

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Een goed gesprek met multiprobleemgezinnen

Meer vragen dan antwoorden

Gretta Naus

De samenwerking van de hulpverlening met multiprobleemgezinnen verloopt vaak problematisch. Baartman (1991) typeert multiprobleemgezinnen als 'bewerkelijke gezinnen', vanwege het herhaaldelijk vastlopen van de hulpverlening door problemen in het hulpverleningsproces. Ook heden ten dage is de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen een actueel thema. In dit artikel wordt een ambulant multidisciplinair aanbod voor gezinsbehandeling vanuit de geestelijke gezondheidszorg (ggz) beschreven, dat constructief kan bijdragen aan de gestagneerde hulpverlening aan multiprobleemgezinnen en de samenwerking met deze gezinnen kan versterken. De systeemtheorie biedt een veelvoud aan theoretische perspectieven van waaruit het goed kijken is naar multiprobleemgezinnen. In het ambulante multidisciplinaire aanbod staat dan ook een systeemtherapeutische benadering voor het gezin en het hele hulpverleningssysteem centraal.

Het artikel start met een korte literatuurverkenning over multiprobleemgezinnen en het ontstaan van stagnaties in de hulpverlening aan deze gezinnen. Ik beschrijf de begrippen 'multiprobleemgezin' en 'werkalliantie' en het natuurlijke proces van conflicten en kortsluitingen in de hulpverlening. Vervolgens ga ik in op de betekenis van de stagnaties, en beschrijf ik ondersteunende elementen in de gespreksvoering met multiprobleemgezinnen die helpen stagnaties op te heffen.

Multiprobleemgezinnen

De term 'multiprobleemgezin' vindt haar oorsprong in de Verenigde Staten omstreeks 1950. In een middelgrote stad, St. Paul (Minnesota), bleek dat 6% van de bestudeerde gezinnen meer dan de helft van alle maatschappelijke voorzieningen gebruikte. Men wees op de ineffectiviteit van het dienstverleningssysteem (Koekkoek & Van Hoof, 2006).

Hoewel ik pleit voor niet-probleemgeoriënteerd werken, behoudt de term multiprobleemgezin mijn voorkeur omdat deze verwijst naar de multiple problemen in het gezin en in de hulpverlening.

Baartman en Dijkstra (1987) ordenen de bonte variëteit aan problemen van multiprobleemgezinnen in vijf dimensies, te weten problemen met (1) het voeren van een huishouding, bijvoorbeeld door een gebrek aan hygiëne of financiële armslag; (2) het handhaven van een positie ten opzichte van de maatschappelijke context zoals sociale en formele contacten; (3) de individuele ontwikkeling van de afzonderlijke gezinsleden, bijvoorbeeld psychiatrische problematiek; (4) de relatie tussen de (ex-)partners zoals problemen ten gevolge van onderlinge spanningen of echtscheiding en (5) de opvoeding, bijvoorbeeld pedagogische onmacht en mishandeling.

Multiprobleemgezinnen ondervinden doorgaans problemen in elk van deze vijf dimensies, ook al manifesteren die problemen zich op uiteenlopende wijze. De problemen zijn veelvuldig, onderling verweven, langdurig, transgenerationeel en weerbarstig voor hulp van buitenaf.

Schaafsma (2005) maakt een onderscheid tussen 'stabiliseerbare' en 'leerbare' multiprobleemgezinnen. Leerbare gezinnen hebben in principe de potentie om de regie over hun leven en de hulp weer op te pakken. De meeste multiprobleemgezinnen blijken echter niet zo leerbaar. Dan is stabilisering van de situatie het hoogst haalbare doel en wordt gesproken over het stutten en steunen van het gezin tot het jongste kind achttien jaar is.

Multiprobleemgezin of falende hulpverleningsrelatie?

Vaak komen multiprobleemgezinnen en hulpverleners tegenover elkaar te staan. De hulpverlener denkt: 'Ze zijn niet te behandelen', het gezin denkt: 'Ze behandelen ons niet (goed).' Het zijn immers 'bewerkelijke gezinnen' met een diepgaand wantrouwen en een geringe motivatie voor hulp, waarin veranderingen van binnenuit en van buitenaf zeer moeizaam tot stand komen. Naast onvoldoende kennis over de gevolgen van hun gedrag hebben deze gezinnen vaak onvoldoende vertrouwen in zichzelf, in de eigen krachten en in de mogelijkheid om de situatie daadwerkelijk te kunnen veranderen (Van der Steege, 2009). De hulpverleners op hun beurt zien al hun goedbedoelde inzet stranden en raken gefrustreerd en uitgeput in hun beïnvloedingsmogelijkheden.

