.

Een andere vraag die aan de orde moet komen, is deze: als de verwijzer geen consult had voorgesteld, zou het gezin dan uit zichzelf gekomen zijn?

Deze vraag is belangrijk omdat ze opnieuw ruimte voor initiatief biedt, ruimte voor persoonlijke vrijheid. Wanneer de verwijzing op initiatief van de schoolbegeleidingsdienst, de leekracht of de directeur van de school tot stand kwam, zet ik soms de niet-bezette stoel klaar wanneer deze niet aanwezig zijn, en stel ik de vraag: "Misschien denkt u wel dat we de leekracht in therapie moeten nemen, of de maatschappelijk werker die zich ineens verloren en wanhopig voelt bij de gedachte dat hij nooit iets zou kunnen bereiken met u. Misschien hebt u helemaal geen probleem?" Dit alles doe ik uiteraard niet om kritiek op de verwijzer te uiten. Wat ik wil bereiken is: dat die ruimte voor vrijheid ontstaat waarin initiatief mogelijk wordt; evenals metacommunicatie over de betekenis van de verwijzing.

Ik streef ook naar samenwerking met de verwijzer maar ik weiger de positie in acht te nemen van zijn uitvoerend medewerker. Een stap verder zal er in bestaan na te gaan op welke manier de verwijzer in het systeem en in zijn functie behouden kan blijven. Als de verwijzer, bijvoorbeeld, de kinderarts, de gynaecoloog of om het even welke andere arts is, is het essentieel dat hij in het systeem blijft. Als de therapeut niet duidelijk met hem afsprekt dat hij de deskundige blijft op medisch gebied (en dat is voor mij misschien gemakkelijker omdat ik psycholoog en geen psychiater ben), geeft de therapeut het gezin onvoldoende garanties dat hij het 'organische deel', door het gezin uitgekozen als gebied waarop het zich kan uiten en waarvoor hulp wordt gezocht, zal respecteren. In dat geval zou de therapeut handelen alsof niet alleen de verwijzer niet meer bestaat, maar ook alsof het somatische niet meer zou meetellen. De verwijzer blijven betrekken betekent dat de dualiteit tussen het somatische en het psychisch/relatiele behouden blijft. Er wordt dan gepoogd er toe bij te dragen dat het gezin een synthese tussen beide kan maken. Herinneren we hier aan het concept van Hegel: 'thesis - antithesis - synthesis'. Er is een somatisch gebied dat het gebied van hun keuze is, en een psychisch gebied, dat meer relationeel van aard is, dat voor hen kennelijk een aantal risico's inhoudt. Juist door het gezin er voortdurend toe te brengen

zich te situeren tegenover deze twee polen, zal het in staat zijn een nieuwe synthese te vinden. Het gebeurt soms dat ik er toe kom te bevragen of er niet nog meer lichamelijke symptomen nodig zijn na het eerste consult. Is één van de beste middelen om de ouders en de broers en zussen te 'veront-schuldigen', niet dat na het eerste gesprek de organische crises toenemen om om duidelijk te maken dat er wel degelijk sprake is van lichamelijke problemen en niets anders? Op dat moment is er geen schuldige meer. Het is zijn lichaam dat slecht functioneert. En het zijn de artsen en de vooruitgang van de medische wetenschap die de goede remedie moet vinden. Niemand hoeft zichzelf ter discussie te stellen. Dit heet: "het somatische gebied behouden" omdat, wanneer men het zou wegschuiven, men gewoon aan een deel van de menselijke realiteit voorbijgaat.

De arts moet zich blijvend garant stellen voor de somatische pool en de hulpverlener moet de dialectiek tussen beide polen kunnen blijven behouden, dit om het gezin toe te laten een andere wijze van functioneren te verwerven, alsook een andere wijze om zich te uiten.

Zelfs in de gedwongen hulpverlening is het van belang deze driehoek te creëren. Het gezin is, net als de therapeut, in een gedwongen verhouding geplaatst tegenover de verwijzer (bij voorbeeld de rechter). Wat te doen: met kaart spelen de tijd doden? Zichzelf de ruimte gunnen om aan iets anders te werken? Hoe zal het gezin eventueel zoeken naar middelen om de rechter er van te overtuigen dat gezinsgesprekken overbodig zijn? Het is derhalve van belang dat de therapeut er voor zorgt niet de positie in te nemen van louter een bondgenoot met of tegen de rechter. Maar het komt er op aan te praten over wat deze boodschap heeft betekend voor het gezin; de goede bedoelingen van de rechter die aan de basis liggen van de verwijzing voor gezinsbegeleiding; maar tegelijk de betekenis die dit zal hebben voor het gezin.

