

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](http://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 (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-uvo.nl](http://www.stichting-uvo.nl)).

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

[info@bua.nl](mailto:info@bua.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Stysteemtherapie tijdens een psychiatrische opname

Over een aanloop nemen, springen en landen

---

**Hanna Van Parys**

---

## Samenvatting

De voorbereidende stappen die een systeemtherapeut zet om gesprekken met een patiënt en familie op een psychiatrische opnameafdeling voor volwassenen ingang te doen vinden, verdienen meer aandacht. Het systeemtherapeutisch werk gaat niet enkel over wat zich binnen de vier muren van de therapieruimte afspeelt. Contacten met patiënt en familieleden die aan een eerste gesprek voorafgaan, alsook die tussen gesprekken in, zijn van cruciaal belang en kunnen ofwel mogelijkheden creëren voor het systemisch werken ofwel deze mogelijkheden inperken. Waar in de vakliteratuur steeds opnieuw verwezen wordt naar het eerste gesprek als startpunt, belicht ik eerdere startpunten aan de hand van klinische voorbeelden. De metafoor van het ver-springen behelst de volgende drie fasen: de aanloop naar systeemgesprekken, de sprong of de gesprekken zelf en het landen of zorgvuldig afronden.

‘We can never stress enough the fact that therapy begins with the first telephone call’  
(Selvini Palazzoli et al., 1978, p. 11)

Via de psychiater krijg ik een aanmelding voor systeemtherapie. Myriam (66) is sinds een tweetal weken opgenomen en haar volwassen kinderen dringen erop aan dat er gewerkt wordt rond de dynamiek tussen Myriam en haar partner, hun vader. Myriam zelf staat hier weigerachtig tegenover. Ze wil haar man niet het gevoel geven dat ze slecht spreekt over hem tijdens de opname. Wel zou ze thuis graag wat meer vrijheid ervaren, zowel in het dagelijks samenleven met haar

man als wat betreft individuele activiteiten buitenshuis. Om hun zorg goed te kunnen uitdrukken zouden de kinderen graag eerst zelf op gesprek komen.

In deze aanmelding zit meteen een aantal moeilijkheden vevat voor de systeemtherapeut. De patiënt en de familie stellen een andere vraag. De psychiater laat het open en zodoende kunnen verschillende keuzes betreffende constellatie en focus van de gesprekken gemaakt worden. Hoe ga je te werk? Vertrek je vanuit de vraag van de patiënt? Beluister je eerst de bezorgdheden van de kinderen? Bel je de partner om te horen hoe hij tegenover systeemgesprekken staat? Over al deze vragen en bijhorende keuzes en acties gaat dit artikel.

De universitaire dienst Psychiatrie van het UZ Gent huist verschillende afdelingen voor zowel kinderen en jongeren als volwassenen. In hun visie wordt het betrekken van familieleden en naasten bij de behandeling benadrukt (De Corte et al., 2022). Op de opnameafdeling voor volwassenen met angst-, dwang- of stemmingsstoornissen behoort systeemtherapie tot het mogelijk aanbod. Dit houdt in dat de opgenomen patiënt samen met familieleden kan worden uitgenodigd voor een of meerdere gezamenlijke gesprekken met een systeemtherapeut, met het oog op: (1) het relationeel verankeren van het herstelproces (vergelijk relationeel herstel, Price-Robertson et al., 2016), (2) een luisterend oor bieden aan de familieleden, en (3) ruimte maken voor moeilijke thema's binnen het gezin, al dan niet rechtstreeks gelinkt aan de klachten van de patiënt. Deze gesprekken worden systeemgesprekken genoemd. De constellatie varieert van koppelgesprekken, ouder-kindgesprekken, gesprekken met het hele gezin en siblinggesprekken, tot gesprekken waarbinnen drie generaties vertegenwoordigd zijn. Daarnaast is ook de opbouw variabel: soms zijn er eerst aparte gesprekken (met individuen of dyades), soms komen mensen onmiddellijk samen, soms gaan we apart verder na een initiële gezamenlijke start.

Het systemisch kader is niet alleen het therapeutisch kader waarmee in deze gesprekken gewerkt wordt, maar vormt ook het raamwerk dat alle keuzes en beslissingen aangaande de systeemgesprekken, al dan niet samen met de patiënt gemaakt, inspireert. De stappen voorafgaand aan en tussen gesprekken in, kunnen in die zin ook als onderdeel van de systeemtherapie gezien worden, die op haar beurt onderdeel is van de ruimere behandeling. De systemische blik kunnen we verder ook gebruiken om de positie van een systeemtherapeut in een multidisciplinair behandelteam van een opnameafdeling van naderbij te bekijken.

De metafoer van het ver-springen is mijn leidraad. Je kan uit stilstand zo ver mogelijk proberen te springen, maar het gaat beter wanneer je een

aanloop neemt. Nog beter wanneer deze aanloop heel bewust en met een bepaalde sensitiviteit genomen wordt. De sprong reikt verder, we komen dichter bij de gewenste situatie. Wat met het landen? Op dat moment moeten we ook aandacht hebben voor de beleving van patiënt en familie. Waar zijn we terechtgekomen? Hoe krabbelen we overeind en gaan we verder?