Ghesquière (1993) stelt dat de term 'multiprobleemgezin' niet refereert aan een gezinssysteem of aan een hulpverleningssysteem, maar

aan een systeem op een hoger niveau, namelijk de hulpverleningsrelatie waarvan gezin en hulpverlening subsystemen zijn. Hij beschrijft deze relatie als een falende hulpverleningsrelatie en bepleit binnen het hulpverleningsproces actief op zoek te gaan naar het gezinsperspectief op de hulpverlening en dit perspectief in de behandelplanning te betrekken. Zo kan voorkomen worden dat hulpverleners gezinnen beschrijven in termen van weerstand en zorgpunten, en niet of nauwelijks in termen van hulpvragen vanuit samenspraak met het gezin.

Werken aan de werkaliantie

Vanuit de voorgaande beschouwing zou er dus meer aandacht moeten zijn voor het vestigen van een goede hulpverleningsrelatie. Multiprobleemgezinnen hebben al zo veel faalervaringen met de hulpverlening, dat het belangrijk is op een andere manier aan te sluiten dan al eerder geprobeerd is. Decennialang onderzoek naar de effectiviteit van therapie concludeert dat 'algemeen werkzame factoren' meer invloed hebben op het resultaat van psychotherapie dan specifieke behandelvormen en technieken (Carr, 2009). De algemeen werkzame factoren zijn die factoren die in de meeste therapeutische situaties aanwezig zijn, waarbij onderscheid te maken is tussen specifieke cliënt- en therapeutkenmerken en kenmerken van de therapiecontext. Maar liefst 30% van het therapieresultaat is aan deze algemeen werkzame factoren toe te schrijven. Slechts 15% wordt door de hulpverleningsmethode bepaald, en nog eens 15% door verwachting en hoop. Tenslotte is 40% van het therapieresultaat toe te schrijven aan factoren buiten de therapie, zoals sociale ondersteuning en toevallige gebeurtenissen in het leven van de cliënt (Lambert & Barley, 2002).

Op basis van de vele onderzoeksbevindingen besloot de Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships, ingesteld door de American Psychological Association en onder leiding van Norcross, dat de werkaliantie een robuuste voorspeller is van het therapieresultaat. De persoonlijkheid van de psychotherapeut en diens vermogen tot het opbouwen van een therapeutische relatie zijn van groot belang voor het verloop van het therapieproces (Norcross, 2002). Dit pleit ervoor om in therapieopleidingen aandacht te geven aan het leren kennen en ontwikkelen van een eigen stijl en overtuiging, wat de professionele identiteit van de therapeut en zijn vermogen tot het opbouwen en onderhouden van een werkaliantie kan versterken (Van Riessen, 2009).

Definitie van de werkalliantie

Omdat de werkalliantie een belangrijke factor blijkt voor het therapie-resultaat, is het zinvol dit begrip nader te beschouwen. Een werkalliantie bestaat uit drie componenten: het doel van de behandeling (wat wil de cliënt bereiken), de taak (hoe wil de cliënt het doel bereiken) en de relatie (de band) tussen de cliënt en de therapeut. De sterkte van de werkalliantie is afhankelijk van de kwaliteit van de relatie en de mate van samenwerking tussen cliënt en therapeut, gericht op de taak en het doel van de behandeling. Deze drie componenten beïnvloeden elkaar voortdurend. Wanneer de cliënt de relatie als goed ervaart, zal er eerder overeenstemming worden bereikt over het doel en de taak van de behandeling. Als het overeengekomen doel hem aanspreekt, dan zal de cliënt zich eerder verbinden aan therapeutische technieken. En doordat de cliënt zich herkent in het doel en de taak, zal hij de relatie sneller als positief ervaren (Willemse & Hafkenscheid, 2009).

Het belang van de therapeutische werkalliantie wordt ook in de gezinstherapie onderschreven. Onderzoek naar de werkalliantie binnen de gezinstherapie is echter niet gemakkelijk door de meerdimensionale en meergelaagde complexiteit van de therapeutische processen in gezinstherapie. De circulaire interacties tussen de verschillende gezinsleden vormen een uniek kenmerk van de werkalliantie in gezinstherapie. Gezinstherapeuten beoefenen de complexe taak om tegelijkertijd meerdere allianties met meerdere gezinsleden met ieder hun verschillende motieven en vragen te onderhouden en te werken aan een eensgezinde en veilige definitie van de waarde en de doelstellingen van de therapie (Loots, Escudero, Sermijn, Jiraskova & Lenaerts, 2008).