DE UITGEBREIDE FAMILIE

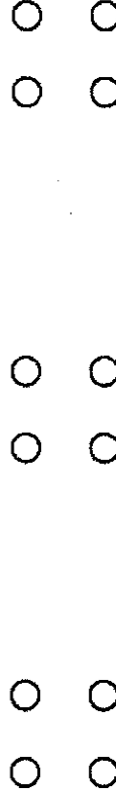
Zoals reeds is aangegeven kunnen de denkbeelden die in bredere familiekring of in de nabije omgeving van het gezin ontstaan naar aanleiding van psychologische of psychiatrische consultatie leiden tot reactiepatronen waar wel degelijk rekening mee gehouden dient te worden. Hoe zullen die anderen het bij voorbeeld opvatten dat een gezin een gezinstherapeut raadpleegt en dat de therapeut hen voor een therapie accepteert? En reeds daaraan voorafgaand: wat zal deze stap van het gezin bevestigen in de ogen van de grootouders, de ooms en tantes, de vrienden, de hulpverleners in hun ideeën over dit gezin? Dat alles is voor mij een belangrijk aandachtspunt in het eerste gesprek. Welke (meestal voor)-oordelen zullen bevestigd worden omtrent het gezin of een van de gezinsleden? Er bestaan talrijke voorbeelden. Denken we dat bij voorbeeld aan de grootmoeder die op een minder of meer expliciete manier zou kunnen denken en misschien tegen haar dochter zeggen: "Ik had het altijd wel gedacht dat jij geen goede moeder kan zijn. Het bewijs: ze vinden het zinvol dat je op het spreekuur komt, ze raden je aan naar een psycholoog te gaan, in therapie te gaan." Het wordt dan duidelijk dat de hulpverlener een persoon meer kan worden die de 'self-fulfilling prophecy' bevestigt. De vloer wordt eens te meer tot waarheid gemaakt. Deze exploratie in de breedte maakt het mogelijk een aantal blokkades weg te nemen. Een voorbeeld: ik zie een echtpaar en ik probeer te begrijpen wat de inzet van dit consult zal worden in het bredere familieverband. Het antwoord is: "Niets! Integendeel, ze vinden dat een uitstekend idee. Ze hebben moderne opvattingen en vinden dat dus goed." Ik bevraag ze verder en verneem uiteindelijk dat de man een psychiatrische opname achter de rug heeft, en dat in de ogen van de schoonmoeder de raadpleging van een hulpverlener de enige mogelijke garantie betekent voor haar dochter om deze man te kunnen huwen. Daarover werd spontaan niet met mij gepraat. Als de therapeut de motieven om hulp te zoeken niet analyseert, door middel van triangulatie ten opzichte van de verwijzer, dan kan hij verwachten dat alle woede die wordt veroorzaakt door de dwang van het zoeken van hulp, op hem gericht wordt. Woede die door de therapeut bovendien geïnterpreteerd zou worden als weerstand. Volgens mij gaat het hier niet om weestand. Wij moeten voldoende aandacht wijden aan de inzet van het zoeken van hulp om te begrijpen wat het betekent voor een intake naar een hulpverlener te gaan en welke de betekenis is van het feit dat wij, specialisten in het psychisch-relationale, de raadpleging zinvol achten en zelfs een tweede afspraak met ze maken.

Een ander echtpaar komt me raadplegen. Het is vooral de vrouw die een hulpvraag heeft, de echtgenoot niet. Het is essentieel hier de betekenis van te doorzien. Wat de wederzijdse ouders betreft: aan een kant zijn ze overleden, aan de andere kant wonen ze op 800 km afstand. Maar wat zouden ze er van kunnen denken als ze wisten dat het echtpaar begeleiding zocht? Dit speurwerk leverde in eerste instantie niet veel informatie op. Later vernam ik dat de man vrienden had die ook een ernstige echtelijke crisis hadden doorgemaakt en dat deze vrienden er uiteindelijk ook gekomen waren zonder beroep te doen op

hulpverlening. En dus: zich gelijkwaardig voelen aan zijn vrienden impliceerde "geen hulp zoeken". Hij had niets tegen mij noch verzette hij zich tegen de hulp van een hulpverlener, maar hij maakte zich er zorgen over wat dit voor hun onderlinge verhouding zou kunnen betekenen en hoe zijn vrienden dat zouden opvatten.

