

Een winterjas moet een paar maten te groot zijn...¹

Over intermediaire ruimte in de systeemtherapie.

Jan De Vos

*Zoals een grootvader van zijn kleinzoon houdt,
Zo legt beeldspraak ergens een arm omheen.
Een beeld moet een paar maten te groot zijn,
als een winterjas. Een beeld brengt werkelijkheid*

*mee naar huis zoals die grootvader zijn kleinzoon
wanneer zijn eerste meisje hem in de steek heeft gelaten.
Gegeven zijn: sukkelachtigheid en mededogen.
Werkelijkheid probeert te mogen.*

...

Herman de Coninck²

1. Inleiding

Vijfentwintig jaar geleden zou ik me met dit artikel in een psychoanalytisch actueel forum waarschijnlijk in het hol van de leeuw wanen. De soms hevige waarheidsgevechten tussen verschillende therapeutische strekkingen kenmerkend voor het modernistisch tijdperk van toen, zijn genoegzaam bekend. Nu heb ik eerder het gevoel op de koffie te komen bij een bevriende familie. Of misschien past 'feestmaal' nog het best bij de feestelijke studiedag die het vertrekpunt vormde voor dit artikel. De viering van het 25 jarig bestaan van de Jeugdkliniek in Pittem, stond in het teken van '*integratie van psychodynamisch-psychoanalytische en systeemtherapeutische aspecten bij de behandeling van adolescenten*'. Het woord 'integratie' roept bij mij diverse associaties op. Politiek getint in de zin van '*pas u aan of hoepel op*', of wat idealistischer '*we zijn allemaal gelijk en mensen onder elkaar en kunnen alles veranderen door samen te zitten.*' Historisch denk ik aan de sloop van de Berlijnse muur, waarna Duitsland in een lange en diepe crisis raakte. Binnen onze sector denk

¹ Met dank aan Greet Splingaer, Odile Van de Woestijne, Luk Geens, team Muskietiers van OBC Ter Elst, kinderteam van CCGZ De Vest, Remi Stegen, Gie Vermeulen, en Edith Tilmans-Ostyn voor de inspirerende reflecties, alsook aan Joris Claes voor de logistieke ondersteuning.

² Uit 'Vingerafdrukken' (1997)

ik aan de fusie- en schaalvergrotingsbeweging met grote drang van de beleidsmakers tot het ontwikkelen van uniforme structuren en protocollen,...

Voor mij is integratie de ruimte maken en de tijd nemen om elkaars drempel over te steken om bij elkaar op bezoek te komen, om te praten en te verwijlen, en zo langzaam en deels ongemerkt samen te veranderen. Het woord 'langzaam' versta ik hier in de zin van *'Langzaam zo snel als ze konden'* (Tellegen 1997). Ik hoop hier vandaag toe bij te dragen.

Wanneer ik hier als systeemtherapeut over de drempel stap met dit gedicht van Herman de Coninck, dan is het mijn betrachting om iets weer te geven over hoe ik psychotherapie in wezen zie en ervaar. Ik denk dat psychotherapie ook *'ergens een arm omheen legt'* zoals die grootvader, dat psychotherapie *'een beeld brengt'* en dat *'werkelijkheid probeert te mogen'*, ik denk ook dat psychotherapie ruimte brengt, en 'een paar maten te groot moet zijn', zoals die winterjas...

Deze tekst brengt een verhaal vanuit mijn werkervaring, en geeft een inkijk in mijn therapeutisch werk met adolescenten, ouders, gezinnen en teams.³ Daarbij zal ik diverse concepten van systemische en psychodynamische oorsprong aanraken. Ik zal daarbij ook inzoomen op de relatie hulpverlener-hulpvrager.

2. Systemen onder druk

Eerst iets meer over mijn werkcontexten, deze situeren zich op drie domeinen.

Binnen de sector van 'gehandicaptenzorg' werk ik als kinder- en jeugdpsychiater /supervisor in OBC⁴ Jeugdzorg Ter Elst te Duffel. Ook mijn vroegere werkervaring als psychiater-gezinsterapeut in OBC Ter Wende⁵ te Leuven, neem ik in het verhaal mee. Beide OBC's hebben een lange traditie van hulpverlening aan multiprobleem-gezinnen. Doelgroep zijn kinderen en jongeren met ernstige gedrags- ontwikkelingsproblemen⁶ en hun gezinnen.

Binnen de sector van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, ben ik actief als kinder- en jeugdpsychiater en gezinsterapeut in kinderteam De Vest van CGGZ-Brussel. We werken er 'geïntegreerd' vanuit psychodynamische, systeemtherapeutische, sociaal-maatschappelijke en medisch-psychiatrische denkkaders. Soms gaan we apart aan het werk met kind, ouders, context, soms samen in co-begeleidingen.

Tenslotte ben ik als supervisor verbonden aan meerdere residentiële voorzieningen van Bijzondere Jeugdzorg. Een sector die me nauw aan het hart ligt, omdat die sterk meetrikt met de hoge nood van cliëntensysteem én van maatschappij, én van daaruit bij uitstek zeer handelgericht is. Bijzonder aan de Bijzondere Jeugdzorg is dat hun cliëntensystemen de maatschappij op zich vaak al als dwingend ervaren. Een situatie die hen bemoeilijkt om tot

³ Ten behoeve van de privacy werden in deze tekst de namen van cliënten gewijzigd en herkenbare details zo veel als mogelijk achterwege gelaten.

⁴ Observatie- en Behandelings- Centrum: residentiële voorziening gesubsidieerd door het VAPH, Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. Kinderen en jongeren die er verblijven zijn schoolgaand buitenshuis.

⁵Ter Wende is een kleinschalig OBC, met zeer betrokken en idealistische hulpverleners. Er wordt gewerkt vanuit een 'ecologisch model' waarin 'alles met alles verbonden is' (De Vos, Van Moorter, Pauwels 2001). Men meent dat kwaliteitsvolle hulp aan deze gezinnen emancipatorisch moet zijn (Ghesquière 1993), en dat hulpverleners 'medestanders' zijn (Fontaine e.a. 1996) die via 'netwerktherapie' met cliënt en omgeving samengebracht worden (Speck en Attnaevé 1971).

⁶ Deze doelgroep wordt door het VAPH aangeduid als 'Categorie 14'. In Ter Elst zijn er 96 plaatsen in 8 leeftijdsgemengde leefgroepen. Ter Wende heeft een capaciteit van 30 kinderen en jongeren in drie horizontale, leeftijdsspecifieke leefgroepen. De gemiddelde verblijfsduur is 16 maanden.

een eigen ‘doorleefde’ hulpvraag komen. De hulp wordt in aanvang als ‘ongevraagd’ of opgedrongen ervaren, als (maatschappelijke) bevestiging van het eigen falen, m.a.w. de winterjas is (bij aanvang althans) te klein.

Ik werk dus met én in ‘systemen onder druk’. Misschien is dit vanzelfsprekend, maar ik bedoel hiermee dat cliëntsystemen ons én als hulpverleners én als organisatie ook onder druk zetten, ons doen meetrillen, en dat deze invloed wederkerig vervat zit in een circulair proces. Wanneer we als team en als hulpverleners niet de ruimte vinden om achteruit te gaan en in ons team en onszelf tot reflectie en mentalisatie⁷ te komen, dan worden we meegesleept in wat Boeckhorst (2003) ‘*destructieve spiralen*’ noemt.

In zijn boek ‘*De mens als verhaal*’ spreekt Olthof (1994) over een ‘*team als therapeutisch medium*’. Hij vergelijkt daarbij een hulpverlenerssysteem met het menselijk immuuniteitsysteem. Wij overleven veel virussen en bacteriën dankzij een gepaste ‘afweer’, soms is de afweer van die aard dat we de gast moeten uitstoten.

Wanneer we de gepaste afstemming/fijnstemming vinden kunnen we een relatie van gastheer-commensaal bereiken, zoals bijvoorbeeld op onze huid en de slijmvliezen (van luchtweg- en maag-darmsysteem). We herbergen zodoende een massa micro-organismen die -op voorwaarde dat het immuuniteitsysteem goed werkt- ook voor de gastheer levensnoodzakelijk zijn. Cruciale structuur in deze is de ‘membraan’ die binnen en buiten van elkaar scheidt, in ons lichaam is dat ter hoogte van de huid en de slijmvliezen. We dienen ons ‘gastheersysteem’ dus de nodige zorg te verlenen, anders worden we samen met onze gasten ziek. Bij een gedeprimeerd systeem, wanneer de membraan aangetast wordt door bijvoorbeeld chemotherapie of een immuunziekte, is het risico groot om gekoloniseerd geraken door onze gasten, met bedreiging voor ons leven. Naar therapie vertaald betekent dit dat tussenschotten en verschillen heilzaam zijn. Simpel gezegd: laat ons geen muren slopen, maar zorgen voor deuren, tussenruimtes, en ‘overgangszones’.

3. Intermediaire Ruimte en Systeemtherapie.

Winnicott en Katrien

Om op de membraan terug te komen. Winnicott beschrijft dat ‘*de mens bestaat als entiteit door een begrenzend membraan dat de binnenwereld en de buitenwereld van elkaar gescheiden houdt*’ (Winnicott 1971 p 3). Het is een ‘oscillerende’ membraan, dus permanent in beweging. Deze membraan moet intact zijn (anders lossen cel en omgeving in elkaar op), én moet uitwisseling toelaten tussen binnen en buiten (anders verstart de cel en gaat ze dood). De mens staat dus voor de opdracht om zich open te stellen voor de hem omringende wereld, én tegelijk toch een apart wezen te blijven (Winnicott 1958), met andere woorden hij moet zich verbinden met de buitenwereld zonder er zichzelf in te verliezen.