Dit doet denken aan Minuchin (1983), die in zijn voorwoord stelt dat de gezinstherapeut gezinsleden op een therapeutische wijze in aanraking brengt met gebieden en onderwerpen die pijnlijk voor hen zijn, waarbij hij tegelijkertijd een groot respect houdt voor hun waarden, hun sterke kanten en hun esthetische voorkeuren. Rober (2008) schrijft dat de therapeut op elk moment van het contact moet zoeken naar een werkbare positie van waaruit hij het gezin kan helpen.

Grote kwetsbaarheid voor breuken

De opbouw en het behoud van een krachtige werkalliantie in de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen is een moeilijke opdracht. Vaak komt het voor dat breuken in de werkalliantie ontstaan vanwege door

derden geconstateerde opvoedingsproblemen, die aanleiding vormen tot de inzet van opgelegde opvoedhulp. Er ontstaat dan een gedwongen werkalliantie.

De samenwerkingsrelatie tussen het gezin en de hulpverlening raakt nogal eens bemoeilijkt als er verwarring ontstaat over twee belangrijke aspecten van de opvoeding, namelijk opvoedingsbereidheid en opvoedingsbekwaamheid. In het gedwongen kader van de in te zetten jeugdzorg discussiëren het gezin en het hulpverleningssysteem over het domein van de opvoedingsbekwaamheid. In plaats van de opvoedingsbereidheid op te sporen en te erkennen, tonen hulpverleners hun zorg door uit te gaan van een gebrek aan pedagogische vaardigheden. Zolang een gezin echter niet erkend wordt in de opvoedingsbereidheid, kan het niet toegeven dat er opvoedingsproblemen zijn. Het gezin is namelijk bang dat ze aan de opvoedingsbereidheid geen enkele uitvoering mag geven, als het door de hulpverleners als opvoedingsonbekwaam wordt verklaard.

Ouders, alle ouders, willen zich door de hulpverlening in hun ouderrol bevestigd zien. Wanneer een mens zich in iets wezenlijks van zichzelf erkend weet, is hij eerder bereid naar zijn handelen te kijken (Ghesquière, 1993; Roony, 1992). Als uitgangspunt mag gelden dat ouders goede redenen hebben voor hun handelen. Vanuit hun eigen geschiedenis geven ze hun (best) mogelijke antwoorden op de opvoedingsvragen van het kind en de vele problemen waarvoor ze zich als gezin gesteld zien. Het is dus van belang voor de werkalliantie om het handelen van ouders te onderscheiden van hun intenties (Baartman, 2006).

Zelfs indien cliënt en therapeut de bereidheid tot een positieve werkalliantie hebben, vormen kortsluitingen en conflicten een natuurlijk onderdeel van het therapieproces. Breuken in de therapeutische werkalliantie horen erbij, vanwege overdrachts- of tegenoverdrachtsprocessen, of als de behoeften van de cliënt en de therapeutische aanpak niet synchroon lopen. Sterke therapeutische allianties worden onderhouden door breuken te zien als een signaal en door binnen de therapeutische relatie zo met elkaar te spreken dat de behoeften van de cliënten (opnieuw) voorop komen te staan (Norcross, 2002; Willemse & Hafkenscheid, 2009).

Inzet vanuit de systeemtherapie

Als een breuk in het hulpverleningsproces gezien kan worden als een signaal, hoe moeten we dit signaal dan verstaan en de breuk goed repareren?

Daar waar problemen bij ouders de aanleiding tot zorg over de kinderen en over de opvoedingsstijl vormen, waar er vragen over goed genoeg ouderschap spelen en waar hulpverlening belemmerd lijkt door individuele problematiek, kortom daar waar de hulpverlening vastloopt, biedt een systeemtherapeutisch aanbod met kennis van psychiatrie en ontwikkelingspsychologie een eerste antwoord tot beweging. Het zijn de multiprobleemgezinnen waar intergenerationele problematiek, traumatisering, heftige levensgebeurtenissen en (vermoedens van) psychiatrische problematiek bij de kinderen of opvoeders spelen. Deze gezinsleden kennen een lange geschiedenis van emotionele instabiliteit. Ze reageren snel wantrouwend, heftig en kritisch als zelfverdediging tegen gevoelens van afwijzing. In het contact met hun omgeving kan snel strijd ontstaan, omdat hun reacties continu gericht zijn op zelfbehoud of behoud van controle over de situatie.

