

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

Boom

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

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

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

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

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

De kindervertherapeut in een web van hulpvragen

De therapeutische ruimte bedreigd

GERT GILIS

Het psychotherapeutisch werken met kinderen, jongeren en hun ouders is altijd al een complexe aangelegenheid geweest, omdat de hulpvrager zelden dezelfde is als degene die geholpen dient te worden (o.a. Berger 1986; Stiers & Cluckers 1996; Novick & Novick 2005). Het wordt nog complexer in situaties waar er meer hulpvragers zijn — al of niet beroepsmatig — met elk een eigen idee over deze hulp en wie deze dient te ontvangen. De kindervertherapeut wordt geconfronteerd met verschillende hulpvragen, met verschillende partijen, met verschillende verlangens. Niet zelden ontstaat dan een grote druk om het aangelde kind in behandeling te nemen. Literatuur terzake en eigen ervaring hebben echter aangetoond dat het snel starten met een kindervertherapie vaak leidt tot het voortijdig stoppen met de behandeling, een stagnatie of zelfs het niet op gang komen van het therapeutische proces (zie o.a. Copley 1987; Ortigues & Ortigues 2005). Als antwoord op dit dilemma hebben de laatste decennia meerdere auteurs (Fonagy & Target 1996; Siskind 1997; Slijper 1998; Novick & Novick 2005) beschreven dat een werkrelatie tussen ouders en kindervertherapeut eerder heilzaam is dan storend voor de analytische behandeling van het kind. Hoe de kindervertherapeut zich kan positioneren wanneer er naast de al of niet gescheiden ouders nog andere hulpvragers ten tonele verschijnen is echter veel minder duidelijk.

In dit artikel wil ik laten zien hoe drie psychodynamische stellingen gebruikt kunnen worden om een therapeutisch vruchtbare houding te vinden tegenover dit web van hulpvragen. Het theoretische raamwerk dat ik hierbij gebruik, is het objectrelationele gezinsdenken zoals dat ontwikkeld werd door onder anderen Box (1981), Berger (1986), Slipp (1991), Scharff en Scharff (1991) of recenter Matot e.a. (2007).

Om de eigen herstelmogelijkheden van het gezin zoveel mogelijk te benutten, wordt in deze traditie het gehanteerde therapeutische kader minder a priori vastgelegd dan bij de klassieke psychoanalyse of gezinstherapie. Er wordt daarentegen samen met het gezin (of het systeem) gezocht naar een kader dat het best past bij een door therapeut en gezin gedeelde analyse van de hulpvraag. Het hulpverleningskader dient dus telkens opnieuw te worden uitge-

vonden»; het wordt «trouvé-cr   avec chaque famille» (Berger 1986, p. 20). De overdracht die zich tussen de gezinsleden onderling ontwikkelt (Rustin 1998)   n tussen het gezin en de therapeut (Copley 1987; Brady 2011) vormt hierbij de leidraad.

Dit werk is niet uitsluitend voorbehouden aan de kindertherapeut zelf; het objectrelationele denkkader leent zich bij uitstek voor elke hulpverlener die bij een psychotherapeutisch project van een kind of jongere is betrokken.

¶ *Drie stellingen*

Wanneer ouders en/of hulpverleners een kind aanmelden voor therapie dienen zij een antwoord te krijgen op hun hulpvraag. Dit antwoord heeft steeds een particuliere betekenis, gebaseerd op de manier waarop de eerste hulpverleningscontacten zijn verlopen (Frisch-Desmarez & De Buck 2007). Om tot een zinvol antwoord op deze hulpvraag te komen is het nodig dat de therapeut zowel voor zichzelf als voor het gezin een «holding environment» creëert waarbinnen op een veilige manier gesproken en gedacht kan worden over de betekenis die een psychotherapie voor elkeen kan hebben. Hierbij is het van belang dat [1] er niet bij voorbaat van wordt uitgegaan dat het aangemelde kind behandeld dient te worden, [2] de overdracht gebruikt kan worden om tot een zinvolle indicatiestelling te komen en [3] er een gedeeld akkoord kan ontstaan omtrent de behandeling. Deze drie met elkaar samenhangende stellingen wil ik hierna verder bespreken.

► 1 KINDERPSYCHOTHERAPIE IS NIET ALTIJD HET BESTE ANTWOORD OP DE HULP-VRAAG Kinderen en jongeren met een ontwrichtend verleden van trauma, (v)echtscheiding of verwaarlozing worden door verwijzers vaak aangemeld met een grote verontwaardiging. Kinderpsychotherapie als eerste antwoord op deze verontwaardiging is echter zelden zinvol. Susan Dyke toont dit treffend aan in haar artikel *Saying no to psychotherapy* (1987). Zij beschrijft daarin hoe ze is omgegaan met de aanmelding en de eerste stappen in de hulpverlening van twee ernstig verwaarloosde en seksueel misbruikte kinderen. Ze zet nauwgezet uiteen hoe onrechtvaardig de situatie in de ogen van de betrokken verwijzers was en hoe dit leidde tot een dwingend gevoel om te handelen: er ontstond een grote druk op de kindertherapeut om de kinderen snel in therapie te nemen.