### *De aanloop naar systeemtherapie*

Het op een constructieve manier in de steigers zetten van systeemtherapie in een opnamesetting is een wezenlijk onderdeel van de behandeling. Toch vinden we er weinig over in de literatuur. We moeten al enkele decennia terug in de tijd om bij Carpenter en Treacher (1983) eenentwintig principes te vinden voor het samenbrengen en engageren van familieleden in een systeemtherapeutisch proces, een genegeerde kunst, volgens de auteurs. Flexibiliteit en vaardigheden van de therapeut om familie in de therapiekamer te krijgen schatten ze naar waarde. Met toestemming van de patiënt zelf contact opnemen met familieleden, sturend zijn in de keuze welke familieleden worden betrokken en systeemtherapie voorstellen als een manier om de patiënt te helpen, zijn slechts enkele van de besproken principes. Verder onderstrepen de auteurs het belang van de erkenning die binnen de organisatie uitgaat naar dit soort 'uitnodigend' werk. In dezelfde tijdsperiode vinden we een beschrijving van een gezinsgeoriënteerde aanpak binnen een psychiatrische afdeling door Harbin (1979). De in die tijd revolutionaire focus op gezinstherapie en *multi family therapy* als hoeksteen van de psychiatrische behandeling hield onder meer in dat de verwachting dat gezinsleden zouden deelnemen aan het therapeutisch programma reeds tijdens het opnamegesprek werd gesteld. In zijn vroege beschrijvingen van de opendialoogbenadering, benadrukt Seikkula (1994) eveneens het belang van het aanmeldingsgesprek als een manier om onmiddellijk afstemming te zoeken in de driehoek patiënt-familie-team.

In 1997 hekelt Carmel Flaskas het feit dat er zo weinig theoretische concepten uitgewerkt zijn om het 'engageren' als relationeel proces in psychotherapie te begrijpen en dat we geneigd zijn dit complex wederkerig proces van engageren voornamelijk in het eerste gesprek te situeren. Flaskas argumenteert dat er aandacht moet zijn voor dit voortdurend proces in therapie. Daaraan zou ik nog willen toevoegen dat we ook de zone vóór het eerste gesprek in gedachten moeten houden. Zo beschreef Hillewaere (2005) hoe familie contact kan leggen met professionele zorgverleners en medepatiënten voorafgaand aan de eigenlijke

---

opname van de jongere in een residentiële setting. Wanneer het gaat over deelname aan systeemtherapie of multi family therapy blijkt het cruciaal de uitnodiging rechtstreeks te doen naar de familieleden (Andolfi, 2013; Lemmens et al., 2007). De patiënt zou de partner willen ontzien en juist niet aansturen op deelname, terwijl rechtstreeks gecontacteerde partners er vaak wel voor openstaan (Lemmens et al., 2007).

Door de band genomen gaat er opmerkelijk weinig aandacht naar de genegeerde kunst van de ‘extratherapeutische’ processen of contacten die nochtans cruciaal kunnen zijn in het maken of kraken van daaropvolgende therapeutische mogelijkheden. De term extratherapeutisch krijgt in dit artikel een andere betekenis dan bij Asay en Lambert (1999). Deze auteurs verwijzen voornamelijk naar factoren die losstaan van de eigenlijke therapie maar die wel bepalend zijn voor therapeutische verandering, zoals cliëntkenmerken (motivatie, ernst van de stoornis) en contextkenmerken (partnerrelatie, vriendschappen, enzovoort). In dit artikel duidt de term extratherapeutisch op de processen en contacten die zich buiten de muren van het systeemtherapielokaal afspelen. We mogen ons niet blindstaren op datgene wat in de gesprekken of sessies gebeurt. De meest significante veranderingen blijken met zaken buiten de therapie verband te houden (Rober, 2012). Misschien gaat dit ook op voor de voorbereidende fase van systeemtherapie op een afdeling volwassenenpsychiatrie.

### *Contact maken*

De waarde van contact maken is reeds zorgvuldig beschreven in de literatuur (bijvoorbeeld Hillewaere, 2020; Rober, 2017). Dat contact maken een voorwaarde is voor al wat volgt vinden we ook in de bronnen rond invoegen terug. Berkvens en Robbe (2014) beschrijven invoegen als tweeledig, het is zowel een affectief als een interactief proces. ‘De therapeut maakt contact met de gezinsleden door open te staan voor de visie die zij hebben op het probleem, voor hun verklaringen en de gegroeide familiepatronen. Pas als de therapeut hierin slaagt mag hij zich mengen in hun problemen’ (Berkvens & Robbe, 2014, p. 289).

Jim Wilson onderscheidt drie dimensies binnen psychotherapie: theorie, praktische toepassing van kaders, en persoonlijke stijl en bezieling (J. Wilson, persoonlijke communicatie, 7 november 2022). ‘In de opleiding wordt vaak alleen aandacht besteed aan de eerste twee, maar juist met de derde maken we contact. Wanneer je geen contact maakt, is de kans klein dat je een veilige situatie creëert waarin je kunt improviseren en experimenteren’ (Nagtegaal, 2017, p. 150). Als onderdeel van dit improviseren wordt het zelf van de therapeut voortdurend ingezet. Het is de multi-

sensoriële connectie tussen therapeut en systeem die de basis vormt voor het therapeutisch werk.

Vanuit een ruimer interpersoonlijk neurobiologisch perspectief (Geuzinge, 2014) zijn zorgvuldige voorbereidende stapjes een must. Het is de bedoeling dat we: (1) spreken over de dingen die ertoe doen, (2) op een manier die veilig voelt voor alle betrokkenen. Deze veiligheid in de therapeutische relatie is reeds uitvoerig beschreven en kan ook verbonden worden aan de toestand van 'rust' waarbinnen nieuwe neuronale verbindingen kunnen ontstaan. De aanwezigheid (presentie) van de therapeut creëert de noodzakelijke rust om vervolgens het risico te nemen emotie toe te laten, wat de basis vormt voor positieve veranderingen (Geuzinge, 2014). In systeemtherapie zouden deze nieuwe neuronale verbindingen via twee wegen kunnen ontstaan: via de relatie met de therapeut (de klasieke weg) en via de relaties tussen de gezinsleden onderling. Rust en veiligheid kunnen geïnstalleerd worden in de voorbereidende fase.