Er zijn zorgen bij het algemeen maatschappelijk werk, waar mevrouw van der Aa heeft aangeklopt vanwege financiële problemen, en bij de huisarts, bij wie ze klaagt over haar moeheid en het drukke, opstandige gedrag van haar zoon Lex. Eerder geïndiceerde thuiszorg wordt verlengd naar aanleiding van een recente ziekenhuisopname van mevrouw van der Aa, waarbij Lex werd opgevangen door een nicht. Mevrouw is gescheiden. Het blijkt dat Lex' vader werkloos is en blijft terugvallen in drugsgebruik en stalking van zijn ex-vrouw en zoon. Zijn familie verwijt haar de scheiding en verspreidt laster in de wijk waar ze woont. Mevrouw van der Aa heeft een belaste voor geschiedenis met seksueel misbruik in haar jeugd, gevolgd door uithuisplaatsingen. Ze wil niet meer spreken met de casemanager van Bureau Jeugdzorg die haar wil ontlasten met een tijdelijke uithuisplaatsing van haar zoon. Het traject van intensieve ambulante gezinsbegeleiding van jeugdzorg heeft erkenning van de inzet van mevrouw van der Aa opgeleverd, maar de aangeleerde opvoedingsvaardigheden beklijven niet.

Specifieke hulpvragen vragen om een specifiek antwoord of een specifieke methodiek. Bij multiprobleemgezinnen spelen echter zo veel verschillende problemen in samenhang met elkaar, dat de hulpvragen moeilijk apart van elkaar in een specifieke methodiek te vangen zijn. Daarnaast is een maat op het vlak van verbetering moeilijk te stellen. De maat zou kunnen zijn dat er beweging ontstaat, daar waar stagnatie van het hulpverlenings- en opvoedingsproces was. En dat vraagt om een uniek traject per gezin, waarvoor de tijd genomen moet worden.

In de behandeling van multiprobleemgezinnen pleit ik daarom, naast bestaande methodieken, voor een ongeprotocolleerde, collaboratieve en oplossingsgerichte werkwijze, uitgevoerd door een ambulant multidisciplinair systeemtherapeutisch werkend team, waarin vanaf de eerste ontmoeting het organiseren van feedback van gezin naar hulpverlening centraal staat om beweging in bestaande stagnaties te brengen.

Het ongeprotocolleerd werken is van belang om meer en anders dan in specifieke andere methodieken flexibiliteit in het aanbod te creëren en te kunnen variëren in frequentie, trajectduur, intensiteit, gesprekslocatie en welke gezinsleden erbij zijn. Door oplossingsgericht te werken kunnen de krachten in het gezin zelf weer aangeboden worden. Het collaboratief werken met het gezin, de verwijzers en andere hulpverleners is waardevol om meerstemmigheid te kunnen benutten en daarvoor tijdelijk steun te bieden aan het hele systeem. Doel van het ambulante multidisciplinaire systeemtherapeutische aanbod is om het gezinsperspectief (opnieuw) centraal te stellen en de participatie van ouders en kinderen aan behandeling te stimuleren en te behouden.

Feedback centraal

Zoals bekend handelen hulpverleners effectief wanneer ze het aandurven om feedback van cliënten op hun eigen handelen te organiseren (Duncan, Miller, & Hubble, 2007; Van der Sluijs, 2007) en de veranderingstheorie van de cliënt zelf centraal stellen (Duncan, 2000).

Cliënten laten gevoelens van onvrede over de hulpverlening en twijfels over de hulpverlener of diens insteek niet altijd blijken (Duncan et al., 2007). Stagnatie in het hulpverleningsproces aan multiprobleemgezinnen kan betekenen dat het hulpverleningssysteem te hard ging en aan de behoeften en mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en het gezin voorbijging. De beste stap is om dit tijdens de start van het nieuwe gezinsbehandeltraject meteen voor te leggen aan het gezin en het hulpverleningssysteem en het gesprek hierover ter plekke aan te gaan, zodat ieder er tegelijkertijd naar kan luisteren. Hierdoor wordt het gezinsperspectief naar voren gehaald in bijzijn van verwijzers, waarna een gezamenlijke visie en consensus over het aanbod kan ontstaan. In deze gesprekken wordt meteen een werkkrelatie gestart die de toon en aard van het gesprek bepaalt.