In zulke omstandigheden ontstaat er al te vaak een beeld van de kindertherapeut als diegene die op bijna magische wijze het kind doorgrondt en ook nog eens in staat is om de pijn van zo veel leed weg te vegen. De kindertherapeut wordt dan, hetzij door de omgeving, hetzij door zichzelf, al snel als redder gezien. Deze reddersfantasie  n zijn in wezen een verdediging tegen de onverdraagbare machteloosheid van de hulpverlener(s) tegenover de als vijandig beleefde ouders (Novick & Novick 2005, p. 11). Wanneer de kindertherapeut

deze rol niet snel genoeg op zich wenst te nemen dreigt hij op zijn beurt beschouwd te worden als de volgende dader (slechte ouder) in de rij. Kinderpsychotherapie wordt in complexe hulpverleningssituaties snel beladen met de fantasie van een algoede moederborst, waarbij de kindertherapeut de rol krijgt van hij-die-voedt of hij-die-onthoudt.

Dyke (1987) stelt dan ook terecht dat seksueel misbruik — of mishandeling en trauma in het algemeen — een onvoldoende voorwaarde is om een individuele therapie voor een kind of een jongere te starten. Therapie moet voorbehouden zijn aan die kinderen die niet genoeg hebben aan de veiligheid van ‘good-enough parents’. Eerst moet de externe wereld van het kind voldoende stabiel zijn, dan pas kan er gewerkt worden aan hun getroebleerde interne wereld.

Door het kunnen denken over de (on)mogelijkheden van psychotherapie en zijn kennis van een psychodynamische ontwikkelingspsychologie bevindt de kindertherapeut zich in een beloftevolle positie om deze stabiele externe wereld te helpen realiseren. In complexe omstandigheden is dit vaak zinvoller dan het starten van een individuele therapie.

► 2 DE OVERDRACHT ALS WEGWIJZER IN DE INDICATIESTELLING De geschiedenis van de kinderpsychotherapie toont dat de relatie tussen de ouders en de kindertherapeut niet altijd als positief werd ervaren. Vaak was deze relatie gespannen en werden ouders als potentiële stoorzenders van de therapie gezien. De gevoelens en verwachtingen die zich tussen beide partijen ontwikkelden werden niet altijd constructief gebruikt. Dit hoeft echter niet zo te zijn. Meer zelfs, overdrachtsgevoelens kunnen bewust gebruikt worden om een positieve werkrelatie te creëren tussen ouders en kindertherapeut (Slijper 1998). Doorgaans wordt deze positieve werkrelatie gebruikt om de kindertherapie op het goede spoor te houden. Stiers & Cluckers (1996) en Stiers & Sucaet (1997) gaan hier nog een stap verder in. Ze laten niet alleen zien dat door gebruikmaking van de overdracht ouder- of gezinsbegeleiding en kinderpsychotherapie evenwaardige interventieniveaus zijn om kinderen te helpen, maar ze betogen eveneens dat de overdracht gebruikt kan worden om tot een voldragen indicatie te komen van de zinvolheid van een kindertherapie. Deze visie wil ik ook gebruiken om tot een indicatiestelling te komen voor psychotherapeutische hulpverlening bij kinderen en jongeren in het algemeen en in het werken met complexe hulpverleningssituaties in het bijzonder. In concreto vertaalt het overdrachtsspel zich in de vraag welke rol de therapeut bewust maar vooral onbewust krijgt toebedeeld door de hulpvrager(s). Moet hij, zoals Dyke (1987) zegt, de redder van het kind zijn, of dient hij eerder een go-between te zijn die de ouders van informatie over hun kind voorziet die ze zelf niet kunnen krijgen (‘Ik wil weten wat er in zijn hoofd omgaat’)? Is het therapeutische werk een alibi om een uithuisplaatsing of een schoolschorsing te vermijden? Of wordt er van de therapeut verwacht dat hij zijn vertrouwensrelatie met het kind

gebruikt om mee te waken over de veiligheid van de opvoedingssituatie? Als de therapeut onvoldoende stilstaat bij deze geprojecteerde verlangens van de hulpvrager(s) dan dreigt de therapie oneigenlijk gebruikt te worden. De therapeut start een begeleiding ‘in het zogenaamde belang van het kind’ (Stiers & Cluckers 1996, p. 239), maar loopt het risico voor de kar gespannen te worden van één van de partijen. De therapeut wordt partijdig en de problemen van het kind of het gezin kunnen dan onvoldoende behandeld worden omdat de vertrouwensrelatie bij de aanvang al conflictueus is.

► 3 EEN GEDEELD AKKOORD OVER DE BEHANDELING De eerste twee pijlers hebben betrekking op het tot stand brengen van het therapeutische kader — ze zijn als het ware noodzakelijke maar onvoldoende voorwaarden. Het zoeken naar een meer gezamenlijk therapiedoel, vaak resulterend in de beschrijving van een onbewuste gezinsdynamiek, vormt een inhoudelijk fundament van de therapie.