### *Vroege positionering*

Samen met Tilmans-Ostyn (1990) pleiten Nagtegaal en Van Stratum (2017) ervoor vanaf het allereerste contact alert te zijn op de invloed van de hulpverlening op het cliëntsysteem. Dit eerste contact kan gezien worden als de werkelijke start van een nieuwe behandelrelatie. Het terrein waarop je je begeeft voldoende verkennen en niet te snel 'aan de slag gaan' kan op termijn een grote winst opleveren (Tilmans-Ostyn, 1990). Een zelfbewuste positionering waarbij de therapeut precies voldoende aansluit bij het systeem en toch genoeg in het verschil gaat staan is vanaf de aanvang aangewezen. Net zoals het niet wenselijk is samen te vallen met de vraag van de patiënten (Migerode, 2003), is het ook niet de bedoeling samen te vallen met de opdracht van de verwijzer (Tilmans-Ostyn, 1990). Als systeemtherapeut op een opnameafdeling moet je je telkens bewust zijn van het volgende: op welk moment, door wie (welk teamlid) en met welke motivatie (waarom) krijg ik deze verwijzing voor systeemgesprekken? (W. Nagtegaal, persoonlijke communicatie, 7 augustus 2023).

Een van de eerste taken van de systeemtherapeut bestaat erin een intermediaire ruimte te creëren: de systeemtherapeut plaatst zich niet op de lijn tussen de verwijzer en het cliëntsysteem maar op een punt daarbuiten, zodat er (ook visueel) een driehoek gecreëerd wordt en het tevens voor het gezin mogelijk wordt zich te situeren (Tilmans-Ostyn, 1990).

Waar heb je dan precies aandacht voor in de aanloop naar de systeemgesprekken? Om dit goed te kunnen plaatsen wordt eerst de samenwerking toegelicht.

---

### *Teamwerking*

De afgelopen jaren vond een meer algemene familievriendelijke aanpak ingang op onze dienst Psychiatrie, zo ook op de afdeling Angst-, dwang- en stemmingsstoornissen (De Corte et al., 2022). De afdeling heeft plaats voor veertig patiënten en er werken evenveel personeelsleden (verpleegkundigen, hoofdverpleegkundige, psychiaters, psychotherapeuten onder wie twee deeltijdse systeemtherapeuten, ergotherapeuten, vaktherapeuten en logistieke medewerkers). Opnames duren doorgaans zes tot acht weken en patiënten krijgen een ruim aanbod aan verbale en non-verbale groeps-therapie met oog op activatie, (her)installeren dagstructuur, emotionele verwerking en (her)verbinden met het sociaal netwerk. Familie wordt systematisch uitgenodigd voor het opnamegesprek, kan samen met de patiënt aanwezig zijn tijdens twee verschillende teambesprekingen (één in de oriëntatiefase, één ter voorbereiding van ontslag), krijgt psycho-educatie en wordt actief uitgenodigd om deel te nemen aan ouder-kindworkshops, parengroepen en terugvalpreventie. Daarnaast zijn er een of meerdere gesprekken in het bijzijn van familieleden bij de psychiater (assistent in opleiding) en kunnen systeemgesprekken bij een van de twee systeemtherapeuten verbonden aan de afdeling aangeboden worden.

De systeemgesprekken vormen geen standaard onderdeel van het aanbod maar worden ‘op indicatie’ georganiseerd, bijvoorbeeld wanneer intrafamiliale dynamieken als in stand houdende factoren voor de psychiatrische problematiek worden gehouden. Vaak gebeurt deze indicatiestelling tijdens overlegmomenten en wordt de aanmelding door verschillende collega’s gedragen. Na overleg met de teamleden neemt de systeemtherapeut contact op met de patiënt en desgewenst ook met de familie om een afspraak te maken. Tijdens de eerste twee weken van de opname leren alle patiënten en therapeuten (onder wie ook de systeemtherapeuten) elkaar kennen in inleidende groepsmodules. Patiënt en familie kunnen, na het horen van het aanbod systeemtherapie, ook zelf de vraag stellen naar een dergelijk gesprek.

### *Complexiteit en eigenheid van werken op de afdeling*

Wat zijn de complexiteiten waartussen een systeemtherapeut op een afdeling angst-, dwang- en stemmingsstoornissen navigeert? Wat is de eigenheid van systemisch werken in deze context?

Een patiënt in opname heeft ten eerste doorgaans uitgesproken klachten. Deze gaan van angsten, suïcidedachten, waanvoorstellingen, catatonie tot invaliderende dwangklachten. In gesprek gaan met patiënt en

familie houdt ook een risico in voor hen, zo zijn mensen in deze nieuwe gesprekscontext soms geneigd uitspraken te doen waar ze achteraf spijt van hebben of krijgen ze zaken te horen waar ze niet klaar voor waren (Hartgers, 2010). In een episode van toegenomen klachten is het moeilijk dit te vragen van patiënten. Daaraan gekoppeld is de timing een belangrijk aandachtspunt. Wat is het goede ogenblik in het behandelproces om een systeemgesprek voor te stellen? Wanneer een patiënt elektroconvulsietherapie krijgt toegediend bijvoorbeeld, zijn gesprekstherapieën soms tijdelijk minder aangewezen.