Het ambulante multidisciplinaire team wordt ingeroepen door Bureau Jeugdzorg en de intensieve ambulante gezinsbegeleiding, omdat de hulpverlening aan mevrouw stagneert. Ons eerste gesprek

start met nieuwsgierigheid naar mevrouw van der Aa's rode haar. Ze vertelt dat ze een Ierse grootmoeder heeft. Zoontje Lex gaat met een spelen met de tractor en loopt vervolgens al het speelgoed langs. Op de vraag waar mevrouw een oplossing voor zoekt, vertelt ze dat de hele wereld tegen haar is en dat ze zich in geen geval haar kind laat afpakken. 'U heeft dat natuurlijk zelf meegemaakt; u wilt het anders doen voor uw kind?' Ondertussen zien we dat ze haar kind een grens stelt in het ongebreideld aandacht vragen en kunnen we haar goede ouderschap benoemen. Ze weet vast heel goed wat je niet met kinderen moet doen. Dit ontlokt mevrouw van der Aa de reactie dat ze niet wil zeggen dat ze alles weet en dat ze het soms heel moeilijk vindt. Ze vult aan dat ze het zo alleen moet doen, niet met iemand kan overleggen en dan vaak maar toegeeft. En op andere momenten voelt ze dat ze zichzelf niet beheerst en onhandig naar haar kind reageert. De intensief-ambulante gezinsbegeleider bevestigt dat stress haar pedagogisch handelen beïnvloedt. Aan Lex vragen we of hij iets wil zeggen over wat mama gezegd heeft. Hij blijkt getraind in het spelen en luisteren tegelijk. Hij vertelt dat als mama rustig is, ze heel goed voor hem zorgt.

*Een oplossingsgerichte collaboratieve werkwijze:
de kracht van het gesprek zelf*

Aansluiten bij de thema's van het gezin Cliënten hebben baat bij therapeutische inbreng die aansluit bij hun beleavingswereld. Therapeutische interventies die te sterk afwijken van hun beleavingswereld geven aanleiding tot teleurstelling en het afbreken van de conversatie. Om aansluiting te vinden bij de beleavingswereld is een veilige context van luisteren naar de cliënten vanuit een niet-wetende houding van de therapeut essentieel (Loots et al., 2008). Anderson en Goolishian (1988) omschrijven deze openheid als belangrijk kenmerk van een dialogisch gesprek. In dit dialooggericht werken wordt het hulpverleningsproces gestuurd door het gesprek en niet door de methode of de oplossing. Vanuit het gesprek kunnen keuzes ontstaan voor meest passende oplossingen of nieuwe betekenisgeving (Van der Born, 2007).

Deze visie indachtig legt een systeemtherapeutisch aanbod bij stagnaties de focus op het invoegen en aansluiten bij de thema's van het gezin. Bekrachtigende invoegstrategieën, circulair vragen, gebruik van metaforen en het durven verbreden van thema's die op tafel mogen komen, werken procesbevorderend, waardoor het gesprek breder wordt dan de thema's die door de hulpverlening aangedragen zijn. Voorop

staat de ontmoeting, met authentieke nieuwsgierigheid naar de verhalen van het gezin, met openheid, integriteit en humor. Door het stellen van vragen en het delen van reflecties die het gesprek oproept, toont de therapeut zijn deskundigheid en betrokkenheid. Ook mag de volgorde of het tempo waarin de gezinnen thema's aandragen heel anders liggen dan de mogelijke prioritering van thema's en doelstellingen door de hulpverlening. In de postmoderne benadering weten hulpverleners dat de cliënten aangeven wat helpend voor hen is en wat niet; een benadering zonder instrumentele en intentionele opvattingen over verandering (Habekotté, 2008). De wijze waarop de cliënt zijn probleem definieert, wordt aanvaard. Door het pad te volgen dat de cliënt uitzet met zijn doelen, komt vaak een alternatieve route voor verbetering naar voren die anders wellicht niet gevonden was (Duncan et al., 2007).

De casemanager van Bureau Jeugdzorg is voor dit gesprek geruime tijd niet meer in contact met mevrouw van der Aa; mevrouw reageert niet op telefoontjes. 'Logisch', zeggen we, 'wat zou u doen als elk contact zou kunnen leiden tot een uithuisplaatsing? Maar wat is uw zorg, wat zou anders moeten?' Lex dreigt van zijn huidige school af te moeten omdat hij daar te ongeremd reageert en de les vaak verstoort. De verwijzer wil consequentere sturing van zijn moeder op het gedrag van haar kind zien. Mevrouw van der Aa wil dat ook, maar is nu te moe. Het is begrijpelijk dat de meegemaakte gebeurtenissen en stemmingswisselingen haar moe en onmachtig maken.