Maurice Berger benadrukt in zijn *Entretiens familiaux et champ transitionnel* (1986) het belang van de gemeenschappelijke of verbindende gezinselementen (p. 86-91). Gezinnen kenmerken zich volgens hem onder meer door een paradoxaal spel van verbindende en differentiërende krachten die de gezinsleden op elkaar uitoefenen. Elk kind — en bij uitbreiding elk subject — kan zichzelf alleen maar ontwikkelen wanneer het een constructief evenwicht vindt tussen zijn verbondenheid met het gezin en zijn verlangen naar autonomie. Wanneer dit lukt, ontwikkelt het kind — of het gezin — een eigen manier van denken en spreken, een bepaalde mate van zelfstandigheid en een zekere vrijheid en onafhankelijkheid. De verbindende en differentiërende elementen zijn in evenwicht. Een gebrek aan evenwicht kenmerkt zich doorgaans door een alles-of-nietsituatie (Meurs 2009). Ofwel er is te veel verbondenheid, waardoor de banden verstikkend werken en het kind niet tot een eigen stem komt. Ofwel er wordt te veel nadruk gelegd op de autonomie en er ontstaat een schijnzelfstandigheid waarin het spreken van het kind niet meer oprecht verbonden is met het gezin. Wanneer nu de ouderlijke band met het kind niet meer ontwikkelingsbevorderend gebruikt kan worden door een verstoring in dit evenwicht, dan geeft deze aanleiding tot symptoomvorming. Dit is vooral het geval wanneer het zelfbeeld van ouders in het geding is of onder druk komt te staan. De relatie met het kind wordt dan defensief gebruikt — ze staat onbewust in dienst van de eigen, ouderlijke conflicten — en belemmert de groei van het kind. Stiers & Cluckers (1996) spreken in dit verband van een ‘dreigend falen van de groei van de ouderlijke identiteit’. Mijns inziens geldt deze redenering ook voor de relatie die een gezin heeft met zijn hulpverleners. Een gezin kan pas constructief met een hulpvraag omgaan wanneer het een evenwicht vindt tussen verbondenheid met de helpende instanties en het verlangen om de dingen zonder hulp van buitenaf aan te pakken. Zeker in complexe hulpverle-

ningssituaties, waar paranoïde angsten én aanklampend gedrag vaak hoogtij vieren, is het van belang om oog te hebben voor dit (gebrek aan) evenwicht.

Berger (1986) benadrukt het belang van de verbindende gezinselementen en zoekt daarom tijdens de intakefase van een behandeling naar een gemeenschappelijk (gezins)conflict. Dit conflict gaat schuil — het is onbewust — achter de differentiërende krachten waar de symptomen een concretisering van zijn. Dit zoekproces noemt hij *le travail sur la zone commune*. Een voorbeeld: een immer ruziënde vader en zijn zoon blijken na exploratie allebei niet te weten hoe vaders en zonen met respect en genegenheid met elkaar omgaan. Vader heeft immers eenzelfde conflictueuze relatie met zijn eigen vader. De bewustwording van dit gemeenschappelijk conflict stelt de hulpverlener in staat om de behandeling op een bredere en gedeelde inhoudelijke basis te schragen. Uit dit samen verworven inzicht ontstaat de keuze voor een gepaste behandelsetting vaak op een organische wijze.

Aan de hand van een casus wil ik nu graag toelichten hoe deze drie stellingen in de praktijk toegepast kunnen worden.

¶ Ester

Ester is dertien jaar wanneer zij en haar gezin op een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) aangemeld worden. Het gezin wordt reeds geruime tijd gevolgd door een consulent van de Jeugdrechtbank. Ester en haar zuster staan onder toezicht van de jeugdrechter op grond van de verwaarlozende en destructieve omgeving waarin ze bij moeder moeten opgroeien. De ouders zijn kort na de geboorte van Ester gescheiden en sindsdien heeft vader samen met zijn nieuwe partner een klassiek bezoekrecht. De hulp in de opvoeding door de grootmoeder van moederszijde heeft meerdere jaren soelaas gebracht, maar wanneer de conflicten tussen moeder en grootmoeder meer onheil dan rust blijken te brengen voor de kinderen, besluit de jeugdrechter om Ester bij haar vader te plaatsen. Haar zuster mag bij haar moeder blijven maar wordt wel naar een kinderpsychiatrische dienst verwezen.

Parallel aan de plaatsing verwijst men Ester naar een Onthaal-, Observatie- en Oriëntatiecentrum (OC) waar men haar na onderzoek op een gepast therapeutisch spoor dient te zetten. Uit dat onderzoek blijkt dat Ester geholpen moet worden bij de verwerking van haar verleden en bij de loyaliteitsconflicten die ze ervaart in relatie tot haar moeder, grootmoeder en vader.

