

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

Drukke in de therapiekamer – een ontmoeting van meerdere werelden

Wendelien Nagtegaal & Nine van Stratum

Samenvatting

De ouders, kinderen, gezinnen die wij ontmoeten in onze dagelijkse praktijk in de geestelijke gezondheidszorg komen niet zomaar tot de stap om hulp te vragen. Een lang proces gaat daaraan vooraf en in dat proces spelen meerdere contextfactoren een rol. De context is van invloed op wie er hulp vraagt, wie de geïdentificeerde patiënt is, welke hulpvraag gesteld wordt, welke hulpvraag dominant is in het geheel van vragen en voor welke instelling of praktijk gekozen wordt.

In dit artikel zetten we uiteen hoe tijdens het eerste gesprek aandacht geschonken kan worden aan de verschillende contexten waarbinnen een hulpvraag geformuleerd wordt. Tegelijkertijd beschrijven we hoe de context van de hulpvraag inzichtelijk of expliciet is te maken en hoe ruimte gemaakt kan worden voor therapie.

We menen dat zowel onderzoek als behandeling efficiënter zal verlopen wanneer in het eerste gesprek zicht komt op de contextfactoren van de hulpvraag en op de mogelijke effecten van onderzoek of behandeling. Dit artikel voert dan ook een pleidooi om niet direct de focus te leggen op diagnostiek of behandeling, niet voordat deze context samen met de cliënt geëxpliciteerd is.

'No man is an island' – John Donne

'Systemisch denken is gebaseerd op de gedachte dat de context betekenis geeft aan gedrag' (Reder & Fredman, 1996, p. 461). De context waarin mensen leven kent verschillende niveaus, zoals cultuur, familie, relaties met anderen en ideeën over de persoonlijke identiteit. Deze context beïnvloedt gedrag en de betekenis die iemand geeft aan zichzelf en aan het leven (Cronen & Pearce, 1985; Pearce & Cronen, 1980). Alleen in contact met de omgeving, binnen onze context, krijgen wij zelf betekenis en kunnen wij onszelf begrijpen. Deze visie, geïnspireerd door het sociaal-con-

structionisme, betekent dat er niet zozeer gedacht wordt in termen van waarheid en oorzaak-gevolg, maar in termen van meerdere mogelijke werkelijkheden of van meerdere perspectieven en circulariteit.

Sinds de tweede helft van de vorige eeuw wordt het belang van de context ook in individuele therapie onderkend (Van Lawick & Colijn, 2003). ‘Het negeren van de wereld rond de cliënt wordt gezien als een van de belangrijkste redenen dat therapie mislukt’, schreef Haley al in 1976 (p. 68). In die periode groeide onder therapeuten de aandacht voor de complexe wederzijdse beïnvloeding van mensen en hun omgeving. Er vond een verschuiving plaats van een lineaire visie op individuele pathologie naar een meer circulair perspectief.

Ook de omgeving van de therapeut is van invloed op het verloop van een therapie. Therapie is immers een ontmoeting van twee of meerdere werelden (Hanna & Brown, 2004), werelden van zowel de cliënt als van de therapeut. Een reden voor Boeckhorst (2014) om te pleiten voor contextuele reflectie door de therapeut. Contextuele reflectie beperkt zich niet alleen tot de context van cliëntsystemen en therapeutisch handelen, maar richt zich ook op de invloeden van organisatiecultuur en -structuur.

In dit artikel gaan we dieper in op de invloed van de context van de cliënt op het verloop van het diagnostiek- en behandeltraject. We realiseren ons dat we daarmee onvolledig zijn, want natuurlijk is ook de context van de therapeut van groot belang. Denk aan de geldende regels van de organisatie waar de therapeut werkzaam is, diens eigen situatie, achtergrond et cetera. Het voert in dit artikel echter te ver om uitgebreid in te gaan op de context van de therapeut.

Het doel van een eerste gesprek

Informatie verzamelen en komen tot een eerste analyse van het probleem, wordt vaak als belangrijk doel van de intake gezien. Aan de hand van de verzamelde informatie wordt bepaald of er sprake is van een passende aanmelding en of verder onderzoek noodzakelijk is.

Mede van invloed op het doel van het eerste gesprek zijn de inrichting en bekostiging van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. In de *Meerjarenvisie 2013–2020* van GGZ Nederland is te lezen dat de toenemende kosten van de zorg de vraag naar effectiviteit van zorgverlening doet stijgen. Vanwege deze vraag spant de ggz-sector zich in om het zorgaanbod zo efficiënt mogelijk in te richten, bijvoorbeeld door te zoeken naar mogelijkheden om diagnostiek- en behandeltrajecten te verkorten en wachtlijsten te verkleinen. Tevens is in de geestelijke gezond-

heidszorg de bekostiging van behandeling en diagnostiek erop ingericht dat om een diagnose gevraagd wordt.