Ten tweede kan familie zowel mentaal als praktisch overbelast zijn en dient de afweging tussen wat het gesprek kan opleveren en de inspanning die het kost, gemaakt te worden. Vaak merken we kwaadheid van familie naar de patiënt en/of naar de afdeling. Deze heftige, vooraf bestaande dynamieken zullen een invloed hebben op hoe het hulpverleningscontact tussen gezin en systeemtherapeut tot stand kan komen en bepalen vaak de bereidwilligheid tot systeemgesprekken. Hunter (1985) schuift de relatie tussen de familie en de instelling naar voren als een belangrijk aandachtspunt. Hoe verhoudt familie zich tot de opname? Een vraag die daaruit voortvloeit is: welke betekenisvolle verbindingen zijn er tussen familieleden en professionele zorgverleners en hoe positioneert de systeemtherapeut zich daarbinnen?

Als derde complexiteit is er de aanwezigheid van traumatische gebeurtenissen in aanloop naar de opname, bijvoorbeeld een manische fase met agressie, uitgesproken suïcidedreiging of een suïcidepoging. Het proces voor de patiënt enerzijds en voor de familie anderzijds is heel verschillend. Kan je voor beide aandacht hebben in een gezamenlijk gesprek?

Ten vierde kan er – zoals in het voorbeeld van Myriam en familie – sprake zijn van tegengestelde hulpvragen of heeft één partij (bijvoorbeeld de ouders van de patiënt) een hulpvraag en de andere niet. De hulpvraag van de patiënt prioriteit geven en daarbij de andere vragen ter zijde laten, biedt weinig perspectief.

Een vijfde complexiteit heeft te maken met het feit dat je als systeemtherapeut steeds voorkennis hebt, en dat je op basis van deze voorkennis en overleg met patiënt en collega's ideeën ontwikkelt over in welke constellatie er het best kan gewerkt worden. Met die ideeën benader je de familieleden. Het startpunt is dus geenszins neutraal. Waar vanuit systeemtherapeutisch oogpunt alle gezinsleden als gelijkwaardig worden benaderd, impliceert de context van residentiële zorg verder ontegensprekelijke verschillen. Denk bijvoorbeeld aan de fysieke nabijheid van patiënten ten opzichte van de geografische afstand tot familieleden. Of het feit dat je de patiënt op pantoffels door de gang ziet stappen, terwijl familie helemaal opgekleed op het gesprek komt.



*Je een weg banen tussen complexiteiten*

Wat kan een systeemtherapeut doen om zich een weg te banen tussen deze complexiteiten? Hoe kan men op een contextgevoelige manier opbouwen naar het eerste systeemgesprek?

In een verkennend gesprekje schat ik de meerwaarde van systeemtherapie in. Daarbij be vraag ik de voorkeur van de patiënt voor het al dan niet betrekken van specifieke gezinsleden. Van Looveren (2022) noemt dit treffend 'een beslissingsdialoog over settingkeuze'.

Als ik in de gang plaatsneem naast Myriam kijkt ze me verschrikt aan. Ze beseft dat haar kinderen aansturen op systeemgesprekken maar zelf is ze bang voor de confrontaties die daarmee gepaard zouden kunnen gaan.

De plaats waar deze dialoog plaatsvindt varieert: wanneer je elkaar kruist in de gang, in de openheid van de leefruimte of in de (relatieve) intimiteit van de patiëntenkamer. De manier waarop je deze kamer betreedt, vraagt aan de medepatiënt om even tijd alleen te krijgen (of juist niet), de afstand die je houdt tot bed of stoel, al deze zaken gebeuren vaak onbewust, maar op een intuïtieve manier probeer je ook daar afstemming te zoeken.

Met toestemming van de patiënt volgt daarop een verkennend telefonisch contact met een of meerdere gezinsleden. Om ervoor te zorgen dat gezinsleden zich tegelijkertijd aangesproken en vrij voelen om deel te nemen is een genuanceerde uitnodiging, afgestemd op de emotionele toestand van ieder gezinslid, uiterst belangrijk. Daarbij wordt beklemtoond dat een opname een ingrijpend gebeuren is, voor de persoon zelf maar ook voor de familie. We geven de boodschap dat een systeemgesprek een moment is waarop we in de eerste plaats naar de ervaringen en de bezorgdheden van familieleden luisteren en het tevens ook over moeilijke thema's in de relatie of in het gezin kan gaan. Indien niet zorgzaam geïntroduceerd kan de uitnodiging om als familie op gesprek te komen schuldinducerend zijn (Hartgers, 2010). Wanneer je het familielid niet kan bereiken volgt er een nieuwe afweging: hoe vaak en wanneer bel je terug, wanneer ga je over op geschreven communicatie, wanneer en hoe koppel je terug naar de patiënt, enzovoort.

James is een 23-jarige man die is opgenomen met depressieve klachten. Zijn ouders zijn gescheiden en met zijn vader heeft hij een moeilijke relatie. Hij heeft het gevoel dat vader hem en zijn problematiek niet begrijpt, verwacht dat James handelt en denkt zoals hij. Graag wil

James hem enkele dingen duidelijk maken. Omdat ik aanvoel dat de vraag om op gesprek te komen delicaat ligt probeer ik vader zelf op te bellen. Helaas zonder resultaat, waardoor ik niet anders kan dan een briefje met enkele afspraakmogelijkheden en mijn contactgegevens meegeven. Enkele dagen later krijg ik een e-mail van vader: 'Mag ik u vragen wat de reden voor dit gesprek is? Waarover zal het gaan? Ik moet verlof nemen om te kunnen komen, dus zou graag op voorhand weten of het een belangrijk gesprek is? Is er ook een gesprek gepland met zijn moeder?' Vader voelt zich op het matje geroepen. Ik vraag via e-mail of ik hem mag opbellen.