Dit is een klassieke startsituatie wanneer men werkt met een complexe hulpvraag: het gaat om een kind met een turbulente levensgeschiedenis dat als gevolg daarvan een of andere vorm van lijden vertoont. De buitenwereld (i.c.

andere hulpverleners) maakt zich zorgen en vraagt hulp in de vorm van een individuele therapie. Deze hulpvraag is vaak meer ingegeven door verontwaardiging over de levensomstandigheden van het kind dan door een correcte inschatting van wat individuele therapie in deze zaak kan betekenen. We komen hier dicht in de buurt van wat Susan Dyke de reddersfantasie noemt.

..... In het verlengde van de oriëntering meldt stiefmoeder Ester aan op het CGG, een halfjaar nadat Ester bij haar vader is gaan wonen. Aan de telefoon vertelt haar stiefmoeder dat onderzoek heeft uitgewezen dat Ester individuele therapie nodig heeft om haar verleden te verwerken en dat ze geen uitgebreide contacten met haar biologische moeder mag onderhouden. Ester had zelf overigens al besloten om geen contact meer te hebben met haar moeder en haar zuster.

De stiefmoeder doet trouw wat de eerste hulpverleners, de rechtbankconsulent en het OC, vragen en neemt in eerste instantie geen eigen standpunt in tegenover de verwijzers noch tegenover Ester. Opvallend is ook dat niemand lijkt te malen omtrent het 'contactverbod' dat is opgelegd. De beperkende maatregel wordt zelfs als een bevestiging gezien van een houding die Ester zelf al aangenomen had: 'Ik wil mijn moeder en zus niet meer zien.' Het is een splitsing *pur sang*, al blijft het op dit moment nog onduidelijk welke ondraaglijke gevoelens — of ambivalentie — door het gezin afgeweerd worden.

Later, tijdens de behandeling, zal blijken dat met deze splitsing een overspoelende angst voor moeders onvoorspelbare en agressieve gedrag afgeweerd wordt. Esters zuster werd hier onlosmakelijk mee verbonden. Nog later blijkt dat deze splitsing haar ook dient te beschermen tegen een onverdraaglijk loyaliteitsconflict.

..... De therapeut van het CGG¹ meldt dat een behandeling graag met alle betrokken gezinsleden gestart wordt. Esters stiefmoeder stelt zich nu erg kritisch op. Ze zegt dat de begeleiding voor Ester bedoeld is en, meer zelfs, dat zij en haar man niet te pas en te onpas vrij kunnen nemen voor die gesprekken. De consulent had hun trouwens gezegd dat ze maar bij één gesprek aanwezig zouden moeten zijn en dat Ester daarna alleen zou komen. Nu de beslissing tot plaatsing genomen is en het onderzoek achter de rug is, willen zij rust laten waar rust is. Ester geeft bij hen trouwens geen bijzondere moeilijkheden, voegt haar stiefmoeder toe.

Nu wordt duidelijk dat de behandeling een dubbeltje op zijn kant is. Het idee om de behandeling als gezin aan te vatten roept reeds zo veel angst op bij de stiefmoeder dat ze zich actief verzet, en de rechtbankconsulent als ondersteunende autoriteit gebruikt tegen de veeleisende therapeute. Tezelfdertijd toont ze hoe overweldigend de plaatsing en het onderzoek voor hen geweest zijn en

hoezeer het therapeutische aanbod om samen voor een gesprek te komen het opnieuw verworven gezinsevenwicht dreigt te verstoren.

..... Wanneer gevraagd wordt wat Ester van de verwijzing vindt, vertelt haar stiefmoeder dat ze heel gesloten is maar dat ze vermoedt dat Ester nog liever in therapie komt dan terug naar haar moeder te moeten.

Om uit de polarisatie therapeut versus gezin te blijven, vraagt de therapeut hoe Ester tegenover de therapie staat. Dan blijkt dat de therapie door Ester — maar allicht met instemming van de vader en de stiefmoeder — als een soort pasmunt gebruikt wordt: nog liever therapie dan terug naar de moeder. De weg van het minste kwaad. Het therapeutische aanbod kan noch door stiefmoeder noch door Ester gezien worden als een mogelijk antwoord op een door anderen gedetecteerd lijden. Toch van start gaan zou onvermijdelijk leiden tot een snelle stagnatie of zelfs afbreken van de therapie. De therapeut zou voor het gezin immers samenvallen met wat het vermoedt dat de verwijzers wensen, namelijk Esters verleden verwerken. Tegelijk is dit waar stiefmoeder en vader nu net zo bang voor zijn: dat deze verwerking onrust met zich mee zal brengen, net zoals ten tijde van de plaatsing en het onderzoek, en het gezinsevenwicht zal verstoren.

Zoals Stiers & Cluckers (1996) noteren, zal therapie hier oneigenlijk gebruikt worden, als pasmunt of vanuit een onderdanige houding tegenover een autoriteit, maar niet vanuit een gedeelde bezorgdheid. Esters zwijgzame, introverte houding wordt daarenboven door de stiefmoeder niet als problematisch ervaren, al kent ze de zorgwekkende voorgeschiedenis van haar stiefdochter. De zwijgzaamheid helpt vader en stiefmoeder om «rust te laten waar rust is». Men kan niet anders dan zich reeds in deze vroege fase van de begeleiding afvragen wie nu eigenlijk de hulpvraag stelt.