De behoefte aan efficiëntere diagnostiek en passende behandeling maakt dat we in de praktijk zien dat tijdens een allereerste kennismaking met een cliënt of cliëntsysteem direct wordt ingegaan op de geformuleerde hulpvraag. Op basis van de hulpvraag worden gedragingen, klachten en symptomen voor mogelijke bestaande psychiatrische problematiek doorgenomen en in kaart gebracht (zie o.a. Carr, 2006; Cladder, Nijhof, Huysse & Mulder, 2011; Kievit & Tak, 2002). Door de focus te leggen op de psychiatrische problematiek wordt echter impliciet gekozen voor een individuele benadering en krijgt de systeemcontext mogelijk meer de betekenis van een lineair veroorzakende of in stand houdende factor.

De interactionele aspecten en het plaatsen van de symptomen binnen de context van de ontwikkeling, interactie en betekenisgeving door het gezin dreigen tijdens een dergelijke intake weinig of onvoldoende aandacht te krijgen. Als een meisje bij een instelling voor jeugd-ggz wordt aangemeld, waarbij de voornaamste vraag van de ouders is ‘help ons omgaan met de autismespectrumstoornis van onze dochter’, zou direct gedacht kunnen worden aan psycho-educatie voor zowel de dochter als de ouders. Als de context onvoldoende onderzocht wordt, kan dat de onderliggende vraag echter ook onuitgesproken laten. In dit voorbeeld is in het eerste gesprek met het meisje en haar ouders onderzocht wat de diagnose pdd-nos betekende voor de relaties in het gezin. Er is gaandeweg verteld dat de vader een man is die hierin onmachtig is en niet weet om te gaan met het afweren van contact door zijn dochter. Alle drie de gezinsleden wilden eigenlijk dat de ruzies tussen vader en dochter stopten, omdat ze steeds uitmondten in huiselijk geweld van de vader jegens de dochter.

Tilmans-Ostyn schreef in 1990: ‘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’ (p. 203). Geïnspireerd door haar artikel *Het creëren van therapeutische ruimte bij de analyse van de hulpvraag* willen wij laten zien dat haar visie in 2016 nog even relevant en actueel is.

Evenals Tilmans-Ostyn destijds pleiten we ervoor direct attent te zijn op de invloed van hulpverlening op een cliëntsysteem, vanaf het allereerste contact met een individu, echtpaar of gezin.

Het eerste gesprek is de start van een nieuwe behandelrelatie. Een ander belangrijk doel van een eerste gesprek is ruimte maken voor de betekenis van de hulpvraag voor de cliënt en diens systeem in zijn of haar context. Het aangaan van een therapeutische relatie maakt dat er ruimte ontstaat om in een veilige context deze betekenis te exploreren (o.a.

Rober, 2012; Van Stratum & Nagtegaal 2016; Tilmans-Ostyn, 1990, 2008).

We menen dat inbedding van de systemische visie in het eerste gesprek mogelijkheden biedt voor een efficiënter verloop van onderzoek en behandeling. Dit omdat er ruimte ontstaat voor de interactionele aspecten en de symptomen geplaatst worden in hun specifieke context. We schenken daarom aandacht aan de wijze waarop de contextfactoren in een eerste gesprek geëxploreerd kunnen worden. Daarbij vragen we voortdurend aandacht voor de volgende drie aspecten:

- (1) de risico's die het gezin loopt met het uiten of stellen van de hulpvraag,
- (2) de invloed en daarmee ook de risico's van het aangaan van het hulpverleningscontact op relaties met anderen en
- (3) de wijze waarop het tempo van het ingaan op de hulpvraag vertraagd en zo nodig onder controle gehouden kan worden.

Het maatschappelijke discours

Verhaeghe (2009) stelt dat het dominante discours in onze maatschappij dat van de objectieve, meetbare en maakbare wereld is. Problemen worden gezien als iets dat het gevolg is van ontregelde hersenchemie of hersenstructuren. Die maakbaarheid impliceert dat ook geluk iets is dat personen kunnen behalen door het zelf na te streven. Alles is maakbaar en herstelbaar. Dit objectivistische discours zien we ook terug in de zorg en in de context van de therapiekamer. 'De vraag naar duidelijke diagnoses klinkt steeds luider en de druk op hulpverleners om te weten wordt steeds dwingender', schrijft De Vos (2012, p. 206). Zoals eerder opgemerkt hangt de vraag naar duidelijke diagnoses ook samen met de wijze van financiering door zorgverzekeraars en gemeenten.

De objectieve meetbaarheid impliceert één waarheid, in plaats van de vele werkelijkheden die therapeuten in de dagelijkse praktijk zien. Diagnostiek en behandeling moeten zo efficiënt mogelijk. Het mag niet meer tijd en geld kosten dan nodig is. De als best beoordeelde evidence-based onderzoeken en behandelingen dreigen die ene waarheid te worden: *one size fits all*.