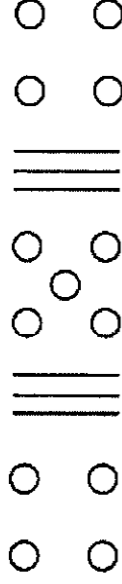
Dit speurwerk levert nog andere voordelen op. De therapeut wordt in staat gesteld om zich te realiseren ten aanzien van wie hij *gesubstitueerd* wordt. Dikwijls ervaart hij, als therapeut, de impliciete vraag: de plaats in te nemen van een grootouder of van een andere belangrijke persoon. Dit speurwerk laat hem toe te onderkennen in welke rol hij verstrikt kan raken zonder het te weten noch te willen.

Een allochtoon gezin komt op het spreekuur met een psychotisch kind dat zowel overdag als 's nachts enuretisch is. Hij was opgenomen in een ziekenhuis en verwezen door hulpverleners van die instelling. Zijn oudere broer en zus waren ook aanwezig. Eerst maak ik uitvoerig de analyse van de rol van de verwijzer om vervolgens met hen te bespreken wat het feit dat ze hulp zoeken zal betekenen in breder familieverband. Ik verneem dat dit hen zal toelaten meer telefonisch contact te hebben met de familie die ver weg is. En ook: dat vader en moeder elk vier broers en zussen hebben die erg dichtbij wonen, maar met wie ze geen enkele vorm van contact hebben. Ik zeg hun dat het feit dat ze me zoeken hen misschien toelaat de afstand tot hun broers en zussen te behouden. Exact op dat moment tekent het psychotische kind van 9 jaar voor mij dit:



Op basis van wat ik wist, heb ik gezegd: jij, jij bent daar, goed in het midden. En daar zijn de broers en zussen van je vader, en hier de broers en zussen van je moeder (de ouders hadden net 3 huizen gebouwd, wat hen qua economische status op een hoger niveau bracht dan de anderen). En er zijn drie muren, drie huizen tussen jullie, en jij moet er op plassen, dag en nacht, om ze te slopen, weg te spoelen."

Dit brengt ons tot deze tekening:



Het is dit speurwerk, op het niveau van het bredere familieverband en de vraag te weten wiens plaats ik moet innemen (met andere woorden ten aanzien van wie ik gesubstitueerd zou worden), dat me heeft toegelaten een verband te leggen met het symptoom. Het gezin is hevig geschrokken. Moeder is boos op me geworden. Ik heb haar geantwoord: "Mevrouw, vraag het uw zoon. Hij is degene die het mij heeft doen begrijpen." Later heb ik vernomen dat, in de auto op weg terug naar huis, de oudste dochter er voortdurend op heeft aangedrongen weer contact op te nemen met haar ooms en tantes. De tekening is nog herhaaldelijk verschenen in de therapie, telkens op initiatief van het kind. Bij verschillende gelegenheden gaf het kind de momenten aan waarop een evolutie in de dynamiek met het breder gezin plaats vond. Het komt er dus altijd op aan te proberen een verband te leggen met het symptoom. Het is niet zo maar een vraag in de lucht, een eenvoudige diagnostisch onderzoeksmoment. Om deze analyse tot een goed einde te brengen, is het erg zinvol gebruik te maken van het structureel schema. Geprobeerd wordt daarop aan te geven waar de subgroepen zich bevinden, wie dicht bij wie staat en welke de aard is van de relatie. (conflicteus: A><B; erg nabij: A_B). De hulpverlener probeert de gezinsleden en zichzelf als therapeut op het structureel schema te tekenen. Dit maakt het mogelijk op het spoor te komen ten aanzien van wie de hulpverlener tijdelijk gesubstitueerd zal worden en om beter te begrijpen wat de inzet van de hulpverlening is (Minuchin, 1979).

