

KINDER & JEUGD PSYCHO THERAPIE

1

COLOFON

**bulletin van de vereniging
voor kinder- en jeugd-
psychotherapie**

Versijnt vier maal per jaar.

Redactie

Joep Choy
Eveline Groothoff
Anne van Heesbeen
Stefan van den Langenberg
Leo Tjhuis
Katrien van de Vijfeijken

Redactieraad

mw.dr. I.A. van Berckelaer-
Onnes
dr. G. Cluckers
mw.dr. T. Cohen-Matthijsen
dr. Th. Compernelle
dr. F. Verheij

Redactiesecretariaat

E.A.H. Groothoff,
Ockhuizerweg 20,
3455 RW Haarzuilens

Kopij

dient getypt in tweevoud te
worden verzonden aan het
redactiesecretariaat. Zie voor
'Suggesties voor auteurs' de pa-
gina 56.

Secretariaat Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie

Mevr. C.M. Trooster
Ramstraat 23,
3581 HG Utrecht
Tel. 030-512796
Gironummer: 3.158.027

bereikbaar:
maandag, dinsdag en
donderdag: 9.00-13.00 uur

INHOUD

Redactioneel	3
De organisatie van de behandelcontext, <i>A. van der Ree</i>	5
Help ik zit vast, een checklist voor vast- gelopen gezinstherapeuten, <i>T. Compernelle</i>	17
How to fail in psychotherapy with adolescents, <i>J. Evans</i>	29
Stagnaties in psychotherapie, psycho- analytische gedachtenvorming over enkele vormen van overdrachtsweerstand bij jonge adolescenten, <i>G.H.F. van der Most</i>	41
Mededelingen en Aankondigingen	51



Bestuur

O. Waaldijk-Holl, voorzitter
 H. Offerhaus-Engel, secretaris
 G.J. Sijbrant, penningmeester
 H.J.E. Tonkes
 G.D.P. Vercauteren-Pattyn
 Th.A.H. Doreleijers
 S.J.A.M. van den Langenberg
 W. van Borselen

Regionale werkgroepen

<i>Groningen</i>	W. Schaaphok, Merelweg 8, 9765 JT Paterswolde, tel. 05907-2035.
<i>Leiden/Den Haag</i>	Mw. I. van Hoeken, Lange Voort 267, 2343 CE Oegstgeest, tel. 071-151977.
<i>Nijmegen</i>	Mw. E. Belderok, Nijlpaardstraat 19, 6531 RR Nijmegen, tel. 080-566517.
<i>Z-Limburg</i>	Mw. C.A. Hellingman, Erasmusdomein 120E, 6229 GD Maastricht, tel. 043-434550.
<i>Twente</i>	C.A. Ten Berge-Steentjes, Steinwegstraat 17, 7491 KD Delden, tel 05407-62959.

ABONNEMENTEN VOOR INSTELLINGEN

Instellingen die geïnteresseerd zijn in een abonnement op het tijdschrift Kinder- en Jeugdpsychotherapie kunnen contact opnemen met het secretariaat van de Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie. De abonnementsprijs zal f 90,— bedragen.

Secretariaat: Mevr. C.M. Trooster
 Ramstraat 23,
 3581 HC Utrecht
 Telefoon 030-512796

Het secretariaat is telefonisch bereikbaar op maandag, dinsdag en donderdag van 09.00-13.00 uur.

REDACTIONEEL

Op 22 mei 1987 organiseerde de VKJP een symposium rond het thema "Stagnaties in psychotherapie". In dit nummer zijn vier tot artikelen bewerkte bijdragen aan dat symposium opgenomen.

Reflecteren over "gestremde of tot stilstand gekomen" (De grote van Dale) psychotherapieën is een complexe aangelegenheid. Immers, psychotherapeuten hebben -al naar gelang persoonlijke achtergronden, referentiekader en werkomgeving- uiteenlopende opvattingen over de betekenis en ook het belang van de vele variabelen, die het psychotherapeutisch proces in gang houden. Ingeval van stagnatie zal een psycho-analyticus werkend in een privépraktijk dan ook met andere verklaringen en oplossingen komen dan een gezinstherapeut van een jeugdpsychiatrische kliniek. Deze voor ons vak zo kenmerkende diversiteit vindt u ook terug in de verschillende artikelen.

Van der Ree abstrahert in zijn bijdrage de organisatie van de behandelcontext van psychotherapie in engere zin. Hij huldigt de stelling dat de psychotherapeut zich bij stagnaties moet willen en durven engageren met het totale hulpverleningswerk, teneinde zijn of haar therapie (en die van anderen) weer vlot te trekken. Voorwaar geen gemakkelijke opgave. Niettemin denk ik, dat de levendige en ook gedetailleerde beschrijving van de wijze waarop psychotherapeuten een 'ronde tafel conferentie' met collega-behandelaars kunnen beleggen en leiden voor velen een uitdaging zal zijn.

Compernelle heeft op basis van zijn ervaringen als opleider 15 vragen opgesteld die gezinstherapeuten zich kunnen stellen als zij dreigen vast te lopen dan wel gestrand zijn. Het is verfrissend dat de vragen in de 'ik-vorm' gesteld zijn. Hierdoor zal de verleiding om stagnatie te veel vanuit het cliënt-systeem te beschouwen, wellicht voorkomen kunnen worden. Het blijft niet alleen bij vragen, want met de structurele gezinstherapie als overwegend uitgangspunt worden vele concrete uitwegen uit de impasse geboden.

Evans opent in een Engelstalige bijdrage met de geruststellende woorden, dat hij gezien zijn lange staat van dienst (35 jaar) een expert is in "How to fail in psychotherapy with adolescents". Deze Schotse jeugdpsychiater maakt een onderscheid tussen het aandeel van de cliënt en dat van de therapeut, als het gaat om "therapeutic failure" binnen een individuele psychotherapie. Daarbij hanteert hij vooral het psycho-analytisch referentie-kader, hoewel hij benadrukt dat de psycho-analytische benadering in het werken met adolescenten aanzienlijke aanpassingen behoeft, wil men succes verwachten. Van die wijzigingen geeft hij een aantal duidelijke voorbeelden, waarvan met name zijn pleidooi van enige persoonlijke betrokkenheid op de adolescent (in plaats van een objectiverende houding) mij aansprak.

Van der Most stelt tenslotte in zijn artikel "Stagnaties in psychotherapie" het omstreden thema van de overdrachtsweerstand bij adolescenten aan de orde. Hij begint met een theoretische samenvatting van de psycho-analytische principes die in de therapeutische relatievorming een rol spelen. Daarna volgen twee gevalbeschrijvingen. De therapie met Eric stagneert, omdat de moeder de afweer van Eric continu voedt. In de therapie met Wouter toont Van der Most ons dat overdrachtsbehandelingen van met name jonge adolescenten het uiterste van een therapeut kunnen vergen. Zo moet men bijvoorbeeld bestand zijn tegen de verleiding om negatieve tegenoverdrachtsgevoelens uit te ageren door de indicatie te heroverwegen of zelfs te wijzigen.

Na lezing van de artikelen vroeg ik mij af: is een stagnatie nog een stagnatie als je als therapeut herkent dat je therapie stagneert? Gezien de legio suggesties die geboden worden om de therapie weer in beweging te krijgen, ben ik geneigd deze vraag ontkennend te beantwoorden. Immers, herkenning zal tot actie leiden, waardoor stagnatie veeleer een kwestie van 'buigen of barsten' wordt. Naast stof tot handelen biedt dit nummer ook stof tot nadenken en ik wil u dan ook vast deelgenoot maken van een vraag die mij nu al dagen kwelt: zijn de échte stagnaties de niet-herkenbare stagnaties, en zo ja, hoe herken je ze dan?

Joep Choy

DE ORGANISATIE VAN DE BEHANDELCONTEXT

A. van der Ree

Inleiding

Een geslaagde psychotherapie begint bij een goed georganiseerde behandelcontext. Een psychotherapeut kan zich dan ook niet onttrekken aan de (mede)verantwoordelijkheid van de organisatie daarvan. Bij stagnaties in de psychotherapieën zal de therapeut derhalve verder moeten kijken dan alleen naar datgene wat zich tussen hem of haar en de cliënt(systeem) afspeelt.

Het *onderzoek* naar de aard en de regels van het hulpverleningssysteem in zijn geheel, of anders gezegd, de behandelcontext, dient een plaats te hebben in het armeterium van de psychotherapeut.

Haley (1980) gaat er vanuit dat succes in een therapie evenwel bepaald wordt door wat er zich tussen de collegae afspeelt als door wat er in de psychotherapie gebeurt. Slecht gedefinieerde betrekkingen tussen collegae in de eigen of in verschillende instellingen, kunnen het succes van uitstekend gehanteerde psychotherapietechnieken doen stagneren.

In dit artikel wil ik nader ingaan op de vraag hoe men stagnaties binnen een psychotherapie kan voorkomen door (re)organisatie van de behandelcontext. Ik zal daarbij uitgaan van een systeemtheoretische visie op de behandelcontext. Als uitgangspunt wordt in dit artikel de stelling gehanteerd dat bij stagnaties eerst de context vergroot dient te worden om hem daarna weer effectief te kunnen verkleinen. Ik zal dat toelichten aan de hand van stagnaties die zich af kunnen spelen zowel in de driehoek: cliënt(systeem)-psychotherapeut-instelling als in de driehoek: cliënt(systeem)-psychotherapeut en meerdere hulpverleningsinstellingen.

Systemisch ofwel triadisch denken

Therapeuten kunnen op een anti-therapeutische wijze deel gaan uitmaken van het probleem dat ze behandelen. Meestal is een psychotherapeut zich goed bewust dat dit gevaar kan dreigen in de dyade met de cliënt(systeem) en weet hij -hoe ingewikkeld ook- hoe hierin te handelen.

Zo kan hij zijn relatie met de cliënt(systeem) ten opzichte van andere relaties afgrenzen en vervolgens expliciteren als een dyadische of tweerelatie. Echter, in een kliniek bijvoorbeeld is dat heel ingewikkeld, omdat meerdere behandelaren met een cliënt te maken hebben en ook het gezin van buiten de poorten van het instituut zijn invloed uitoefent. Nog complexer wordt het wanneer meerdere hulpverleners van verschillende instellingen betrokken zijn bij dezelfde cliënt en zijn of haar gezin.

Choy en Van den Langenberg (1987) berekenden dat de psychotherapeutische relatie in een kinder- en jeugdpsychiatrische behandelcontext zich veelal te midden van zo'n 20 overige relaties bevindt, waarbij de relaties binnen de overige instellingen (gezin, school, verwijzer, justitie) nog niet eens zijn meegerekend.

Voorwaar een complexe configuratie met eigen mogelijkheden tot stagnatie.

Het systeemdenken, toegepast op menselijke relaties, kan in geval van stagnaties uitkomst bieden, immers, hierin staat de triadische theorie centraal. Het vermogen om in 'drie' te denken, complexe triaden te analyseren en binnen problematische triangels te interveniëren, is ontwikkeld in de gezinstherapie. In de gezinstheorie zijn triaden vaak de hoekstenen van gezinspatronen: ze beschrijven wie bij wie hoort, wie tegen wie is, hoe beslissingen tot stand komen, wat geheim gehouden wordt en wel door wie.

Triadische arrangementen in menselijke systemen vormen een continuüm van open en flexibele allianties tot rigide, geheime, geloofchende en generatiegrensoverschrijdende coalities.

Salvador Minuchin (1973) onderscheidt drie typen 'rigide triaden' binnen gezinnen:

1. *de omleiding* waarbij ouders -om hun conflicten de baas te blijven- samen een kind aanvallen of overmatig beschermen;
2. *de stabiele ouder-kind coalitie* waarbij een ouder en een kind samenspannen tegen de andere ouder;
3. *de triangulatie*, waarbij iemand, meestal een kind, in geheime coalitie leeft met twee anderen die onderling een conflict hebben.

De laatste jaren worden deze in de gezinstherapie ontwikkelde concepten ook toegepast op grotere systemen, zoals bijvoorbeeld op de driehoek cliënt-gezin-instelling of op de organisatie van een cliënt(systeem) met meerdere hulpverleningsinstellingen. Vanzelfsprekend zijn instellingen geen gezinnen, echter er zijn interessante analogieën.

Het systeemdenken biedt de psychotherapeut de mogelijkheid om op *meta-niveau* te kunnen nadenken over cliënt, gezin, instelling(en) en psychotherapie. Vanuit de *meta-positie* gaat het erom de wetten op te sporen die bepalen hoe de deelsystemen ten opzichte van elkaar functioneren. Naast deze 'diagnostische blik' gaat het natuurlijk vooral om de interventies. Uitgangspunt van het systeem-theoretische perspectief daarbij is dat context-problemen op positieve wijze worden geconoteerd. Immers, een positieve definiëring van het probleem biedt de beste garantie van oplossingen die collegae in de hulpverlening niet voor het hoofd stoten. Kortom, erkenning van ieders bijdrage vormt een belangrijke voorwaarde en kan in sommige gevallen zelfs al de oplossing zijn.

Problematische, maar ook niet-problematische behandelcontexten worden dikwijls gekenmerkt door de regel van de *symmetrie*. De impliciete of expliciete stelling is dat ieder op zijn eigen manier competent is en dat niemand

'boven' de ander staat. Indien de samenstellende delen van het hulpverleningsgeheel een gemeenschappelijk theoretisch referentiekader delen en van daaruit eensgezind handelen, dan is de regel van de symmetrie meestal goed hanteerbaar. Lopen de uitgangspunten echter uiteen, dan ontstaat er al snel een symmetrische escalatie in de vorm van: "wie weet het en wie doet het het best". Cliëntsystemen kunnen met hun symptomatologie de conflicten tussen de hulpverleners helpen stabiliseren op analoge manier waarop het kind via zijn symptomen de conflicten tussen de ouders stabiliseert.

In een dergelijk verlamd hulpverleningsnetwerk draagt de psychotherapie ongewild en ongeweten bij aan "more of the same wrong solution" (Watzlawick 1967).

De psychotherapie kan in zo'n situatie haast niet anders dan stagneren en hoe meer de psychotherapeut naar oplossingen zoekt binnen zijn therapie, des te meer hij (hij kan ook als zij gelezen worden) in de regel bijdraagt aan de impasse. De enige uitweg is het op zoek gaan naar het therapeutisch betekenisvolle systeem. De psychotherapeut zal zich dan wel moeten willen en durven engageren met dat systeem, waarbij hij zijn aandacht niet alleen dient te richten op de verschillende elementen, maar meer nog op de relatie daartussen. De coördinatie van en de structurele (re)organisatie binnen en tussen deze elementen kan dan de interventie zijn die de weg naar veranderingen opent. Dus door de vergroting van de context kunnen negatieve triadische processen opgeheven worden, ten gunste van een helder gedefinieerde en afgegrensde therapeut-client(systeem) relatie.

Hieronder zal ik de bovengenoemde uitgangspunten toepassen op twee verschillende contexten. De eerste betreft herhalingsfenomenen en de driehoek cliënt(systeem)-psychotherapeut en kliniek en de tweede heeft betrekking op de organisatie van het totale hulpverleningsnetwerk.

Herhalingsfenomenen

Een adolescente, Karina, 19 jaar, met borderline-problematiek, is opgenomen op het opnamecentrum van een psychiatrisch ziekenhuis. Plotseling een alarmerend bericht. Er is iets vervalends gebeurd. Marijke, een prima verpleegkundige van 26 jaar, heeft cliënte geslagen. Marijke en cliënte overstuur en de familie woedend. Een cliënt mag niet geslagen worden. De familie, moeder en broer, dreigen met een klacht. De behandelcontext is gedesorganiseerd. Verslagenheid, verweer en dyskwalificaties wisselen elkaar af. De psychotherapeut realiseert zich dit. Gelukkig had zij al een relatie opgebouwd met het gezin voordat deze moeilijkheden kwamen.

Ze organiseert een gesprek waarbij zij met moeder, een weduwe, en Marijke voor de doorkijkspiegel plaatsneemt. Achter de ruit nemen de broer en Karina, de patiënte, plaats.

Moeder geeft uiting aan haar verontwaardiging: "Karina is hier om beter te worden, niet om geslagen te worden". Marijke biedt haar verontschuldigen

aan: "U hebt gelijk, dit had niet mogen gebeuren, het spijt me". Moeder zegt na een tijdje: "Ik kan er wel inkomen, Karina kan moeilijk zijn". Marijke herhaalt dat ze niet had mogen slaan.