Ook classificaties zoals een aandachtstekortstoornis of autisme sluiten aan bij dit objectivistische discours. Echter, een diagnose is niet statisch, het is 'een verhaal van betekenis binnen een bepaalde tijd, cultuur en context' (De Vos, 2012, p. 208). 'Niet de diagnoses die "waar" zijn maar enkel de diagnoses die bijdragen aan het gewenste veranderingsproces zijn therapeutisch bruikbaar' (Reijmers, 2014, p. 191).

Dit onderschrijft voor ons eens te meer de relevantie van uitvoerig stilstaan bij wat het voor zowel ouders, kind, gezin, individu als hulpverlener betekent om in te gaan op de hulpvraag waarmee de ouders of het gezin binnenkomen. En dat we ons daarbij tegelijkertijd moeten afvragen óf we wel moeten ingaan op die hulpvraag. Want wat zou het effect daarvan kunnen zijn? Welke positieve en negatieve reacties uit de omgeving van de cliënt op het aangaan van het hulpverleningscontact spelen een rol en op welke manier kunnen we de cliënt ondersteunen in het leren omgaan met die reacties?

De sociale context

Of en op welk moment hulp wordt gezocht, is sterk afhankelijk van de sociale context van een cliënt en belangrijke anderen. Welke boodschappen krijgt hij vanuit zijn omgeving? Heeft de sociale context ertoe bijgedragen dat iemand zich gesteund heeft gevoeld en zich heeft kunnen ontwikkelen ondanks de ervaren problemen? Of maken de geluiden vanuit de sociale omgeving onzeker en machteloos?

Ook zullen de denkbeelden uit de omgeving over psychologische of psychiatrische hulp op een of andere manier van invloed zijn op degene die hulp vraagt. Wat zullen haar ouders denken van haar ouderschap als een vrouw de stap naar een hulpverlener zet? Wanneer zij als moeder ondersteuning wil in de opvoeding van haar dochter, kan de grootmoeder denken of tegen haar dochter of anderen zeggen dat zij geen goede moeder is. Het zoeken van hulp kan dan een bevestiging zijn van zo'n gedachte, waardoor de hulpverlener nog een persoon kan worden die dit faalgevoel bij moeder bevestigt en versterkt. Door direct in te gaan op de hulpvraag en onvoldoende aandacht te besteden aan de bredere context waarin verschillende opvattingen bestaan over 'een goede moeder', kan de hulpverlener deze oordelen en vooroordelen onbedoeld impliciet bevestigen.

Wanneer de hulpverlener ruimte maakt voor de verschillende opvattingen in de bredere context, en dus ook aandacht heeft voor de negatieve en positieve opvattingen van belangrijke anderen over het aangaan van een hulpverleningscontact, wordt duidelijk wiens plaats uit de omgeving van de cliënt de hulpverlener als 'ideale persoon' zou kunnen gaan innemen. Dikwijls ervaart de hulpverlener de impliciete vraag de plaats van een ander in te nemen. Stilstaan bij deze impliciete vraag geeft de hulpverlener de gelegenheid te onderzoeken in welke rol hij, zonder het te weten noch te willen, verstrikt kan raken.

Een ander belangrijk aspect van de sociale context is de manier waarop

de verwijzing verlopen is. Als iemand niet op eigen initiatief is gekomen maar bijvoorbeeld op voorstel van een huisarts, school of gezinsvoogd, dan verdient de verhouding ten opzichte van de verwijzer extra aandacht (Boeckhorst, 2014; Tilmans-Ostyn, 1990). Wanneer wij na een verwijzing meteen overgaan tot het analyseren van het probleem, nemen wij de verwijzing impliciet zonder twijfel over. Als er sprake is van spanning in de relatie tussen verwijzer en cliënt brengt ons dat ongewild in een moeilijke positie. We lopen dan het risico dat we eerder ontstane patronen tussen cliënt en verwijzer overnemen of versterken (Brok, 1990). Om aan de slag te kunnen, is allereerst nodig dat we ruimte maken om vrij te kunnen bewegen ten opzichte van verwijzer, cliënt en gezin.

Vanaf het eerste gesprek is het dus essentieel om te proberen te begrijpen wat deze verwijzing voor de gezinsleden betekent. In veel gevallen is de verwijzer niet aanwezig bij een eerste gesprek en dat vraagt van de hulpverlener dat die letterlijk ruimte creëert voor deze afwezige, bijvoorbeeld door het bijshuiven van een lege stoel. Welke boodschap ligt vervat in deze verwijzing, welke betekenis heeft de hulpvraag gekregen op het moment dat die andere partij, namelijk school, maatschappelijk werk of huisarts, het nodig vond naar ons als hulpverlener te verwijzen?