Katrien is 14 wanneer haar adoptieouders tijdens haar verblijf in het OBC in een destructieve vechtscheiding verwickeld geraken. Katrien wordt door beiden verregaand affectief geclaimd, en de relatie met haar wordt als wapen in de strijd tegen de andere ouder ingezet.

⁷ In de zin zoals beschreven door Fonagy en Target (2003): ‘*Het vermogen om intenties en gevoelens bij anderen en bij zichzelf te herkennen, interpersoonlijk gedrag te begrijpen in termen van ‘mentale toestanden’ en dit alles te situeren binnen een psychische realiteit die weliswaar met de externe realiteit is verbonden maar er toch van te onderscheiden valt.*’

Katrien vertoont internaliserend gedrag: angstig depressieve stemming, innerlijke agitatie, lichamelijke klachten (buikpijn en spierpijn) en automutilatie. Als gezinstherapeut poog ik aanhoud om in ouder-kind gesprekken ruimte te krijgen voor haar 'onmogelijke' positie, in de enigszins naïeve hoop dat het de ouders zou kunnen motiveren om haar uit hun strijd te houden. Zonder effect, van meet af aan laait de woordenoorlog telkens op en versterkt de fysiek waarneembare verkramping bij Katrien. Anderzijds is spreken met de ouders apart voor mij onmogelijk zonder dat de andere ouder zich geweld aangedaan voelt.

Als therapeut voel ik me erg oncomfortabel in dit contact. Ten aanzien van Katrien ervaar ik grote sympathie en drang om haar te beschermen. Tussen de ouders voel ik me heen en weer geslingerd, en ik koester agressieve gevoelens en gedachten en ervaar drang om deze ten aanzien van de ouders te ventileren. Verder heb ik fysieke verschijnselen zoals beklemming in de borstkas, en buikkrampen.

Ieders membraan staat hier onder druk, men voelt zich binnengedrongen door de ander terwijl ieder zich op zijn manier probeert af te grenzen. De opdracht om zich én open te stellen én apart te blijven, loopt voor iedereen erg moeilijk in deze situatie.

Wat Winnicott (1958) '*intermediaire ruimte*' noemt is essentieel om deze opdracht te kunnen vervullen. Hij bedoelt een ruimte tussen de externe realiteit en de interne realiteit, tussen de wereld van externe objecten (alles wat niet-ik is) en de wereld van behoeften, emoties, verlangens, angsten, ... (alles wat ik is). Het is een tussenzone die samengesteld is uit elementen van binnen én buitenwereld, meer dan een transitzone is het een 'transitionele' ruimte waar de vermenging van deze elementen groei en ontwikkeling mogelijk maakt voor het zelf en het contact met buiten.

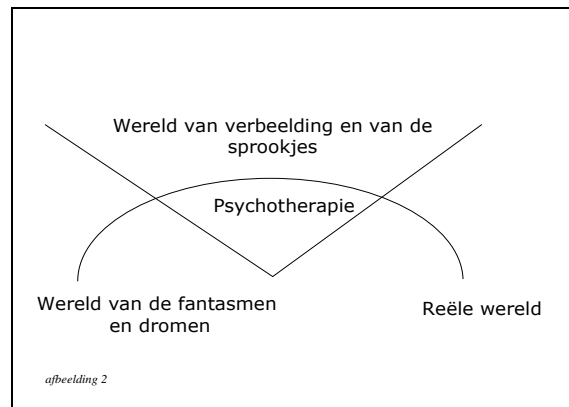
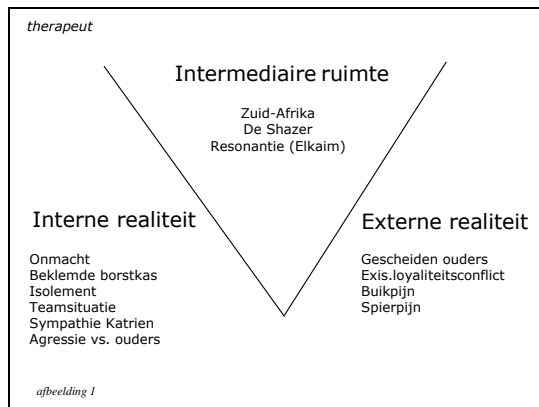
Hoe kon therapie in het gezin van Katrien de ruimte maken om innerlijke en externe realiteit te verbinden zonder in elkaar op te gaan? De stelling van Ausloos (1995) indachtig dat 'de enige die je in therapie kan veranderen jezelf is' begon ik bij mezelf, en probeerde een onderscheid te maken tussen 'binnen' en 'buiten' (afbeelding 1).

Mijn eigen ouders zijn niet gescheiden, en ik heb geen eigen ervaring om in een existentieel loyaliteitsconflict verscheurd te zitten, of met ouders die in tegengestelde richting trekken, en ik heb zelden buikpijn of spierpijn ('*buiten*').

Ik weet wel dat onmacht zich als beklemming in mijn borstkas laat voelen ('*binnen*'). Verder heb ik in mijn eigen ontwikkelingsgeschiedenis ervaringen van me geïsoleerd te voelen in m'n gezin van oorsprong ('*binnen*'). De teamsituatie op dat moment bracht herinneringen aan deze positie: omwille van organisatieperikelen was er geen terugvalmogelijkheid voor consistente ruggespraak. Dus zowel vanuit m'n eigen geschiedenis, als vanuit de actuele teamsituatie was er een drijfveer om te sterk met de geïsoleerde positie van Katrien te sympathiseren ('*binnen*').

De reflecties van een ex-collega ('*intermediair*') die voordien met het gezin gewerkt had, gaven me wel de ruggespraak die noodzakelijk was om opnieuw de afstand en niet beoordelende houding aan te nemen die nodig waren voor dit gezin. Ook de stelling van De Shazer (1988, 1991) dat je 'beter niet herhaalt wat niet werkt' hielp me m'n reddingsdrang in te nemen ('*intermediair*').

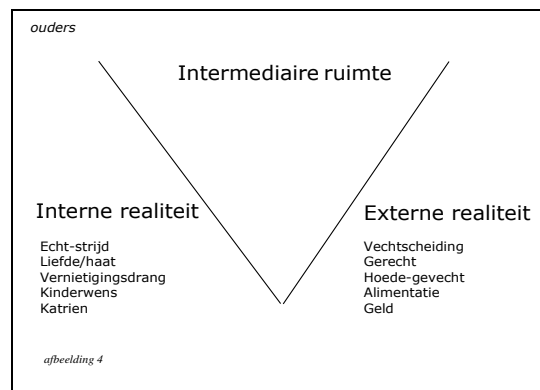
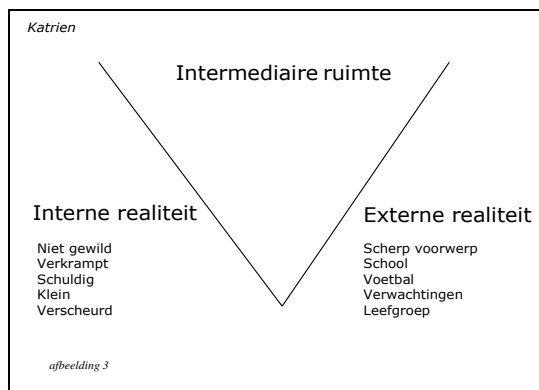
Stilstaan bij wat het contact bij me opriep, en een onderscheid maken tussen wat relevant was voor het gezin en voor mezelf (De Vos 2000, Elkaim 1989) kon me als therapeut opnieuw vrij zetten, om het contact met dit gezin verder te zetten.



Edith Tilmans-Ostyn (1990) stelt dat we in het werken met gezinnen vanuit onze tegenoverdracht geneigd zijn om te snel ‘therapie te gaan doen’ en daarbij aan het wezen van psychotherapie voorbijgaan. Zo omschrijft ze: *‘psychotherapie bestaat er in feite in om verbanden te leggen tussen twee polen van ons bestaan: de reële (concrete) wereld en de wereld van de fantasmen en de dromen. Het is eigen aan de psychotherapie om, net zoals de sprookjes en de verbeelding, dank zij de intermediaire ruimte die zich door haar ontvouwt, verbanden te kunnen weven tussen de twee polen. Binnen deze ruimte kunnen de knopen waarin gezinsleden verstrikt zijn, ontward worden, ...’* (afbeelding 2)

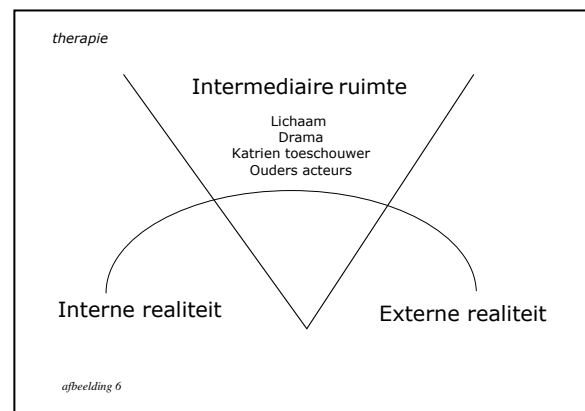
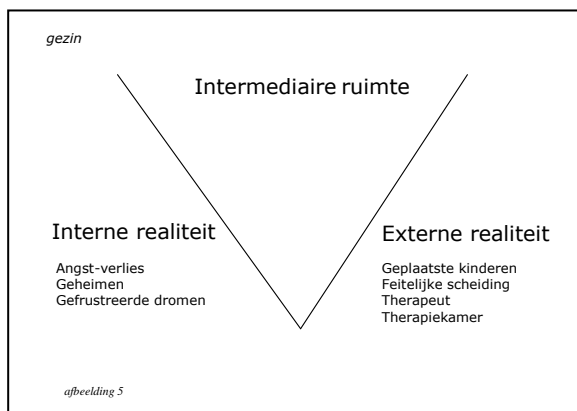
Wanneer we naar Katrien als adolescent kijken, dan zien we dat ze volgende innerlijke thema’s mee brengt in de therapeutische ruimte: ze voelt zich niet gewild, verkrampd, en wil verdwijnen (*‘ik ben schuldig en maak me zo klein mogelijk om niet in de weg te zitten, ik kan beter verdwijnen’*). Ze voelt zich verscheurd loyaal en ambivalent (*‘ik zwijg liever dan één van hen te kwetsen, want dan maak ik het nog erger’*). Elementen uit haar externe realiteit zijn bijvoorbeeld het scherp voorwerp dat ze gebruikt bij haar automutilatie, het feit dat ze schoolloopt en voetbalt en men daar positieve verwachtingen in haar stelt, de leefregels in de leefgroep die sterk afwijken van de regels thuis, ... (afbeelding 3).