Een systeemtherapeut fungeert ook in dit proces als vertaler: de boodschap van de patiënt op een transparante en constructieve manier overbrengen naar de familie en omgekeerd, vraagt een doortastende positionering.

Hilda wil met haar jongvolwassen zonen het gesprek aanknopen rond recente vertrouwensbreuken binnen het gezin. De zonen zijn echter boos en gekwetst. Aan de telefoon beluister ik de tegenkanting om deel te nemen aan een systeemgesprek en stel ik voor om naar hun verhaal te luisteren in een apart gesprek. Wanneer ik deze boodschap terugkoppel naar Hilda, heeft ze het er moeilijk mee. Een gesprek apart betekent dat zij langer moet wachten op het systeemgesprek dat de verhoopte toenadering tussen haar en haar zonen kan genereren. Tegelijkertijd wil ze aan de behoefte van haar zonen tegemoetkomen en staat ze toe dat de systeemtherapeut hen eerst alleen spreekt.

In deze afstemming draait het vaak uit op de beslissing om iets niet te doen. Net zoals met de patiënt wordt in (telefonisch) contact met gezinsleden ook een inschatting gemaakt van de wenselijkheid van systeemgesprekken. Mensen aanmoedigen om deze stap te zetten wil niet zeggen 'goede redenen om niet te komen' in de wind slaan. Naar deze laatste wordt juist zorgvuldig geluisterd en vaak wordt familie gevolgd in de wens om (nog) geen gesprekken op te starten. Deze conversatie kan een erkennend effect hebben. Goede redenen om geen gesprek aan te gaan liggen in het verlengde van de vrijwel altijd bestaande goede redenen om niet te spreken (Rober, 2017). Deze redenen kunnen reeds lang aanwezig zijn in een gezin of koppel. Vanuit het perspectief van de therapeut zijn er eveneens goede redenen om juist geen systeemgesprekken te installeren; zo willen we vermijden ongezonde situaties of uitstel van beslissingen in stand te houden (Hartgers, 2010).

Verder heb je als systeemtherapeut steeds aandacht voor de relationele betekenis van op gesprek komen. Familieleden staan stil bij de meta-boodschap die ze communiceren met op de uitnodiging ingaan. Wanneer de zonen van Hilda zouden instemmen met een gezamenlijk gesprek, communiceren ze daarmee een openheid en bereidheid om te spreken, mogelijks zelfs vergevingsgezindheid. Deze is er niet op dit moment. In een sprekend praktijkvoorbeeld illustreert Migerode (2003) hoe deze afweging ook samen met patiënt en familie gemaakt kan worden. Een patiënt is opgenomen na een suïcidedreiging. Bij een eerste koppelgesprek op de afdeling geven beide partners er de voorkeur aan dat de echtgenote eerst alleen kan spreken. Enkele relationele betekenis- en die hierin vervat zitten zijn 'patiënt wil partner alle ruimte geven na wat hij haar heeft aangedaan', 'partner wil kunnen spreken zonder risico te lopen depressieve klachten bij partner aan te wakkeren', 'partner wil de spreekcontext exploreren alvorens de kinderen ermee naartoe te brengen', enzovoort.

Op een opnameafdeling is zowel het inbedden als het vrijwaren van je werk als systeemtherapeut van groot belang. Op een teamvergadering hoor je al eens: 'Nodig het gezin uit, dan kunnen we de gezinsdynamieken observeren.' Een gezin uitnodigen is echter niet vrijblijvend! Samen inschatten of gesprekken wel of niet haalbaar zijn, is noodzakelijk. Ik beschreef hiervoor reeds hoe familie soms erg negatief kan staan tegenover de opnameafdeling en het team. Door familieleden wordt de systeemtherapeut gezien als onderdeel van het team, en dat ben je per slot van rekening ook. Het vraagt een grote inspanning om een contact dat negatief gekleurd is voor familie om te keren naar een constructieve samenwerking.

In het voorbeeld van Myriam zien we dat de twee oudste kinderen veelvuldig contact zochten met de psychiater en de individuele begeleider (verpleegkundige) van hun moeder. Parallel daaraan kwamen Myriam en de systeemtherapeut het volgende overeen: er zouden twee systeemgesprekken gepland worden, één met haar en haar partner, en één met het hele gezin. De kinderen krijgen het gevoel niet gehoord te worden in hun vraag om zonder vader op gesprek te komen en er volgt een rechtstreeks schrijven naar de hoofdverpleegkundige. Dit is het punt waarop de gekozen aanpak in vraag wordt gesteld en er een eerste telefonisch contact is tussen de systeemtherapeut en één van de kinderen. Aan de telefoon leg ik uit hoe we tot ons voorstel voor systeemgesprekken zijn gekomen. Daarna luister ik zorgvuldig naar de goede redenen van de kinderen om eerst zonder vader op gesprek te komen. Er is in hun ogen sprake van systematisch kleineren en te-

rechtwijzen van moeder door vader. Als hier niets aan verandert zal hun moeder verder afglijden en is de opname voor niets geweest. Ik neem deze noodkreet serieus en pas de uitnodiging aan.

Stilstaan bij waar het fout kan lopen in het proces ('een valse start') en daarin zelf en als team eigen verantwoordelijkheid nemen, is een belangrijke stap in het herstel van en tegelijkertijd tot stand komen van een therapeutische relatie. Een flexibele basishouding van de systeemtherapeut heeft onder andere te maken met 'bij te sturen' zijn. Betrokkenen voelen dat ze invloed hebben op het proces, zonder daarbij de stevigheid van een systeemtherapeut die duidelijk positie inneemt te moeten missen.