Voorzichtig gaat de psychotherapeut naar welke momenten van herkenning over en weer er zijn in gevoelens en reacties tussen gezin en behandelaars. Welnu, er blijken frappante overeenkomsten: sterke betrokkenheid, machteloosheid, frustratie, schuldgevoel. Marijke had blootgestaan aan het effect van een negatieve coalitie tussen Karina en een andere patiënte tegen haar. Marijke zegt toch nog een keer dat ze niet had mogen slaan. De psychotherapeut is blij met de hulp van het gezin in het opnieuw kunnen bedenken hoe Karina op een andere, positieve manier te bejegenen is. Op dat moment komt Karina ongevraagd en spontaan van achter de ruit naar het gezelschap voor de ruit en biedt Marijke haar excuses aan. Een verbindend en voor allen heilzaam gesprekje volgt, waaruit verpleegkunde en psychotherapie heldere gevolgtrekkingen hebben kunnen maken ter voorkoming van nieuwe herhalingsproblematiek.

De belangstelling voor herhalingsfenomenen is niet nieuw.

Al in de beginjaren '70 vestigden *Blankenstein* (1971) en anderen de aandacht erop dat opgenomen jongeren in een instituut met groepsleiders en psychotherapeuten een net van relaties kunnen ontwikkelen dat lijkt op die welke zij in hun gezin hebben meegemaakt. Het opgenomen individu past zich aan aan het instituut en het instituut aan het individu. Conflicten uit het ouderlijk gezin kunnen zich in het behandelteam gaan weerspiegelen en hieruit kunnen conflicten ontstaan tussen teamleden onderling. Zo kunnen zich allerlei storende interactiepatronen, zoals omleiding, coalitievorming, triangulatie en splitsing gaan ontwikkelen.

Indien dit herhalingsgedrag niet herkend wordt, zal de negatieve behandelcontext voortbestaan en zal de psychotherapie uiteindelijk stagneren. Wordt het wel herkend dan biedt het doorgaans veel informatie over de cliënt en zijn problemen. Ook brengt herkenning de communicatie in het team op het niveau van meta-communicatie, waardoor de bereidheid in het team om andere wegen te vinden, zal toenemen.

De enige manier om dergelijke herhalingsprocessen te herkennen is door erop bedacht te zijn. Op individueel niveau door reflectie en introspectie, of binnen een intervisiegroep. Op teamniveau door onderlinge communicatie, al dan niet geholpen door iemand van buitenaf. Ook het gezin kan helpen, zoals uit het voorbeeld van Marijke en Karina bleek.

Een indrukwekkende manier om vorm aan dysfunctionele relaties binnen een behandelteam te geven is de SCULPTING-techniek (*V. Satir*, 1964). Met behulp van deze techniek worden de verhoudingen binnen een gezin in lichaamshoudingen ten opzichte van elkaar uitgedrukt. Een soort beeldhouwwerk van menselijke verhoudingen dus, dat als volgt in werking kan worden gezet: een aantal stafleden beeldt het gezin uit ten opzichte van elkaar, dichtbij, veraf, beschuldigend, beschermend etcetera. Een aantal andere stafleden beeldt -om deze gezinsgroep heen- de relaties uit van de meest significante

stafleden, zowel ten aanzien van het gezin en de cliënt, als ten opzichte van elkaar. Een soort buitenkring dus. Vervolgens wordt de gezinsgroep, de binnenkring, uit het midden gehaald.

Het is dan vaak frappant, hoe sterk de relatiestructuur van de buitengroep, de stafleden, lijkt op die van de binnengroep, de patiënt en zijn gezin. Escalerende reacties ten opzichte van de cliënt worden dan zichtbaar in vicieuze cirkels en kunnen zo op een speelse manier de-escaleren.

De cliënt, het gezin en het hulpverleningsnetwerk ("multi-agency"-gezinnen)

Hiervoor ging het om een context waarbij een instelling betrokken was.

Dikwijls zie je echter, hoe gezinnen, niet zelden via dergelijke herhalingsfenomenen, steeds meer hulpverleners en hulpverleningsinstanties om zich heen weten te verzamelen. Cliënt, gezin en hulpverlening zijn dan te beschouwen als een groot systeem.

E.J. Coppersmits (1985) schrijft een aantal gezichtspunten van waaruit naar dergelijke macrosystemen gekeken kan worden:

Vanuit het gezin

Deze gezinnen hebben een lange geschiedenis van bemoeienissen van buitenaf. Bemoeienissen van buitenaf zijn een manier van leven geworden. Het is een traditie geworden om allerlei helpers diep geïnvolveerd te hebben in het gezinsleven.

Het zijn dan ook vaak gezinnen die los zijn komen te staan van hun eigen gezinnen van oorsprong, denk bijvoorbeeld aan migrantengezinnen. Bovendien kunnen de gezinnen in het spel met de hulpverleners en hun instanties de aandacht voor hun eigen problematiek vervagen. Anders gezegd: de overconsumptie lijkt hen steeds verder van hun eigenlijke problematiek weg te leiden. Ook kan het spel met de hulpverlening natuurlijk een zeer bevredigende spanning en ontspanning met zich meebrengen. Zozeer zelfs, dat omwille van het hulpverleningsspel het probleem in leven gehouden moet worden.

Vanuit de hulpverleningsinstanties

De steeds verdergaande specialisaties, waarbij voor elk type probleem (justitieel, medisch, opvoedkundig, therapeutisch, pastoraal) een eigen hulpvorm is ontwikkeld, heeft ertoe geleid dat ook het aantal instanties nogal is toegenomen. Deze differentiatie kan de volgende fenomenen te zien geven:

- een team kan een behandelplan ontwerpen, zonder te weten dat een andere instelling met precies hetzelfde bezig is;
- een team kan zonder het te weten, een plan ontwerpen dat precies het omgekeerde is van wat een andere instelling aan het doen is;
- de ene behandelaar weet niet welke beslissingen de andere genomen heeft en wie welke taken uitvoert;

- de ene behandelaar neemt uit ongerustheid een beslissing die juist de ongerustheid van de andere behandelaar doet toenemen;
- de ene instelling heeft verwachtingen over wat de andere instelling zou moeten doen, terwijl die verwachtingen helemaal niet met de werkelijkheid stroken;
- in geval van doorverwijzing stuurt de ene behandelaar met de cliënt allerlei impliciete boodschappen mee, kortom, een 'agenda', over hoe de volgende behandelaar dient te handelen. Die 'agenda's' komen dan weer voort uit de bestaande theorieën, regels, procedures en doelstellingen van de verwijzende instelling. De nieuwe behandelaar heeft echter zijn eigen 'agenda'.

Wisselwerking tussen gezin en hulpverlening

Op den duur is het niet meer uit te maken of het gezin het hulpverleningscircuit in gang houdt of dat andersom de behandelaars in een proces terecht gekomen zijn dat hen aanzet tot steeds meer activiteiten. De chaos van het gezin en die van het behandelaarscircuit kunnen elkaar gaan weerspiegelen. De 'agenda' van het gezin kan de behoefte zijn om in het spel met de behandelaars de diepere problemen te vervangen. Deze 'agenda' kan prachtig aansluiten als derde poot bij de niet sluitende 'agenda's' van de behandelaars. Er ontstaan driehoeksfiguren waarin niemand dezelfde taal spreekt en iedereen gevangen zit. Aan de relatie tussen gezin en meervoudige behandelaars kunnen veelal de volgende eigenschappen worden gegeven:

- ongedefinieerd leiderschap tussen de behandelaars en cliëntsystemen;
- 'rigide triaden', zoals coalities, triangulaties en omleidingen;
- wederzijdse mythevorming;
- wederzijdse dyskwalificaties en 'burn-out';
- wederzijdse overbetrokkenheid en kritiek.

Een dergelijke situatie zal ik hieronder illustreren met het volgende *praktijkvoorbeeld*.

Een RIAGG, ergens in een middelgrote plaats in Nederland, krijgt het verzoek van een psychiater uit een psychiatrisch ziekenhuis om Johnnie, een 17-jarige Surinaamse adolescent, met zijn gezin in behandeling te nemen.

Johnnie is de derde zoon uit een gezin van een alleenstaande moeder met vier zoons tussen de twintig en veertien jaar. Het gezin verblijft tien jaar in Nederland en vanaf het begin zijn er met Johnnie problemen geweest. Op de lagere school zijn er leer- en gedragsproblemen, en spoedig daarna wordt Johnnie in een internaat voor epileptische patiënten in verband met geconstateerde epilepsie opgenomen. Vervolgens mislukt hij op twee ZMOK-scholen door gedragsproblemen.

In 1984 wordt hij tot negen maanden tuchthuis voor jongeren veroordeeld. In het kader van gerechtelijk voor-onderzoek, wordt hij in een psychiatrisch ziekenhuis geplaatst voor een onderzoek naar zijn geestvermogens. In november 1986 besluit de rechtbank dat de gezinsbehandeling een kans moet krijgen, waarna het vonnis wordt opgeschort.

In het gezin gedraagt moeder zich chaotisch, emotioneel en agressief. Ze schermt met verhalen over geesten van Winti, is razend over ondergane discriminatie, financieel onrecht en slechte behandeling door de politie, artsen, hulpverleners en andere autoriteiten. Vanuit deze houding moedigt zij de kinderen en met name Johnnie aan zich onverantwoordelijk te gedragen. Ze is ervan overtuigd dat het optreden van de politie tegen hen als Surinamers is gericht en dat Nederlanders voor zulke vergrijpen vrijuit gaan.

Het gezinstherapeutisch behandelplan van de RIAGG was er kortgezegd op gericht een functionele relatie tussen moeder en zoons te bewerkstelligen. Toen de psychotherapeut dit keurige behandelplan ten uitvoer wilde brengen, werd hem letterlijk het mes op de keel gezet in een uiterst chaotisch en emotioneel gesprek met de gehele familie.

De psychotherapie stagneert.

De psychotherapeut neemt contact op met de Officier van Justitie. Deze ziet de zin en noodzaak van een beraad in. Hij biedt aan te overleggen met de plaatselijke politie. In het voorbereidend gesprek met de politie is de commandant vóór een dergelijk overleg met de familie, maar de politiestaf falicant tegen. Woorden vallen als: "We hebben te veel geweld en ellende van deze familie meegemaakt, een gesprek is te veel eer. We moeten arrestaties uitvoeren met zeven man met getrokken wapen". De psychotherapeut voert dit gesprek deskundig. De sfeer verandert en de politiestaf gaat accoord met een *Ronde Tafel Conferentie* met het gezin. Men biedt nu zelfs aan het gesprek te organiseren "op een neutrale plaats, dus het gemeentehuis, met de burgemeester er ook bij".

Vervolgens vinden op allerlei niveau's in allerlei voorrondes, vele voorbereidingen plaats. Het gezin wil meewerken en de sfeer verandert. Een Surinaamse maatschappelijk werker zegt zijn medewerking toe. De politiecommandant schrijft zijn manschappen: "Nee hebben we, ja kunnen we krijgen. Het slagen van het experiment is onzeker. Het mislukt in ieder geval, indien de individuele politambtena(a)r(es) de zaak niet ondersteunt. Uw medewerking derhalve s.v.p." Dan vindt het overleggesprek plaats. De psychotherapeut krijgt het voorzitterschap van de burgemeester, die daarna de vergadering verlaat.

Enorme spanning, over en weer dreigt agressie, maar er komen afspraken. Een vertrouwensman bij de politie wordt gekozen en dat wordt de politiecommandant. Bij problemen zal moeder uit eigen initiatief met deze vertrouwensman in contact treden. Als er gestolen wordt, wordt het goed door de familie naar de politie gebracht en de Officier van Justitie wordt verwittigd. De politie zal niet meer met zeven man sterk de orde komen herstellen. En tot slot zou er over twee maanden een vervolgbespreking plaatsvinden.

Na het formele gedeelte gebeurde het volgende: de politieagenten en de jongens bleven nog *drie kwartier* na, en zo met de handen in de zak kijkend naar de schilderijen in het gemeentehuis, legden ze elkaar -heel informeel- hun reacties op elkaar uit.

Drie maanden na deze Ronde Tafel Conferentie gaat het met het gezin een stuk beter. Er is een recidive geweest, een diefstal, waarna de politiecommandant

moeder heeft opgeroepen en krachtig heeft toegesproken, en het gezin de spullen heeft teruggebracht. Moeder vertelde in de gezinstherapeutische gesprekken "vrede te willen met de mensen". Het gaat haar en Johnnie zichtbaar beter. Ze corrigeert hem nu. "Ik wil het niet meer dat die jongen in de gevangenis komt, ik wil hem helpen". "Het gaat niet in een keer goed". "Ik heb tijd nodig om die jongen in het spoor te krijgen". Johnnie zoekt werk en neemt zijn medicatie tegen epilepsie in. Er komen blanke vriendjes over de vloer.

Probleem-identificatie

Teneinde tot een goede probleem-identificatie te komen bij "multi-agency"-gezinnen dient de psychotherapeut de totale behandelcontext in kaart te brengen. Daarbij zal hij op de volgende vragen een antwoord zien te vinden:

- Wie hebben en hadden bemoeienissen met het gezin en met welk succes?
- Wat voor soort relatie bestaat er tussen helpers en behandelaars, cliënt en het gezin?
 - zijn ze intensief of niet?
 - zijn ze constructief of dyskwalificerend?
 - zijn ze overbetrokken of niet?
- Bestaan er rigide triaden, zoals triangulaties, negatieve coalities en omleidingen, die mogelijk het probleem in stand houden c.q. verergeren?
- Is er een functionele betekenis te ontleen aan het spel van het gezin met de hulpverleners?
- Zijn er hypothesen te formuleren over al of niet verborgen 'agenda's'?
- Hoe pathogenetisch is dit meervoudige netwerk en is het te herordenen?

De Ronde Tafel Conferentie

Na een dergelijke analyse kan het organiseren -van wat ik noem- een Ronde Tafel Conferentie een volgende stap zijn, met als doel een samenwerkingsrelatie tot stand te brengen in dienst van de behandeling van de cliënt. Het initiatief dat de psychotherapeut dan in feite neemt is een initiatief om betrekkingen te ordenen. Kortom het betrekkingsniveau is relevant en niet het inhoudsniveau.

De psychotherapeut treedt op als 'meta-consultant': hij moet een positie van multi-pele partijdigheid kunnen innemen, zowel ten opzichte van het gezin als ten opzichte van de helpers en de directe collegae. Hij moet bondgenoot kunnen zijn van iedereen en niemand tegelijkertijd. Het is dus niet altijd mogelijk om deze rol te nemen. Indien niet mogelijk moet hij de rol aan een collega geven die uitermate goed ingesproken en voorbereid is.

In deze *meta-niveau positie* bevindt hij zich boven het gezin en boven de

samenstellende delen van het hulpverleningsnetwerk. De psychotherapeut moet zich dan ook nooit presenteren als psychotherapeut. Wel zal hij de hiërarchie binnen de instellingen waarmee hij te maken heeft, in acht dienen te nemen. Dit vraagt veel kennis en begrip van de verschillende functies van de instellingen. Een belangrijke vraag is natuurlijk of het gezin ook plaats neemt aan de Ronde Tafel. Een eensluidend antwoord daarop is niet te geven. Het criterium bij de beantwoording van die vraag is de hanteerbaarheid van emoties.

Soms valt de conferentie in twee delen te splitsen: één zonder en één met het gezin. Een stevige structuur is nodig. Immers, per definitie spelen er veel emoties, is de kans op chaos groot en kan er een teveel aan 'geschiedenis' zijn. Toch moet een zekere controleerbare mate van emotionaliteit worden toegestaan en het is van belang dat een ieder er van tevoren op voorbereid is.