Voor de ouders zijn er innerlijke thema’s van strijd, liefde/haat en ambivalentie ten aanzien van elkaar, een vernietigingsdrang, de overtuiging als beste ouder gerechtvaardigd te zijn Katrien op te eisen, de herbeleving van de vroegere ongeloste kinderwens die tot adoptie leidde. Extern zijn er de vechtscheiding, de juridische procedures, de strijd rond alimentatie en hoederecht, de financiële moeilijkheden van moeder nu ze apart leeft, ... (afbeelding 4).



Innerlijke elementen van het gezin: de angst om te desintegreren, om elkaar te verliezen, de gezinsgeheimen, de ongeloste/gefrustreerde dromen. Elementen uit de externe realiteit: het

gegeven dat Katrien opgenomen is en dat nog twee andere broers geplaatst zijn, het feit dat de ouders apart leven, de persoon van de therapeut als niet behorende tot hun gezin, en de therapiekamer op zich waar we elkaar ontmoeten (afbeelding 5).



Hoe heeft zich de ruimte in de therapie met het gezin van Katrien ontvouwd? (afbeelding 6)
 Als therapeut had ik ervaring met momenten waarin ik me te sterk betrokken voelde. Ik wist dat wanneer dit zich ook lijfelijk manifesteerde, bewegen en ‘iets doen met men lijf’ (m.a.w. ‘drama maken’) een uitweg boden.

Aan Katrien vroeg ik om nogmaals deel te nemen aan een gesprek samen met haar ouders, maar in de positie van toeschouwer (zonder stem dus), en met de vraag om bij te grote druk de ruimte te verlaten. Dit werd met de ouders besproken en kreeg hun akkoord.

Aan de ouders vroeg ik om aan mij te trekken, ieder aan een hand en in tegengestelde richting, eerst beurtelings, dan samen, eerst zacht dan harder. Deze scène gaf stilte en de ruimte om uit te spreken dat ik dacht dat Katrien in de positie zat die ik uitbeeldde, en dat ze van binnen verscheurd / ‘getweëndeeld’ werd. Een boodschap die, afgaande op de emoties, leek toe te komen.

In deze sessie werd dus gebruikgemaakt van een dramatechniek en het lichaam van de therapeut zelf, wat ruimte maakte om ‘verbanden te smeden’ tussen elementen van binnen en buitenwereld op het niveau van adolescent, ouders, gezin, én de relatie gezin–therapeut. Ieders onmacht werd voor ieder zichtbaar. Katrien kreeg binnen de sessie plaats als toeschouwer zonder stem, zijnde: een eenheid op zich en meer dan de speelbal, de inzet, de trekkoord tussen haar ouders. De ouders toonden beiden verdriet en spraken zich uit dat dit niet hun intentie was. Het gaf een moment van stilstand en doorbreken van de gebruikelijke actie-reactieketen, wat toeliet om nieuwe betekenissen te genereren.

Achteraf bleek dat deze interventie voor Katrien zelf in haar leven van betekenis zou blijven. Ik kom hier verder nog op terug.

Winnicott en Harry Potter

Om het begrip ‘intermediaire ruimte’ te omschrijven maakt Spingaer (2005a) de vergelijking met het verhaal van Harry Potter (Rowling 1997). Hij vertrekt in een gewoon station, en moet er door een onzichtbare poort in de muur om op perron 9 ¾ te komen, waar de trein naar Zweinstein vertrekt. Verwijzend naar Winnicott (1958) beschrijft Spingaer de intermediaire ruimte als een magische ruimte, en dat betekent dat deze niet in vraag gesteld wordt: ‘om deze

ruimte met respect te betreden, wordt de vraag wat er nu juist bedoeld wordt (met een beeld, een verhaal, een sprookje, een schilderij,...) niet gesteld (Splingaer 2005a). M.a.w. wanneer je de muur van Harry Potter objectief gaat onderzoeken zal je de toegang niet vinden.

Zoals de casus van Katrien beschrijft, is de houding die de therapeut daarbij aanneemt er een van *niet-weten, van niet-beoordeling, en van appreciatie* (Lang & Mc Adam 1997, Mc Adam 1995, 2002, Rober 2002). Daartoe dient deze over de mogelijkheid te beschikken om *datgene wat het contact bij hem/haar oproept in zich toe te laten, te verdragen, en te doorvoelen*⁸.

Het gaat om *'een gebied van ervaringen dat in directe verbinding staat met het spel waarin een jong kind zich verliest'* (Winnicott 1958).

Zo kan bijvoorbeeld het spel van een jonger kind in gezinssessie de ruimte maken om een gezinsknoop te ontwarren.

Nemo benaderde me herhaalde gezinssessies met zwaarden en geweren (maar geen schild). Samen met de kindertherapeute (co-therapeut) besprak ik om hier al dan niet op in te gaan. Ik voelde me uitgedaagd om te duelleren, maar we zaten er tegelijk mee dat dit onze aandacht zou weghouden van de ouders. Wanneer we dit verwoordden in het gezin, vertelden de ouders dat wapens thuis verboden waren. Dit richtte de aandacht verder naar welk gereedschap het gezin had om zich als eenheid af te grenzen van de buitenwereld. Bleek dat beide ouders grensoverschrijdende ervaringen hadden in hun gezin van oorsprong, en dat het huidige gezin zich krampachtig inzette om als eenheid te bestaan in een wereld die als vijandig en indringend ervaren werd.

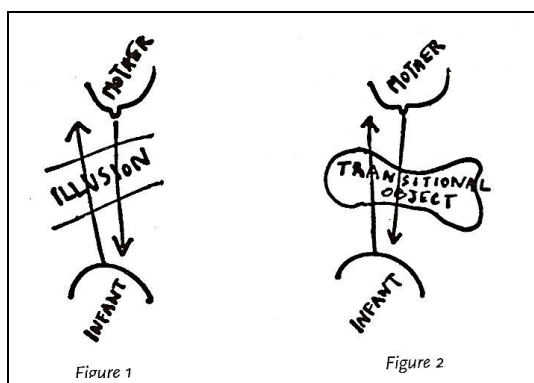
Het wapengekletter van Nemo was zo voor het gezin een *'onzichtbare poort tot perron 9 3/4'*.

Meerdere auteurs beschrijven op sprekende wijze hoe men in gezinstherapie *'ruimte kan creëren'* door gebruik te maken van spel (Wilson 1998, 2007, Rober 2002), kindertekeningen (Rober 2002), sprookjes (Splingaer 2005b), Matroushka's (Splingaer 2003), en andere creatieve vormen. Voor Andolfi (1989, 1995) is het symptoom (van het kind) *op zich* ruimte makend. Hij beschouwt het probleemkind als een *'consultant voor de gezinstherapeut.'* Samen met het gezin gaat hij op zoek naar *'de creatieve en symbolische kracht van het symptoom'* ten dienste van *'het gezin dat door het probleemkind in therapie gebracht wordt'*. Zo beschouwt ook Tilmans-Ostyn (1990) *'het symptoom van het kind als metafoor voor de gestolde delen in de buik van de ouders.'*

De intermediaire of transitionele ruimte laat groei toe, er gebeurt en ontwikkelt iets, het is belangrijk er voldoende lang te blijven en de tijd te nemen om de dingen te laten toekomen, zonder direct resultaatgericht te handelen.

Verskillende vormen van symbolisatie en verbeelding vinden er hun plaats (Winnicott 1961, 1971): vroege illusies en transitionele objecten (figuur 1 en 2), spel, dromen, sprookjes en verhalen, het idealisme van adolescenten, creativiteit, religie en kunst.

⁸ Naar analogie met de beschrijving van Stern's begrip *'attuned'* door Cluckers en Meurs (2005).