Hoe is het haar eerder gelukt om moeheid te overwinnen? Mevrouw van der Aa beroept zich op haar overlevingskracht en de steun van haar vriendin. Mogelijk kan ze daar de komende periode wat extra appel op doen, bedenkt ze tijdens dit gesprek, ook al heeft ze dan last van schuldgevoel. Vaste belafspraken met de casemanager zouden haar ook rust brengen. En zou haar kind niet eerst onderzocht moeten worden door een kinderpsychiater? Ze vindt hem al van jongs af aan zo druk. We plannen enkele vervolgesprekken met haar om verder te spreken over haar zorgen rond Lex, mede gericht op het bekrachtigen van haar goede inzet.

Focus op veerkracht en eigen oplossingen Naast het erkennen van de opvoedingsbereidheid is het wezenlijk om van de competenties van gezinnen uit te gaan en de eigen oplossingen van het systeem, *auto-solution*, te faciliteren (Ausloos, 1999). Veranderingen van binnenuit zijn op lange termijn effectiever dan het (enkel) aanleren van vaardigheden. Ausloos denkt dat gezinnen geen weerstand bieden, maar soms voorzichtig zijn omdat ze zich opgejaagd voelen. Ze hebben de tijd nodig

om te evalueren, te experimenteren en een eigen oplossing te vinden. Vanuit stress ontstaat geen verandering. Binnen dit kader van competentieversterkend werken passen oplossingsgerichte vragen, evenals het op verhaal mogen komen en het mogen reflecteren op de narratieven van het gezin. De hulpverlening kan aansluiten bij de enorme veerkracht en moed van de gezinnen, met de focus op het vergroten van de gevoelens van zelfcontrole.

Meerstemmigheid Naast het gebruik maken van de veerkracht en oplossingen van het gezin kunnen stemmen van belangrijke anderen of de innerlijke stemmen van de cliënt zelf een andere kijk geven en nieuwe betekenissen creëren (Habekotté, 2008). Werkallianties met derden zijn op elk moment in het gesprek te betrekken.

De inzet van meerstemmigheid, door het therapeutisch systeem uit te breiden met bijvoorbeeld familieleden, betrokken hulpverleners en leerkrachten, schept ruimte voor nieuwe of eerder onbespreekbare gezichtspunten. Door respect en erkenning van de visie van de ander kan een beweging tot toenadering ontstaan. Zo start een gezamenlijk denkproces over het aanbod voor die gezinnen waar de verwikkelingen met de hulpverlening stagnerend werkten.

Een andere mogelijkheid om meerstemmigheid te creëren is het organiseren van een *reflecting team* met het gezins- of oudersysteem door de gesprekken op video op te nemen en in de volgende sessies gezamenlijk te bekijken. Het gaat dan niet om de focus op 'goede' momenten, maar om de opmerkingen die het systeem maakt over wat ze zien. De videobeelden werken als een collaboratieve spiegel. Zo'n werkwijze brengt de innerlijke stemmen van de cliënt naar boven en daardoor meerdere realiteiten in de therapiekamer. Ook het werken met twee therapeuten brengt meerdere perspectieven in de kamer.

Bij het bekijken van de videobeelden van de vorige gespreks sessie merkt mevrouw van der Aa op: 'Jullie zullen wel denken dat ik niet van Lex houd, zoals ik net beschreef hoe ik hem aanpak.'

Therapeut: 'Wie doet je denken of heeft je doen denken dat aanpakken niet kan samengaan met houden van?'

Consultatie in een bestaand hulpverleningsproces Ook een consultatieve rol ten behoeve van de voortgang van de bestaande hulpverlening is voorstelbaar. Soms is daar maar één gesprek voor nodig, soms een ambulant traject om de weg voor verdere hulpverlening vrij te maken en de regie over hun hulpverlening terug te geven aan het gezin.

In een volgend gesprekscontact noemt mevrouw van der Aa dat ze zich zorgen maakt over Lex' gedrag op school. Ze voelt zich op school niet gehoord in oplossingen die zij ziet en heeft de indruk dat de school haar slecht ouderschap verwijt. Een gesprek op school met mevrouw van der Aa, Lex, de leerkracht en intern begeleider, waarin Lex geïnterviewd wordt over zijn oplossingen en het ouderschap van moeder ter plekke op verschillende punten bekrachtigd wordt, geeft ruimte om verder te praten over Lex' drukke gedrag.