Zo verneem je bij voorbeeld, bij de exploratie rond het meer uitgebreide familieverband dat de moeder meer hulp zoekt bij derden, waaronder de therapeut, sinds het moment van het overlijden van de grootmoeder van moeders zijde. Soms is het onmogelijk meteen deze nabije relatie van de moeder te verlaten, omdat de therapeut gedwongen wordt de plaats in te nemen van de grootmoeder aan moeders zijde. Op het structureel schema worden de onderlinge posities van de subgroepen duidelijk: dit maakt het mogelijk op een waakzame manier die afstand te houden die metacommunicatie over de relatie mogelijk maakt.

Een ander aspect vormen de *verdelen* die door de hulpverlener worden ondertekend, die de therapeut onderschrijft, doordat hij accepteert om het gezin in therapie te nemen. Is het bewijs van onvermogen dat er toch nooit iets goed kan komen uit dit echtpaar? In het geval van een echtscheiding, bijvoorbeeld, wanneer het nieuwe gezin hulp zoekt: hoe zal dit begrepen worden door de ex-partner? Een bewijs van falen? Als een teken dat het nieuw gevormde paar niet deugt? Hoe kan het feit dat het nieuwe paar hulp zoekt tegen hen gebruikt worden in de gerechtelijke procedure? Op dat moment zien we dat, naarmate de therapeut zich meer laat kennen, en er overigens zijn ongerustheid over uitsprekt dat hij het gezin meer schade aanricht dan goeds brengt door naar hen te luisteren, het gezin hem des te meer zal verzekeren dat hij helemaal geen schade aanricht, dat ze nou toch ook niet zo slecht in elkaar zitten en dat ze hulp zoeken omdat ze goede stappen willen ondernemen. Door de exploratie van het bredere familieverband heen, kan de hulpverlener opmerken dat het gezin, in plaats van zich steeds meer hulpeloos te tonen (want je moet je berooid voordoen om de hulpverleners te verleiden) (aangeleerde hulpeloosheid: zie Seligman, 1975), eerst wat in de war raakt en er dan weer bovenop krabbelt, om de therapeut de verzekering te geven dat de risico's verbonden aan een meer psychologische exploratie, een meer relationele benadering, toch niet zo groot zijn. Het gezin verlaat zo de sessie sterker dan ze gekomen zijn. Als de hulpverlener daarentegen te snel overgaat tot de analyse van de klacht, komen de cliënten in een neerwaartse spiraal terecht en creëren ze voor zichzelf steeds meer problemen. Wij doen dan alsof zich zeer ernstige dingen voordoen. Maar als de therapeut waakzaam is ten aanzien van wat dit in de ogen van de andere gaat betekenen, zullen zij beginnen met hem en dus ook zichzelf gerust te stellen. Ze beginnen nieuwe oplossingen te bedenken. Op dat moment verneemt de hulpverlener nieuwe dingen: bijvoorbeeld een van de angsten van de ouders. Een gezin dat een echtscheiding in zijn geschiedenis meedraagt, kan vrezen dat een van de kinderen alles aan zijn biologische vader of aan de grootmoeder van vaders zijde zal gaan vertellen. We kunnen ons dan de vraag stellen: is degene die de geïdentificeerde patiënt in zijn macht houdt niet de grootmoeder aan vaders zijde die er plezier in schept de ouders schaak te zetten? Dit laat toe de context te verbreden, het kerngezin te verlaten en het weer te situeren ten aanzien van zijn geschiedenis.

De therapeut zal dus zijn bezorgdheid laten merken om een tweede gesprek voor te stellen maar dit betekent niet dat hij het gezin gaat ontmoedigen in de stappen die het onderneemt. In ieder geval is een tweede bijeenkomst nodig om te weten te komen hoe, tussentijds, de gezinsleden meer mogelijkheden hebben ontdekt om de therapeut er van te overtuigen dat het aanbieden van een tweede gesprek niet neerkomt op het opnieuw geven van een brief van onvermogen, maar wel degelijk als hulpaanbod begrepen kan worden. Het is pas in het tweede gesprek dat begonnen kan worden met de analyse van de klacht. Alles wat psychologische onderzoeken en andere specifieke diagnostische procedures betreft, komt pas in een veel later stadium.