Postmoderne stroming in gezinstherapie

'Ceci n'est pas une pipe' (Rene Magritte)
 « The map is not the territory » (Alfred Korzybsky)⁹

Zoals de pijp van Magritte geen pijp is, zo is 'the map' van Korzybsky 'not the territory', m.a.w. het symbool heeft wel verband met de reële wereld maar valt er niet mee samen. Maturana en Varela (1987) werken deze idee verder uit, *'de waarnemer construeert het waargenomen'*. Binnen de gezinstherapie mondde dit denken uit in de postmoderne stroming (Anderson 1997, Rober 1997b, 2002): *'de werkelijkheid' en 'het ik' zijn niet objectief maar bestaan als constructies van ons zelf, en meer bepaald in taal, in verhalen en beelden.'*

Bijzonder interessant hierbij vind ik de plaats die men toekent aan de expertise van de hulpverlener. In sommige erg emancipatorische cliëntgeoriënteerde praktijken ontstond de idee dat de waarheid van de cliënt de enige was die ertoe deed, dat het de taak was van de hulpverlener om deze aan de oppervlakte te krijgen, en dat zijn eigen denken er weinig toe deed. In de postmoderne gedachte is kennis van de hulpverlener noodzakelijk als grondvest voor die hulpverlener. Naar de cliënt toe is deze echter te toetsen op relevantie. Er zijn dus verschillende waarheden die evenwaardig naast elkaar bestaan. Het in gesprek brengen ervan (de 'toetsing op relevantie') geeft een ontmoeting ('dialogoog' (Rober 1997b)) waarin een eigen verhaal tot stand komt. Een verhaal dat het lijden van en voor cliënten zinniger en meer aanvaardbaar maakt, en verandering toelaat. Een proces waartoe zowel therapeut als cliëntensysteem bijdragen, en waarin elementen vervat zitten van de interne en externe realiteiten van cliënt én hulpverlener. Een proces dat zich afspeelt in de intermediaire ruimte. Dit proces is niet hiërarchisch, ieders denken doet ertoe, het waarheidsgehalte is geen thema. Vaak niet evident in medisch georiënteerde settings, want wanneer het niet om de waarheid gaat dan houdt dit ook in dat je 'het niet weet'.

Het feit dat je het als therapeut 'per definitie' niet weet, net zomin als de cliënt, is voor mij één van de krachtigste aspecten van de intermediaire ruimte. Dit 'samen niet-weten' werd als concept uitgewerkt door narratieve therapeuten zoals Anderson en Goolishian (1992), en Rober (2002). Ausloos (1990) formuleert het als dat *'de therapeut zich niet langer opstelt als de atlas die de problemen van het gezin op zijn rug torst'*, hij is geen magiër expert die het probleem zal oplossen. Wanneer hij het besef van niet perfect te zijn expliciet meeneemt in de therapie, kan hij de cliënt helpen om bij diens eigen krachten en oplossingsvaardigheden te komen. Iets wat naar mijn aanvoelen zeer nauw aansluit bij het *'good-enough'*-concept van Winnicott (1958). Iets wat me als therapeut bijzonder veel bewegingsruimte /

⁹ (le Fevere de Ten Hove 2000)

‘oscilleringsruimte’ geeft, ook al is de druk om het wél te weten én wél te handelen soms zeer groot, zoals het vervolg van de casus van Katrien aantoont.

3. Toepassing in het therapeutisch werk met adolescenten, ouders en gezinnen.

Gebruik van dramatechnieken bij Katrien.

Omwille van binnen het OBC onhanteerbaar geworden suicidaliteit wordt Katrien op de wachtlijst gezet voor opname in een kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling. Dit roept binnen het team beschouwingen op omtrent het herhalen van de situatie van vroegkinderlijk verlies en relatiebreuk met hechtingsfiguren (i.c. de leefgroep en het multidisciplinair team) die (door materiële beperkingen) niet in staat zijn haar levenspijn / angst / doodsdrang te containen (in analogie met de adoptie en de plaatsing).

Ook Katrien geeft expliciete aanwijzingen voor het risico om zich in de wachttijd te zelfmoorden.

Wanneer ik haar iets teruggeef van de beschouwingen in het team, en ook aangeef dat ik gewrongen zit met de verantwoordelijkheid/aansprakelijkheid die ik als psychiater en eindverantwoordelijke van het team over haar draag zolang ze bij ons verblijft, zit ze daar op haar beurt zichtbaar mee gewrongen. (Ik denk bij mezelf dat ze opnieuw in loyaliteitsconflict zit ‘kies ik voor hem of voor mijzelf (dwz de dood)’ of ‘laat ik hem kiezen (leven), of kies ik voor één keer zelf (dood)’). Na enige aarzeling zegt ze dat ze ‘bij haar moeder wil zijn, haar echte moeder die dood is’. Binnen Ter Wende was het gebruikelijk belangrijke afwezige figuren te symboliseren aan de hand van een lege stoel. Ik zet dus een stoel bij en vraag haar wat haar echte mama zou zeggen ‘in de veronderstelling dat ze nu bij ons zou zijn.’ ‘Weet niet.’ Katrien is op de hoogte van het adoptieverhaal, haar natuurlijke moeder (tiener en dakloos) koos er voor om haar dochter af te staan opdat ze zou kunnen opgroeien in een warm en sociaal goed geplaatst gezin. ‘Wat was de wens van je mama toen ze je liet adopteren?’ ‘Om me een beter leven te geven dan zichzelf.’ ‘Zou ze willen dat je nu dood ging?’ ‘Nee, ze zou zeggen in haar naam te leven...’... Lange stilte... ‘Ik zal mezelf niets doen, maar alleen zolang jij verantwoordelijk voor me bent.’

Van volgende hulpverleners vernam ik dat Katrien vaak terug dacht aan deze twee beschreven sessies, die alles behalve de problemen oplossen. Veronderstelling is dat deze ruimte gaven aan het ‘nog-niet-gezegde’ (Anderson & Goolishian 1998) en aan het ondraaglijke van haar leven zonder erdoor verpletterd te worden, dat het de mogelijkheid gaf om met enige afstand te kijken naar haar situatie. Mogelijk heeft het haar geholpen in leven te blijven ondanks de pijn en de aan misbruiksituaties eigen ambivalente gevoelens ten aanzien van haar ouders (Sheinberg en Fraenkel 2001). Mogelijk hielp het haar naar de verantwoordelijkheid van de ouders te kijken zonder hen geweld aan te doen, en hielp het haar om niet alle verantwoordelijkheid/schuld voor het geweld rond zich in haar zelf te nemen en zich te zelfmoorden (Winnicott 1961).

De stoel die ze in de twee situaties kreeg symboliseerden mogelijk iets van gedragenheid en bestaansrecht. In haar leven werd herhaaldelijk door anderen beslist waar ze goed zou zijn (adoptie, plaatsing in OBC, verwijzing naar kinderpsychiatrie,...). Katrien lijkt telkens tussen de stoelen door te vallen. Mogelijk bracht het zetten van een stoel (een keer voor haar als

toeschouwer, een keer voor haar innerlijke natuurlijke mama) bij haar een innerlijk proces op gang, waarin ze kon ervaren dat er toch een klein plekje kon zijn voor haar om op te zitten en 'om haar te houden'.

Als psychiater en therapeut gaf het mij de mogelijkheid om met mijn eigen gevoelens van onmacht, woede, doodsangst, én met de dwang van mijn aansprakelijkheidsgevoel, om te gaan op een manier waarbij ik zo weinig mogelijk geweld (bijvoorbeeld via een gedwongen beveiligingsmaatregelen) hoefde te gebruiken ten aanzien van Katrien en haar gezin.

Een medicatievoorschrift leidt in het gezin van Simon tot nieuwe individuele en relationele betekenissen.

Net zoals een diagnose moet een pil in de psychiatrie gementaliseerd worden, wil men ze kunnen innemen met behoud van z'n waardigheid. Ik bedoel daarmee dat beide fenomenen (diagnose en pil) moeten kunnen toekomen, dat de betekenissen en beelden die erop kleven moeten kunnen gewikt en gewogen worden om een onderscheid te maken tussen wat 'van buiten' komt en wat 'van binnen'. Betekenis moet kunnen verleend worden, niet enkel als individu op zich maar ook als behorend tot een relationeel netwerk.

Voor mij moet 'inname van pillen' langs de intermediaire ruimte passeren om niet vervreemdend te zijn. Ze krijgen a.h.w. een inkapseling in een stukje van de eigen membraan, zo kunnen ze in het besef dat het over iets lichaamsvreemd gaat toch toegeëigend worden. En om ze toe te eigenen moet er mentale ruimte gemaakt worden.

Simon (*afbeelding 7a*) wordt opgenomen in het OBC naar aanleiding van escalerende conflicten thuis en op school. De situatie is vastgelopen, hij weigert nog naar school te gaan, en is thuis erg passief en tegelijk zelfbepalend. Vroeger werd reeds de diagnose gesteld van ADHD met ernstige functionele beperkingen. Dit leidde tot een Rilatine voorschrift met tegenstrijdige ervaringen (hulpverleners vermelden een positief effect, moeder twijfelt). De ouders zijn verwickeld in een aanslepende scheiding en discrediteren elkaars opvoedingsstijl. Een gaaf terrein is de manège, Simon is fervent paardenliefhebber en ruiter.

Bij de opname maakt Simon meteen duidelijk wat hij van medicatie vindt: hij weigert een gesprek met de psychiater 'ik ben niet zot, ik wil diene gast nie zien....' Omdat zijn gekteconcept op dat moment onbespreekbaar is, omdat er ook bij de ouders weinig draagvlak is, en omdat de situatie hanteerbaar blijft met niet farmacologisch hulpaanbod, wordt er niet verder aangedrongen.

Enkele maanden later loopt de situatie opnieuw vast: incidenten op school met ontkend eigen aandeel, dreigende schorsing, conflicten thuis, bravouregedrag in leefgroep, ... (gelijkend op aanmeldingsgedrag).

Het team vraagt om het medicatiespoor opnieuw te verkennen. Simon houdt het erbij dat hij niet met de psychiater spreekt, maaër dat de 'psy' wel met hém mag komen spreken. Zijn tolerante opstelling intrigeert me en ik neem zijn 'uitdaging' aan.