Gedurende het begeleidende systeemtherapeutische traject kan gezamenlijk de inschatting gemaakt worden of er door ambulante contacten voldoende beweging kan komen in een gestagneerd proces of dat er intensievere zorg nodig is. Ook is te denken aan inzet van hulpvormen parallel aan elkaar, dus naast ambulante systeemgesprekken ook een individueel traject voor een volwassen of jeugdig gezinslid en intensivering van (al aanwezige) praktische hulp of opvoedingsondersteuning. Het samenlopen van meerdere reflectie- en werkprocessen is geen probleem. Dit kan telkens terugkomen tijdens gezamenlijke gesprekken aan de systeemtafel.

Hierdoor kan het zicht op het effect van psychiatrische problematiek of trauma's op het functioneren van het gezin vergroot en besproken worden. Zowel problemen van het kind als problemen van de volwassenen kunnen met elkaar in samenhang behandeld en begeleid worden met de nodige doorverwijzingen of parallelle hulpverleningsprocessen. Het is niet reëel alles tegelijkertijd te willen behandelen, maar wel alles in samenhang te beschouwen. Door kennis van psychiatrie en systeemtherapie te combineren ontstaat een breder verklaringsmodel voor hoe de pedagogische inzet van ouders terug te voeren is tot overtuigingen die voortkomen uit de psychiatrische of traumatische problematiek, gekoppeld aan de levensgeschiedenis in het eigen gezin van herkomst. Deze kennis biedt mogelijkheden tot het juist inzetten van interventies die ouders erkennen in hun intenties.

Mevrouw van der Aa zegt het volgende ambulante gesprek af en maakt een nieuwe afspraak. Ook die wordt afgezegd. We bellen en vragen hoe het gaat. Ze was druk met de financiën en vol van de insinuaties van haar schoonfamilie, die met school en Bureau Jeugdzorg gebeld had. Ze vreesde toch weer vooringenomenheid van Bureau Jeugdzorg en trok zich terug uit de contacten.

We plannen een gesprek met alle betrokkenen om een goed vervolg af te spreken. De casemanager verzekert mevrouw opnieuw dat het hem er niet om te doen is Lex uit huis te halen. Mevrouw knikt

en lijkt blij dat er getuigen bij deze uitspraak aanwezig zijn. De druk van school neemt wel toe. Hoe stelt ieder zich een verder aanbod voor?

In samenspraak komen we uit op voortzetting van de ambulante begeleiding en een regelmatig vervolg van gesprekken in deze samenstelling, zodat verwijzer en gezin niet van elkaars doelen verwijderd raken, met de mogelijkheid om op termijn opnieuw intensieve ambulante gezinsbegeleiding vanuit de ggz in te zetten. Een kinderpsychiatrisch onderzoek voor Lex wordt aangevraagd. Hieraan parallel wil mevrouw ook een persoonlijkheidsonderzoek overwegen; ze wil begrijpen waar haar stemmingswisselingen vandaan komen.

Conclusie

In deze beschouwing is ingegaan op de vraag hoe een ambulant systeemtherapeutisch aanbod vanuit de ggz kan bijdragen aan het weer op gang brengen van gestagneerde hulpverlening aan multiprobleemgezinnen. Vanuit een collaboratieve oplossingsgerichte werkwijze kan een falende hulpverleningsrelatie worden gerepareerd. Psychiatrische problematiek of trauma's worden met kennis en respect benaderd en de goede intenties en mogelijkheden van deze gezinnen worden (opnieuw) beluisterd. Therapie kan helpen om opnieuw creativiteit in het gezin en het hulpverleningssysteem in te brengen, zodat andere oplossingen ontstaan. De therapeut helpt om informatie te laten circuleren en een context te creëren waarin ruimte is voor verhalen die nog niet verteld zijn (Ausloos, 1999; Rober, 2002). In de geboden ruimte kan het gezin vrijelijk, in een ongeprotocollerde en niet-eisende relatie in dialoog gaan met zichzelf en belangrijke anderen, om het eigen gezinsperspectief (nog eens) naar voren te brengen en van daaruit nieuwe perspectieven te zien. Het gezin wordt geholpen terug te keren naar eigen gevoelens van competentie en vertrouwen, waardoor de eigen oplossingskracht én de toegankelijkheid voor hulpverlening weer worden vergroot, evenals de ontvankelijkheid van het gezin voor zorgen van derden omtrent veiligheid en bedreigde ontwikkeling.

Dit is een bewerking van het artikel ter afronding van de opleiding systeemtherapie bij Den Hertog Systemics te Zwolle.