..... Gelukkig gaat stiefmoeder er akkoord mee dat het CGG contact opneemt met het OC om deze complexe hulpvraag duidelijker te krijgen.

In een telefonisch contact met het OC blijkt dat men doelbewust naar een CGG verwezen heeft om de ouders ook bij de begeleiding te betrekken. Deze boodschap is echter niet zo duidelijk overgekomen. Niet bij de ouders maar ook niet bij ons therapeutische team. De indruk ontstaat dat men de plaatsing bij vader wel beter vindt dan de situatie bij moeder maar dat men zich ook zorgen maakt over de pedagogische kwaliteiten van de vader en de stiefmoeder. En dat men van het CGG verwacht om ook hieraan, in stilte, te werken.

Uit dit telefonische contact blijkt dat het CGG niet alleen een oplossing moet vinden voor het gebruik van de individuele therapie als pasmunt maar ook nog

eens ingezet wordt omdat het oriëntatiecentrum bezorgd is over de omgeving van het meisje.

Deze stille opdracht roept enkele pregnante vragen op. Is het oc op een soortgelijke weigering van de stiefmoeder gestuit als zich tijdens het aanmeldingstelefoongesprek met het CGG heeft voorgedaan? Welk aanbod zou het CGG de vader en stiefmoeder kunnen doen als er nog niet eens een akkoord over de individuele therapie werd bereikt? Verwacht men dat het CGG een oogje in het zeil houdt via de individuele therapie van Ester? In dat geval worden we reeds bij aanvang én onuitgesproken in de rol geduwd van toezichthouder.

Hieruit blijkt dat de consensus die de vier partijen bereikt hebben over het starten van een individuele therapie voor Ester minstens drie verschillende motivaties dekt. Geen enkele is echter een voldoende voorwaarde om een psychotherapie te starten. Ester ziet de therapie als een pasmunt om niet opnieuw naar haar moeder te gaan, de vader en stiefmoeder zien de therapie als het minste kwaad en als een manier om zelf uit de wind te blijven, en voor de verwijzers (oc en consulent) geeft de individuele therapie een uniek venster op het gezinsleven dat de mogelijkheid biedt zo nodig in te grijpen. Voorlopig is een gedeeld akkoord over zowel inhoud als vorm van de therapie nog ver af.

In plaats van Ester zonder meer op een wachtlijst voor psychotherapie te zetten wordt besloten om de betrokken hulpverleners, vader en stiefmoeder rond de tafel te brengen. Op die manier wordt getracht een duidelijker beeld te krijgen van de verwachtingen en de beleving die men heeft van therapie. Het eerste doel is om de verwachtingen en ideeën over de therapie geëxpliciteerd te krijgen. Verschillen worden op die manier duidelijker en komen — vooral — aan bod voordat de eigenlijke therapie van start gaat. Of deze verwachtingen ook gedeeld en gemeenschappelijk kunnen worden zal nog moeten blijken, maar het is alvast een eerste aanzet om samen te kunnen denken over het veronderstelde lijden van Ester. Op deze manier maakt men een begin van een transitionele ruimte — een *‘holding environment’* — waarbinnen niet alleen over de problemen van Ester gedacht kan worden maar elke partij ook zijn eigen beleving van de therapie kan expliciteren. Dit is het werken met de *‘pré-transfert’* (Berger 1986) of de *‘contextuele overdracht’* (Scharff & Scharff 1991). De centrale vraag is hier hoe het gezin de aangeboden hulp beleeft en wat men daarvan (bewust én onbewust) verwacht als antwoord op een bij het kind vastgesteld lijden. Die verwachtingen zijn gebaseerd op interne werkmodellen van de manier waarop vroegere zorgfiguren *‘holding’* hebben aangeboden, en worden, zeker in complexe hulpverleningssituaties, van meet af aan op de (volgende) hulpverlener geprojecteerd.

Deze transitionele ruimte (i.c. het overleg) houdt *an sich* geen belofte in omtrent het starten van de therapie maar creëert een spanning die het gezin in staat moet stellen om een beter evenwicht te ervaren tussen zijn verlangen naar autonomie en zijn verbondenheid (i.c. afhankelijkheid) met de hulpverle-

ners. Enkel op die manier kunnen we hun de mogelijkheid bieden om een eigen standpunt in te nemen tegenover het reeds geformuleerde voorstel.

Ester is op dit overleg niet uitgenodigd. In de woelige aanvangsfase van deze begeleiding wilden we eerst voor een kader zorgen waarin de ambivalente gevoelens van haar vader en stiefmoeder tegenover het hulpverleningsvoorstel 'gecontained' zouden kunnen worden. Slechts dan zouden ze zelf een voldoende 'holding environment' kunnen creëren voor een eventuele individuele therapie van hun dochter.