Ten slotte is overleg met en ruggensteun zoeken bij collega's een noodzakelijke voorwaarde bij de opstart van systeemgesprekken. Een vlotte en flexibele samenwerking met verpleegkundigen en psychiaters is een absolute voorwaarde. Waar communicatie rond afspraken niet rechtstreeks tussen systeemtherapeut en gezin kan, gebeurt deze soms via de verpleegkundigen, bijvoorbeeld aan de hand van briefjes met daarop data en uur en de mogelijkheid om te bevestigen of een ander moment aan te vragen. Deze extra schakel in het communicatieproces brengt meer complexiteit met zich mee maar tegelijkertijd is het een realiteit in het werken op een afdeling. Daarenboven biedt de samenwerking binnen het team veel kansen. Met de vereende kracht van een vaardig behandelteam kunnen de meest uitzichtloze verhalen een nieuwe wending krijgen.

Door vanaf het begin oog te hebben voor al deze processen kan het eigenlijke gesprek starten op een minder hobbelig terrein. Binnen een kortdurende opname is het zaak het eerste gesprek zo goed mogelijk op poten te zetten. Anderson en collega's (2020) beschrijven een aantal faciliterende interpersoonlijke vaardigheden van de therapeut die ook in deze fase goed van pas kunnen komen: de mate waarin je een goede therapeutische alliantie kan aangaan, ook met moeilijke patiënten (of familieleden), je vloeiend kunnen uitdrukken, goed met eigen emoties en die van anderen kunnen omgaan, empathie, affect herkennen en een goede samenwerking kunnen vormen. Verder zijn de mate waarin je therapie geloofwaardig kan overbrengen (Rober, 2012) en werken met feedback (Van Tricht et al., 2017) twee belangrijke vaardigheden.

### *Systeemtherapie als sprong*

In de metafoor van het ver-springen kan de sprong gezien worden als 'de systeemgesprekken zelf'. Over het therapeutisch proces binnen de vier muren van de gesprekskamer wil ik het nu niet zozeer hebben. Daar zijn

genoeg publicaties over verschenen. Wel sta ik stil bij: (1) hoe de voorbereiding verband lijkt te houden met bepaalde processen in de therapie, en (2) de extratherapeutische contacten gedurende het verdere therapeutisch proces.

*Na een aanloop: springen we verder?*

Wat het eerste punt betreft moeten we voorzichtig zijn. We weten nooit met zekerheid hoe verleden en heden met elkaar verband houden. Ik maak enkele interpuncties op basis van mijn klinische ervaring. Dat doe ik aan de hand van casusmateriaal.

Na een niet evidente start volgde een rechtzetting en kon het eerste gesprek plaatsvinden met Myriam en twee van haar kinderen. Waar er eerst onveiligheid aanwezig was in de relatie tussen systeem en therapeut kan de correctie die werd aangebracht het vertrouwen in therapie juist mede installeren. Op dit vertrouwen werd in het eerste gesprek verder ingezet door ontvankelijk te zijn voor de bezorgdheden van de kinderen en deze tevens goed af te toetsen bij de patiënt. Het verdere proces met een gesprek als koppel en een gesprek als gezin verliep constructief en mondde uit in ambulante verderzetting van deze gesprekken afwisselend met het koppel en met het gezin.

Bob was opgenomen met een vermoeden van bipolaire stoornis type 1. De dagelijkse uiting van suïcidegedachten werd het systeem te veel. Initieel was er veel kwaadheid bij zowel de partner als de moeder van de patiënt, die tijdelijk inwoonde bij de partner om haar te ondersteunen bij werk, het huishouden en de zorg voor de kinderen. In een telefonisch contact tussen de dramatherapeut en de partner van Bob merkten we dat de afstemming tussen de opnameafdeling en de omgeving van de patiënt mank liep. Onzekerheid rond de prognose en weinig geloof in de waarde van therapie hielden hiermee verband. Na overleg met het team initieerde de systeemtherapeut een telefonisch contact met de familieleden. Om de kwaadheid een plaats te geven en ietwat te containen, koos de systeemtherapeut ervoor te starten met aparte gesprekken met enerzijds de patiënt en anderzijds zijn partner en zijn moeder. Bij het eerste gezamenlijk gesprek waren zowel partner, moeder als de twee kinderen (1 en 2 jaar oud) aanwezig. Daarnaast werd ervoor gekozen om het gesprek samen met de psychiater te voeren, om zo tegemoet te komen aan de vraag naar medische informatie. Tijdens het laatste half uur verliet moeder met de kinderen de ge-

sprekammer en kwam er voor het eerst ruimte voor het partnerschap als thema. Nadien volgden nog meer partnerrelatiegesprekken, ook ambulante. Enkele maanden later rondde het koppel hoopvol af.

Waar kwaadheid (vanuit wanhoop) het betrekken van het systeem eerst in de weg leek te staan, kon door een zorgvuldige afstemming een uitnodigende context gecreëerd worden, waaruit een relatietherapie-traject voortvloeyde.

Tijdens het telefoongesprek met de vader van James probeer ik op een rustige, respectvolle manier zijn vragen te beantwoorden. Vader is bereid te komen en tijdens de twee systeemgesprekken die we op de afdeling aanbieden, kan er veel gezegd worden en daalt de spanning. Ook tussentijds is er sprake van meer toenadering tussen vader en zoon.

Het laatste casusvoorbeeld dateert van enkele jaren geleden, toen ik pas op de afdeling werkte en nog minder alert was op deze processen. Het liep niet goed.