De gezinscontext

In het voorgaande beschreven we welke maatschappelijke en sociale factoren een rol spelen bij het zoeken naar hulp en het formuleren van de hulpvraag. Niet alleen ouders kunnen naar een hulpverlener gestuurd worden, maar ook kinderen kunnen bij een instelling worden aangemeld omdat anderen zorgen over hen hebben. Ook voor deze kinderen is het van belang eerst ruimte te creëren voordat we overgaan tot behandeling.

Stel een kind wordt aangemeld bij een polikliniek voor kinder- en jeugdpsychiatrie met de vraag of er misschien sprake is van een stoornis. Welke boodschap geven wij aan het kind als wij onmiddellijk starten met het inventariseren van zijn 'probleemgedrag'? Als het om een getraumatiseerd kind gaat met een geïnternaliseerde stem 'ik ben niks waard, ik doe alles fout', dan wordt dit onmiddellijk bevestigd en wordt de ruimte voor verandering verkleind en de kans dat oude patronen zich voortzetten vergroot.

Willen we ruimte geven aan alle stemmen en verhalen die in een gezin aanwezig zijn, dan moeten we eerst onderzoeken wat de weg naar aanmelding, de aan- of afwezigheid van gezinsleden en de afzonderlijke hulpvragen, hypothesen en verandertheorieën van de gezinsleden betekenen. In de volgende paragrafen gaan we hier verder op in.

De therapeutische context

Ten slotte speelt ook de therapiesetting een rol. De locatie van het consult zelf levert ons kostbare aanwijzingen op over ‘de taalkaart’ (Ausloos, 1980) van het gezin. Met de taalkaart bedoelt Ausloos welke thema’s of problemen volgens de gezinsleden wel of juist niet besproken mogen worden in onderzoek of behandeling. Wat meldt een gezin ons impliciet in de keuze van de organisatie of professie van de therapeut die het consulteert? Welke gebieden mogen betreden worden en welke risico’s ontstaan bij het betreden van een ander gebied (Van Stratum & Nagtegaal, 2016; Tilmans-Ostyn 1990)? Rekening houdend met deze informatie kan de therapeut zodoende in de communicatie met dit gezin aansluiten.

Voor eenzelfde probleem wenden zich verschillende mensen tot verschillende hulpverleners. Wanneer bijvoorbeeld een gezin zich meldt bij een ggz-jeugdinstelling, delen ze ons, zonder dit te zeggen, mee dat er op de eerste plaats gepraat mag worden over de problemen van en met de kinderen – eventueel mogen ook ouder-kindrelaties aan de orde komen. Maar ook delen ze mee dat het niet het moment is om rechtstreeks de partnerrelatie ter sprake te brengen.

Ook eerdere ervaringen zijn van grote invloed op het diagnostiek- en behandeltraject. Wat kunnen wij leren van die eerdere behandeling? Hoe is die behandeling afgerond? En op welke manier zouden deze ervaringen nog een rol kunnen spelen in de huidige therapie?

Volgens Hartgers (2010) spreken en schrijven therapeuten weinig over mogelijke bijwerkingen van therapie. De verslechtering van de toestand van een cliënt wordt doorgaans toegeschreven aan factoren buiten de therapie. Toch kan ook een goed uitgevoerde behandeling ongewenste bijwerkingen hebben. Wij zijn van mening dat het onvoldoende bespreekbaar maken van de context van de hulpvraag daarin ook een rol kan spelen.

Dave, een jongen van veertien jaar, wordt aangemeld vanwege schoolweigering. Na onderzoek wordt een schoolfobie vastgesteld en volgens de richtlijn wordt cognitieve gedragstherapie ingezet, met ondersteuning van een coach die exposure kan begeleiden.

De behandeling stagneert na enkele weken en wordt besproken in het team. Bij het bespreken van het systeem plus het professionele netwerk wordt duidelijk dat beide ouders fulltime werken en een geheel eigen kijk hebben op de problemen en mogelijke oplossingen. Vanaf de start van de behandeling hebben zij hun zorg om hun zoon ‘met een gerust hart’ neergelegd bij de hulpverlening en hebben zij hun werk en activiteiten hervat. Als er iets is, vragen zij de behandelaars dat

met hun zoon te bespreken. Deze jongen heeft bovenal de steun van zijn ouders nodig maar de behandeling heeft onbedoeld juist de afstand tussen hem en zijn ouders vergroot. Na deze analyse besluit het team de ouders nauwer bij de behandeling te betrekken.

Uit dit alles mag blijken dat de cliënt of zijn probleem tijdens een intake niet los gezien kan worden van zijn context, en dat voldoende aandacht voor deze context belangrijk is alvorens diagnostiek of behandeling te starten. Het is van belang met cliënten stil te staan bij wat de hulpverlener niet kan bieden, en bij wat mogelijke effecten kunnen zijn van spreken over de problemen, van het stellen van een diagnose en van de behandeling op de sociale omgeving van de cliënt. Hartgers (2010) stelt dat cliënten deze effecten vaak beter dan de therapeut vooraf zien of vrez en daardoor afhaken. Hoe kan de therapeut de mogelijke negatieve effecten met de cliënt bespreken en benutten in therapie?