Simon is afwachtend, blijkbaar heeft men hem vroeger wel over ADHD gesproken, maar eigenlijk is hij dat vergeten. Zeker is dat hij medicatie moest innemen tegen zijn wil en dat dat 'bucht' is. Hij weet niet wat hij zelf vindt dat er met hem aan de hand is, maar ik mag wel m'n gedacht zeggen. ... *'Ik denk dat je eigenlijk een soort turbohersen hebt, en dat je hersenen soms vlugger werken dan dat je zelf kan volgen.'* Simon glimlacht. *'Ik denk dat dat vaak leuk is maar dat je daardoor ook in problemen geraakt, op school bvb ...'* Wat hij later wil worden, dat weet hij niet. Hij heeft ook geen idee wat zijn ouders er allemaal van denken, en hoe zij tegenover medicatie staan, ik moet het hen zelf maar vragen. *'Als ge dat nodig vindt, moet ge hun*

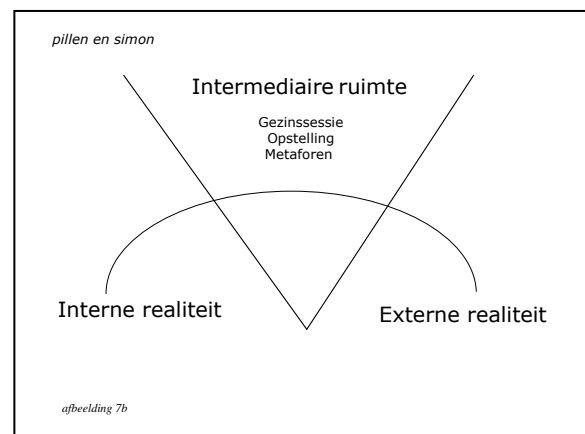
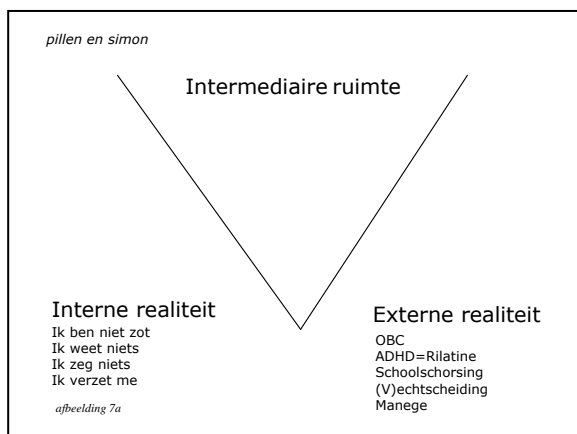
maar uitnodigen, maar ik kom niet, want ik heb niks te zeggen.’ Ik zeg hem dat hij niet verplicht is iets te zeggen, maar dat ik wel wil dat hij aanwezig is op het gesprek met zijn ouders zodat hij kan horen wat er over hem gezegd wordt.

...
 Familiezitting met beide ouders en één nieuwe partner ... Simon zit apart, in een zetel naast de vergadertafel, verscholen achter een stripverhaal. Af en toe pleegt hij een intermezzo waarin hij een korte discussie aangaat met één van zijn (stief)ouders. Ervaringen en verwachtingen worden uitgewisseld, een ‘diagnostische metafoor’ ontwikkelt zich *‘zijn hersenen gaan sneller dan hij zelf kan volgen, hij is constant verrast door zichzelf en niet altijd op zo aangenaam mogelijke manier voor zichzelf én zijn omgeving’* *‘hij verliest de teugels over zijn inwendige volbloedhengst.’* ... Van achter zijn stripverhaal deelt Simon ons mee dat hij *‘niet tegen proberen’* is.

...
 Bij een eerste evaluatie (in dezelfde constellatie), is de conclusie dat *‘Rilatine helpt om meer aandacht te geven aan datgene wat hij zelf belangrijk vindt, en om zich niet te laten afleiden door stoorzenders in zijn omgeving.’* In de marge wordt vermeld dat hij zich soms coöperatief opstelt.

Deze definitie, tot stand gekomen in de intermediaire ruimte van de gezinssessie, zegt vertaald in termen van membranen dat hij meer een entiteit op zich is geworden, dat hij zich als individu beter kan richten in zijn omgeving, en dat hij ook meer in staat is te beslissen over zijn leven, ... een weg die zich ook in de schoolse realiteit aftekent wanneer hij de kans krijgt om paardensportschool te volgen.

Wanneer Simon zich afsluit in de weigering *‘ik ben niet zot, ik weet niet, ik zeg niets, ...’* dan versta ik dat als een poging om zijn membraan intact te houden, uit vrees binnen gedrongen te worden door vreemde dingen. En een pil is duidelijk te beschouwen als een vreemd voorwerp. Vader verwees naar deze vervreemding in de beschrijving van de negatieve effecten in het verleden, *‘Simon was niet meer dezelfde, een zombie, waar nog weinig inzat...’* Verder zie ik het als een poging om zijn twijfels over zijn geestelijke gezondheid (versterkt door het gegeven in een OBC te verblijven) onder controle te houden, en niet bestendig te zien in de blik van de buitenwereld (*‘je bent gek als je pillen inneemt’* en *‘nog liever een doortastende rebel dan een welwillende gek’*).



Binnen de gezinssessie ontvouwde zich rond het thema ‘innemen van pillen’ ruimte om tot nieuwe betekenissen te komen (afbeelding 7b). Beide ouders waren samen aanwezig ondanks de vechtscheiding. Door samen verantwoordelijkheid op te nemen over het medicatiegebruik van hun zoon, toonden ze hun betrokkenheid en verbondenheid ter aanzien van hem.

Samen met hen werden omtrent ADHD en medicatie gaandeweg metaforen ontwikkeld, verbonden met de Simons leef- en belevingswereld (paarden). Simon kreeg controle over zijn eigen situatie via geregelde evaluatiemomenten. Deze handelwijze gaf hem ankerpunten voor de mentalisering van het gegeven een vreemde stof in te nemen die invloed heeft op zijn eigenste innerlijke wereld.

Spreeken rond pillen, bracht ook op het vlak van gezinsrelaties ruimte. Simon werd gevraagd om op het gesprek aanwezig te zijn zonder te verwachten dat hij spreekt. De positie die Simon als adolescent inneemt in zijn gezin werd letterlijk in scène gezet, m.n. aan de rand aanwezig, wisselend in de mate waarin hij participeert. Deze opstelling gaf Simon de ruimte om erbij te zijn zonder in het brandpunt te staan, en verenigt tegenstrijdigheden eigen aan zijn ontwikkelingsfase, m.n. verbonden en apart, uitwendig onverschillig en innerlijk betrokken, pose van onverantwoordelijkheid en duidelijk in wat hij niet wil.

Door (gevraagd) aan de rand te staan heeft hij kunnen ervaren ook iets te bepalen. De uitbeelding in de gezinssessie (de intermediaire ruimte) maakten dit niet enkel zichtbaar voor hem maar ook voor zijn gezin. Mogelijk bracht dit ook een innerlijk proces op gang waarin hij zijn zelfbeeld kon verruimen. Idem dito voor het beeld van de ouders omtrent hun zoon (*'ook coöperatief'*)

In deze intermediaire ruimte ervaar ik als therapeut én als arts een grote vrijheid van spreken. Ik vertrek vanuit de idee dat spreken het opzet is, niet dat Simon straks die pil inneemt (ik hoop dit wel, maar dit is niet de finale verwachting). Mijn verwachting is wel te kunnen vertellen -vanuit mijn medische achtergrond en kennis over hersenen en chemie- wat volgens mij de moeite waard is te proberen, zonder verzekering van succes, en met de garantie dat de zaak teruggeschroefd wordt indien de effecten negatief zijn. Een uitgangspunt analoog met wat Lerner (1996, 2000) beschrijft als *'not-knowing knowing'*. Hij heeft het daarbij over een hulpverlener die zich opstelt én als therapeut die participierend zoekt naar unieke betekenissen van zijn cliënt, én als expert zijn kennis over het algemene benut.

Het team een therapeutisch medium voor het gezin van Frans.

Of hoe de knoop van het team een intermediaire ruimte vormt voor het gezin.

'Hou me (niet) vast' (Broos & Van Dun 1997)

'Laat me (niet) los' (De Vos & Wijckmans 2002)

In gezinnen met hechtingsproblemen is er vaak amper ruimte om te spreken zonder ofwel de ouders ofwel het kind geweld aan te doen. Bij adoptiegezinnen waar het verregaande engagement vaak tot extreem vastgelopen situaties leidt, zit men soms letterlijk op elkaar vooraleer men hulp zoekt. Situaties waarin de nood aan 'tussenruimte' zich dus ook letterlijk laat voelen in de onderlinge relaties, een nood die ook onmiddellijk wordt overgedragen naar de hulpverleners(systemen) in contact met deze gezinnen.

Probleem met een term als 'hechtingsstoornis' is dat deze weinig spreekruimte creëert die tot enige reflectie kan leiden. Geconfronteerd met deze 'diagnose' voelen ouders zich al te vaak beschuldigd en vastgezet. Het gestoorde wordt in de ouders geplaatst, ze voelen zich niet in hun waardigheid gezien, deze diagnose laat geen ruimte om het woord te wikken en te wegen (om te 'oscilleren'), het woord plakt op hun identiteit alsof er een existentiële uitspraak gedaan wordt over het ouderschap. Hetzelfde gaat op voor het kind aangaande de term 'bodeloosheid', een term die in kringen van oudergroepen rond adoptiekinderen ontsproten is (Broos 1997). Bij het gebruik van dergelijke termen creëren we dus meer van hetzelfde, en

gaan we op onze beurt mee respectievelijk op de ouder of het kind zitten. Onbedoeld wordt ofwel de ouder ofwel het kind met de schuld opgezadeld.