Voorbereidingen op de Ronde Tafel Conferentie

Bij het aanbrengen van een duidelijke structuur kan de wijze van uitnodigen een belangrijke rol spelen. Het is derhalve aan te raden om ieder 'meaningfull member' zelf te bellen. Naast het persoonlijke van deze benadering, kan zo de boodschap doorgegeven worden dat het doel hoofdzakelijk de ordening van de betrekkingen is en dat dit ten dienste staat van inhoudelijke zaken, die zo op een later moment eerst echt tot hun recht kunnen komen. Ook de privacy-bescherming moet goed doorgepraat worden, waarbij het van belang is afspraken te maken ten aanzien van de geheimhouding vooraf, tijdens en na de conferentie. Het streven is altijd 'iedereen' uit te nodigen, want hoe vollediger, hoe beter. Iedereen uitnodigen is het signaal dat iedereen medeverantwoordelijk is, waarmee het gevaar voorkomen wordt dat jijzelf als oververantwoordelijk wordt bestempeld.

De organisatie van een dergelijke onderhandeling vraagt goede omgangsvormen en vooral wederzijdse erkenning. De toon is daarom even belangrijk als de inhoud. Het gaat erom optimale betrokkenheid te realiseren voor een gezamenlijke oplossingsgerichte inspanning. Dit zoeken naar oplossingen, dus niet naar fouten, sterkt ieder in zijn rol.

Zo'n Ronde Tafel Conferentie heeft een ritualistisch karakter. Dit verwijst naar goed verzorgde procedures, zorg, aandacht, bijvoorbeeld vooraf geschreven naamkaartjes voor alle deelnemers. Sterk rekening houden met elkaars agenda, zodat iedereen aanwezig kan zijn, is erg belangrijk. Ook de plaats waar de bijeenkomst gehouden wordt, dient voorwerp van onderhandeling te zijn.

Strategie tijdens de Ronde Tafel Conferentie

Als eenmaal de bijeenkomst daar is dan kan de psychotherapeut de volgende strategieën volgen:

- Het vragen van mandaat om voorzitter te mogen zijn.
- Het stellen van de *Meta-regel* waar alle andere regels uit worden afgeleid. In het voorbeeld luidde deze: "We zijn tegen discriminatie, maar de Wet moet gehandhaafd worden".

3. Spreken via de voorzitter.
4. Voortgangsrapportage en evaluatie na verloop van tijd afspreken.
5. De positieve connotatie van ieders zorg, inzet en bemoeienis.
6. Geen analyse toestaan van "wat er aan de hand is", maar wat moet er gebeuren en wie doet wat.

De toon en presentatie van de voorzitter moeten uitnodigen om de symmetrie tussen de gesprekspartners te herleiden tot complementariteit. Daardoor kan dreigende a-collegialiteit naar collegialiteit toe groeien, waardoor 'partijen' weer 'een-partij' worden. Dat gebeurt veelal wanneer de voorzitter iedereen weet te valideren en te kwalificeren, waarmee de onderliggende angst van alle partijen om niet gewaardeerd te worden, bestreden wordt. Via de erkenning van ieders zorg, bemoeienis en inzet kan het lukken om van een ZIJ-probleem een WIJ-probleem te maken, oftewel van een OF/OV-structuur een EN/EN-structuur te maken. Dit vergt veel van de vaardigheden van de psychotherapeut. Hij moet de taal van verschillende deelnemers kunnen spreken, hun uiteenlopende realiteiten kunnen begrijpen en kunnen overdragen dat ieders belang van belang is. Hij moet ook de doelstellingen en de organisatie-structuur van de verschillende instellingen respecteren, door te accepteren wat er gezegd wordt en dit te herdefiniëren op een voor ieder acceptabele wijze.

Tot slot dient hij in zijn handelen telkens te laten doorschemeren dat het hem uitsluitend te doen is om een werkbare realiteit tot stand te brengen waarbinnen de problemen van de cliënt wellicht kunnen worden opgelost.

Het effect van de Ronde Tafel Conferentie

De investering in tijd en energie om iedereen bij elkaar te krijgen is aanzienlijk. Evenzo de energie die dikwijls besteed wordt aan 'het opzien tegen een Ronde Tafel Conferentie'. Zo droomde de therapeut in het voorbeeld dat hij voor een volle zaal mensen stond en het gezin niet kon vinden. De ervaring leert immers dat de behandeling na een Ronde Tafel Conferentie vaak in een stroomversnelling terecht komt.

Stagnatie wordt via inzet van organisatieprincipes en -technieken, in combinatie met psychotherapeutische inzichten en vaardigheden, omgezet in een gemeenschappelijke structuur waarbinnen de behandeling weer zinvol wordt. Een belangrijk effect is dat in het onderlinge overleg het aantal hulpverleners dikwijls drastisch verkleind wordt.

Een ander (meta)effect heeft betrekking op de collega-behandelaars. Men voelt zich partners geworden in plaats van tegenstanders en men zou in dit verband van een effect kunnen spreken. Deze dankbaarheid (satisfactie) van het cliëntensysteem is meestal zeer groot. Bij een geslaagd gesprek ziet men ook dat instanties bereid zijn hun macht meer therapeutisch in te zetten. De Raad en de vertrouwensarts zijn dan bereid om juridische grenzen te stellen, of andersom, klachtenindieners trekken hun klachten in. De Officier van Justitie in het

voorbeeld zei: "Mijn collegae in het Parket verklaarden me voor gek, maar ik ben blij dat het overleg uiteindelijk gewerkt heeft".

Samenvattende aanbevelingen

Tot slot wil ik in het kort een aantal systeemwetten formuleren die dienstig zijn geweest bij de beschreven problematiek:

- Plaats een moeilijk of onoplosbaar probleem in een grotere context en zoek het verbindend patroon op, waarna effectieve verkleining weer kan volgen.
- Analyseer de fenomenen in triadische processen. Bedenk daarbij dat, zoals een patiënt gevangen kan zijn in een paradoxale situatie in zijn gezin, het gezin evenzeer gevangen kan zijn in paradoxale situaties tussen hulpverleners c.q. instanties die bedoelen te helpen.
- Betrek jezelf als psychotherapeut in je observatie door je eigen positie in de organisatie, als deel van het te behandelen probleem te definiëren.
- Ga ervan uit dat er een verwevenheid kan zijn ontstaan tussen een probleem en de pogingen om het op te lossen, waarbij het probleem gestabiliseerd wordt door de oplossingen en de oplossingen door het probleem.

Soms is het focus van de behandeling het probleem *plus* de oplossingen en het therapieplan het veranderen van de relatie tussen het probleem en de oplossingen (Keeney, 1983). Soms kan de oplossing alleen liggen in de reorganisatie van de manier waarop problemen en oplossingen georganiseerd zijn. Deze reorganisatie houdt vaak in het vereenvoudigen en het verminderen van hulp. Afsluitend heb ik u mijn persoonlijke visie gepresenteerd op stagnaties in de psychotherapie, vanuit en met behulp van de systeemtheoretische visie en interventietechnieken. De centrale gedachte die ik in dit artikel naar voren heb willen brengen is dat het mogelijk is om een stagnatie van een behandeling weer vlot te trekken door de activiteiten *tijdelijk* te richten op de bredere context, waarbinnen de therapie plaatsvindt. Daarna is het bijna altijd mogelijk de context weer op effectieve wijze te verkleinen. Stagnaties zijn, zo gezien, letterlijk en figuurlijk slechts betrekkelijk!

Drs. A. van der Ree, psycholoog-psychotherapeut, is als opleider verbonden aan het Willem Arntsz Huis te Utrecht en als coördinator van de psychotherapie opleiding aan het RINO Utrecht.

Literatuur

- Blankenstein, J.H., *Herhaling van gezins-relatiepatronen in een behandelingstehuis*, Bronder-Offset n.v., Rotterdam, 1971.
Choy, I.W. en Van den Langenberg, S., Nood breekt wetten, in: *Kinder- en Jeugdpsychotherapie I*, maart 1987.

Coppersmits, E.I., *Families and Multiple Helpers: A Systematic Perspective*, in: *Applications of Systematic Family Therapy*, Campbell D. and Draper, R. (eds.), Grune & Stratton, Ltd. London, 1985.

Haley, J. *Problem-Solving Therapy*, Jossey-Bass, Inc. Publishers, San Francisco, 1976.

Keeney, B.P., *Aesthetics of Change*, The Guilford Press, New York, 1983.

Minuchin, S., *Gezinstherapie*, Het Spectrum, 1973.

Satir, V., *Conjoint Family therapy, science and behavior*, Brooks, 1964.

Watzlawick, P., Beavin, J.H. en Jackson, D.D., *Pragmatics of human communication*, Norton and Co., New York, 1967.

HELP IK ZIT VAST!

Een checklist voor vastgelopen gezinstherapeuten

T. Compernelle

We leren meestal meer uit mislukkingen dan uit successen. Wie nooit grote flaters heeft begaan, heeft ook nooit grote ontdekkingen gedaan".

Gezinstherapeuten die niet in een team werken en over geen of weinig mogelijkheden tot super- of intervisie beschikken vroegen mij regelmatig om een handleiding waarmee ze zonder externe hulp vastgelopen therapie-situaties konden analyseren. Om hierop een antwoord te geven ben ik het proces van supervisie gaan analyseren.

Na elke supervisie vroeg ik me af: "Wat heb ik precies gedaan om de vastgelopen therapeut weer vlot te krijgen?" Aan de supervisor vroeg ik wat volgens hemzelf het meest helpvol was geweest. Behalve het initiëren van hele specifieke interventies en technieken, bleken vele interventies terug te voeren tot een vijftiental hoofdcategorieën waarin een relatieve volgorde van belangrijkheid zat. Hieronder zal ik deze categorieën achtereenvolgens bespreken en daar waar mogelijk concrete adviezen geven.

1. Voel ik me bedreigd?

Het doen van therapie lukt bij de therapeut stress uit. Die stress is niet alleen onvermijdelijk maar ook nuttig, zonet noodzakelijk. Stress kan ons stimuleren te groeien, nieuwe zaken te leren en creatief te zijn. Een flinke stress-situatie kunnen we ervaren (dat is interpreteren) als een uitdaging en zelfs als een plezier. Het activeert ons dan.

Te weinig stress kan betekenen dat de therapeut routinematig bezig is. Dit hoeft op zich niet verkeerd te zijn. Ikzelf ga me dan echter vervelen, verlies het plezier in mijn werk en ga dan de spanning verhogen door een gewoon probleem op een voor mij ongewone wijze aan te pakken.

De stress-situatie kan echter ook als bedreigend worden ervaren. Men zal dan geneigd zijn agressief te reageren, te vluchten of verlamd raken. Men krijgt dan het gevoel de zaak niet meer onder controle te hebben. Dit is een weinig vruchtbare situatie. Zolang de therapeut met dat gevoel zit zal hij weinig nuttig werk kunnen verrichten. In die situatie blijven is zelden zinvol. Therapeuten zijn dikwijls verbaasd als ik ze dan vraag met een of ander excuus 'het strijdtoneel' te verlaten. Een eervolle vlucht is soms het enige middel en de beste strategie. Men kan in dergelijke situaties figuurlijk vluchten, door in zijn stoel weg te zinken en 'afwezig' te worden (Whitaker durft zelfs in een

dergelijke, bedreigende situatie in slaap te vallen) of men kan ook letterlijk vluchten: "Ik ga even koffie halen", "Ik ga even overleggen", "Ik vergat de secretaresse ..."

In mijn ervaring is het verlaten van de therapie-situatie voor veel therapeuten moeilijk omdat men nu eenmaal het idee heeft altijd in de kamer te moeten blijven en het uur vol te maken.

Wat kan men doen als men zich bedreigd voelt?

- join; stel jezelf op je gemak door de gezinsleden op hun gemak te stellen
- stap eruit
- doe zeker geen directieve herstructurende interventies
- wijk eventueel uit naar een oppervlakkig praatje
- vermijd absoluut agressie en provocatie, dat maakt het erger
- neem afstand, situeer jezelf structureel om te vermijden dat men de reacties van de anderen als persoonlijke reacties gaat zien in plaats van eigenschappen van een interactioneel systeem waar men deel van uitmaakt
- zorg ervoor dat je op de juiste plaats zit
- ga down (je bent het toch al).

Bij dit alles mag men niet vergeten dat het niveau waarop de stress de therapeut teveel wordt, dikwijls ook het niveau is waar de stress het gezin teveel wordt. De tolerantiedrempel is niet alleen een eigenschap van de therapeut, maar veeleer van het therapeutisch systeem. Vandaar dat men ook moet leren om op zulke bedreigende momenten met kloppend hart en knikkende knieën toch verder te gaan op de ingeslagen weg, om bijvoorbeeld een crisis uit te lokken.

Nog een eenvoudig maar veel te weinig toegepast advies:

- neem geen moeilijke gezinnen op het eind van een drukke dag.
- Men zal verrast zijn te merken hoeveel vastgelopen zaken men kan loskrijgen door de afspraak te maken op het moment van de dag dat men zich het meest fit voelt.

2. Heb ik voldoende gejoind?

Een therapeut die echt goed joint kan zich veel flaters veroorloven. Hoe beter men joint hoe groter de flaters kunnen zijn die men zich kan veroorloven. Het kan niet voldoende worden benadrukt dat de intensiteit van de interventies evenredig moet zijn aan de intensiteit van het joinen. Zonder joinen worden directieve interventies wapens in plaats van hulpmiddelen en zullen ze minder effectief zijn en meer agressie uitlokken. In heel wat situaties kan men de zaak weer vlot krijgen als men even alle mooie plannen vergeet en de 'therapeutische alliantie' eerst even op punt stelt door heel nadrukkelijk te joinen. Stop onmiddellijk met de therapie als men niet meer welwillend staat tegenover de patiënten. Geen welwillendheid meer op kunnen brengen in bepaalde

gevallen is perfect acceptabel, maar dan toch met therapie verder willen gaan is een beroepsfout.

3. Heb ik de leiding?

Een therapeut die de leiding niet heeft, is machteloos. Als men het gevoel heeft de leiding niet meer te hebben moet men die eerst krijgen. Het beste hulpmiddel is dan weer joinen (men vangt geen vliegen met azijn). Een ander hulpmiddel is tijdelijk naar een ander onderwerp of een andere gezinsfunctie uit te wijken, om daar de touwtjes in handen te nemen en dan voorzichtig weer naar het probleemgebied te manoeuvreren. Als het echt niet lukt is het beter met de zitting te stoppen. Die beslissing op zich geeft je weer het initiatief.

De therapeut is verantwoordelijk voor de *therapie*, niet voor het leven van zijn patiënten. Hij is niet de kapitein aan boord, maar een loods. Een therapie kan vastlopen als de therapeut het roer van de zitting niet in handen heeft, maar ook als de therapeut de leiding probeert te krijgen over het dagelijks leven van het gezin. Het parool is 'hulp verlenen' en niet 'overnemen'.

4. Zit ik op de juiste plaats?

Dit lijkt een belachelijk vraagje maar ik neem het heel letterlijk en ik plaats het weloverwogen zo hoog in de rangorde. Dikwijls wordt de impact van de positie in de ruimte onderschat. Men kan als therapeut prima werk aan het doen zijn en zich toch erg ongemakkelijk voelen bijvoorbeeld als men tussen de ouders inzit als die met elkaar aan het praten zijn. Over het algemeen is de meest comfortable positie op de grens tussen de generaties. Het is in opleidings-situaties telkens weer een verrassing als therapeuten ontdekken, niet alleen hoeveel beter ze zich kunnen voelen alleen al door van plaats te veranderen, maar ook in welke mate de visie op het gezin en de werkhypothesen kunnen veranderen als men letterlijk een ander gezichtspunt inneemt.

Het is erg leerzaam de gezinsleden hun plaatsen te laten kiezen. Hun posities ten opzichte van elkaar spreken dikwijls boekdelen. Het kan echter ongewenst zijn om op de plaats te blijven zitten die het gezin aan de therapeut heeft toebedeeld.

Voorbeeld:

Een therapeute was niet alleen een beginneling in het vak maar zag er als pas afgestudeerd maatschappelijk werkster ook erg jong uit. Ze moest een intake doen in een gezin met vier kinderen tussen de 16 en 22 jaar. In de voorbespreking werd benadrukt hoe belangrijk het voor haar was in dit gezin meteen aan de kant van de ouders en zeker niet tussen de kinderen te gaan zitten, omdat ze dan bijna onvermijdelijk door de ouders in een coalitie met de kinderen zou worden gezien.

Het gezin kwam de kamer binnen, schikte zich rond het tafeltje en welke plaats bleef open ... in het midden van de kindergroep. Ze startte vanuit die positie niet erg op haar gemak. De supervisor reageerde terecht binnen 5 minuten met de instructie, om het even met welke smoes, van plaats te veranderen. Na haar positieverandering veranderde de toon waarop ze door de ouders werd aangesproken op slag.