In dit overleg² schetst de consulent van de jeugdrechtsbank het verhaal van de plaatsing. Daaruit blijkt dat Ester en haar zuster bij hun moeder — een vrouw met een ernstige persoonlijkheidsstoornis — maar ook bij grootmoeder, veel conflict, geweld en drankmisbruik gezien hebben. De maatschappelijk werkster van het OC verwoordt dat Ester met 'een aantal traumatische dingen zit maar deze wegduwt. Ze is een meisje dat zich heel snel aanpast aan de verwachtingen van de omgeving maar anderzijds, wanneer het haar te veel wordt, letterlijk wegvluicht.' Ze zijn van mening dat Ester voor de verwerking van deze traumatische dingen het best bij een neutrale partij kan komen praten.

De ouders vinden echter dat Ester zich momenteel heel rustig gedraagt. Ze lijken niet te begrijpen dat dit gedrag juist de reden tot zorg is voor de maatschappelijk werkster. Ester heeft momenteel zelfs helemaal geen behoefte aan verdere therapie. Ze wil rust. Wanneer ik de betekenis hiervan bij de verschillende partijen wil exploreren blijkt dat de maatschappelijk werkster de diagnostische kijk op Ester niet verder kan expliciteren: de psycholoog van hun team heeft het individuele onderzoek gedaan en zij kan daar zelf te weinig over zeggen. De consulent van de rechtbank schaaft zich achter de visie van het OC, al blijft deze tijdens het overleg vaag. En de vader en stiefmoeder zijn verrast dat ik Esters rustige gedrag ter discussie stel.

Alhoewel de bezorgdheid over Ester om wat ze heeft meegemaakt door iedereen gedeeld werd, bleek nu duidelijk dat men niet op hetzelfde spoor zat wat betreft het voortzetten van de begeleiding. Hieruit kon de therapeut onvoldoende basis puren om met een therapie van start te gaan, in welke vorm dan ook. Esters vader en stiefmoeder zouden een voorstel voor individuele therapie voor haar onvoldoende kunnen steunen, laat staan dat ze zichzelf hiervoor zouden willen inzetten (iets wat het CGG aan de telefoon reeds naar voren gebracht had, maar wat het OC ook graag zou willen). Anderzijds, niet starten met de gesprekken zou betekenen dat de therapeut zou twijfelen aan de professionele bekwaamheid van de verwijzers en zich in zekere zin zou aansluiten bij de aarzeling van de vader en de stiefmoeder. De ambivalentie en de spanning rond de hulpvraag zouden zo zeker geen plaats meer krijgen. Hoe kon de therapeut hier zijn eigen therapeutische positie behouden, zonder samen te vallen met één

van de verschillende partijen? En hoe kon hij uit een al te bemiddelende positie blijven waarbij hij actief de twee standpunten wat dichter bij elkaar probeerde te krijgen maar waarbij niemand zich echt erkend zag in het behandelingsvoorstel? Er leek niets anders op te zitten dan proberen te begrijpen waarom het gezin zo angstig was om het voorstel tot therapie te aanvaarden.

Min of meer tijdens deze gespreksfase werd ik mij ervan bewust dat het vooral Esters stiefmoeder was die het woord voerde tijdens het gesprek. Ze was aanwezig en sprak alsof het haar eigen kinderen betrof. En Esters vader zat erbij en keek ernaar.

Ik vraag hun of er vroeger bij de plaatsing van de kinderen bij hun grootmoeder aan gedacht is om de kinderen bij de vader te plaatsen. Vóór Esters vader kan antwoorden zegt de consulent dat er in die periode nauwelijks contact was met hem, ondanks enkele uitnodigingen tot een gesprek. Hij zegt nu zelf dat hij niet goed wist wat te doen met die uitnodigingen en dat zijn raadsman hem geadviseerd had daar niet op in te gaan. Dit is zo gebleven tot hij inderdaad een dagvaarding heeft gekregen van de jeugdrechter. Kort daarna is besloten om Ester bij hem te plaatsen. Na deze «situering» wordt Esters vader actiever in het gesprek en hij vertelt over de enorme verwarring, chaos en onveiligheid die er bij Esters moeder steeds was. Door de manier waarop hij hierover spreekt begrijp ik beter waarom hij en zijn gezin rust willen laten waar rust is.

Hij vertelde even later ook een belangrijke anekdote. Niet zo lang geleden was het gezin aan het wandelen in A., en wilden Ester en haar halfzus een ijsje gaan eten. Ester wilde echter koste wat het kost niet op het terras gaan zitten, ondanks het goede weer, omdat ze enorm bang was dat haar mama en haar zuster haar zouden zien zitten.

De vader zag deze gebeurtenis vooral als een illustratie van de onveilige moeder en de impact die zij heeft op zijn dochter. Tegelijk was dit de eerste keer dat de ouders een teken van «lijden» bij Ester beschreven. In die zin kwamen we wat dichter bij een reële ouderlijke beleving en het eerste aanvoelen van een mogelijke problematiek van hun dochter die in de lijn lag van wat de hulpverleners geconstateerd hadden.

Ik stel voor om over deze «angst voor mama» in een volgend gesprek na te denken. Haar vader en haar stiefmoeder gaan hiermee akkoord: stiefmoeder vertelt zelfs dat ze helemaal niet weten hoe ze met de angst van Ester moeten omgaan en staat dit met nog enkele andere herinneringen. Ze vraagt aan mij wat ze hiermee moeten doen.