De keuze van terminologie en de wijze waarop deze uitgesproken wordt, zijn cruciaal in het al dan niet creëren van tussenruimte die spreken, reflectie, en mentalisatie stimuleert, om zodoende bevreemding en besmetting van zelfbeeld en identiteit te voorkomen.

Wanneer ouders zich bij ons aanmelden en zich geïsoleerd en belast voelen door voorgaande diagnostiek, proberen we rond het vroegere diagnostisch proces in gesprek te gaan. *‘Wat zou vorige hulpverleners kunnen beziend hebben om deze term te gebruiken?’* We proberen het gebruik van de term te ‘contextualiseren’, en stellen vaak een hertaling voor naar *‘afstemmingsproblemen’* (Baert 2002). Vaak geeft dit een opening naar verder gesprek.

In de situatie van Frans was dit gesprek niet meer mogelijk.¹⁰

De ouders van Frans worden overspoeld door herinneringen wanneer ze bij het OBC hulp zoeken. Voorgaande hulpverlening rond twee andere kinderen ervoeren ze als negatief, intrusief en schuldbestendigend. Ze voelden zich met de vinger gewezen, en het gaat hier over de vinger van de omgeving én van de hulpverleners¹¹. Over de ervaringen in het gezin van oorsprong aangaande ‘vingerwijzingen’ werd niet gesproken. De last is massaal voelbaar in het intakegesprek.

Frans werd als peuter samen met zijn twee oudere broers uit Afrika geadopteerd. Gedragsproblemen van Frans en zijn broers, en een toenemend isolement als gezin hebben de draagkracht ernstig aangetast. Ze voelen zich met hun rug tegen de muur staan, en vrezen dat hun gezin uit elkaar zal spatten en dat ze elkaar verliezen, nu ze opnieuw beroep moeten doen op een residentiële hulpvoorziening.

Door de vernietigende kritiek naar vroegere residentiële hulp, het grote wantrouwen, én de grote nood, voelen we ons als hulpverleners beklemd, getaxeerd, én gedwongen. De vragen zijn tegenstrijdig. *‘Geef ons een duidelijke diagnose! Hij is hechtingsgestoord, dan ligt het aan ons of niet!? Hij is bodemloos, dus ligt het aan hem!? Zeg dat het aan ons ligt! Iedereen zegt het, dus zullen ze wel gelijk hebben. Zeg ons wat we fout gedaan hebben, en wat we moeten veranderen. Zeg dat het aan de bruine ligt, dan kunnen we stoppen voor we erin verzuipen. Als we stoppen heeft ons leven geen zin meer, is alles voor niets geweest. Als we Frans hier laten bekennen we schuld, de omgeving heeft dan gelijk ‘ziet ge wel dat ge niet genoeg doet, ge hebt hulp nodig, ge steekt hem weg.’ Zo falen we nog meer. Als we hem meedoen naar huis verdrinken we. We gaan kapot. Weet ge, ... we zijn lastige mensen!’*

Een poging om dit laatste positief te herkaderen, verwijzend naar het jarenlang alleen torsen van het leed enzovoort... lokt bij moeder agressie uit. *‘Ge moet er zo geen eieren onderleggen, we hebben geen potdraaijer nodig, zeg het maar zoals het is, we kunnen ertegen (dat kennen we)!’* De intaker voelt zich teruggeworpen en verlamd, ...en die membraan maar ‘oscilleren’! Om de membranen wat rust te gunnen, wordt er een pauze ingelast.

De knoop in het gezin van Frans zat dus zeer vast, en als hulpverleners zaten we meteen mee verstrikt. Wat was hier de poort tot perron 9 ¾? Hoe konden we hier ‘mentale ruimte’ creëren buiten het letterlijke denken en spreken, wanneer de mensen van bij het begin op ons vel zaten, en het woord op zich ervaren werd als vijandig en intrusief, wanneer taal een ‘scherp voorwerp’ was geworden?

¹⁰ De gehanteerde werkwijze werd uitvoerig beschreven door De Vos & Wijckmans (2002).

¹¹ Doet me denken aan een zinnetje van Olthof (1996): *‘Gezinsgericht wil (niet) zeggen dat de vinger in de richting van het gezin wijst.’*

Analoog aan het begrip ‘overdracht/tegenoverdracht’ spreekt Elkaim (1989) over ‘resonantie’. Hij bedoelt hiermee het proces van wederzijdse beïnvloeding tussen gezinssysteem en hulpverlenersysteem, het contact dat tegen de achtergrond van ieders eigenheid en geschiedenis allerlei bij onszelf zal teweeg brengen, en ons betrokken partij maakt. Ausloos (1990) stelt op zijn beurt dat de sterke gevoelens bij de therapeut opgeroepen door het contact met cliënten, ten dienste kunnen gesteld worden van de cliënt én van therapeut (om zichzelf als hulpverlener opnieuw vrij te zetten). Hij werkt dit verder uit als concept, en noemt dit de ‘boze positieve connotatie’. Hierin geef je eerst de last weer die je als therapeut ervaart in het contact met het gezin, waarna je vervolgens aangeeft welke krachten in het gezin jou desondanks motiveren om toch met hen verder te werken.

Bij de intake lokt een positief herkaderen (bedoeld als leniging van een negatief zelfbeeld) agressie uit bij de ouders van Frans. Tijdens de pauze blijkt dat gans het intake-team zich bij dit eerste contact verworpen voelt. Er werd stil gestaan bij de relevantie van deze sterke gevoelens én voor het team én voor het cliëntsysteem (De Vos, 2000). Dit bracht ons tot besef van onze eigen nood aan bevestiging, van de kwetsbaarheid in onze waarden (ondersteund en positief bejegenen en zoeken naar de krachten), van soms te ver gaan in onze emancipatorische houding, en van het gegeven dat een aanval hierop ook bij ons agressie uitlokte. Omtrent het gezin werd de hypothese geformuleerd dat ze zo gekwetst waren dat een helpende hand ervaren werd als agressie, een bevestiging van hun falen. Zodoende kon er een kader geconstrueerd worden waarin de heftige emoties verstaanbaar en aanvaardbaar werden (Elkaim 1989), en werd er vermeden om in de tegenaanval te gaan.

Aan het gezin van Frans werd teruggegeven¹² dat de zwaarte van hun problemen ons overweldigde. En dat we bang waren niet aan hun verwachtingen te voldoen, dat onze manier van werken (zoals zoeken naar het positieve, ‘eieren eronder leggen’) hen zou storen, en dat het samen zeer moeilijk en lastig ging worden (d.i. *het ‘boze’ stuk van Ausloos’ connotatie*).

We gaven echter 3 redenen om toch verder te gaan met hen (*het ‘positieve’ stuk van de connotatie*): ons gedacht dat hun hulp vragen toonde hoe belangrijk Frans als kind voor hen was, het gegeven dat ze hulp vroegen ondanks hun angst Frans hierdoor te verliezen en ondanks de negatieve ervaringen uit het verleden, én omwille van de openheid waarmee ze hun ergernis ten aanzien van ons uitspraken. We stelden één voorwaarde: dat we op hen als ouders konden beroep doen, ook op het moment dat het in Ter Wende moeilijk zou lopen. We stelden dat we zonder hen niets konden doen voor Frans.

Dit kader maakte het voor ons mogelijk om hun ‘van problemen verzadigd verhaal’ (White 1991, 1995, White & Epston 1990) te aanvaarden zo lang als nodig voor hen, vooraleer enig expliciet verschil proberen te maken. Of zoals Rober (2002) het formuleert: *‘wanneer ouders zich werkelijk aanvaard en begrepen weten, ontstaan mogelijkheden tot groei en verandering. Betekenisverlening maximaliseert de gezonde krachten binnen een context.’* We aanvaarden het probleemverhaal als een valabele manier om naar het leven te kijken. (Rober 1997). Dit gaf aan de ouders van Frans de ruimte om zich te beklagen, om ontgoocheling en wanhoop te uiten, en aan ons ruimte om het verkeerd te doen (m.a.w. installatie van een ‘good-enough’ toestand). En soms ging dit over voor ons verrassende momenten, zoals moeder die in crisis

¹² In Ter Wende is het gebruikelijk dat een team de intake volgt, hetzij van achter de spiegel, hetzij in de spreekruimte zelf. Hun reflecties worden op een gegeven moment meegenomen in het gesprek (Andersen 1991).

gaat omdat we haar teveel hoop gaven. In de loop van de begeleiding werd dit een barometer voor het ‘eiergehalte’ van de therapeuten (en dus beschermend naar de gezinsidentificatie). In het spreken met dit gezin werd gebruik gemaakt van gans het residentiële team om intermediaire ruimte te creëren. De ouders werden mee uitgenodigd aan de vergadertafel, om hen zodoende letterlijk deelachtig te maken aan het hulpverleningsproces. Drijfveer hiervoor is een ‘participerende ethiek’ (Hoffman, 1991), eerder dan een ‘techniek.’ Betrachting is om een context te creëren waarin een ‘open dialoog’ (Seikkula & Trimble 2005) tot stand komt. We namen de verschillende definities die het gezin van zichzelf (gestoordheid) in de loop der jaren opbouwde, mee in het therapeutisch verhaal dat we met hen opbouwden. We bespraken hun identiteit als ouder, als zoon, als gezin, als deel van een omgeving (naaste familie en vrienden, hulpverleners). We maakten geen keuze voor of tegen het kind / het gezin / de omgeving. Wel probeerden we bruggen te slaan over de splitsingen heen, door met allen ‘meervoudig partijdig’ te sympathiseren (Boszormenyi-Nagy 1986, van Heusden & van den Eerenbeemt 1992). Hun eigen definitie werd (als ‘*problem saturated story*’) hernomen, aanvaard, en daar waar mogelijk voorzichtig genuanceerd, door inbreng van onze eigen visie als mens en ieder vanuit zijn eigen vakdiscipline (opvoeder, gezinstherapeut, kindtherapeut, schoolbegeleider, ergotherapeut, kinderpsychiater), inbreng van ervaringen van anderen... en nuanceerden ze (*‘the not yet said’* (Anderson & Goolishian 1998)) tot een weliswaar licht gewijzigd maar toch nieuw verhaal. We plaatsden onszelf met gans het team in de tussenruimte tussen innerlijke (angsten, hoop/wanhoop, levens- en doodsdrijf, haat en liefde) en uitwendige realiteit van het gezin. Zo was het mogelijk om voor dit gezin de context te creëren om de actiereactie keten te doorbreken, en de tijd te nemen nieuwe betekenissen te verinnerlijken. Wanneer we bij het einde van de begeleiding met het gezin stilstonden bij wat hen geholpen had, dan gaven ze aan dat we hen ‘ont-vangen’ hadden, ze bedoelden hiermee dat we noch hen noch hun kind ‘gestrikt hadden’.