We willen ook nog stil staan bij een ander punt betreffende de exploratie van het uitgebreide familieverband. Dikwijls stellen wij vast, en dit met name bij de psychosomatische gezinnen, dat de in de kamer aanwezige gezinsleden hun angsten voor en hun kritiek op de hulpverleners en het werk dat zij doen, gemakkelijker uiten door het in de mond van de overige familieleden te leggen: "mocht oma dit weten, dan zou ze zeggen... dan zou ze denken dat ik gek ben ... etcetera". Het is veel gemakkelijker om weerstanden te uiten door ze in de mond van de leden van de uitgebreide familie te leggen, dan te spreken in de naam van de gezinsleden die in de kamer aanwezig zijn.

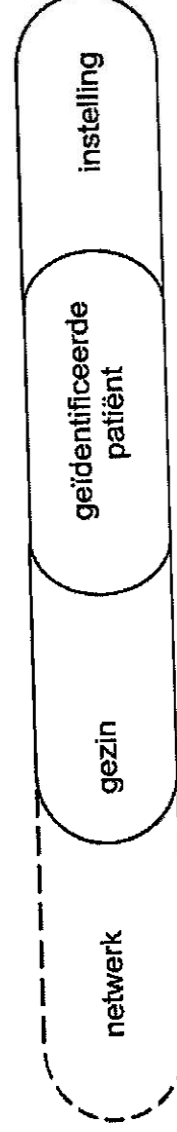
Wanneer we vragen stellen omtrent de meningen die in breder familieverband kunnen leven, komt het er op aan ons niet te laten ontmoedigen door antwoorden van het type: "er is geen enkel probleem, ze staan er helemaal achter, of: ze wonen heel ver, of, ze zijn overleden". Meestal levert de eerste vraag geen verhelderend antwoord op. Pas wanneer het gezin aanvoelt dat de therapeut er goed voor waakt hen geen

schade toe te brengen en hen accepteert zoals ze zijn, zal het zich gaandeweg toevertrouwen. Als de therapeut niet vanaf het eerste contact investeert in deze exploratie, zal dit zich in een later stadium tegen de therapeut keren. Men kan dan menen dat het om weerstanden gaat, maar naar onze mening gaat het veeleer om een overlevingsstrategie van het systeem.

Kort willen we nu deze gedachtegang ook toepassen op de vraag om een opname in een ziekenhuis of instelling en op het verzoek om opleiding.

HET VERZOEK OM EEN OPNAME

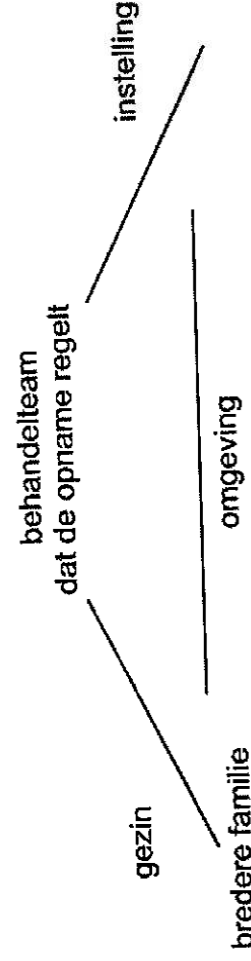
Dezelfde analyse is van toepassing op de vraag om een opname. Wanneer om een opname verzocht wordt, is het van belang deze vraag te situeren vanuit het hele gezinssysteem zowel als vanuit de positie van de geïdentificeerde patiënt, vanuit de instelling en vanuit het netwerk.



De geïdentificeerde patiënt maakt deel uit van het gezin en van het netwerk. Hij behoort nog niet tot het systeem instelling. Misschien zal hij er wel nooit toe behoren.

Het verzoek om opname houdt het risico in dat men het gezin wil doen geloven dat zij het pathogene milieu zijn – en dat de instelling de plaats is die de patiënt zal doen genezen. De medewerkers van de instelling zullen alles oplossen, terwijl het gezin niets kan doen. Als de patiënt op deze basis de intake passeert, moet hij, eenmaal opgenomen, beter gaan functioneren: anders zou de verpleging of de groepsleiding niet investeren in hem. Maar de patiënt kan daarin ook niet al te ver gaan, want dan gaat hij bevestigen dat zijn gezin pathogeen is. Met andere woorden: de patiënt loopt vast in een enorm loyaliteitsconflict (Boszormeny-Nagy, 1973). Daarom is het van fundamenteel belang om de vraag te stellen: “wat betekent de opname van een patiënt voor het gezin?”. Dit te meer omdat het gezin impliciet vraagt: “verander hem, zonder ons te veranderen”. Echter, als de patiënt te sterk verandert, zou hij de andere gezinsleden er toe kunnen dwingen ook te veranderen, en zoiets wordt niet geduld.