Ik voel hierin een aanzet tot een eigen hulpvraag. In plaats van hier adviserend op te treden bevestig ik dat het niet makkelijk moet zijn om een meisje dat zo veel meegemaakt heeft goed te kunnen geruststellen. Ik stel

... voor om over dit ‘probleem’ samen verder door te denken. We kunnen in een volgend oudergesprek ook nagaan hoe ze hun bezorgdheid kunnen delen met Ester. Haar vader en haar stiefmoeder gaan hiermee akkoord.

Als therapeut wil je de ouders hier niet vanuit de hoogte benaderen en met een ‘almachtige kennis’ zeggen wat ze moeten doen. Je loopt in deze vroege fase van de begeleiding te veel het risico dat je hun angst om inadequate ouders te zijn bevestigt en ze zich ondergeschikt moeten maken aan een hogere autoriteit. Wel wil je, in navolging van Copley (1987), een ‘expert’ zijn, analoog aan de rol van de begrijpende moeder met een baby die overstuur is: iemand die de geprojecteerde angsten op zich neemt, deze mee (ver)draagt en het hierdoor mogelijk maakt om beter het hoofd te bieden aan onverdraagbare emoties.

In deze casus heeft dit geresulteerd in een gezinsbegeleiding waarbij de hevige angsten voor de moeder van zowel de vader, de stiefmoeder als Ester lange tijd centraal hebben gestaan. De moeder was via de consulent en de maatschappelijk werkster van het OC op de hoogte van de lopende begeleiding. Ze heeft nooit gevraagd om erbij betrokken te worden. Haar uitnodigen tijdens deze fase van de behandeling zou te angstinducerend geweest zijn voor Ester en haar gezin, met waarschijnlijk afhaken als gevolg. Ik heb er noodgedwongen voor gekozen om mee te gaan in de (stabiele) splitsing van het gezin om zodoende de prille therapeutische relatie niet in het gedrang te brengen.

Niet alleen Ester maar ook de vader en de stiefmoeder bleken immers getraumatiseerd te zijn door de omgang met Esters moeder. Hierbij viel het op dat vooral de vader zei deugd te hebben van de gesprekken. Ester was gaandeweg meer en meer aanwezig tijdens de gesprekken, al bleef zij gereserveerd en geen vragende partij. De nachtmerries verminderden én Ester sprak erover met haar stiefmoeder wanneer ze er sporadisch last van had. Ze durfde ook met meer zelfvertrouwen het openbaar vervoer te nemen en in de stad rond te kuieren. Ze heeft nooit om een individueel gesprek gevraagd.

Een heikel punt in de begeleiding was het moment waarop Ester aangaf dat ze haar oma miste. Het contact met haar was inmiddels reeds meerdere jaren beperkt tot de uitwisseling van verjaardags- of nieuwjaarskaartjes en Ester wilde dit contact graag verstevigen, al wist ze zelf niet hoe. Het tonen van dit verlangen bracht bij haar stiefmoeder en vooral bij haar vader heel wat ambivalente gevoelens met zich mee, en het loyaliteitsconflict zoals zich dat in het onderzoek in het OC had afgetekend, kwam in zicht. Daar waar de drie gezinsleden elkaar eensluidend vonden in de angst voor de gedemoniseerde moeder, ontstond er nu bij de vader en de stiefmoeder een conflict. Enerzijds begrepen ze het verlangen van hun dochter heel goed, anderzijds voelden ze zich door oma in het verleden zo vaak voor schut gezet, belogen en misleid dat het voor hen niet onmiddellijk mogelijk was om op een helpende manier aansluiting te vinden bij het verlangen van Ester. Dit leidde tot onenigheid tussen ouders en kind waarbij de anders zo bedachtzame Ester voor het eerst emotioneel werd in de gesprekken.

¶ *Conclusie*

In complexe hulpverleningssituaties, waarin hulpverleners en ouders met van verontwaardiging doordrenkte hulpvragen komen aankloppen bij de kindervertherapeut, komt de therapeutische ruimte al snel onder druk te staan. De therapeut wordt verleid om snel in actie te schieten en bij voorkeur het betrokken kind in therapie te nemen. In mijn betoog heb ik geprobeerd te laten zien dat net hierdoor de therapeutische ruimte verkleind wordt en de kansen slinken om een behandelingstraject uit te stippelen. Een therapeutische ruimte wordt immers bepaald door het bestaan van een onverzoenbaar maar verdraagbaar verschil tussen het geïllustreerde lijden en de daarvoor aangeboden zorg, een verteerbaar verschil tussen vraag en antwoord, een te bevatten verschil tussen hoop op verbetering en de belofte van deze verbetering, belichaamd door de therapeut (Matot 2007). De spanning die door dit verschil gecreëerd wordt, stelt de therapeut in staat om het gezin te helpen evolueren naar een nieuw gezins- of intrapsychisch evenwicht.