4. Toepassing in het werken met teams

of de knoop in het team

De hoopvolle stelling van Ausloos (1995) dat ‘*een gezin zich enkel de problemen stelt die het kan oplossen, met uitzondering van datgene wat zich ‘van buitenaf aan het gezin opdringt’ zoals ziekte, rampen, ongeluk, handicaps*’ (deze laatste omschrijft De Shazer (1988) als ‘beperkingen’), inspireert ons als team om in gezinnen vanuit competentie te vertrekken en minder vanuit deficit. Zodoende worden gezinnen opgewaardeerd van ‘tekortschietend’ en ‘gestoord’ naar ‘*good-enough*’. Dit kijken vertaalt zich tijdens supervisie in beschouwende vragen in de zin van ‘*Wat kan deze moeder bezielen om zo te handelen? Op welke manier probeert ze iets te herstellen van tekortkoming uit de vorige generatie?...*’ Het vertaalt zich ook in een kijk waarbij het bestaan van kind- en oudergebonden beperkingen aanvaard en erkend worden. Maar ook vragen als ‘*Wat roept deze situatie aan beelden bij ons op? Waar zijn wij bang voor? Wat hebben wij nodig om met deze situatie te kunnen werken?...*’

Wanneer er binnen een team ruimte is voor deze ‘innerlijke dialoog’, straalt dit ook vaak af op gezinnen en jongeren, en ontstaat de mogelijkheid om op hun beurt stil te staan, uit de actie-reactie keten uit te stappen, en de ruimte te nemen om iets van verschil te voelen te denken, te laten bezinken, en een onderscheid te maken tussen zelf en de ander.

Ellen

Geweld is een actueel thema waarbij het zeer moeilijk is om deze tijd te nemen. Het is

maatschappelijk en dus ook binnen hulpverlening een steeds meer prangend gegeven. Wanneer er sprake is van geweldpleging door een adolescent binnen zijn gezin, kunnen we ervan uitgaan dat hij geweld in de leefgroep zal herhalen. We weten namelijk dat symptomen die zich binnen het gezin voordoen neigen om zich te herhalen in interactie met het hulpverlenerssysteem (Ausloos 1995, Boeckhorst 2003, Delamarche 1990).

Zo geschiedde ook bij de 15 jarige Ellen. Onmiddellijk van bij de opname manifesteert ze zich: kind van skateboard geduwd, dreigend naar een opvoedster, permanentie tussenkomst, ..., dringende teamvergadering.

'Ellen moet eruit, we kunnen haar niet dragen, ze brengt de andere kinderen in gevaar, we kunnen hen niet beschermen, ze is te gespierd om haar fysiek in bedwang te houden...'

Niet evident dus om de focus weg van Ellen naar onszelf te richten. Echter noodzakelijk om onszelf te kunnen afvragen wat wij als team nodig hebben om haar 'gewicht' te kunnen dragen. ... Veiligheid onderling, vrees dat men aangesproken zal worden op te kort schieten, omgaan met onmacht en met onderlinge verschillen, spanningen en frustraties, en soms gebrek aan een kader, maakt dat hulpverlenerssystemen moeilijk kunnen stilstaan bij hoe zij zelf aangedaan worden door cliënten zonder dat dat betekent dat men afgaat.

Ik herneem hier Olthofs concept van 'team als therapeutisch medium'. Op zoek naar een manier om in teams uit waarheidsgevechten te blijven, dus om discipline- en conceptoverschrijdend te kunnen werken, definieert hij heel het gebeuren in een teamvergadering als 'betrekking hebbende op de cliënt' (*'alles wat gebeurt is de cliënt'*). Op die manier worden angsten, associaties, aversies, ... gedefinieerd als op een of andere manier relevant voor de cliënt.

'Wat hebben we nodig als team om Ellen te kunnen dragen? In de veronderstelling dat ze daarom vraagt, en dat ze angst voor het nieuwe uit via agressie.' De idee werd ontwikkeld dat de angst van ons team om Ellen niet te kunnen dragen, mogelijk overeenkwam met haar angst om dit niet te kunnen verdragen. Mogelijk kwam de vraag van het team hoe haar te begrenzen, overeen met Ellens onzekerheid of ze wel een plek zou hebben hier én thuis. Dit gaf volgende 'handelplan'.

We hebben Ellen teruggestuurd, onderhandeld met de moeder die daar niet gelukkig mee was. We gaven aan dat we niet zeker wisten of we hen zouden kunnen houden, en dat we dachten dat ook Ellen wel een vraag naar hulp had bij de hantering van haar agressie, maar... ook in het zich verzekeren van haar plaats thuis (moeder heeft een nieuwe partner op moment dat Ellen opgenomen zou worden). Aan Ellen en moe werd verduidelijkt dat er in de leefgroep geen geweld werd getolereerd, maar dat dat mogelijk te veel gevraagd was voor Ellen, en dat we haar dat niet wilden aandoen. Daarom kon ze haar plaats in de leefgroep progressief verdienen; op die manier kon ze er zich van vergewissen dat het er veilig was voor haar én dat haar plaats thuis intussen gevrijwaard bleef.

Ellen is geleidelijk aan ingegroeid in de leefgroep, er groeide langzaam vertrouwen tussen haar en de opvoeders, wat de geregeld dreigende escalaties kon containen. Tijdens de begeleiding kon er geleidelijk aan ruimte komen voor eigen noden en behoeften, en angsten en dromen. Plaats in de geschiedenis, en onzekerheid rond de geborgenheid en gedragenheid waren thema's in de gezingsprekken.

Veronderstelling is dat de voorafgaande reflectie en het stil staan door het team bij de eigen

angsten om dit meisje niet te kunnen dragen, ook aan Ellen en haar gezin de mogelijkheid gaf om uit hun vertrouwde patroon van handelen (actie / reactie) te stappen. Door Ellen naar huis te sturen en te laten ingroeien werd het gewicht verlegd van onze schouders naar de krachten van Ellen en haar gezin

Bijzondere Jeugdzorg

Samenwerking tussen geestelijke gezondheid en bijzondere jeugdzorg staat de laatste jaren erg in de belangstelling. Getuige hiervan het Bijpass-onderzoeksproject in de provincie Antwerpen (Janssens & Deboutte 2007).

Een deel van de polemiek draait rond de vraag *'is deze jongere ziek of niet'*. Afhankelijk van wie waar de focus legt krijg je verschillende antwoorden. Wanneer de psychiatrie inzoomt op het externaliserend gedrag dan is het een klant die volgens hen thuishoort in de bijzondere jeugdzorg. Wanneer de bijzondere jeugdzorg vooral het bevreemdende en de gestoordheid van het gedrag benadrukt, dan concludeert men dat dat in de psychiatrie thuishoort. Men heeft nogal de neiging om de oplossing bij de buur te zoeken.

Uitdaging is verbanden te smeden tussen de twee settings zodat de jongere niet als een pion heen en weer geschoven wordt. Mijn ervaring als supervisor in diverse residentiële instellingen van bijzondere jeugdzorg leert me dat het inderdaad zinvol is om bij elkaar geregeld 'op bezoek te gaan' om zodoende een 'tussenzone' te creëren.

Bij navraag in 'De Wissel' te Leuven naar 'wat er werkt', kreeg ik te horen dat de aanwezigheid van 'een psychiater die therapeutische denkt', ruimte maakt voor de angsten en twijfels van medewerkers in confrontatie met het verregaande en soms bevreemdende gedrag van de meisjes. Deze kunnen gebracht worden zonder dat men zich 'ter verantwoording' geroepen voelt, zonder dat men getaxeerd wordt op het 'slagen in het werk'. Het is een manier om twijfels en angsten te toetsen en te containen, waardoor ze minder doorwerken in de relatie met de gasten. Het feit dat de psychiater vanuit zijn 'medisch kader' ook aangeeft wanneer *'ze er compleet naast zitten dat dan stop zegt'* biedt daarbij veel veiligheid.

Effect is dat men zich minder afvraagt of 'dit meisje ziek is of niet', dat men ze beter kan containen, en dat de begeleidingsduur zou verlengd zijn ondanks eenzelfde moeilijkheidsgraag... .

Gesprek met teamcoördinator:

'ze hebben graag dat je komt'

'wat appreciëren ze dan?'