Het onderzoek naar de verschillende contextfactoren waarbinnen de hulpvraag gesteld wordt, maakt duidelijk welke invloed deze factoren hebben op de betekenis van de hulpvraag, op het probleemverhaal en op de veranderhypothese. Ook wordt duidelijk welke verschillende stemmen een rol spelen, en welke betekenissen deze stemmen hebben. Op deze manier komen impliciete factoren aan de oppervlakte en wordt de kans vergroot dat diagnostiek en eventuele behandeling effect hebben.

In de volgende paragraaf lichten we toe hoe de hierboven beschreven contextfactoren inzichtelijk of expliciet gemaakt kunnen worden in de praktijk.

Toepassing in de praktijk: het eerste gesprek

Zoals eerder gezegd moet de diagnostiek of behandeling niet starten voordat de therapeut voldoende ruimte gecreëerd heeft om zich vrij te kunnen bewegen. Dit vraagt dat de hulpverlener zich niet meteen laat verleiden tot een expertpositie of tot het enkel verzamelen van informatie over het probleem. Vertraging en nieuwsgierigheid zijn essentieel. Hoe je als therapeut ruimte creëert, wordt in het hiernavolgende deel beschreven.

Aan- of afwezigheid Een achterliggende boodschap die een hulpverlener vanaf het begin wil begrijpen, is de aan- of afwezigheid van bepaalde gezinsleden. Dikwijls staat in een uitnodigingsbrief beschreven wie voor het intakegesprek uitgenodigd worden. Soms wordt bij een telefonische afspraak of in een uitnodigingsbrief gezegd dat mensen zelf mogen

bepalen wie er meekomen naar het gesprek, maar dat de voorkeur uitgaat naar een kennismaking met zoveel mogelijk gezinsleden of belangrijke anderen, omdat de ervaring leert dat zij kunnen helpen bij het oplossen van het probleem. Er zijn meer mogelijkheden wanneer alle gezinsleden aanwezig zijn, maar de betrokkenen kennen hun situatie het beste en beslissen zodoende wie er komt. In een eerste gesprek is het, voordat wordt overgegaan tot een analyse van het probleem, van belang stil te staan bij de betekenis van deze aan- of afwezigheid. Wie zijn belangrijke anderen? Wat maakt dat niet alle belangrijke anderen zijn meegekomen? Wat zijn de vermoedelijk goede redenen er niet bij te zijn?

Lisa van elf jaar komt samen met haar moeder naar het eerste gesprek. De vader van Lisa, die ook is uitgenodigd, is niet mee. Aanvankelijk geeft Lisa's moeder aan dat hij net zo denkt over de problemen als zij. Het verwondert de behandelaars dat moeder met haar dochter alleen is gekomen. Wat is de betekenis hiervan? Is zij diegene die het gezin draagt en draaiende houdt? Richt zij zich op de opvoeding? Is het te moeilijk om de ervaren problemen te bespreken met vader, moeder en Lisa samen? Of is er een andere reden waaraan wij niet denken?

Wanneer we over zijn afwezigheid doorpraten, blijkt dat hij akkoord is met de aanmelding maar er zelf niet in wil participeren. Een goede reden voor vader om niet bij het gesprek aanwezig te zijn, is dat hij tegen het 'opplakken van psychiatrische etiketten' is. Hij beseft dat het stellen van een diagnose misschien nodig is, maar een naast familielid van hem heeft erg negatieve ervaringen gehad met een opname in een psychiatrische kliniek. Hij is bang dat dit ook met zijn dochter kan gebeuren.

De betekenis van de hulpvraag voor de gezinsleden Om meer zicht te krijgen op de context is het van belang om de weg voorafgaand aan het eerste gesprek te bespreken. Hoe zijn de mensen verwezen? Wie heeft de meest prangende hulpvraag? Wie besprak als eerste het idee om hulp te zoeken? Hoe reageerden anderen daarop? Wordt een cliënt gestuurd of heeft hij zelf gevraagd om verwezen te worden?

Zoals eerder beschreven, het is een valkuil direct in te gaan op het beschreven probleem en daarmee uitvoerende te worden van de verwijzer. In het eerste gesprek moet daarom de rol van de verwijzer en de verhouding van de cliënt met de verwijzer besproken worden. Welke reden zou de verwijzer gehad hebben om de cliënt nu te verwijzen en niet eerder of later? Wat zorgt ervoor dat hij dit gezin wel verwijst in tegenstelling tot alle andere gezinnen die hij niet verwijst? Was de cliënt of dit

gezin uit zichzelf gekomen als de verwijzer hen dat niet had voorgesteld? Hoe denken de gezinsleden daarover?