5. Wat is precies de vraag van het gezin en heb ik die vraag beantwoord?

Een therapie loopt nogal eens vast omdat de therapeuten met allerlei interventies beginnen vóór ze precies weten wat de vraag is van de gezinsleden. Een structurele hypothese over het gezin kan nog zo goed zijn, ze dient echter tot niets indien de gezinsleden geen antwoord krijgen op hun vraag. Interventies zullen op die vraag moeten aansluiten. Als de vraag echter onbruikbaar is (wat zelden het geval is), zou ze eerst omgebogen moeten worden. Meestal heeft de therapeut er alle belang bij in het begin zijn interventies, ook bij een zogenaamde onwerkbaar vraag, te laten aansluiten en die vraag in de loop van de therapie min of meer geleidelijk om te buigen. De vraag van het gezin moet (het liefst in de eerste zitting) een antwoord krijgen. Op de hoofdklacht moet een hoofdaanbod volgen. Men kan in therapie mensen die een stofzuiger wensen, een wasmachine verkopen als ze er van overtuigd zijn geraakt dat die wasmachine beter aan hun vraag voldoet. Men kan ze geen wasmachine opdringen. Ouders die komen in de overtuiging dat hun kind ziek is en een medische behandeling behoeft, kan je niet zomaar gezinstherapie opdringen. Als men dan gezinstherapie de meest zinvolle strategie acht, zal men eerst een andere vraag moeten induceren ofwel de gezinstherapie bij de vraag laten aansluiten: "Als de artsen niets kunnen vinden betekent dit natuurlijk niet dat er niets is, maar ik maak me zorgen om de gevolgen van dit onopgelost medisch probleem op de psychische en sociale ontwikkeling van Piet, hoe kan hij met die handicap toch een leefbaar leven leiden..." of "...ik kan u misschien helpen om de negatieve invloed van Marijkes medisch probleem op het gezin als geheel te beperken..." of "...het gezin is de beste medicijn, ik zou willen nagaan hoe u allen Karel kunt helpen om dit onopgeloste probleem optimaal te verwerken". Het gezin of de gezinsleden hebben meestal reeds hun eigen antwoord op hun vragen dan wel een idee over wat de oplossing is. Dat eigen idee moet men zeker respecteren. Als het aanbod wat men doet te ver van dat vooropgestelde idee afligt loopt men teveel kans dat het niet geaccepteerd wordt. Vertaal eventueel het aanbod naar hun eigen idee toe. Soms gebeurt het zelfs dat het scherpstellen van de vraag het einde van de therapie is omdat voor een duidelijke probleemstelling het gezin zelf de oplossing vindt. De vraag impliceert een contract. Dit behandelingscontract kan impliciet of

zeer expliciet (zelfs geschreven) zijn. Men moet daarom geen echtpaartherapie beginnen met ouders die kwamen omwille van een probleem met hun kind. Men kan hen als ouders leren onderhandelen (men sluit dan aan bij hun vraag, maar men doet ook iets dat het echtpaar ten goede komt) ofwel stuurt men aan op een andere vraag en onderhandelt men op die manier over een nieuw contract.

Voorbeeld:

Het klassieke voorbeeld is een stel ouders dat komt voor de fenomenale driftbuien van hun kind. De therapeut vindt aanwijzingen voor een 'onderliggende' (dit is onzin) echtpaar-problematiek, stuurt de kinderen naar de wachtkamer, doet een zitting echtpaartherapie waar het stel echt wat aan heeft, ze vertrekken min of meer voldaan en op weg naar huis krijgt het kind in de auto een verschrikkelijke driftbui en ... het gezin komt niet meer terug: wat ze kregen was op zich misschien goed, maar beantwoordde niet aan hun vraag.

6. Heb ik voldoende concrete informatie over het probleem?

Een klassieke zandbank waarop therapieën vastlopen is het feit dat de therapeut onvoldoende concrete en praktische informatie heeft over het probleem. Ik heb meerdere malen meegemaakt dat een therapeut praatte over 'telkens als *het* weer gebeurt', alles wist over de gevoelens die *het* opriep bij de gezinsleden, *het* aan het behandelen was, zonder precies te weten wat *het* was, en verrast was te ontdekken dat *het* maar één of twee keer was voorgekomen, terwijl *het* probleem iets heel anders was.

Zowel de vraag als het probleem moeten duidelijk zijn. Vraag en probleem overlappen elkaar niet altijd. De vraag kan bijvoorbeeld zijn "Genees ons kind" terwijl het probleem is dat het kind te weinig eet.

De informatie hierover komt overeen met een goede functionele analyse: wanneer, in welke mate, met wie, hoe dikwijls, in welke omstandigheden, wat doet A dan, wat doet B dan, welk effect heeft dat, wat gebeurt er dan...

Om die informatie te krijgen kan een structureel therapeut heel goed een beroep doen op technieken die lijken op circulair interviewen. Hij kan ook registratie-technieken uit de gedrags therapie voorschrijven.

Specifiek voor de structurele gezinstherapie is dat veel belang gehecht wordt aan wat de therapeut met zijn eigen ogen kan waarnemen, *het proces*. Als het even kan zal hij zo te werk gaan dat het probleem zich in de zitting voordoet zodat hij de interacties zelf kan observeren.

Soms strandt een therapie omdat de therapeut over teveel informatie beschikt. Sommige therapeuten (en instellingen) blijven maar informatie verzamelen. Als je de essentiële informatie niet op één maximaal twee A4-tjes kan samenvatten, heeft men teveel. De therapie kan vastlopen doordat de therapeut teveel dan wel te weinig op het probleem geconcentreerd is.

7. Heb ik voldoende zicht op de positieve, gezonde en sterke kwaliteiten van het gezin?

Mensen lossen problemen niet op met wat ze aan ziekte, pathologie, dysfunctie en zwakte in huis hebben. Om te veranderen zullen ze moeten steunen op wat gezond en functioneel is. Als men steeds op zoek is naar pathologie zal men snel vastlopen. Dit betekent niet dat men helemaal geen oog moet hebben voor stoornissen. Men moet zicht hebben op de zwakke plekken én op het gezonde materiaal waarmee je die plekken kan herstellen.

In dat verband is het belangrijk op zijn minst welwillend te staan tegenover het symptoom, het symptoom te zien als een gedeeltelijke, zij het pijnlijke oplossing. Immers, dikwijls is het symptoom je beste hefboom.

Om een symptoom goed te kunnen aanpakken moet men er als het ware een beetje van houden. Het helpt als men zicht heeft op de risico's die vastzitten aan het verdwijnen van het symptoom. Hoe pijnlijk het ook is, het kan voordelen hebben (en niet alleen maar zogenaamde ziekte winst) boven de gewenste verandering.

8. Heb ik een werkbare werkhypothese?

Een structurele hypothese is een onderdeel van een 'diagnose' in de echte zin van het woord. Het is niet 'de waarheid' over het gezin, het is een werkhypothese. De belangrijkste eigenschap is dat ze bruikbaar is om verandering te induceren.

De diagnose bevat steeds drie elementen:

- 1) een structurele hypothese
- 2) een hypothese omtrent de visie van de gezinsleden
- 3) een individuele diagnose.

De diagnose kan onvoldoende werkbaar zijn:

- Als de therapeut zichzelf niet in zijn diagnose heeft ingecalculleerd (de meest frequente omissie). Heel wat therapieën lopen vast omdat de therapeut zijn eigen werkcontext/instelling, niet of onvoldoende in zijn hypothese heeft betrokken.
- Als de therapeut zijn zoomlens geblokkeerd houdt op één organisatieniveau (bijvoorbeeld het gezin) en de flexibiliteit mist om in te zoomen op het individu of op een lichaamsdeel (bijvoorbeeld de hersenen) of om uit te zoomen naar de school, het hulpverlenerssysteem, de eigen instelling en dergelijke.
- Vooral de individuele diagnose wordt nogal eens uit het oog verloren. Er bestaan dysfuncties zoals autisme, mentale handicaps, primaire leerstoornissen, schizofrenie en ontwikkelingsstoornissen die niet met gezinstherapie of met gezinstherapie alléén op te lossen zijn.
- Is in de werkhypothese voldoende rekening gehouden met de verwijzer en de

vorige therapeuten? Hou rekening met de werkhypothese van de verwijzer, vooral als het een belangrijk persoon is zoals de huisarts. Soms is het nodig eerst diens visie te veranderen vooraleer die van het gezin te kunnen aanpakken. Diskwalificeer het werk van de voorgaande therapeuten bij voorkeur niet (ook al stuit je op flaters), niet alleen uit collegialiteit, maar omdat het je eigen werk bemoeilijkt. Hou rekening met de visie van het gezin op de verwijzer en de voorgaande therapieën. Ook als je niet begrijpt wat die mensen bezielde om twee jaar lang wekelijks hun kind af te zetten bij een therapeut die hen volledig uit de therapie buitensloot en waar geen enkele beterschap uit volgde. Dan nog kan je beter zeggen: "Dat werk was noodzakelijk, het heeft de basis gelegd zodat we nu heel snel in een hogere versnelling kunnen gaan en het einddoel bereiken". Als je die investering van meer dan honderd uur diskwalificeert, zal het gezin je bewijzen dat je het probleem onderschat en zal ook jij het probleem niet in enkele zittingen kunnen oplossen. Als je je echt niet kan overtuigen dat die positieve kant er ook wel in zit, lieg dan (tenzij het je eerste leugen zou zijn).

- Het is belangrijk ook je vooroordelen in je hypothesen te verwerken. Ontken ze niet, er zal altijd wel een reden voor zijn, maar verwerk ze tot een toetsbare hypothese en wees bereid ze als elke hypothese te verwerpen als ze met de werkelijkheid niet blijkt te kloppen.
- Je werkhypothese kan je laten vastlopen als je er maar één hebt! Er zijn op elk moment tientallen goede werkhypothesen te bedenken. Als je vastloopt bedenk dan minstens drie goede werkhypothesen. Als je er maar één kunt bedenken en denkt dat dat 'de waarheid' is, is het per definitie een verkeerde. Begin dan met de 180 graden tegenovergestelde hypothese, die is ook bruikbaar.

9. Heb ik het juiste systeem in handen?

Los van de diagnose moet men telkens weer voor elke zitting, voor elke fase in de therapie kiezen voor het juiste (dat wil zeggen het meest efficiënte) therapeutische systeem: ouders en kind, het hele gezin, gezin van origine, verwijzer plus gezin, gezin plus delegatie van groepsleiding etcetera. Pas op: het meest zinvolle systeem voor de diagnostiek en de werkhypothese is niet steeds het meest efficiënte qua interventie. Men kan dikwijls vastlopen voorkomen door het veld van de analyse en de interventie tijdelijk te vergroten, om het daarna tot een pragmatischer niveau weer te verkleinen. De stelling "steeds het hele gezin" is te gemakkelijk en te rigide. Een structureel therapeut kiest pragmatisch voor het kleinste, handigste (hanteerbaarste) systeem waarmee de gewenste verandering kan worden bereikt. De belangrijkste valkuil hier is dat het gezin expliciet of impliciet dicteert met welk systeem de therapeut werkt en essentiële elementen buiten het therapieveld houdt. De therapie kan evenzeer gehinderd worden door het uitnodigen van een te groot systeem als door het blijven werken met een te beperkt systeem. Perfecte psychoterapeutische

interventies kunnen mislukken door onvoldoende rekening te houden met de ruimere behandelingscontext, het systeem rond de therapeut(en) inbegrepen.

Voorbeeld:

In de vierde zitting ga ik in het poppenhuis spelen met een zesjarig meisje, terwijl de ouders overleggen over de aanpak van de nachtelijke angsten. (Na drie zittingen was er nog steeds niet de minste verandering opgetreden.) Het spel van het kind draait helemaal rond een figuurtje dat opgepakt wordt, in het toilet opgesloten, van het dak valt etcetera.

Uit het spel leer ik dat het een in huis wonende grootvader is, die noch in de vragenlijsten, noch in de anamnese werd vermeld. In het verdere verloop van de zitting blijkt hij een belangrijke rol te spelen in het gezin. Toen de ouders ervan overtuigd konden worden de beginnende dementerende grootvader voor de volgende zitting mee te brengen, werd vrijwel onmiddellijk resultaat bereikt.

10. Heb ik wel een doel?

Het is ongelooflijk hoe dikwijls therapeuten aan de slag gaan zonder te weten waar ze heen willen. Een gebrek aan doel volgt meestal uit een gebrek aan werkhypothese. Een goede werkhypothese impliceert een doel zowel ten aanzien van de veranderingen qua structuur als qua verandering van visie. Als het uiteindelijke doel niet duidelijk is, heeft men voorlopige tussendoelen nodig. Bij het bepalen van een doel is het nastreven van de 'beste oplossing' dikwijls de oorzaak van het niet bereiken van een goede oplossing. In therapie realiseert men bijna nooit idealen, soms het wenselijke, dikwijls slechts het mogelijke. Het (niet realiseerbare) ideaal staat het mogelijke dikwijls in de weg.

Het gebeurt af en toe ook dat een therapeut denkt vast te lopen terwijl hij in feite het doel (en/of de vraag) voorbijschiet en ongevraagd verder behandelt.

11. Gebruik ik de juiste strategie, de juiste techniek?

Het is niet toevallig dat dit punt slechts op de elfde plaats komt. In supervisie wordt al te dikwijls gevraagd om een slimmere strategie of een betere techniek, terwijl de voorgenoemde voorwaarden lang niet vervuld zijn.

Dikwijls heeft de therapeut een goede techniek of strategie, maar mist hij de taaië volharding en vooral intensiteit om het doel te realiseren.

Als ik met van die typische halfzachte permissieve fluwelen hulpverlenershandschoentjes zou worden aangepakt, zou ik het ook niet pikken... "Zou u misschien, een beetje, voor een stuk, eventueel, ahummm, ahummm, het wederzijds communiceren..." Therapie als waterige soep van verwelkte groenten zonder zout en zonder peper.

Mijn leven is gekruider en dat van mijn patiënten dikwijls nog veel meer. Dat fluwelen handschoenengedoe getuigt van een gebrek aan respect voor de veerkracht en vitaliteit van mensen.

De structurele gezinstherapie is eclectisch "patient-oriented". De strategie en technieken moeten worden aangepast aan de patiënt (in tegenstelling tot "method-oriented" psychotherapieën waar de patiënt zich in belangrijke mate moet aanpassen aan het jargon en de werkwijze van de therapeut). Sommige gezinstherapeuten zijn in hun uitlatingen en geschriften nogal eens rigide, bijvoorbeeld over de noodzaak steeds het gezin van origine bij de zaak te betrekken, over de noodzakelijkheid van het maken van geneogrammen, over het nooit gebruiken van medicijnen, over het totaal verwerpen van hospitalisatie, over het altijd in co-therapie of met een chorus werken etcetera. Elk axioma is een potentiële hindernis waarop een therapie kan vastlopen. Structurele gezinstherapie is manipulatief, maar het gaat in de eerste plaats om zelfmanipulatie.

12. Ben ik voldoende competent?

Op het gebied van competentie lopen therapieën vast op zelfoverschatting en zelfonderschatting.

Dit betekent niet dat een therapeut niet telkens weer opnieuw zaken moet aanpakken die aan de grens van zijn kunnen liggen (zie punt 1.). Zonder die uitdaging groei je niet als therapeut. Maar dit betekent niet dat je (vooral als beginnend therapeut) alles moet aanpakken wat je toegeschoven wordt. "Daar heb ik helemaal geen verstand van, ik zal uitzoeken naar wie ik u het beste kan verwijzen..." of "... ik moet daarover advies vragen aan mijn medewerkster" zijn heel eenvoudige maar heel belangrijke interventies die sommige therapeuten niet kennen. Vooral als men als gezinstherapeut start in een anders georiënteerde instelling is het aanvaarden van alles wat aangeboden wordt een grote valkuil.