Drie psychodynamische stellingen kunnen als ankers gebruikt worden om dit 'onverzoenbare verschil' — en dus de therapeutische ruimte — op een constructieve manier vorm te geven, te weten: [1] kindervertherapie is niet steeds het beste antwoord op de hulpvraag, [2] de overdracht kan gebruikt worden als wegwijzer in de indicatiestelling en [3] het akkoord over de behandeling moet door alle partijen gedeeld worden. Aan de hand van de eerste therapeutische fasen van een complexe hulpverleningssituatie heb ik geïllustreerd hoe we deze ideeën in de praktijk vorm kunnen geven.

Literatuur

- BERGER, M. (1986). *Entretiens familiaux et champ transitionnel*. Parijs: Presses Universitaires de France.
- BOX, S., COPLEY, B., MAGAGNA, J. & MOUSTAKI, E. (red.) (1981). *Psychotherapy with families — An analytical approach*. Londen: Routledge & Kegan Paul.
- BRADY, M.T. (2011). The individual in the group: an application of Bion's group theory to parent work in child analysis and child psychotherapy. *Contemporary Psychoanalysis*, 47, 420-437.
- COPLEY, B. (1987). Explorations with families. *Journal of Child Psychotherapy*, 13, 1, 93-108.
- DYKE, S. (1987). Saying 'No' to psychotherapy: consultation and assessment in a case of sexual abuse. *Journal of Child Psychotherapy*, 13, 2, 65-79.
- FONAGY, P. & TARGET, M. (1996). Predictors of outcome in child analysis: a retrospective of 763 cases at the Anna Freud Centre. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, 27-79.
- FRISCH-DESMAREZ, C. & DE BUCK, C. (2007). L'entretien avec l'enfant. In J.P. Matot & C. Frisch-Desmarez (red.), *Les premiers entretiens thérapeutiques avec l'enfant et sa famille* (p. 107-113). Parijs: Dunod.
- MATOT, J., FRISCH-DESMAREZ, C. (red.) (2007). *Les premiers entretiens thérapeutiques avec l'enfant et sa famille*. Parijs: Dunod.
- MATOT, J.P. (2007). Le travail en réseau. In J.P. Matot & C. Frisch-Desmarez (red.), *Les premiers entretiens thérapeutiques avec l'enfant et sa famille* (p. 237-250). Parijs: Dunod.
- MEURS, P. (2009). Ruimte maken voor kindervertherapie in de ouderbegeleiding — Het moeizame evenwicht tussen

- gezinsalliantie en eigen proces van het kind. In Vliegen, N., Meurs, P., & Van Lier, L. (red.), *Geduldig gereedschap — De relatie als drager van het psychodynamisch proces* (p. 179-188). Leuven: Acco.
- NOVICK, K.K., & NOVICK, J. (2005). *Working with parents makes therapy work*. New York: Jason Aronson.
- ORTIGUES, M. & ORTIGUES, E. (2005). *Comment se décide une psychothérapie d'enfant ?* Parijs: Heures de France.
- RUSTIN, M. (1998). Dialogues with parents. *Journal of Child Psychotherapy*, 24, 2, 233-252.
- SCHARFF, D.E. & SCHARFF, J.S. (1991). *Object relations family therapy*. Northvale NJ: Jason Aronson.
- SISKIND, D. (1997). *Working with parents — Establishing the essential alliance in child psychotherapy and consultation*. Northvale NJ: Jason Aronson.
- SLIJPER, F. (1998). De samenwerking van kinderanalyticus en ouders: een therapeutische relatie. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 4, 86-100.
- SLIPP, S. (1991). *The technique and practice of object relations family therapy*. Northvale NJ: Jason Aronson.
- STIERS, H. & SUCAET, M. (1997). De poppen aan het dansen voor het spel begint. In G. Cluckers & J. Cambien (red.), *Het interne en het externe gezin — Psychoanalytische ervaringen met het gezin* (p. 19-52). Leuven: Garant.
- STIERS, H. & CLUCKERS, G. (1996). Kindertherapie in elk gezin? Indicatiestelling voor individuele kinderpsychotherapie vanuit gezinsdynamisch perspectief. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 22, 227-243.

SUMMARY

The child psychotherapist amidst a web of help requests — A threat to the therapeutic space

This article explores how the child and adolescent psychotherapist can adopt a therapeutic position in complex matters of psychotherapeutic case management, when different professional and non-professional systems present a child, often traumatised or neglected, for therapy but with different ideas and expectations as to the treatment. This situation can form a threat to the therapeutic space. Three psychoanalytic theses may be used to find an answer to such presentations: [1] child psychotherapy is not always the best answer to these requests for help; [2] the transference can be used to direct the decision-making process; and [3] all parties involved need to endorse the treatment. These theses are illustrated by an elaborated case study.

Key words: child psychotherapy, complex psychotherapeutic case management, parents, therapeutic space

Noten

- 1 De persoon die in de casus de telefonische aanmelding doet is een collega van de auteur.

- 2 Het overleg en de verdere therapie worden geleid door de auteur.

Manuscript ontvangen 18 februari 2013

Definitieve versie 1 juli 2013