Het gaat er hier overigens niet om de stappen van de verwijzer in twijfel te trekken. Wij willen niet opnieuw een oordeel geven over de keuzes van het gezin of de verwijzer, maar willen juist ruimte creëren om de betekenis van mogelijke verschillen te bespreken.

Om de bredere sociale context in de kamer te brengen, kan de behandelaar vragen welke betekenis dit eerste gesprek binnen de familie of voor andere mensen uit de omgeving zal hebben. Hoe kijken familieleden of belangrijke anderen aan tegen behandeling? Wie uit de omgeving zou deze stap naar de hulpverlener ondersteunen en wie vindt het een risicovolle of zelfs onjuiste stap? Of wie is tegen psychiatrische diagnoses? Hoe valt te vermijden dat positieve en negatieve oordelen uit de omgeving worden bevestigd door over te gaan tot diagnostiek of behandeling (Tilmans-Ostyn, 1990, 1999)?

Younes wordt naar een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie verwezen. Hij wordt opgevoed door zijn moeder, die regelmatig steun krijgt van oma (haar moeder) wanneer zij vanwege depressieve episodes niet in staat is de dagelijkse zorg voor hem te dragen. Moeder vertelt ons dat haar relatie met oma ambivalent is. Ze heeft haar nodig maar voelt ook de constante boodschap dat zij het moederschap niet aankan. Ze stemt in met onderzoek want ze wil het beste voor haar zoon, ze wil echter niet dat we oma bij het onderzoek betrekken.

Wanneer de visie van oma ten aanzien van het inschakelen van hulp niet besproken wordt, kunnen de problemen in de relatie tussen moeder en oma een rol gaan spelen in de relatie tussen moeder en hulpverlener. Ingaan op de hulpvraag van moeder zal het beeld versterken dat zij het moederschap niet aankan, tenzij wij haar weerbaarheid tegen negatieve oordelen kunnen vergroten, bijvoorbeeld door te benoemen dat zij als moeder juist haar verantwoordelijkheid neemt met het vragen van hulp.

Als de therapeut bedacht is op de negatieve oordelen van anderen en aandacht schenkt aan de risico's die er kleven aan het aangaan van hulp, zullen cliënten beginnen hem of haar gerust te stellen en zelf nieuwe oplossingen bedenken. Dikwijls verneemt de therapeut op dat moment nieuwe dingen, in het voornoemde geval bijvoorbeeld de angst van moeder of zij de opvoeding van haar kind wel aankan zonder de hulp van oma.

Tegelijkertijd merken we tijdens het onderzoeken van het bredere familieverband dat de aanwezige gezinsleden hun aarzelingen, angsten of kritiek makkelijker uiten door ze in de mond te leggen van andere wel

of niet aanwezige familieleden: 'Als oma dit zou weten, zou ze zeggen dat ik gek ben.' Als er geen of te weinig ruimte is voor deze aarzelingen en de stemmen die zorgen voor deze aarzelingen, zal het in het verdere traject moeilijker zijn dit patroon te doorbreken (Rober, 2012).

Goede redenen voor het wel of niet starten Zoals hierboven beschreven, is de stap om hulp in te schakelen groot en kleven er, vanuit het perspectief van de context van de cliënt, risico's aan een mogelijke start. Soms is de ambivalentie of weerstand bij cliënten om wel of niet te starten direct voelbaar. Bijvoorbeeld bij cliënten die gestuurd zijn door ouders, rechter of gezinsvoogd. Kinderen laten dit op een stille manier zien door zich af te wenden van de hulpverleners, of door juist veel kabaal te maken. Kinderen laten in hun gedrag vaak goed zien wat wel en niet besproken kan worden. Zoals in de casus van Lisa en haar moeder naar voren komt, zijn de gevoelde risico's soms ook af te lezen aan de afwezigheid van gezinsleden of aan de moeite met het opbouwen van een behandelrelatie tussen therapeut en cliënt. Als therapeut is het belangrijk sensitief te zijn voor deze signalen en hypothesen te toetsen in gesprek. Wanneer signalen naar voren komen, kan het helpen te vertragen en eerst in gesprek te gaan over het al dan niet starten.

Via de hoofdbehandelaar van een gesloten jeugdinstelling worden Robin, zeventien jaar, en zijn moeder Marga, 44 jaar, aangemeld voor systeemtherapie. De vraag is om door middel van gesprekken met Robin en zijn moeder hun onderlinge relatie te verbeteren. Robin heeft in een gesloten instelling gezeten en al een reeks therapieën gehad. Zijn vorige behandelaren geven aan dat hij niet wil praten en dat de therapieën geen bijdrage hebben geleverd aan zijn herstel. Robin geeft steeds aan dat praten en gesprekstherapie hem niet helpen. De therapeut heeft het gezin leren kennen in een gezinsonderzoek, waarin zij zag hoe moeilijk het voor Robin is zich te uiten en hoe hij 'dicht kan klappen'.