Als men denkt over de grenzen van zijn kunnen te werken, kan het nuttig zijn een beperkt contract te maken: "Laten we afspreken voor vijf zittingen, als het probleem dan niet duidelijk verbetert, wat niet wil zeggen dat het opgelost moet zijn, dan betekent dit dat ik u ook in 50 zittingen niet zal kunnen helpen". Het is dikwijls zo dat men al doende achter zijn competentie komt en op die manier beschermt men zichzelf en het gezin. Men kan zichzelf en het gezin ook beschermen door het terrein van de interventie aanvankelijk te beperken tot een deel van het probleem waarvan men denkt het wel aan te kunnen.

Het is ook belangrijk eraan te denken dat men incompetent kan worden als het gepresenteerde probleem te dicht bij de eigen leefwereld komt. Men kan dan de vrijheid van handelen en flexibiliteit verspelen omdat men zichzelf en het eigen functioneren aan de kaak moet stellen.

Wees ook voorzichtig met therapieën met mensen uit totaal verschillende culturen en subculturen. Veel interventies zijn afgestemd op blanke westerse

gezinnen en heel wat ideeën over het functioneren van gezinnen zijn ideologisch en cultureel mede bepaald.

Overigens moet men niet proberen met een pleister iets te herstellen waar alleen majeure chirurgie een oplossing biedt. Armoede en marginalisatie, discriminatie en delinquentie zijn dikwijls problemen waartegenover we beter onze onmacht kunnen toegeven. Het heeft bijvoorbeeld geen zin delinquentie jongeren te behandelen als de delinquentie niet alleen deel uitmaakt van de subcultuur, maar bovendien ook noodzakelijk is voor het overleven van het individu en/of het gezin.

13. Ben ik niet verstrikt in mijn Ideologie?

Gezinstherapie is niet waarde vrij. Men moet er daarom terdege rekening mee houden dat de ideologie van therapeuten hen zowel helpen als hinderen kan. Een ideologie zal vooral problemen veroorzaken als ze rigide is en niet meer toelaat zich te verplaatsen in de soms zeer verschillende ideologieën van patiënten of cliëntsystemen en verhindert deze te begrijpen en te accepteren. Men hoeft ze niet te accepteren. Het kan therapeutisch nuttig zijn een te rigide of te enge ideologie van een patiënt aan de kaak te stellen. Men kan zelfs in de therapeutische situatie patiënten overtuigen van het eigen gelijk of het eigen geloof. Men kan de patiënt ook helpen te veranderen binnen diens eigen ideologie. Het accepteren van die ideologie betekent niet dat de hulpverlener zijn eigen ideologie wegstopt of verloochent. Hij kan duidelijk laten blijken dat hij er anders over denkt, zonder de patiënt van die opinie te willen overtuigen. In bepaalde streken van Vlaanderen bijvoorbeeld, bestaat een extreme vorm van matriarchale ideologie, waarbij de vrouw alle beslissingen neemt en uitvoert en de rol van de man gereduceerd is tot die van een louter geldverdiener die al zijn verdiensten meteen aan zijn vrouw afgeeft en blij mag zijn als hij geen overuren hoeft te maken om zelf wat zakgeld te hebben. Mijn ideologie omtrent de rol van de man is anders, maar dit belet me niet om met deze gezinnen te werken en hen te helpen ernstige problemen op te lossen zonder dat ik me genooddakt voel deze ideologie aan de orde te stellen.

Er kunnen ook problemen ontstaan als een hulpverlener moet optreden in een systeem waar conflicten bestaan tussen mensen met zeer verschillende ideologieën. Dat die mensen elkaar ideologie niet willen tolereren kan precies de kern van het probleem zijn. Er gaapt een wijdoen valkuil als de therapeut er dezelfde ideologie op nahoudt als een van de partijen in het conflict. Het grootste risico is dat de therapeut in een kamp terechtkomt en verstrikt raakt in de inhoud terwijl hij het betrekkingniveau, het proces en de structuur uit het oog verliest.

Een andere valkuil kan ontstaan als de ideologie van de patiënt of het clientsysteem precies dezelfde is als die van de hulpverlener. Dit kan deze laatste beletten, in een situatie waar het nodig is, die ideologie (bijvoorbeeld

omtrent het opvoeden van kinderen) aan de kaak te stellen, omdat dit voor hemzelf te persoonlijk en te bedreigend is.

Men moet ook zeer voorzichtig te werk gaan met gezinnen uit culturen en subculturen die men niet goed kent. Zelf ben ik bijvoorbeeld toen ik na acht jaar buitenland in Vlaanderen terugkeerde, in het begin enkele malen vastgelopen doordat ik de voeling voor mijn eigen cultuur wat was kwijtgeraakt. Zo heb ik ook bij demonstratiezittingen door Amerikaanse pioniers in Europa enkele malen flaters zien gebeuren doordat ze onvoldoende rekening hielden met cultuurverschillen. Hoewel de procesgerichte structurele gezinstherapie bruikbaar blijkt in culturen zoals de Franse en de Noordafrikaanse, moet men bij uitbreiding naar andere culturen uitermate voorzichtig en in nauwe samenwerking met autochtonen te werk gaan.

14. Geloof ik nog in de mythes van 'weerstand' en 'motivatie'?

Motivatie is geen eigenschap van de patiënt of van het gezin maar van het therapeutisch systeem. Het gaat altijd om: 'motivatie voor...' en voor dat 'voor...' is de therapeut verantwoordelijk. Het heeft ook geen zin te spreken over 'de weerstand' als een intrinsieke eigenschap van mensen of systemen. Het is steeds 'weerstand uitoefenen' tegen een bepaalde interventie (of soort interventies), gegeven door een welbepaalde therapeut (of soort therapeuten), op een welbepaald moment in de therapie (en in zijn leven), in een welbepaalde persoonlijke en therapeutische context. Als men dit niet voor ogen houdt en 'weerstand' als een persoonlijke eigenschap ziet, dan zal men heel wat ingewikkelde psychologische theorieën nodig hebben om het verschijnen en verdwijnen van weerstand te verklaren. Vooraleer te besluiten dat een patiënt of een systeem weerstand biedt tegen een bepaalde interventie, moet men zich dus eerst afvragen waartegen weerstand wordt geboden:

- tegen de therapeut; zijn persoon, zijn overtuiging, zijn charisma, zijn stem, zijn kleding, zijn sexe, zijn leeftijd etcetera.
- tegen de context van de therapeut; bijvoorbeeld zijn milieu en de eraan beantwoordende ideologie en waarden, familiale invloeden en dergelijke.
- tegen de context waarin de therapie gebeurt; een precies dezelfde interventie kan bijvoorbeeld prima geaccepteerd worden in een therapie die loopt in een universitair ziekenhuis en geweigerd worden als die zou gebeuren in een privépraktijk en vice versa.
- tegen de context van de patiënt; een interventie die volledig acceptabel is in een individuele zitting kan niet geaccepteerd worden als de partner of de kinderen aanwezig zijn; het uitvoeren van een interventie kan te zware repercussies hebben voor andere sleutelpersonen.
- tegen de relatie tussen patiënt en therapeut; hierin speelt op de allereerste plaats het 'joinen' een rol. Hoe hechter de relatie en hoe meer vertrouwen en gevoel van veiligheid er heerst, des te groter de kans dat een patiënt de

opdracht zal uitvoeren, zelfs als hij er de zin niet van begrijpt. Men moet, wederzijds, ook onuitgesproken antipathieën (of te grote sympathieën) onder ogen durven zien om de patiënt op tijd en in goede verstandhouding naar iemand anders te verwijzen.

- tegen de timing van de interventie met betrekking tot het leven van de patiënt en het verloop van de therapie.
- tegen het doel waar de therapeut heen wil; therapeuten vragen zich soms weinig af wat de negatieve consequenties zijn van het verdwijnen van een probleem. Beantwoordt het doel van de therapeut wel aan het doel van de patiënt?
- tegen de interventie zelf; er bestaan slechte, misplaatste, gevaarlijke, onaangepaste, wrede, buitensporige, gekke, ziekelijke, routinematige, reductionistische, vergezochte en vooral veel (impliciet) beschuldigende interventies waar patiënten zich terecht met hart en ziel tegen verzetten.
- tegen de wijze waarop de interventie gebeurt; soms slijkt een patiënt een op zich uitstekende interventie niet, uit (terecht) verzet tegen de wijze waarop die uitgevoerd wordt.

15. Heb ik mijn team optimaal benut?

Het uitvoeren van structurele gezinstherapie vergt nogal wat intensiteit, flexibiliteit en engagement van de therapeut. Hij heeft daarom behoefte aan wat Whitacker een "cuddle-group", een knuffelgroep noemt om "burn-out" verschijnselen te voorkomen. Hoe positief men ook naar symptomen heeft leren kijken, het is af en toe eens nodig om in de meest negatieve termen over problemen en gezinnen stoom af te kunnen blazen. Als men dat in een team niet kan, loopt het eigen gezin of partner risico.

Als men vastloopt, vraag dan advies aan collega's, laat ze meekijken. Ook studenten en stagiaires met nauwelijks ervaring kunnen dienst bewijzen om het probleem van verschillende kanten te bekijken. Dwing jezelf om het probleem ook eens van hun kant te bekijken (en vertaal het zo nodig in systeem-termen). Dat alleen al kan je uit je vastgeroeste visie losweken.

Als men enige invloed heeft op de werking van het team, laat je dan niet verleiden tot 'synthese'-vergaderingen, waarin de disciplines discussiëren tot ze het eens zijn over de 'juiste' diagnose. Precies het tegenovergestelde is nuttiger: anti-synthese vergaderingen waarin iedereen een goede hypothese en strategie verzint en verdedigt (zonder 'gelijk' te willen krijgen), zodat de therapeut er minstens een drietal heeft voor zijn therapie.

Dr. T. Compernelle, kinderpsychiater,
Kinderpsychiatrisch Centrum Tulpenburg, Amstelveen.

HOW TO FAIL IN PSYCHOTHERAPY WITH ADOLESCENTS

J. Evans

Introduction

As I started practising psychotherapy some 35 years ago that does allow me to be experienced and expert at failing. Indeed, having acquired sufficient of that expertise, I could have given up working with adolescents many years ago. However lack of success with psychotherapeutic interventions has been much more rewarding than that. As soon as a mistake with a patient or with a technique or a particular interpretation was recognised, two choices became available. The first was simply to repeat such interventions and to see failure to respond as the client's fault. The better choice was to work out new strategies. I was then able to acquire new failures as I tackled the new problems produced by the patient. So if you have an optimistic approach you may eventually become expert on succeeding as well as failing.

It is with that in mind that I wish to review you the range of failures possible. With luck that will enable you to avoid routine reasons for failure and develop original ones. Then if you are of an innovative temperament you will be able to make a positive contribution to the development of skills needed in psychotherapy.

As therapeutic failure stems from faulty interaction between client and therapist in terms of their mutual expectations and their mutual competence to work together on a problem, we must look first at the contributing factors in the client before exploring factors in the therapist.

Factors contributing to failure within the client

What are the client's contributions to therapeutic failure?

1. *Expectations of a Magical Cure*

In fairness to ourselves, when we examine failures in psychotherapy, we need to remember that a number of our clients seek a magical cure. It allows them to regress and place themselves in the care of a parental figure. They expect us to put their problems right as if we were traditional doctors prescribing drugs. We would if we could. But we are usually dealing with highly complex matters, namely an individual's faulty lifestyle or faulty response to events and we cannot correct such issues easily.

2. *The Limitations of Treatment Contracts*

Failure to meet the client's expectations is sometimes avoided through the use of treatment contracts. That is, therapist and client spell out in some detail the problems with which the client wants help and in turn what the therapist can offer. That contract may vary from the removal of one symptom such as bed-wetting or a fear of going to school, to more diffuse issues such as anxieties about sex or even broader themes such as the need to change one's lifestyle so that one can have a sense of purpose in life.

The concept of a treatment contract makes sense with adult patients. But what about contracts with adolescents? This is possible, although not with such frequency or ease. The majority of adolescents that I see do not seek help but attend because they are referred by parents, schools and other authorities. Many see their problems as being due to unreasonable expectations from others and they have no particular wish to change. They may agree to a treatment contract, which the therapist will honour but it may be agreed to by the client only to deal with the crisis of the moment, not with the basic issues. There is no follow through.

3. *Need versus Suitability*

In my experience, closely associated with the issue of treatment contracts, is the fact that some therapists accept youngsters who are regarded as in need of help but simultaneously are considered by others to be unsuitable and unlikely to respond.

I have in mind two teenage girls with whom I'm presently involved. Both come from grossly deprived backgrounds:

One *15 year old youngster* has lived in 25 different homes and is an aggressive, impulsive youngster. She needs help and has asked for it; hence my involvement. Simultaneously there is no prospect of a treatment contract which she can persist with over a period of months. The efforts to maintain a persisting therapeutic relationship must come from the therapist.

The second case, Julie, is a grossly deprived *14 year old girl*. Born when her mother was fifteen year old, and physically abused as an infant, she became a disturbed young child. She lived in a number of residential units until she was adopted at the age of 7 by an unmarried teacher of maladjusted children - in spite of great reservations by the social services. Julie was a withdrawn girl, difficult to reach, but her adoptive mother was an enthusiastic, determined woman who had no doubt that what she had to offer was needed by the child. The contact proved to be successful in so far as they remained together for 7 years. Not only did Julie acquire a stable environment but she also gained some competence in education, despite her dull/average intelligence. A symbiotic relationship was established to a degree which was rewarding to both the adoptive mother and the child. Simultaneously it could be predicted that when this girl began her secondary separation/individuation phase of adolescence, her history of deprivation and poor bonding might cause it to be turbulent, either in terms of prolonged dependence on her adoptive mother or alternatively in terms of

striving for premature independence. And indeed premature bids for independence proved to be the case. The result can be best summarised as an example of a broken love affair occurring between a mother and an adolescent girl, enhanced by it being a single parent family. As a result of the difficulties - deviance, arguments, staying out at night etcetera - Julie was placed in a children's home. However now that she was in care, these same problems were experienced with the new parental figures, the children's home staff.

The scene was now set for the next stage of the battle. The adoptive mother became highly critical of the caring staff, that is, the mothering provided in the children's home and was very concerned to find that her daughter was now beginning to fail in her education, the particular area where teacher-mother and Julie had had a good mutually rewarding contact.

The majority of professionals would regard this girl as in need of help. Indeed the mother/daughter relationship is in need of help.

And yet this is the sort of case that one should avoid if one doesn't want a psychotherapeutic failure. *Why?* Because this couple is not motivated to acquiring insight and neither mother nor Julie is objective in her approach to the problems. Furthermore this youngster is clearly trying to achieve some independence, albeit prematurely. There is no evidence that she wants a dependent relationship with a therapist. In passing she is not a good talker. So she can be seen as unsuitable for treatment - she spoils our good outcome statistics, our cost effectiveness.

Keeping Julie in mind, let us now go back to the issue of failures in psychotherapy and *the use of a treatment contract* in such a setting.

Mother could be asked, "What would you like to happen?" She could reply "To have my daughter back with me as the good girl she once was, and to have her continue to need me as before. I see no reason for her to be moving into adolescent independence so soon". I would regard the statement, "Mother, are you dealing with your own needs rather than your daughter's developing needs?", as accurate but not therapeutically helpful. Indeed if it had been said, she might have replied "I continue to provide a form of care and relationship that has been successful from the age of 7 until 14. She is continuing to be very difficult in the children's home. Therefore it must be her fault. Please treat her so that she becomes as she was before". Mother felt the problems lay in her child and there was some evidence to support this view.

What about a treatment contract with this youngster? First Julie claimed that there was nothing wrong with her and was bewildered by her mother's remarks about it being her fault. Indeed she saw the reverse to be true; that it was her mother who was to blame. The good news was Julie and mother were able to remember the time when they did get on better. However there was no possibility of achieving mutually agreed goals with motivation on the youngster's part. A treatment contract of any sophistication was difficult to

obtain. Nevertheless Julie was in need even if regarded by many as unable to benefit from psychotherapy.

It is at this stage that we leave the issue of the type of client *suitable* for psychotherapy and move to the issue of dealing with the *needs* of clients and how to minimise failure.

4. *The possible versus the Desirable*: what is *possible* as opposed to what is *desirable*

By having clarity about the possible, a needless sense of failure can be avoided. It is precisely in this area that psychoanalytic concepts are so valuable in terms of providing a theory of personality development and desirable therapeutic goals. Simultaneously these are often stated in terms of ideal health.