Marianne had reeds enkele maanden slechts sporadisch contact met haar studerende kinderen. Ze wenste gebruik te maken van het aanbod systeemtherapie, en zoon en dochter werden uitgenodigd. Wanneer de kinderen op de afdeling arriveren en te horen krijgen dat het gesprek een gesprek met de systeemtherapeut is en niet met de psychiater, zoals ze verwacht en gehoopt hadden, worden ze heel kwaad. Op voorstel van Marianne spreek ik eerst de kinderen en nadien haar eventjes apart. Op het einde doe ik een poging om samen af te ronden maar op heel korte tijd ontstaat een verwijtensalvo van de kinderen naar hun moeder waar ik perplex van sta. Ook de patiënt had dit niet zien aankomen. Wat ik ook probeer, de toon blijft verwijtend en ik slaag er ook niet in enige verbondenheid te vrijwaren in hun verhaal. Marianne decompenseert psychotisch in de dagen na het gesprek.

Wanneer je als therapeut onvoldoende aandacht hebt voor de voorbereiding of aanloop naar het gesprek, dreig je 'onder nul' te starten. Je moet als het ware al iets ophalen terwijl je ogenschijnlijk nog niet eens van start gegaan was. Een niet degelijk voorbereid systeemgesprek kan, hoewel onbedoeld, schadelijke effecten hebben. Hartgers (2010) verwijst daarbij naar het medisch adagium *primum non nocere* (in de eerste plaats geen schade toebrengen). De risico's die gepaard gaan met in gesprek gaan zullen we nooit volledig uit de weg kunnen gaan, maar deze zo goed mogelijk inschatten en hanteren is een belangrijk aspect van ons werk.

---

*Extratherapeutische contacten gedurende het verdere proces*

Doorheen het hele proces blijft het belangrijk je goed bewust te zijn van de relationele betekenis en therapeutische waarde van elke tussenliggende contactname. De volgende vragen zijn steeds aan de orde: Bel ik met de verwijzer of een andere betrokken hulpverlener, of niet? Op welk moment bel ik? Wat doe ik met informatie die ik van de ene partner krijg over de andere partner, buiten de context van de gezamenlijke gesprekken? Hoe ga ik casussensitief om met het annuleren of verplaatsen van afspraken?

De therapie met Hilda kan gezien worden als een voortdurend bruggen bouwen. Na een gesprek met de zonen werd besproken wat van de inhoud met mama gedeeld kon worden. Een moeilijke boodschap was dat de zonen meer tijd nodig hadden, nog niet openstonden voor een gezamenlijk gesprek. Hoewel Hilda dit rationeel kon plaatsen, haalde het haar emotioneel steeds opnieuw naar beneden. Vroege hechtingskwetsuren werden getriggerd en hadden zorg en aandacht nodig.

Tot slot is er in de setting van de opname per definitie meer contact met de patiënt dan met de andere gezinsleden. Zo volgen enkele patiënten ook groepsmodules bij de systeemtherapeuten op de afdeling. Dit creëert weer een andere wisselwerking, waar de inhoud van de systeemgesprekken al dan niet een plaats krijgt en vice versa.

*Het landen na de sprong*

We kunnen onmogelijk over een sprong schrijven, zonder stil te staan bij de landing. Bij afronding van de gesprekken wordt ruimte gemaakt voor de betekenis ervan voor alle gezinsleden. Het afronden van een opname is vaak geen eindpunt. Soms volgt er een ambulante voortzetting van de systeemgesprekken bij dezelfde of bij een andere therapeut. Soms komen mensen op een later punt in hun leven opnieuw in opname. Soms allebei. Deze wisselende contexten hanteren, vraagt opnieuw om procesbewaking.

In het veranderingsproces naar een meer familievriendelijke psychiatrie onder impuls van familieorganisatie Similes (2020) kwam het warm afronden naar voren als een van de aandachtspunten op de dienst. Ook in het kader van deze afspraken, doorverwijzing en overdracht is zorgvuldig communiceren van belang. Denk maar aan het mailtje dat je nog nastuurt als mensen laten weten dat ze de therapie eigenlijk niet kun-

nen betalen. Weken later komt er een antwoord, waarop jij zelf de telefoon neemt en betaalbare hulp contacteert. Beloofde informatie doorgeven en bereikbaar blijven voor vragen geeft mensen het gevoel dat ze met zorg losgelaten worden.

### *Conclusie*

De extratherapeutische processen verdienen aandacht van de therapeut én van de dienst of organisatie waarbinnen deze systeemtherapeut werkt (Carpenter & Treacher, 1983). Dit werk tussen het werk in, is mogelijk het cement dat de stenen samenhoudt; daar als team oog voor hebben, kan ons verder doen springen, binnen de beperkingen die er altijd zijn. Systeemtherapeutisch werken met patiënt en familie gaat over het geheel: van contactname tot praktische afspraken, tot gesprekken, tot communicatie over gesprekken, en tot samenwerking met andere disciplines van het team. Therapie zit voor een groot stuk ook in de voorbereiding, in het proces in aanloop naar de gesprekken. De 'extra' in het woord extratherapeutisch kan ook gezien worden als 'surplus, erbovenop'; door hier ook mee bezig te zijn leg je een extra laagje in het fundament van de therapeutische relatie. Een consistente, congruente, eenduidige houding over de hele lijn is hier van belang. Een therapeutische houding gaat over een vriendelijke bejegening, duidelijke communicatie, keuzevrijheid installeren, respect voor en nieuwsgierigheid naar aarzelingen, tempo van de patiënt volgen, betrokkenheid tonen en betrouwbaar zijn.