Voordat de therapeut start, zegt ze tegen Robin en zijn moeder dat ze met beiden graag eerst een individueel gesprek wil. In het gesprek met Robin legt de therapeut uit dat ze heeft begrepen dat Robin de relatie met zijn moeder wil verbeteren, maar dat er, vanuit zijn ervaringen met eerdere hulpverlening, misschien ook risico's kleven aan praten of therapie. Ze vraagt hem een lijst op te stellen, met een kolom met goede redenen om met therapie te starten en een kolom met goede redenen om dit juist niet te doen. Aan de hand van wat hij opschrijft bespreken ze de risico's van therapie, de risico's van praten en de invloed van de visies van belangrijke anderen en therapeuten. Wat kan de therapeut leren over zijn ervaringen met hulpverlening?

Aan het einde van dit gesprek geeft Robin aan dat hij een aantal gesprekken wil met zijn moeder. Samen onderzoeken ze hoe ze voor de risico's kunnen waken. Hoe kan Robin de therapeut waarschuwen dat we mogelijk schade gaan aanbrengen in een gesprek? Wat kan hij op zo'n moment doen? Wat kan de therapeut doen? Wat kan zij beter niet doen?

Afronding van het eerste gesprek De therapeut zal in voorliggende gevallen zijn zorg laten merken om een tweede gesprek voor te stellen, maar dit betekent niet dat hij het gezin ontmoedigt in de stappen die het onderneemt. Een tweede bijeenkomst is in ieder geval nodig om te horen van de gezinsleden of zij de risico's van starten goed onderzocht hebben en er voldoende ruimte voor behandeling is. En vooral om te weten te komen hoe het eerste gesprek door de belangrijke anderen in de omgeving beoordeeld is en welke positieve en negatieve oordelen een rol kunnen spelen in het vervolgtraject. Het lijkt dan ook raadzaam pas in het tweede gesprek te beginnen met de verdere analyse van de klachten en eventueel onderzoek.

In een eerste gesprek ziet de therapeut Floor en haar moeder samen. Samen bespreken ze hun redenen om hier te zijn. Floor is de middelste in een gezin met drie kinderen, allen meisjes. Moeder laat aan het begin van het gesprek weten met welk gedrag van Floor ze moeite heeft. Floor vindt dat haar ouders haar te weinig ruimte geven en ergert zich aan hen. Haar vader en zussen zijn niet bij het gesprek aanwezig. Wanneer de stemmen van de afwezigen onderzocht worden, komt een al jaren bestaand patroon tussen de gezinsleden naar voren. De ouders hebben het gevoel weinig grip op Floor te hebben en haar niet te kunnen sturen. Ze mopperen op Floor en vervallen in verwijten. De oudste zus moppert mee en de jongste zet het snel op een schreeuwen als Floor in de buurt is. Floor heeft het gevoel het altijd gedaan te hebben. Haar zussen worden volgens haar voorgetrokken en zij neemt daarom afstand van het gezin. Die afstand maakt dat haar ouders steeds minder greep op haar ervaren en haar steeds meer verwijten maken of eisen stellen. De verwijten en eisen maken dat Floor zich op haar beurt weer steeds verder terugtrekt.

Het blijkt praktisch gezien niet mogelijk dat de andere gezinsleden aanwezig zijn, maar Floor en moeder willen graag werken aan verbetering. Als ze aan het einde van het gesprek samen constateren dat er sprake is van een patroon, bespreken de therapeut, Floor en moeder de verwachtingen en risico's voor het vervolg. Is het mogelijk om met twee gezinsleden aan de slag te gaan? Hoe om te gaan met het risico

dat de therapeut bij het bestaande patroon aansluit (waarbij iedereen wil dat Floor verandert) als zij verder gaat met de gesprekken? Hoe zullen de anderen reageren op eventuele verandering? En hoe kunnen zij op afstand betrokken zijn bij het therapieproces? Floor en haar moeder denken erover na en besluiten dit thuis te bespreken. De zussen blijken echt niet aan te kunnen sluiten, maar Floors moeder gaat overleggen of vader wel zou kunnen aansluiten.

Tot slot

Bij een eerste gesprek voor onderzoek of behandeling is het van groot belang de context in de kamer te krijgen en de risico's voor verder onderzoek en behandeling expliciet te onderzoeken. Door onvoldoende aandacht te besteden aan de context en te snel in te gaan op de hulpvraag van de cliënt, diens ouders of de verwijzer, wordt niet duidelijk welke gevolgen en implicaties dit kan hebben in het verdere hulpverlenings-traject. Regelmatig zorgen impliciete factoren ervoor dat hulpverlening stagneert of door de cliënt of het cliëntsysteem wordt afgebroken.