Ook hier is het van belang het waarom van het verzoek om opname te verhelderen. Wat impliceert dit verzoek als niet uitgesproken boodschap? Hoe moet de verwijzing voor opname begrepen worden? Moeten we niet eerder de huisarts in therapie nemen omdat hij wanhopig wordt? Of zou het niet beter zijn de algemeen maatschappelijk werker supervisie aan te bieden, omdat hij vindt dat de situatie niet zo lang mag blijven bestaan? En ook: misschien kan het gezin heel goed leven met de geïdentificeerde patiënt (Scott, 1981) en zijn het alleen de hulpverleners die er moeite mee hebben. Ook hier dus moet er meer psychologische ruimte gecreëerd worden, zodanig dat het gezin de kans krijgt een meer persoonlijke hulpvraag te formuleren. Dit zal alleen mogelijk zijn wanneer de het team dat de opname regelt de situatie getrianguleerd heeft. De plaats bij uitstek voor deze triangulatie is een ontvangst in het ziekenhuis of in de instelling op het moment dat de opname besproken wordt.



Ook de behandelstaf zal, om therapeutisch iets te kunnen, deze ruimte moeten krijgen. Zonder deze marge van vrijheid kunnen de behandelaars ook het gezin geen ruimte bieden. Daarmee wordt bedoeld dat de hulpverlener die te sterk verweven is met de belangen van de instelling, en die de opdracht heeft "de bedden te laten bezetten", alleen maar voor deze instelling kan praten. Deze persoon is dan opnieuw een marionet van de instelling en van de verwijzer, met alles wat dit met zich meebrengt.

De behandelstaf moet dus een positie kunnen innemen waar ze er niet toe verplicht kan worden voor de instelling op te treden. Want anders plaatst de staf zich in de rol van "een verbond tegen": hij creëert niets nieuws. Met andere woorden: de boodschappen en impliciete oordelen die niet ontcijferd werden, moeten opgenomen worden – en de toelating gegeven er over te praten.

Als het team dat de opname regelt er in slaagt deze analyse tot een goed einde te voeren, wordt de weg vrij gemaakt voor een goede samenwerking.

Op het moment dat de groepleiders, binnen de instelling, beslissingen zullen moeten nemen over het kind (bij een weglööppoging bij voorbeeld, of bij de indicatiestelling voor fysiotherapie of logopedie, etcetera) moeten de ouders het beslissingsrecht blijven behouden (Ausloos, 1981). In het andere geval wordt datgene wat de behandelstaf heeft proberen op te bouwen, gesaboteerd door de instelling. Dit is ook het geval ten aanzien van de psychotherapie. Dit proces moet voortdurend gaande gehouden worden. Het is altijd van belang de symmetrische escalatie te vermijden: wat is goed? Wat is slecht? Deze dualiteit wordt gearticuleerd op het moment dat de therapeut zich schaaft aan de zijde van de ouders of aan de zijde van de instelling. Dan speelt hij het spelletje van goed en slecht, zonder te waken over zijn intermediaire ruimte.

Ook hier is het van belang de betekenis te evalueren die de opname heeft voor de uitgebreide familie, kennissen, vrienden, collega's etcetera. Welke impliciete oordelen worden eens te meer bevestigd. Het kind kan opgenomen worden: dat is niet het probleem. Maar hoe kan deze opname er toe leiden dat iets nieuws gecreëerd wordt. Iets dat weer ruimte schept, in plaats van (voor)oordelen over dit gezin te bevestigen zonder deze zelfs te kennen.