'je neemt mee wat zij brengen, en je geeft het anders terug. Je vragen maken ruimte, tijd, en laten stil staan...'

5. Uitleiding

Laat

Vertraag.

Vertraag.

Vertraag je stap.

Stap trager dan je hartslag vraagt.

Verlangzaam.

Verlangzaam.

Verlangzaam je verlangen

En verdwijn met mate.

Neem je tijd

En laat de tijd je nemen -

Laat.

Leonard Nolens

Literatuur

Andersen, T. (Ed.). (1991). *The Reflecting Team. Dialogues and Dialogues about the Dialogues*. New York: Norton.

Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities: A postmodern approach to psychotherapy*. New York: Basic Books.

Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. In: S. McNamee & K. Gergen (Eds.), *Therapy as Social Construction*. Londen: Sage.

Anderson, H., & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems. *Family Process*, 27 p 371-393. (Vertaald als: Menselijke systemen als linguïstische systemen. In L. Migerode, & P. Rober (Eds.) (1997), *Conversations en verhalen* (p. 81-112). Leuven: Garant.)

Andolfi, M. (1995). The child as consultant. In M. Andolfi, & R. Haber (Eds.), *Please help me with this family* (pp. 73- 89). New York: Brunner/Mazel.

Andolfi, M., Angelo, C., & de Nichilo, M. (1989). *The myth of atlas*. New York: Brunner/Mazel.

Ausloos, G. (1995). *La compétence des familles. Temps, chaos, processus*. Toulouse: Erés.

Baert, D. (2002). Problemen met hechtingsproblematiek. *Systeemtheoretisch Bulletin*, 20 (2), 96 – 111.

Boeckhorst, F. (2003). *Duivelse spiralen. Werkboek voor meervoudig-systemisch denken in de sociale psychiatrie*. GGnet Warnsveld.

Boszormenyi-Nagy, I. & Krasner, B. (1986). *Between Give and Take, A Clinical Guide to Contextual Therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Broos, D. (1997). Hechting en hulpverlening: Waar zit de stoornis? In: Broos, D. en Van Dun, K. (Red.). *Hou me (niet) vast, hulpverlening en hechtingsstoornis* (p.9-17).

Leuven/Apeldoorn: Garant.

Broos, D. & Van Dun, K. (1997). *Hou me (niet) vast, hulpverlening en hechtingsstoornis*. Leuven/Apeldoorn: Garant.

de Coninck, H. (1997). *Vingerafdrukken*. Amsterdam / Antwerpen: De Arbeiderspers.

Cluckers, G & Meurs, P. (2005). Bruggen tussen denk-wijzen? Reflecties over mentalisatie,

- ontwikkeling en (kinder)psychotherapie. In M. Kinet & R. Vermote (Eds.), *Mentalisatie* (p 11 – 34). Antwerpen/Apeldoorn: Garant
- De la Marche, J. (1990). Gezin-Kind-Behandelteam : Wie helpt wie ? Residentiële behandeling in systeemoptiek: het behandelteam in focus. *TOKK* (15), 3-11.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: investigating solutions in brief therapy*. New York/London: W.W. Norton & Company.
- de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- De Vos, J. (2000). A systemic approach of the therapist's feelings; the resonances of the therapist. Verslag van lezing en workshop door Mony Elkaim op het symposium 'De beleving van de therapeut als therapeutisch instrument in de gezinstherapie', georganiseerd door Feelings & Context op 21.01.2000. *Tijdschrift voor Familietherapie*, 7 (1), 39 – 54.
- De Vos, J., Van Moorter, H. & Pauwels, R. (2001). Partnerschap anno 2001: samenwerken met gezinnen in de praktijk. In: MPC Ter Bank (Ed.), *Ruimte geven. Praktijkvoorbeelden van hulpverlening aan kinderen en jongeren met een verstandelijk handicap en hun gezin* (p 95- 121). Leuven/Apeldoorn: Garant.
- De Vos, J. & Wijckmans, L. (2002). Laat me (niet) los. Op zoek naar een bodem met ouders, jongeren, en behandelteam, in adoptiegezinnen met hechtingsproblemen. *Tijdschrift voor Familietherapie*, 8 (2), 77 – 102.
- Elkaim, M. (1989). *Si tu m'aimes ne m'aime pas*. Paris : Seuil.
- Fonagy, P. & Target, M. (2003), Fonagy and Target's model of mentalisation. In: A. Hurry (Ed.), *Psychoanalysis and developmental theory*. London: Whurr. P270-282
- Fontaine, P., Delville, J., Dijon, X., Mercier, M., Tonglet, C., & Van der Linden, B. (1996). *ATD: 'La connaissance des pauvres'*. Louvain-la-neuve : Academia Bruylant.
- Ghesquière, P. (1993). *Multi-problem gezinnen. Problematische hulpverleningssituaties in perspectief*. Leuven: Garant.
- Hoffman, L. (1991). A Reflexive Stance For Family Therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapy*, 10, 3&4, 4-17.
- Janssens, A. & Deboutte, D. (2007). *Even bijpass-en. Over samenwerking Bijzondere Jeugdbijstand en Kinder- en Jeugdpsychiatrie*. Antwerpen: CAPRI Youth Mental Health / Universiteit Antwerpen.
- Lang, P. & McAdam, E. (1997). Narrative eating: future dreams in present living human systems. *The Journal of Systemic Consultation and Management*. Leeds Family Therapy Research Centre and Kensington Consultation Centre.
- Larner, G. (1996). Narrative Child Family Therapy, *Family Process*, 35 p 423-440.
- Larner, G. (2000). Towards a Common Ground in Psychoanalysis and Family Therapy: On Knowing not to Know. *The Journal of Family Therapy*, 22 p 61-82.
- le Fevere de Ten Hove, M. (2000). *Korte therapie. Een leidraad bij het 'Brugse model' voor psychotherapie met een toepassing op kinderen en jongeren*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- McAdam, E. (2002). Reflecties waar bevinden we ons nu? Een appreciërende, systemische, sociaal-constructionistische benadering. *Systeemtheoretisch Bulletin*, 20 (3), 177-191
- McAdam, E. (1995). Tuning into the voices of influence: the social construction of therapy with children. *Human Systems: The Journal of Systemic Consultation & Management*, 6, 171-188.
- Olthof, J. & Vermetten, E. (1994). *De mens als verhaal. Narratieve strategieën in psychotherapie voor kinderen en volwassenen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Olthof, J. & Schuite, A. (1996). *WaanZinnige verhalen. Levende psychiatrie met verhalen en metaforen*. Nederweert: Tinnemans
- Rober, P. (1997a). Raksha en Rama: over psychologische hulpverlening aan adoptieouders. *Tijdschrift voor Familietherapie*, 5 (1), 3-23.
- Rober, P. (1997b). Nieuwe metaforen voor de Gezinstherapie. In: L. Migerode & P. Rober

- (Eds.), *Conversaties en Verhalen. Op zoek naar een nieuwe taal in de gezinstherapie*. Leuven: Garant.
- Rober, P. (2002). *Samen in therapie. Gezinstherapie als dialoog*. Leuven: Acco.
- Rowling, J.K. (1997). *Harry Potter and the Philosopher's Stone*. London: Bloomsbury Publishing.
- Seikkula, J. & Trimble, D. (2005). Healing elements of therapeutic conversation: dialogue as an embodiment of love. *Family Process*, 44 (4), 461 - 475
- Sheinberg, M. & Fraenkel, P. (2001). *The relational trauma of incest. A family based approach to treatment*. New York: The Guilford Press.
- Speck, R.V., & Attnaev, C. (1971). Social network intervention. In J. Haley (Ed.), *Changing families* (pp. 312-332). New York: Grune & Stratton.
- Splingaer, G. (2003). Help, mijn kind heeft therapie nodig. Een gezinstherapeutische visie. *Tijdschrift voor familietherapie*, 9.2.
- Splingaer, G (2005a). *De initiële hulpvraag als magische deur tot het multiversum van het gezin*. Lezing op studiedag 'Over bezems en toverstokken. Werken met beelden in het begeleiden van ontwikkelingsprocessen van kinderen, jongeren en gezinnen'. Beringen, vzw Rapunzel, 10 november.
- Splingaer, G (2005b). Een gezinstherapeut in sprookjesland. *Tijdschrift voor familietherapie*, 11.2.
- Tellegen, T. (1997). *Misschien wisten zij alles*. Amsterdam / Antwerpen: Querido
- Tilmans-Ostyn, E. (1990). Het creëren van therapeutische ruimte bij de analyse van de hulpvraag. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 16, 203-221.
- van Heusden, A. & van den Eerenbeemt, E.M. (1992). *Balans in Beweging*. Haarlem: De Toorts.
- White, M. (1991). *Deconstruction and therapy*. Dulwich Centre Newsletter, 3 p 1-21. (Vertaald als: Deconstructie en therapie. In: L. Migerode & P. Rober (Eds.), *Conversaties en Verhalen. Op zoek naar een nieuwe taal in de gezinstherapie*. Leuven: Garant.)
- White, M. (1995). *Re-authoring lives: Interviews & essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Wilson, J. (1998). *Child Focused Practice: A collaborative systemic approach*. London: Karnac.
- Wilson, J. (2007). *The Performance of Practice: Enhancing the repertoire of therapy with children and families*. London: Karnac.
- Winnicott, D. (1958). Transitional Objects and transitional Phenomena. In D. Winnicott, *Collected papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*. London: Tavistock Publications.
- Winnicott, D. (1961). Adolescent process and the Need for Personal Confrontation. *Pediatrics*, 44 (5/1).
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*. London/New York: Tavistock Publications