Well, what could be achieved with Julie and her mother is certainly less than that. Attachment bonds between a mother and youngster diminish in adolescence at the stage of separation/individuation. Co-existing with this is the formation of a more mutual inter-dependence and mutual affection and support. With Julie the issue is whether she and her adoptive mother could acquire mutuality and yet relative autonomy. Julie's repeated experience of ruptured attachment bonds with parental figures as a young child had been offset by the establishment of a somewhat symbiotic relationship with her adoptive mother. It left her with a limited independent identity. It is against that background that the separation/individuation phase of adolescence was predictably turbulent for her and particularly difficult for her mother.

Julie's suitability for treatment was clearly limited. She did not know what she wanted although if she had been more articulate, she might be able to state that she was overwhelmed by ambivalent feelings as she moved into independence. She could have added that, apart from an innate tendency to assertiveness under stress that had been enhanced as a result of her childhood experiences, her adoptive mother was not adjusting to Julie's increasing wish for autonomy.

How could we minimise the possibility of psychotherapeutic failure? First, by aiming for limited objectives -modifying as opposed to rupturing her attachments to her mother (and vice versa). Furthermore, we wished to help her find alternative solutions to problems other than those of absconding. This could be achieved by helping to see her mother as a support system, and not simply as a persecutory or control system. In turn we needed to help mother to become more supporting and less controlling. As for her educational attainments, her intellectual capacity precluded great success (which was desired by mother) but acknowledgement by both mother and daughter of what was possible enhanced the likelihood of it being achieved.

It also appeared possible to enable Julie to reflect more on the choices available to her before she erupted and asserted herself. That again was considered reasonable.

What was done about it? Mother was expecting more of her daughter than was

possible in terms of her academic attainments. In addition, because of her daughter's proven poor judgement, she was having difficulty in allowing her daughter to have more independence. Finally, although no treatment contract was sought by Julie, mother did want one, but this was to be on her terms. Being aware of mother's needs to be in control, I was prepared to form a relationship with her which recognised her as a fellow professional and to enlist her help. We were then able to look at the difficulties together. As we were very much aware of the potential rivalry between the staff of the children's home and mother, it made sense for us to have regular meetings where we can work out a common strategy. It is equally appropriate that Julie be involved in these meetings. After all we were discussing her future. No treatment contract was made (nor was one possible with Julie) but she was informed that it was important for her to be present as we discussed her future so that if we got it wrong, she could help us to get it right.

It was through the establishment of such an approach that we were able to have meetings with Julie and mother, discuss the issues outlined above and while they were often vigorous, stormy sessions, we were able to work together and consider common objectives. Our overall aim was to ensure that neither side was defeated and that mother and daughter remained in touch so that through mutual understanding they could modify their expectations of each other for the sake of long-term gains.

The focus was on meeting their needs while we were aware of their unsuitability for classic forms of psychotherapy and the need to go for the possible rather than the desirable.

So to summarise: I have referred to problems in the client, to the expectations of a magical cure, the limitations of the treatment contract and the problems of the *needs* of clients versus their *suitability* for treatment. I have discussed the need to go for *the possible* as opposed to *the desirable* and, how psychoanalytic theory, while invaluable in providing a theoretical model, requires considerable modifications in our work with adolescents to ensure that we do not fail. All these issues have an impact on failure and success in psychotherapy.

I now wish to move on to the second part of this paper, how to fail in the treatment of adolescents -the contribution of the psychotherapist.

Problems In the psychotherapist

1. *Concern Versus Interpretation*

I shall begin with what at first sight appears to be a paradox. It is this. Psychotherapists who are constantly improving their skills as the years pass by should be obtaining more and more psychotherapeutic success, but they continue to experience difficult clients and the work is time-consuming. Meanwhile clients, who have been seen by trainees at the beginning of their careers say that they have benefited from psychotherapy.

What is it that has produced the therapeutic response that is claimed by the client? It cannot be solely the lowered expectations of the client. It must be due to the interest taken in the client by the therapist, his concern and his preparedness to pay attention to his client's problems, backed up by regular meetings.

I regard that factor as being in the same category as the interest that parents have in their child in terms of their concern, their reliability and the sense of personal involvement and hence the youngster's feeling of not being alone with his problems. It does not mean unconditional acceptance nor does it exclude the freedom to disagree with the client. But Jerome Frank and others have shown that failure of psychotherapy can occur because some therapists are more concerned with being objective and detached, wishing to act as a mirror or blank screen in the belief that this objectivity is more scientific and ultimately more valuable therapeutically. That detached, objective approval underestimates the need of many adolescents to feel a positive involvement by an adult therapist which can quite easily co-exist with exploration of the transference and other components of psychotherapy. Trainees often provide the element of personal involvement and have some success as a result. The reverse, psychotherapeutic failure, may occur as a result of a clinical detachment or objectivity which would have more relevance in working with adults. The developmental phase of adolescence does require greater emotional involvement on the part of the therapist.

2. The Use of Free Association Techniques

Next I wish to comment on excessive emphasis on the Freudian technique of free association for this too can cause failures. Why did Freud actually use this technique? At the time he developed this approach he believed firmly that clients' problems were due to the repression of sexual instincts. The technique of free association was used to enable repressed material to emerge into consciousness, albeit in a concealed or symbolic form. It was also designed to facilitate the release of feelings, that is, help abreaction. Freud's technique originated when he was relatively young and still developing his competence. Free association had the advantage of expecting patients to talk. However, the emphasis in psychoanalysis and psychotherapy shifted many years ago from the exploration of sexual frustrations to the exploration of problems of relationships.

So does the encouragement of free association and a non-directive technique still have relevance? Indeed it does. First it enables clients to bring up issues which are of importance to them, but in their own good time or when they know how. The therapist is enabled to pay attention not only to the *content* of the material being produced but also to the *style* of the relationship developing between himself and the client. In other words, it enables the transference to be discussed. For example, "I note that you often have to disagree with what I've said - that may well be because I have got it wrong. But I also wonder whether the same happens to you at home or at your school?" If the answer is "Yes", the

youngster can be asked to reflect on what it is about. At that stage a new area for exploration is being created in psychotherapy.

Failure of the technique occurs with many adolescents because the therapist's silence and preparedness to listen is not seen as facilitating but only persecutory. It is only a statement of the obvious that with such youngsters a different technique must be used in spite of the value of the free association technique. In turn this opens up the possibility of another type of failure.

3. The Question and Answer Approach

The replacement of the passive listening approach with a question and answer technique can be enabling for the bewildered adolescent and for the inarticulate. An adolescent's previous experience of authority figures may have made him assume that what is expected of him is conformity, not initiative. Furthermore it is almost invariable that the adolescent is interviewed in the therapist's environment, not his own. This inhibits spontaneity. It is for such reasons that while the question and answer technique may be more facilitating than the vagueness of the free association method, one may still only elicit defensive answers.

This applies even more when you are exploring an adolescent's relationships. At its worst it can go as follows:

Q: "Tell me what you're worried about". A: "Nothing".

Q: "You seem to be having problems in school - tell me more about it". A: "Well, it's school".

Q: "Which way?" A: "Just school".

Q: "Is it problems with the teachers?" A: "Yes".

Q: "Tell me more". A: "Nothing to say".

It is at this stage, when the limitations of the question and answer technique have been reached that it can be a relief to focus more on the relationship between the therapist and the client. However, many young therapists find it exceedingly difficult to make use of the relationship. The issue is how to succeed.

One means of extricating oneself is to comment on the client's style. E.g. "You seem to have little to say for yourself here, is it the same in school?" If the answer is "Yes", the therapist can now move into a position where he can comment on the relationship: "As you have such difficulty in saying what it's about, I think we ought to look at that. I am also going to say that it's hard for you. So I'm going to have a try when you are stuck. You tell me if I'm right or nearly right. You'll have to help me if I've got it wrong".

If the client says "No, it's different in school", the comment, "Tell me more", is relevant. That technique has the benefit of helping to change the relationship between the therapist who may be seen as intimidating and the youngster who is inhibited and reluctant to reveal himself (or, more fairly, is not capable of free

association or putting into words what he is feeling). It can help the relationship to become a therapeutic collaboration.

4. *Theory, Jargon and Everyday Language*

And now to a fourth problem. If you ask trainees to describe their goals, different types of answers emerge. Some respond with jargon phrases such as the need for reduction of projection mechanisms of splitting and manic defences, the need to tackle maturational tasks, acquire a competent identity, modify a repressive superego, etcetera. On closer inspection it is sometimes found to be a freedom to play with a theoretical language and paint word pictures, without any worthwhile evidence to back up their statements. In practice, such statements may have little to do with actual clinical work and remain firmly in the realm of theory. A variation is that they make interpretations related to theory which are meaningful to a supervisor but have no impact on the client. It may be a narcissistic tour de force for the therapist. The client is left to admire the cleverness but obtains little benefit in terms of insight.

In contrast, there are many students who use everyday language to relate to patients but find it difficult to use theory. Both types of beginner have difficulty in integrating theory and technique. One group is preoccupied with making contact with their icons while the other group is trying to make contact with the client. As psychotherapy is essentially an art based on the mastery of a range of technical interventions which are used in conjunction with a fairly sophisticated collection of theoretical concepts, time is needed to acquire an effective integration. It is not surprising that beginners focus excessively on one or other aspect initially.

5. *Empathy versus Insight*

Amongst those who focus on relating to patients and being empathic, a few feel there is no need to provide interpretation and that sympathy is sufficient. It is not the task of the therapist to provide insight for his patients - he is simply present as the patient acquires his own. It is a debased version of Rogerian techniques and even of Winnicott who felt that the client should be allowed to develop at his own speed.

They see their function as providing a sympathetic environment in which a child will grow spontaneously. It is based on the assumption that the client is aware of the choices available and will choose that most suitable for their long term development. They are wrong. More is required of psychotherapists. It is akin to allowing a child to teach himself to read while the teacher is simply passive and sympathetic.

The hard work required to become a competent psychotherapist centres around the therapists' developing capacity to have insight into their clients' productions, to understand the reasons for the patients' anxieties and their behaviours. Therapeutic effectiveness depends on the professional's ability to communicate such insight.

Allowing a client to achieve his own insights can improve the client's self-esteem but only if the client's efforts are rewarded with success. This in turn leads us to another aspect of the imparting of insights.

6. *Insight for the Therapist or for the Client?*

Most therapists attempt to provide insight. Explanations may be given which are correct. Simultaneously they may have no meaning to the recipient. Insight must be provided in a form of words which enable a youngster to feel more in command of himself and to understand himself better. The ultimate result of insight should be liberating, not simply confusing.

Sometimes interpretations are made in such a way that the client may have to disagree as it is unintelligible to him.

How can one overcome this failure?

I have in mind someone who came late for most of his sessions. Because of problems with transport, he had twice managed to miss the session before a break in therapy. On one occasion, after arriving ten minutes late, he explained that his transport had broken down. Was this an unconscious wish? Should a therapist state that (1) "You unconsciously wished this to happen", (2) "You have arrived late because of a resistance to treatment", (3) Accept the explanation and wait for another occasion to comment? (4) Or?

After considering the alternatives, the most helpful comment was felt to be "I think that you were able to cope reasonably well with your transport breaking down which made you arrive late. But I wonder whether the prospect of arriving on time or even early would make you more anxious?" That is, the statement accepted external reality but simultaneously drew attention to the patient's reaction and his general style of relating in the session. In fact, the intervention led to a prolonged discussion about his relationship with others and how he could not bear to arrive early for any meeting because of the anxieties about being abandoned or not wanted that would arise. The time spent on trying to phrase a statement so that it emerged in a form which would be acceptable to the patient paid dividends. It meant that the interpretation did not create so much anxiety that he could not make use of it.

A successful form of interpretation has just been quoted. On other occasions a therapist may fail because his choice of words is not intelligible to the patient, perhaps because of his choice of metaphors, because he does not link up his observations with the patient's past and sometimes for the reverse reason, that it would be easier for the patient to confine himself comments to the here and now behaviour. On those occasions a therapist may fail to be effective unless he chooses to reformulate and then repeat his statements.

What are the other ways of failing?

7. *A Fear of Madness*

A therapist may fail because he does not recognise the youngster's fear of

madness. Images and thoughts relating to emerging adult sexuality and separation from parents are emerging for the first time and are therefore alien for the youngster. In that particular sense, they may be seen as crazy or as thoughts getting out of control. The therapist may fail with an adolescent unless he is helped to see that his fantasies are variations on universal phenomena; for example, angry thoughts towards one's parents may bewilder and frighten a neurotic, especially an obsessional.

In that context, simple reassurance, for example, "It's nothing to worry about", is of limited value. The problem is that the youngster's capacity to carry out reality testing is based only on his childhood experiences.

It is not sufficient to say the therapist isn't worried, for that may be perceived as indifference. It is more appropriate to make remarks such as "As you're growing up, are you surprised at the angry feelings that come up inside you, especially when you're fond of your mother". An alternative is, "Do you sometimes wonder whether these angry thoughts (or sexual thoughts) of yours have meant that you're going mad? It can be worrying until you realise that such thoughts are very common".

Failure in psychotherapy can stem from the therapist not taking the adolescent's view of reality (his inner reality) into account as he shares his own understanding of the problem with him.

8. *Ambivalence or Conflict between the Selves*

There may be failure to help an adolescent to perceive that ambivalence may be healthy, that it is normal to hold contradictory feelings on a subject, whether it be one's sexuality or one's relations to a parent or to oneself. It does not indicate madness. It is useful to create a language which enables the contradictory feelings to be discussed; for example, "the depressed William feels this but the optimistic William feels that" or alternatively, to use phrases, such as William number 1 and William number 2, which is to label and acknowledge co-existing selves.

9. *A Failure to Look at what is Missing*

Failure in therapy may occur because the therapist only looks at what is produced. It is useful to stand back and note what is missing. This can lead to statements such as "You never discuss your sexual feelings", or "You never discuss the issue of your parents - it's as if it's difficult for you to talk about it". However personal material may not be repressed because of anxiety but simply because the theme seems irrelevant to the client. It is therefore useful for the therapist to make comments such as "Could this matter be linked up with your feelings about your brother?" (or father or any subject that the therapist wishes to explore).

10. *Insight Means Cessation of Symptoms*

Another failure may occur when the therapist hopes that by interpretation of a

person's actions, such actions will cease. The implication is "I have explained why you are anorexic so now you can stop it". Some therapists have difficulties in understanding that repetitive and inappropriate behaviour in an acting-out youngster may be the only means he has of defending against tensions until another method of coping has been found.

In that context the therapist shows lack of appreciation of the fact that behaviour or defensive material is aimed at keeping anxiety at bay and that more therapeutic work is required. This is not surprising for it simply means that the behaviour, the acting out etcetera, has some value for the client.

11. *A Lack of Confrontation*

There is a need at times to confront adolescents. Confrontation is particularly useful with the conduct-disordered adolescents. Simultaneously it is designed to produce communication, not explosions. To be too confronting may result in failure because of the excess of the anxiety created in the youngster and his need to focus on survival rather than on acquiring more insight. The alternative of not being confronting enough is equally unsuccessful as the youngster does not then experience sufficient anxiety to see the relevance of change. Alas, the technique of confrontation is a subject that requires further discussion than is possible in this paper.

Summary

First, attention has been paid to factors in the *client* that make failures or disappointments with psychotherapeutic results more likely. Patient's expectations, the *treatment contract* and its *limitations* were dealt with before exploring issues of *need versus suitability* for treatment, and the matter of which goals were *possible* versus what was *ideal* or even *desirable*. Unless attention is paid to these factors at the beginning of the therapy, there is a far greater chance of disappointment.

The second part of this contribution was concerned with common failures by *psychotherapists*.

The practice of psychotherapy has always had its critics. Some of the problems with which clients seek help are viewed by many as just a part of life to be tackled without help. In that context, adolescent turmoil can be seen as inevitable and usually self-limiting while the Freudian dream of providing psychoanalysis -perhaps for all, until perfection is obtained- is naive. So be it. Other critics have drawn attention to the inconclusive results. In part that is because of the complexity of the issues tackled by psychotherapists.

Simultaneously failure in psychotherapy can occur because the therapist does not know what he is seeking or what his aims are except in the most general way, such as improving an individual's life style. The prospect of success is increased if attention is paid to the issues that have been outlined above.