DE VRAAG OM OPLEIDING

Op het niveau van opleiding wordt deze analyse bepalend voor onze handelwijze. Wat is de inzet van de vraag om een opleiding te mogen volgen en wat is de inzet voor de persoon die zijn verzoek om een opleiding als gezinstherapeut of als systeemtherapeut gehonoreerd ziet. Ik ben van mening dat we deze inzet op instellingsniveau nog te weinig bestudeerd hebben. Als iemand het verzoek indient een opleiding te mogen volgen, wat betekent dat voor de overige leden van het team waarin hij werkt? Wat zal dit aan onoverkomelijke veranderingen met zich meebrengen, zal dit op het niveau van het team als een bedreiging worden ervaren? En wat is daarop het antwoord van het opleidingsinstituut? Ik bedoel: als een opleiding om het even welke aanvraag voor een opleiding tot gezinstherapeut honoreert – bijvoorbeeld, kandidaten die binnen een strak keurslijf moeten werken of aan wie niet het recht wordt toegekend om de ruimte te creëren die nodig is om psychotherapie te kunnen bedrijven – dan schept ze de illusie dat alles mogelijk is voor iedereen. Met andere woorden: de illusie dat er geen grenzen zijn die samenhangen met het mandaat dat iemand heeft, of met zijn vooropleiding, of met het gegeven dat mensen die zich wenden tot een groepsleider andere verwachtingen hebben dan wanneer ze contact opnemen met een maatschappelijk werker of een psychotherapeut. Men creëert dat niet-gedifferentieerde systemen in de instelling terwijl we in de gezinnen juist differentiatie willen bewerkstelligen. Door iedere aanvraag te honoreren ondersteunen we almachtstentatieën, terwijl we op het niveau van het gezin juist proberen mensen te helpen om te gaan met grenzen en beperkingen en duidelijker gedefinieerde relaties aan te gaan en hierin creatief te bewegen.

Deze reflectie heeft ons gaandeweg geleid tot de noodzaak twee types van opleiding op te zetten: (1) een opleiding gezinstherapie voor (kandidaat-)psychotherapeuten die moeten proberen voor zichzelf die ruimte te creëren die nodig is om een psychotherapie met een gezin op te zetten en (2) een opleiding tot systeemgerichte interventies waar aan de orde komt welke systeem-interventies de hulpverlener kan uitbouwen met gezinsleden en teamleden in functie van zijn mandaat en van de doelstelling van zijn instelling en die er toe kunnen leiden dat exact binnen die context iets nieuws tot stand kan komen. Wij analyseren dus zeer nauwkeurig de aanvragen die we voor de opleiding ontvangen en welke de inzet er van is.

CONCLUSIE

Zodra men de inzet onderkent van het onderzoek om een consultatie, een aanvraag voor opname of de sollicitatie voor een opleiding, is het van eminent belang van dichterbij te kijken naar het effect wat dit kan hebben op het gezin en de familie, op het sociale of beroepsmilieu van de vrager. Met bepaalde interventies is het mogelijk hier metacommunicatie over op gang te brengen. Dit laat ons toe om – ondanks alle goede bedoelingen – anti-therapeutische tussenkomsten te vermijden.

Edith Tilmans-Ostyn, klinisch psycholoog, Université Catholique de Louvain, Centre de Guidance, Département Enfants, Brussel (klinisch werk, onderwijs en research).

LITERATUUR

- AUSLOOS, G., *Thérapie familiale et institutions*. In: Champs professionnels, Thérapie Familiale, Genève, 1981.
- AUSLOOS, G., *Les cartes du langage familial*. Conférence donnée à l'Université Catholique de Louvain, 1984.
- BOSZORMENYI-NAGY, I. en SPARK, G.M., *Invisible loyalties*. Harper & Row, New York, 1973.
- BURNETT, F., *De geheime tuin*. Christofoot, Zeist, 1983. (Vertaling van *The secret garden*).
- GROEN, J., *Achter spiegels en maskers*. Boom, Meppel, 1980.
- MINUCHIN, S., *Gezinstherapie*. Het spectrum, Utrecht, 1973.
- SCOTT, R.D., The treatment barrier. In: Skinner, W., *Developments in family therapy*. Routledge & Kegan, London, 30-59, 1980.
- SCOTT, R.D., The shadow of the ancestor: a historical factor in the transmission of schizofrenia. In: *Br. J. Med. Psychol.*, 42, 13-32.
- SELIGMAN, M., *Helplessness, on depression, development and death*. Freeman & Co, San Francisco, 249, 1975.
- TILMANS-OSTYN E., La thérapie familiale dans son approche spécifique des jeunes enfants. In: *Thérapie familiale*, Genève, Vol 2, 4, 329-335, 1981.
- TILMANS-OSTYN E. en KINOO, Ph., Quelques apports de la thérapie familiale pour la pratique médicale quotidienne. In: *Thérapie familiale*, Genève, Vol 5, 3, 251-266, 1984.
- WINNICOTT, D.W., *Playing and reality*. Penguin Books, London, 1971.