Gretta Naus is gz-psycholoog en systeemtherapeut i.o. bij Altrecht, afdeling Jeugd te Utrecht. E-mail: g.naus@altrecht.nl.

Samenvatting Dit artikel beschrijft de zoektocht van de auteur naar een effectieve vorm van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen waarbij eerdere hulpverlening gestagneerd is. Kortsluitingen en conflicten vormen een natuurlijk onderdeel van elk therapieproces, maar hulpverlening aan multiprobleemgezinnen is extra kwetsbaar voor breuken en stagnatie. Een ongeprotocolleerde, collaboratieve en oplossingsgerichte gespreksvoering waarin het organiseren van feedback centraal staat, kan beweging in deze stagnaties brengen. Door te werken met het hele hulpverleningssysteem worden eerdere breuken in de werkalliantie in het gesprek onderzocht en gerepareerd. Doel is de sensitiviteit van de therapeut en andere hulpverleners voor de werkalliantie en voor het perspectief en proces van het gezin te vergroten.

Literatuur

- Anderson, H., & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems. Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27(4), 371-393.
- Ausloos, G. (1999). *De competentie van families. Tijd, chaos, proces*. Antwerpen / Apeldoorn: Garant.
- Baartman, H. (1991). Bewerkelijke gezinnen. In H. Baartman (red.), *Praktisch-pedagogische thuishulp in bewerkelijke gezinnen* (pp. 9-23). Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum.
- Baartman, H. (2006). Wie motiveert wie? De precare verhouding tussen hulpverleners en ouders. *Sozio*, 71 (september), 32-37.
- Baartman, H., & Dijkstra, J. (1987). Multi-problem gezinnen II: De opvoedingsproblematiek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 26(1), 2-20.
- Born, J. van der (2007). Dialoog in actie. *Sozio*, 79 (december), 24-29.
- Carr, A. (2009). *What works with children, adolescents, and adults? A review of research on the effectiveness of psychotherapy*. London/New York: Routledge.
- Duncan, B.L., & Miller, S.D. (2000). The client's theory of change. Consulting the client in the integrative process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 169-187.
- Duncan, B., Miller, S., & Hubble, M. (2007). How being bad can make you better. Developing a culture of feedback in your practice. *Psychotherapy Networker*, 57, 36-45.
- Ghesquière, P. (1993). Multi-problem gezinnen met ernstige opvoedingsproblemen. Een strijd om perspectief. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 32(12), 536-550.
- Habekotté, F. (2008). Narratief perspectief. In A. Savenije, M.J. van Lawick & E.T.M. Reijmers (red.), *Handboek systeemtherapie* (pp. 205-213). Utrecht: De Tijdstroom.
- Koekkoek, B., & Hoof, F. van (2006). Psychiatrische behandeling van 'multi-problem gezinnen'. Klinisch of transmuriaal? *Psychopraxis*, 8(4), 140-144.
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 17-32). New York: Oxford University Press.
- Loots, G., Escudero, V., Sermijn, J., Jiraskova, K., & Lenaerts, P. (2008). Procesonderzoek. In A. Savenije, M.J. van Lawick, & E.T.M. Reijmers (red.), *Handboek systeemtherapie* (pp. 108-114). Utrecht: De Tijdstroom.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1983). *Gezinsstructuur en therapeutische technieken*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

-
- Norcross, J.C. (ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Riessen, M. van (2009). Zoektocht van een psychotherapeut in opleiding. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 35(3), 163-176.
- Rober, P. (2002). *Samen in therapie. Gezinstherapie als dialoog*. Leuven: Acco.
- Rober, P. (2008). De persoon van de therapeut. In A. Savenije, M. J. van Lawick & E.T.M. Reijmers (red.), *Handboek systeemtherapie*, (pp. 275-281). Utrecht: De Tijdstroom.
- Roony, R.H. (1992). *Strategies for work with involuntary clients*. New York: Columbia University Press.
- Schaafsma, K. (2005). *Het banen van een pad. Methodische beschrijving van gezinscoaching*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Sluijs, L.H. van der (2007). Wat werkt in therapie? *Systeemtherapie*, 19(2), 116-118.
- Steege, M. van der (2009). Multiprobleemgezinnen. In G.A. Bakker (red.), *Handboek kinderen en adolescenten* (F160, pp. 1-18). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Willemse, Y., & Hafkenscheid, A. (2009). Stagnaties in de therapeutische alliantie signaleren en repareren. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 35(5), 342-357.