Het vraagt binnen ons huidige maatschappelijk discours van snelle en efficiënte hulp durf van de hulpverlener het proces te vertragen en niet direct in te gaan op de eerste hulpvraag. Maar wanneer we in het eerste gesprek aandacht schenken aan de positieve en negatieve effecten die contextfactoren in de verdere behandeling kunnen hebben, creëren we ruimte om in een veilige context de inhoud van de hulpvraag te onderzoeken. Inbedding van de systemische visie in dit eerste gesprek biedt op de langere termijn een efficiënter verloop van onderzoek en behandeling.

Wendelien Nagtegaal is systeemtherapeut, werkzaam in eigen praktijk en als docente aan de gz-opleiding bij de Rijksuniversiteit Groningen. E-mail: w.nagtegaal@kpnmail.nl.

Nine van Stratum is systeemtherapeut en psycholoog, werkzaam bij de kind- en jeugdpolikliniek van Dokter Bosman in Utrecht.

Literatuur

- | | |
|---|--|
| <p>Ausloos, G. (1980). <i>Secrets de famille</i>. In J.-C. Benoit (red.), <i>Changements systémiques en thérapie familiale</i> (pp. 62-80). Parijs: ESF.</p> <p>Boeckhorst, F. (2014). <i>Behandelcontext</i>. In</p> | <p>A. Savenije, M.J. van Lawick & E.T.M. Reijmers (red.), <i>Handboek systeemtherapie</i> (pp. 163-175). Utrecht: De Tijdstroom.</p> <p>Brok, L.J.M. (1990). <i>De verwijzer – Collega, cliënt of blok-aan-het-been</i>. <i>Systeemtherapie</i>, 2, 109-125.</p> |
|---|--|

- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology - A contextual approach*. Londen: Taylor & Francis.
- Cladder, J.M., Nijhoff-Huyse, M.W.D. & Mulder, G.A.L.A. (2009). *Cognitieve gedrags-therapie met kinderen en jeugdigen - Probleemgericht én oplossingsgericht*. Amsterdam: Pearson.
- Cronen, V.E. & Pearce, W.B. (1985). Toward an explanation of how the Milan Method works - An invitation to a systemic epistemology and the evolution of family systems. In D. Campbell & R. Draper (eds.), *Applications of systemic family therapy - The Milan approach* (pp. 69-86). London: Grune & Stratton.
- De Vos, J. (2012). Systeemtherapie en psychiatrische diagnoses... aparte werkelijkheden?! - Over diagnoses en unieke verhalen. *Systeemtherapie*, 24(4), 204-219.
- GGZ Nederland (2013). *Meerjarenvisie GGZ Nederland 2013-2020 - De ggz in beweging*. Geraadpleegd via <http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/2013-396%2omeerjarenvisie%20GGZN.pdf>.
- Haley, J. (1976). *De machtspolitiek van Jezus Christus*. Den Haag: Bert Bakker.
- Hanna, S.M. & Brown, J.H. (2004). *The practice of family therapy - Key elements across models* (3rd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Hartgers, M. (2010). Over de bijwerkingen van systeemtherapie. *Systeemtherapie*, 22(2), 65-81.
- Kievit, Th. & Tak, J.A. (2002). De praktijk van de hulpverlening en het gebruik van de regulatieve cyclus. In Th. Kievit, J.A. Tak & J.D. Bosch (red.), *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen* (pp. 53-78). Utrecht: De Tijdstroom.
- Lawick, M.J. van & Colijn, S. (2003) *Leerboek integratieve psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Pearce, W.B. & Cronen, V.E. (1980). *Communication, action and meaning - The creation of social realities*. New York: Praeger.
- Reder, P. & Fredman, G. (1996). The relationship to help - Interacting beliefs about the treatment process. *Clinical child psychology and psychiatry*, 1(3), 457-467.
- Reijmers, E.T.M. (2014). Systemische diagnostiek. In A. Savenije, M.J. van Lawick & E.T.M. Reijmers (red.), *Handboek systeemtherapie* (pp. 187-199). Utrecht: De Tijdstroom.
- Rober, P. (2012). *Gezinstherapie in praktijk - Over ontmoeting, proces en context*. Leuven: Acco.
- Stratum, N. van & Nagtegaal, W. (2016). Pionier in België en vakvrouw in hart en nieren - Een interview met Edith Tilmans-Ostyn. *Systeemtherapie*, 28(1), 36-42.
- Tilmans-Ostyn, E. (1990). Het creëren van therapeutische ruimte bij de analyse van de hulpvraag. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 16(4), 203-221.
- Tilmans-Ostyn, E. & Rober, P. (1999). De voortgezette opleiding gezinstherapie - Een model van leertherapeutische opleiding voor gezinstherapeuten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 25(1), 86-95.
- Tilmans-Ostyn, E. & Meynckens-Fourez, M. (red.) (2008). *De potentiële kracht van broer-zusrelaties*. Leuven: Lannoo Campus.
- Verhaeghe, P. (2009). *Het einde van de psychotherapie*. Amsterdam: De Bezige Bij.