To conclude, this contribution has focussed on failures in individual psychotherapy. Furthermore the emphasis has been on enabling youngsters to acquire insight into their difficulties so that as a result of that increased knowledge they are in a better position to do something about it. However insight does not in its own right always lead to change, in part because of lack of motivation but also because many youngsters are caught up in family pathology and have little freedom of choice. In such cases, it is of course relevant to introduce the theme of family therapy. This in turn opens up the issue of further failure, but that is for another day.

John Evans, psychiatrist, Young People's Unit, Royal Edinburgh Hospital, England.

STAGNATIES IN PSYCHOTHERAPIE

Psychoanalytische gedachtenvorming over enkele vormen van overdrachtsweerstand bij jonge adolescenten

G.H.F. van der Most

Inleiding

Jonge adolescenten staan doorgaans te boek als weinig geschikt voor inzichtgevende psychotherapie, laat staan voor overdrachtsbehandeling. Men wijst daarbij op hun relatief grote egocentriciteit en het feit dat hun psychische problemen doorgaans verankerd liggen in het gezin waarin zij opgroeien. Dat het aangaan van een intensieve behandelingsrelatie met bijvoorbeeld een dertienjarige allerlei deels zeer specifieke moeilijkheden met zich meebrengt, kan ook niet ontkend worden.

Niettemin wil ik in het navolgende toch een lans breken voor de indicatiestelling hiervan, omdat het mijn veelvuldige ervaring is, dat het gevecht om een betekenisvolle relatie met een jongen of meisje te krijgen bij perioden weliswaar uitzichtloos lijkt, maar in veel gevallen achteraf toch van wezenlijk belang is gebleken voor het weer op gang komen van een gestagneerde of gederailde ontwikkeling.

Niet alleen meen ik dat overdrachtsbehandelingen met jonge adolescenten mogelijk zijn, soms is de indicatie ertoe onvermijdelijk, bijvoorbeeld in die gevallen, waarin gezinstherapie weliswaar een goed advies zou zijn, maar niet realiseerbaar, omdat er geen systeem meer bestaat, niet als zodanig functioneert, ofwel te rigide is. Bij de jongens Erik en Wouter, wier behandeling ik in dit artikel zal bespreken, was een eerdere gezinstherapeutische behandeling vastgelopen. Voorafgaand aan deze twee behandelingsvignettes wil ik ingaan op enkele begrippen uit de psychoanalytische ontwikkelingstheorie en behandelingspraktijk, met name daar waar het adolescenten betreft.

Veranderen in psychotherapie

In de psychoanalytische theorie is verandering meer dan gedragsverandering alleen. Het accent wordt altijd in hoge mate gelegd op verandering in de belevingswereld, op onbewuste neurotische conflicten en op objectrelaties, die onderhevig zijn aan fixatie of regressie van drift- en ego-ontwikkeling. Verandering is doorgaans gebaseerd op groei, op persoonlijkheidsontwikkeling, en aangezien binnen de psychoanalytische theorie deze vooral gesitueerd wordt in de eerste zes levensjaren, lijkt wel gesuggereerd te worden dat verandering na de oedipale periode, als de gewetensvorming in aanzet is

voltooid, nauwelijks nog mogelijk is, althans zonder een psychoanalyse in engere zin.

Analytici hebben zeker aanleiding gegeven tot een dergelijk misverstand door zo nadrukkelijk steeds de allervroegste ontwikkeling naar voren te schuiven in de aandacht. Dat neemt niet weg, dat er een belangrijke groep schrijvers - Peter Bos, Moses Laufer en Erik Erikson, om enkele namen te noemen - werkt en gewerkt heeft aan een psychoanalytische ontwikkelingspsychologie van het tweede decennium.

Vooral Peter Bos (2) heeft getracht te beschrijven welke intrapsychische verandering zich voltrekt gedurende de adolescentie. Van hem is de overbekende formulering afkomstig dat deze levensperiode beschouwd moet worden als de tweede separatie-individuatie fase; minder bekend is zijn opvatting dat het oedipale conflict in de puberteit opnieuw tot leven komt en dan pas volledig wordt doorlopen, voorafgegaan door een tweede negatief oedipale positie. In zijn visie komt het individu pas als dat voltooid is tot een ook in seksueel opzicht volwassen identiteitsbepaling.

Om deze reden lijkt het dan ook dat de psychotherapeut van een jongere de wind in de rug heeft, wanneer hij met de behandeling begint. Het ego ontwikkelt zich immers toch wel, het behoeft slechts in goede banen geleid te worden. Toch blijkt er veelal verzet tegen een verandering ten goede te bestaan.

Een van de redenen van dat verzet moet gezocht worden in het feit dat de jongere niet zelden leeft in een systeem dat onbewust en ongewild de neurotische ontwikkeling bekrachtigt. De therapeut vindt niet alleen een kind, maar een heel systeem tegenover zich, waarvan de ouders niet zelden hem als rivaal beleven. Zijn welslagen werpt een schaduw over hun zelfbeeld als ouder en dat kan zo onverdraaglijk zijn, dat zij onbewust en soms heel subtiel de therapie van hun kind ondermijnen (7). Op deze kwestie kom ik bij de gevalsbespreking van Erik terug.

Een andere achtergrond voor het verzet wordt gevonden in het feit dat vooral jonge adolescenten zulke oppervlakkige relaties leggen. Ze vinden een therapeut soms bij aanvang nog wel leuk, wellicht dwepen ze even met hem of haar, maar onherroepelijk wordt hij gaandeweg bijgezet in het rariteitenkabinet van certijds verafgode, maar inmiddels verguisde stervelingen, die ooit hun pad kruisten. Kan een relatie, die zo gekenmerkt wordt door oppervlakkigheid wel verandering teweeg brengen?

Bij dit enerzijds vanuit de theorie, anderzijds vanuit een frustrerende behandelpraktijk naar voren gekomen standpunt wil ik twee kanttekeningen maken. Eerder besteedde ik (6) aandacht aan de ontwikkelingspsychologische gedachte dat de oppervlakkigheid en de egocentriciteit van jonge adolescenten in hoge mate veroorzaakt wordt door de verlatingsdepressie die nu eenmaal inherent is aan de adolescentie als ontwikkelingsfase. Depressieve mensen investeren meer energie in zichzelf dan in anderen. Wanneer men zich realiseert dat de frustrerende omgangsvormen van een puber een depressief

gekleurd uitgangspunt hebben, is daarmee de voorwaarde geschapen om toch tot een betekenisvolle relatie te komen.

Overigens moet de formatieve betekenis van een typisch enerzijds idealiserende, anderzijds oppervlakkige puberrelatie niet onderschat worden. Een voorbeeld ter toelichting: een veertienjarige jongen die dweept met Marco van Basten, de voetballer die hij verder niet kent, is enerzijds op een regressief pad, in zoverre hij over hem dagdroomt en zich bijvoorbeeld in zijn fantasie door hem seksueel laat overweldigen. Anderzijds, als zijn voorbeeld hem ertoe brengt het voortouw te nemen in de plaatselijke voetbalclub en speltactieken in te oefenen, gebruikt hij zijn idool constructief bij de opbouw van zijn identiteit. Het mes snijdt aan twee kanten; een zelfde 'dweeprelatie' kan zowel progressieve als regressieve tendenties in zichzelf herbergen en -hoewel anders dan in andere op persoonlijkheidsverandering gerichte relaties - zeker mede bepalend zijn voor verdere ontwikkeling.

Overdracht bij adolescenten

Overdracht is altijd beschouwd als het cruciale aangrijpingspunt voor intrapsychische verandering bij cliënten in een psychoanalytische therapie. Hoewel Freud (4) de betekenis van overdracht begon te onderkennen gedurende de psychoanalyse van een adolescente, Dora, is later doorgaans gesteld dat cliënten uit die leeftijdsgroep niet in staat moeten worden geacht een 'overdrachtsneurose' te ontwikkelen en dus ook niet analyseerbaar zijn. Niemand minder dan Anna Freud bijvoorbeeld, was die mening toegedaan.

Enerzijds houdt dat verband met het enigszins statische begrip 'overdrachtsneurose', een min of meer uitgekristalliseerde psychische gesteldheid, waarbij alle onopgeloste conflicten uit patiënt's ontwikkeling in de relatie met de therapeut worden herbeleefd en die gekenmerkt worden door een mate van voltooidheid, die uiteraard niet bij adolescenten kan worden verwacht. Anderzijds speelt de eerder genoemde oppervlakkigheid van puberrelaties hierbij een rol.

Echter vatten wij het overdrachtsbegrip op zoals Alexander (1) dat deed, namelijk als een herbeleving van de pathogene emotionele ervaring welke plaatsvindt in de emotionele respons van de patiënt op de therapeut, dan is dat een toepasselijke omschrijving voor de vele, steeds wisselende overdrachtsreacties, die zich in een behandeling met een adolescent kunnen voordoen, maar te vluchtig zijn om in een samenhangend beeld van een overdrachtsneurose te kunnen worden ondergebracht. Zoals Bos (3) omschrijft, is het zo dat deelobjectoverdrachten komen en gaan, en een progressieve en regressieve betekenis kunnen hebben, hetgeen zorgvuldig door de therapeut moet worden beoordeeld zonder te streven naar het overzicht, zoals dat door de psychoanalyticus van de volwassen patiënt in kaart wordt gebracht.

De gedachte dat in de relatie tussen therapeut en cliënt onderscheid is aan te

brenge tussen overdracht enerzijds en "working alliance" anderzijds, is didactisch gesproken zeker vruchtbaar geweest, maar heeft ertoe geleid dat bij de behandeling van adolescenten teveel de nadruk is gelegd op de werkrelatie. Een klassiek boek als "The fragile alliance" van Meeks (5) -de titel zegt het al- is daarvan een voorbeeld. Daarbij is uitgegaan van de op zich terechte opvatting, dat de egosterkte van vooral jonge adolescenten toch al gering is, regressie spontaan al plaatsvindt, en de zo heftig van de daken verkondigde autonomie niet meer is dan een vliedunne façade, waarachter een uit het lood geslagen kind schuilgaat. Bovendien dient in een overdrachtstherapie de cliënt te beschikken over een 'observerend ego', waarmee bedoeld wordt dat hij in staat dient te zijn zichzelf in de betrekkelijkheid van de eigen mogelijkheden waar te nemen en zelfs oog te hebben voor de eigen emotionele verkleuring van de werkelijkheid. Welnu, wat dat betreft hebben adolescenten een slechte naam en daarom is het standpunt dat vooral werk gedaan moet worden, daar waar zwakte is. Ego-versterking, reële confrontatie en tegengaan van regressie zijn in deze opvatting de essentiële bestanddelen van een adolescentenbehandeling. Het ligt niet in mijn bedoeling dit standpunt als zodanig aan te vechten, *maar*, zoals blijkt uit publicaties van onder andere Laufer, Blos en Novick en anderen, *het is onvolledig en in zoverre misleidend dat het aanleiding geeft behandelbare overdrachtsfenomenen als onoplosbare stagnaties te beschouwen.* Freud's geniale ontdekking was dat overdracht en tegenoverdracht niet zozeer een probleem als wel een operationeel aangrijpingspunt in de behandeling kan zijn. Het geldt mijns inziens voor de relatieve ego-zwakte en het relationele onvermogen van de jonge adolescent. Uiteraard vergt dit aanvangsgegeven een aanpassing van de behandelingsattitude van de therapeut.

Casustiek

In het navolgende zal ik niet ingaan op het vraagstuk van de indicatiestelling voor overdrachtstherapieën bij jonge adolescenten. Dat vraagstuk vergt een afzonderlijk artikel. De beide jongens, die besproken worden en bij wie ik deze indicatie stelde, zijn gevangen in een karakterneurotische ontwikkelingsgang waarbij de één *angst*, de ander *depressie* als voornaamste syndroom heeft. Bij Erik was er duidelijk sprake van één moment van stagnatie in de therapie, bij Wouter vanwege het complexe verloop was er meer sprake van dreigende stagnatie.

Bij hen is sprake van ernstige identiteitsverwarring en niet alleen in seksuele zin. Bij beiden is vanuit een onopgelost oedipaal conflict regressie opgetreden naar anale belevingsmodaliteiten, zoals koppigheid, geneigdheid tot plagen en verzet. Elk op eigen wijze is niet in staat vanuit een negatief oedipale positie, waarin hij zichzelf beleeft als niet-autonoom, maar onderhevig aan de macht van een ouderobject uit de pré-oedipale periode, de eigen identiteit als jongen op te bouwen.

Bij Wouter zijn zowel in de anamnese als in het toenmalige beeld aanwijzingen

voor een pré-oedipale ontwikkelingsinterferentie, maar omdat zijn huidige leefklimaat minder neurotiserend is als dat van Erik, lijkt mij zijn behandelingsprognose gunstiger.

Erik

Erik, 14 jaar oud en tweede klas VWO-leerling, moest na een jaar psychotherapie met een frequentie van eenmaal per week constateren dat ook deze behandeling dreigde te mislukken, en dat was al voor de tweede keer. Als elfjarige werd hij door zijn moeder aangemeld. Hij was zeer vaak gespannen, hyperventileerde, sloep slecht, stotterde en gedroeg zich in veel situaties fobisch. Hij durfde niet alleen de straat op en voelde zich op school ernstig bedreigd. Zijn schoolresultaten waren uitmuntend, zijn omgang met leeftijdgenoten nihil. Erik was een te dikke, ontevreden en bokkig uitziende jongen met een uitgesproken gereserveerde contactname. Zijn aanwezigheid in mijn kamer kenmerkte zich doorgaans door een bijna zichtbaar verzet. Hoewel punctueel op tijd en verontwaardigd als ik wat dat betref een steek liet vallen, keek hij mij uitdagend afwachgend aan als ons gesprek aanving. Hij stak zijn hoon niet onder stoelen of banken, toen hij te weten kwam in wat voor auto ik reed en sabelde genadeloos mijn argumenten neer, toen ik hem aanraade een sport te beoefenen. Ik kreeg geen voet bij hem aan de grond; het leek erop dat ik niet goed genoeg was voor hem en -wat erger was- ondanks toch soms betekenisvolle stukjes gesprek leek er geen nuancering, geen diepgang in ons contact te groeien.

Over zijn voorgeschiedenis het volgende: Erik was het enige kind uit een huwelijk, dat beëindigd werd toen Erik drie jaar oud was. Hij kwam uit een redelijk gegoed middenstandsmilieu; de gezinssituatie werd wreed verstoord toen vader onder invloed van alcohol een misdrijf beging. Gedurende vaders detentie verbrak moeder eerst het contact, later het huwelijk. Erik heeft zijn vader niet meer gezien; overigens werd hem door moeder geen negatief beeld van vader voorgehouden. Zijn moeder hertrouwde niet en leefde alleen met haar zoon verder. De ontwikkeling van Erik zou niets te wensen overgelaten hebben. Hij was doorgaans gezond en pas in de tweede helft van zijn lagere schoolperiode begonnen zijn door angst bepaalde symptomen op te vallen. Bij het psychologisch onderzoek van Erik kwam ondermeer een opvallend negatief zelfbeeld naar voren, in zoverre het zijn lichaam betref. Ook bewust was hij van mening dat zijn piemel te klein was, waartoe bij adipeuze jongens veelal enige aanleiding bestaat. Ondanks zijn uiterlijk vertoon bleek Erik zichzelf te ervaren als een ontredderd en machteloos kind, dat van daaruit afhankelijk was van een als almachtig beleefde, maar daardoor ook gevaarlijke moeder. Zijn fobisch gedrag werd bepaald door angst voor fysieke confrontatie met andere jongens, terwijl -hoe kan het anders- hij een groot kenner van vechtfilms bleek te zijn.