Binnen de evolutie naar een meer familievriendelijke psychiatrie heb ik gepoogd een ander aspect te belichten. Hoe krijgt reeds langer geïmplementeerde systeemtherapie vorm op een afdeling voor volwassenen met angst-, dwang- of stemmingsstoornissen en welke microprocessen spelen daarin een rol? Stilstaan bij de voorbereidende stappen kan systeemtherapeuten op een afdeling volwassenenpsychiatrie helpen hun werk naar waarde te schatten. De aanbevelingen zijn niet alleen zinvol voor systeemtherapeuten maar voor alle professionele zorgverleners die zich wagen aan het verruimen van de context.

*Met dank aan Wendelien Nagtegaal en Eva Lanslots voor het nalezen van eerdere versies van deze tekst en de daarmee gepaard gaande verhelderende overlegmomenten.*

**Hanna Van Parys** is klinisch psycholoog en als relatie- en gezinstherapeut werkzaam binnen de universitaire dienst Psychiatrie van het UZ Gent. Ze is opleider binnen de postgraduaatsopleiding Relatie-, Gezins-, en Systeempsychotherapie en



als klinisch professor verbonden aan de vakgroep Hoofd en Huid van de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen (UGent). E-mail: hanna.vanparys@ugent.be.

## Literatuur

- Anderson, T., Finkelstein, J.D., & Horvath, S.A. (2020). The facilitative interpersonal skills method - Difficult psychotherapy moments and appropriate therapist responsiveness. *Counselling & Psychotherapy Research*, 20, 463-469.
- Andolfi, M. (2013). Engaging fathers in family therapy with violent adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 34, 172-185.
- Asay, T.P., & Lambert, M.J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy - Quantitative findings. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change - What works in therapy* (pp. 23-55). American Psychological Association.
- Berkvens, E., & Robbe, M. (2014). Structureel perspectief. In A. Savenije, M.J. van Lawick, & E.T.M. Reijmers (red.), *Handboek systeemtherapie* (2de geheel herziene druk, pp. 281-293). De Tijdstroom.
- Carpenter, J., & Treacher, A. (1983). On the neglected but related arts of convening and engaging families and their wider systems. *Family Process*, 5, 337-358.
- De Corte, K.G., Van Parys, H., Pauwels, G., Aendekerck, V., Steeman, K., Van Lierde, E., Jespers, I., Vandewiele, H., & Lemmens, G.M. (2022). Family involvement in psychiatry - Beyond implementing family interventions. *Journal of Family Therapy*. Published online.
- Flaskas, C. (1997). Engagement and the therapeutic relationship in systemic therapy. *Journal of Family Therapy*, 19, 263-282.
- Geuzinge, R. (2014). Specifieke veranderingen in het brein door de niet-specifieke factoren van de psychotherapeutische relatie - Een overzicht vanuit een interpersoonlijk neurobiologisch perspectief. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 52(1), 34-48.
- Harbin, H.T. (1979). A family-oriented psychiatric inpatient unit. *Family Process*, 18, 281-291.
- Hartgers, M. (2010). Over de bijwerkingen van systeemtherapie. *Systeemtherapie*, 22(2), 65-81.
- Hillewaere, B. (2005). Bouwstenen voor een integratieve therapie voor gezinnen met adolescenten. In M. Kinet (red.), *Psychoanalyse en/van het systeem, bij jongeren en hun gezin* (pp. 89-128). Garant.
- Hillewaere, B. (2020). In verbinding corrigeren en confronteren - Over positionering, kleine grootsheid en groei in systeemtherapie. *Systeemtherapie*, 32(3), 165-179.
- Hunter, D.E.K. (1985). On the boundary - Family therapy in a long-term inpatient setting. *Family Process*, 24(3), 339-348.
- Lemmens, G.M.D., Eisler, I., Migerode, L., Heireman, M., & Demyttenaere, K. (2007). Family discussion group therapy for major depression - A brief systemic multi-family group intervention for hospitalized patients and their family members. *Journal of Family Therapy*, 29, 49-68.
- Migerode, L. (2003). *Richtlijnen voor een helende ontmoeting*. Systeemtherapie, 15(2), 71-85.
- Nagtegaal, W. (2017). Congresverslag 'I could never do that!' - An exploration of creative risk taking in family therapy. Workshop met Jim Wilson, georganiseerd door Context (Kortenbergh, 20 oktober 2016). *Systeemtherapie*, 29(2), 149-151.
- Nagtegaal, W., & Stratum, N. van (2017). Drukte in de therapiekamer - Een ontmoeting van meerdere werelden. *Systeemtherapie*, 29(2), 87-100.
- Price-Robertson, R., Obradovic, A., & Morgan, B. (2016). Relational recovery - Beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 15(2), 108-120.

- Rober, P. (2012). *Gezinstherapie in praktijk – Over ontmoeting, proces en context*. Acco.
- Rober, P. (2017). *Samen in gezinstherapie – Over afstemming en dialoog in de gezinstherapeutische praktijk*. Pelckmans Pro.
- Seikkula, J. (1994). When the boundary opens – Family and hospital in co-evolution. *Journal of Family Therapy*, 16, 401-414.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1978). *Paradox and counter-paradox – A new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction*. Jason Aronson.
- Similes. (2020). Van familiereflex tot dialoog – Resultaten rondetafels met familie van 4 maart 2020 [PowerPointpresentatie].
- Tilmans-Ostyn, E. (1990). Het creëren van therapeutische ruimte bij de analyse van de hulpvraag. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 16, 203-221.
- Van Looveren, M. (2022). De kracht van gezinsgesprekken in een psychiatrische setting. *Systeemtheoretisch Bulletin*, 40, 65-78.
- Van Tricht, K., Deslypere, E., & Rober, P. (2017). Feedback georiënteerde gezinstherapie – Het belang van dialogische feedback-instrumenten in de eerste sessie. *Systeemtherapie*, 29(4), 241-259.