Een inhoudelijk gesprek over dit soort zaken bleek wel mogelijk maar er veranderde weinig aan Eriks neerbuigende en afwerende manier van doen. En

hoewel er enige symptomatische verbetering optrad, bijvoorbeeld dat hij niet meer bij zijn moeder in bed sliep en dat hij alleen op straat durfde te gaan, twijfelde ik gaandeweg of ik in staat zou zijn met deze jongen een wezenlijk gesprek over zijn identiteitonzekerheid te voeren. De therapie stagneerde. Een dergelijke stijl van in therapie zijn is soms aanleiding om de indicatiestelling te heroverwegen, maar de therapeut kan ook trachten zijn twijfel over de juistheid van de indicatiestelling als tegenoverdrachtsfenomeen te analyseren. Daarbij werd mijn aandacht getroffen door het feit dat Eriks moeder in de paar gezinssessies, die ik had ingelast, dezelfde machteloosheid bleek te induceren als haar zoon. Alleen kon zij niet het gegeven accepteren dat haar zoon een neurotisch symptoom had; terwijl zij zich enerzijds ontoegankelijk opstelde, eiste zij anderzijds behandeling en genezing. Haar dilemma hield wellicht verband met de vrees dat een ander iets met haar zoon zou kunnen bereiken wat haar niet gelukt was. Als Erik een vader-figuur zou blijken te missen dan zou dat voor haar een harde confrontatie zijn met de sterk afgeweerde rouw over haar zo desastreus verlopen huwelijk.

Toen ik nadrukkelijk haar ouderlijke macht erkende door aan haar toestemming te vragen om een serieuze relatie met Erik aan te gaan, verloor haar dilemma iets van het machtsstrijdachtige, dat ongewild tussen ons beiden was ontstaan.

Kort erna begon Erik behoedzaam een gesprek over zijn angst voor seksuele gevoelens, waarvan hij tussen de regels door liet weten dat zij masochistisch gekleurd waren. Veelzeggend is wellicht het feit dat Erik, inmiddels nagenoeg 15 jaar oud en vergevorderd puber, niet bleek te weten wat masturbatie was, laat staan dat hij het praktiseerde.

Hoewel summier, begon Erik mij aanwijzingen te geven, dat de loochening van zijn mannelijke identiteit de tol was voor de bijna symbiotisch te noemen en daardoor incestueus beladen band, die onder de druk van de eenzaamheid en uit afweer van de rouw, tussen moeder en hem was gebleven. Zijn moeder stond daarbij zozeer op een voetstuk, was zo allesbepalend en machtig, dat progressie in zijn oedipale ontwikkeling niet mogelijk was, ook niet met een psychotherapeut.

Stagnerend in deze therapie leek dan ook vooralsnog te zijn de weerstand vanuit het systeem, de motivatie om mij te laten falen als doorgegeven gevoel van het eigen falen, dat niet erkend mocht worden omdat dat een ernstige depressie bij moeder teweeg zou brengen, die haar onherroepelijk met haar afgeweerde rouw zou confronteren. Door de ingelaste gezinssessie was het mogelijk de betekenis van deze weerstand te analyseren; en hoewel het niet mogelijk bleek in dit geval om de afgeweerde rouw door te werken, kon door mijn ingreep de individuele therapie voortgang vinden, hetgeen wel met zich meebracht dat ik mij in mijn doelstelling moest beperken.

Wouter

Van Wouter, 14 jaar oud, tweede klas MAVO, was ik de derde behandelaar. De eerste schreef psychopharmaca voor, de tweede deed ouderbegeleiding, beiden

zonder resultaat. Wouter werd steeds lusteloz, spijbelde onrustbarend veel en leek zich meestal te vervelen. Thuis had hij zich vastgebeten in een pesterig soort geruzie met zijn zusje.

Wouters moeder overleed in aansluiting op zijn geboorte en zijn vader heeft daarna afgehaakt. Hij werd zijn twee eerste levensjaren verzorgd door zijn grootouders, totdat een zus van moeder trouwde. Zij adopteerde Wouter in haar gezin en hij werd later op adequate wijze van deze feiten op de hoogte gebracht. Zijn ontwikkeling zou verder weinig te wensen overgelaten hebben. In de lagere school-periode begon op te vallen dat Wouter zich weleens verveelde, dat hij weinig vriendjes had en ook wel geplaagd werd. Zijn (adoptief) vader werd langdurig ambulantly psychiatrisch behandeld in verband met een depressie, terwijl zijn (adoptief) moeder, althans in de periode dat wij haar kennen, eveneens een gespannen en ongelukkige indruk maakte.

Was bij Erik in de behandeling een -hoewel moeilijk te hanteren- eenvoudige weerstand als stagnerend moment aan te geven, bij Wouter lag het behandelingsverloop complexer. Ook hij kwam aanvankelijk stipt op tijd en begon als vanzelfsprekend over zichzelf te vertellen, bijvoorbeeld over het onverdraaglijke gevoel gevangen te zitten in een klas of over de sfeer thuis. Wouter vond het daar beklemmend; zijn verhaal over de asbak op de hoek van de tafel en vader en moeder aan weerszijden daarvan shaggies draaiend voor de televisie was in zijn soberheid aangrijpend.

Gaandeweg kon Wouters vriendelijke manier van doen niet verhullen dat hij zich geen enkele illusie koesterde over de verbetering van zijn levensperspectief en daarmee over de betekenis van ons contact. Integendeel, naarmate hij gewend raakte aan onze wekelijkse afspraak begon hij, schamperend en uiteraard voor de gein, mij in verlegenheid te brengen door opmerkingen als: "zou je zo vriendelijk willen zijn een kop koffie voor mij te halen?" Hij was vriendelijk in het offensief en ik werd op de proef gesteld. Die situatie, waarin ik de rol toebedeeld kreeg van uitgedaagde en falende ander, terwijl hij zonder illusies kon doorgaan te fliefluiten, hij vriendelijk neutraal gestemd was en ik vechtend tegen een opkomende somberheid, wordt binnen het psychoanalytisch denken 'geëxternaliseerde overdracht' genoemd, een vorm van projectie, waarin een voor de behandelaar zeer onbevredigende situatie lijkt te bestaan, maar die soms een noodzakelijk te passeren station is. Wouter liet mij voelen wat zijn deel was al wilde hij zich dat niet realiseren.

In deze eerste fase van de therapie probeerde ik met duidelijke ego-ondersteuning deze manier van omgang met mij te bespreken, niet te duiden in psychodynamische zin; immers, overdrachtsfenomenen in een individuele psychotherapie met een adolescent dienen uiteraard onderkend te worden, maar pas geïdentificeerd wanneer de overdracht zich differentieert. Bij Wouter waren de eerste tekenen dat dat laatste geschiedde, toen hij te laat begon te komen en zelfs een paar keer niet kwam opdagen. Ook dat deed hij vriendelijk, want een openlijke strijd tussen ons beiden was vooralsnog niet mogelijk, maar door weg te blijven liet hij binnen onze relatie iets van zichzelf zien. Ook in deze fase dienden zich gevoelens van twijfel en irritatie bij mij aan en was het uitageren

van deze tegenoverdrachtsgevoelens middels heroverweging van de indicatiestelling een niet denkbeeldig gevaar. De vraag was of het mogelijk zou zijn Wouter te laten zien dat het mij laten wachten, mij onzeker laten zijn over de betekenis van onze relatie rechtstreeks verband hield met zijn eigen bestaans-onzekerheid en zijn depressieve zelfgevoel.

Met subtiele verschuivingen differentieerde onze relatie zich. Wouters vriendelijkheid werd échter en hij bleek zelfs in staat zijn rancune te uiten over zijn eerste psychiater die hem medicijnen voorschreef en tegelijkertijd een foto van zijn gezin op zijn bureau had staan; Wouter maakte daarmee duidelijk dat hij nergens bijhoorde.

In de periode die daarop volgde -globaal gesproken- werd hetgeen zich tussen hem en mij afspeelde, nog complexer. Hij begon mij namelijk te vertellen over zijn omgang met een volwassen alleenwonende man, bij wie hij veel tijd bleek door te brengen. Ook liet Wouter mij weten dat er nog andere jongens waren die met deze man omgingen, maar volgens Wouter waren ze nogal onbenullig. Toen hij mij daarover gaandeweg in vertrouwen begon te nemen, gebeurde het dat een stoeipartij tussen Wouter en die man uit de hand liep, waarbij Wouter een arm brak. Ingewikkeld was dat Wouter steeds meer bereid bleek te zijn om over zichzelf te vertellen, anderzijds gaf inhoudelijk zijn verhaal mij het idee, dat hij intiem was met een ander, voelde ik een jaloezie, misschien niet zo groot als die van hem op zijn adoptief zusje, maar toch wel jaloezie en onzekerheid over wat onze band met elkaar voorstelde.

In het voorafgaande heb ik getracht te beschrijven hoe weinig Wouter in staat was zijn eigen gevoelsleven als zodanig te erkennen. Mijn indruk daarbij was dat dat verband hield met een diepgaande existentiële en identiteitsonzekerheid. Zijn indirectheid, zijn geneigdheid tot ageren, maakt hem echter tot een gewone cliënt uit zijn leeftijdsgroep. Toch kan men zich met recht afvragen of anders dan via dit ageren het voor Wouter mogelijk was mij duidelijk te maken dat zijn identiteitsbeleven wellicht te zwak zou zijn om intiem om te kunnen gaan met een ander, of om zijn vrees onder ogen te zien dat intimiteit gelijk staat met fysieke en/of seksuele onderwerping. Vooralsnog beperkte ik mij ertoe met Wouter te bespreken dat het aangaan van een vertrouwensrelatie inderdaad heel moeilijk kan zijn maar alleszins de moeite waard, en steunde ik dus eenzijdig het progressieve in zijn ontwikkeling. Recent leek er een keerpunt te zijn toen Wouter mij rechtstreeks iets over zijn gevoelsleven kon vertellen. Aanleiding daartoe was het feit dat een meisje "achter hem aanliep" en hij niet wist hoe daarop te reageren. Een onhandigheid zijnerzijds kostte hem een bitter scheldwoord. Wouter beschreef hoe hij zich in reactie daarop vervreemd voelde, gedepersonaliseerd in feite en ook wel angstig. Maar, meer nog dan door de inhoud werd de voortgang van de therapie aangegeven door het feit dat hij ten opzichte van een ander over zijn eigen gevoel kon spreken, daarmee zichzelf in relatie tot een ander gestalte gevend.

Men kan zich nu vertwijfeld afvragen of dat wel voldoende rendement is voor 35 sessies individuele psychotherapie. Ik meen dat ik meer inzicht heb

gekregen in het depressieve gedrag van Wouter. Ik heb in de geëxternaliseerde overdracht iets gezien van zijn pathologisch zelfbeeld en neem aan dat hij in de differentiatie-rapprochement subfase uit de separatie-individuatie ontwikkeling onvoldoende gesteund is geweest in de psychologisch essentiële groeitaak een van zijn moeder onafhankelijk zelfbeeld te realiseren. Maar wat heeft Wouter daar aan? Ik meen dat wij in ieder geval in staat zijn geweest de 'vanzelfzwingendheid' te ondermijnen waarmee hij geen perspectief voor zichzelf meer zag. Ik heb ook meer inzicht gekregen in de primitieve afweer zoals loochening en omkering van zijn agressieve strevingen. Wouter realiseert zich inmiddels dat hij zich te onzeker voelt om openlijk de strijd met een ander aan te gaan. En tenslotte zijn wij thans samen expliciet bezig met de vraag of hij een intieme relatie met een ander kan hebben, minder vrijblijvend dan nu het geval is, zonder te verdwijnen, verzwolgen te worden of tenminste overweldigd. Mocht Wouters verlatingsdepressie rechtstreeks in de overdracht met mij zijn doorgenomen, dan is het goed mogelijk dat het daarmee verworven autonomiegevoel zo gegroeid is dat Wouter met therapie wil stoppen. Het op je eigen benen staan is zo'n urgent adolescentiethema, dat het een juiste beslissing kan zijn daarin mee te gaan, hoewel de weerstandsbetekenis van een dergelijke wens evident is (7). In dat geval zal ik Wouter uitdrukkelijk laten weten dat hij later daarop terug kan komen omdat naar mijn mening hij door zijn depressieve uitgangspositie in de oedipale periode onnodig veel onzekerheid heeft opgedaan in zijn identiteitsbeleven.

Tenslotte

In het voorafgaande vroeg ik uw aandacht voor twee behandelingsvignetten. Van beide probeerde ik de stagnatie te analyseren, hetgeen -bij Wouter meer dan bij Erik- aanleiding gaf tot verdieping van de behandeling. Hoe demotiverend bepaalde impasses in de behandeling ook kunnen zijn, hoezeer de behandelaar de indruk kan krijgen dat zijn inspanningen vergeefs zijn, mijn mening is dat het goed mogelijk is dat hij wordt geconfronteerd met een doorgegeven versie van het zelfgevoel van de betrokken adolescent, of met de geëxternaliseerde overdracht van diens verlatingsdepressie. Heroverweging van de indicatiestelling is dan niet op zijn plaats! Deze tegenoverdrachtsgevoelens kunnen in feite zelfs een goede richtlijn zijn voor de diepte van de depressie en in plaats van ze als argument te gebruiken om een therapie, die als weinig hoopvol wordt beleefd, niet te indiceren of af te breken, kan het doorwerken ervan nieuwe perspectieven openen.

Literatuur

1. Alexander, F., Some quantitative aspects of psychoanalytic technique, *J.A.P.A.*, II, p. 635 e.v., 1954.
2. Blos, P., *On adolescence*, Free Press, 1962.

3. Blos, P., The life cycle, as indicated by the nature of the transference in the psychoanalysis of adolescents, *Int. J. Psychoanalysis*, p. 145 e.v., 1980/81.
4. Freud, S., Bruchstück einer Hysterie-analyse, *G.W.*, IV, p. 161 e.v.
5. Meeks, J., *The fragile alliance*, Krieger, 1975.
6. Most, G. van der, Overdracht bij adolescenten, *Tijdschrift voor Psychotherapie*, p. 330 e.v., 1984/5.
7. Novick, J., Negative therapeutic motivation and negative therapeutic alliance, *Psychoanalytic Study of the Child*, p. 299 e.v., 1980.

Drs. G.H.F. van der Most, kinder- en jeugdpsychiater, directeur patiëntenzaken
"De Ruyterstee", Fazantenlaan 1, 9422 EZ Smilde

MEDEDELINGEN EN AANKONDIGINGEN

Post crash fase

Langdurige klachten na traumatische gebeurtenissen

Op vrijdag 22 april 1988 organiseert de Nederlandsche Vereeniging van Artsen-Automobilisten VVAA de Verkeersmedische Dag om met name de werkers in de eerste lijns-gezondheidszorg -zoals huisartsen en fysiotherapeuten- kennis te laten maken met de problemen die in de 'post crash fase' kunnen voorkomen.

Slachtoffers van verkeersongevallen ondervinden -zo is gebleken- in de periode na het ongeluk en de behandeling, de post crash fase, naast langdurige lichamelijke klachten soms ook psychische stoornissen. Deze stoornissen hebben hetzij een somatische oorzaak (zoals ernstige hersenletsels) danwel zijn ze het gevolg van een gestoord verwerkingspatroon: de 'post traumatic stress disorder'.

Wanneer de problemen onderkend worden, kunnen zij worden meegewogen in de bepaling van wijze van begeleiden of behandelen van de patiënten.

Plaats: Jaarbeurscongrescentrum te Utrecht

Tijd: ca. 10.00 uur - 15.30 uur

Voor verdere inlichtingen: VVAA secretariaat, Atoomweg 100, 3542 AB Utrecht, telefoonnummer 030 - 454368.

Indicatiestelling voor psycho-analytisch georiënteerde psychotherapie

Op donderdag 21 april 1988 organiseert het psychotherapeutisch dagcentrum "De Vondelstraat" te Amsterdam een studiemiddag (13.30 - 17.00 uur) over indicatiestelling voor psycho-analytisch georiënteerde psychotherapie: ambulante, residentieel of semi-residentieel.

Een inleiding van Prof. Dr. L.A.J.M. van Eck zal gevolgd worden door vier parallele workshops waarin aan de hand van concrete casussen wordt gediscussieerd.

De inschrijving (kosteloos) dient in verband met beperkte plaatsruimte zo spoedig mogelijk plaats te vinden onder telefoonnummer 020 - 184333. Deelnemers die zelf een casus willen inbrengen genieten voorrang bij de inschrijving.

De Vakgroep Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht organiseert in samenwerking met de Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie (V.K.J.P.) op **vrijdag 6 mei 1988** een studiedag.

Het onderwerp is:

Indicatiestelling in de Kinder- en Jeugdpsychotherapie

Plaats: The President Hotel

Floraweg 25

3608 BW Maarssen

Inlichtingen: Secretariaat Vakgroep Kinder- en Jeugdpsychiatrie
(tel. 030 - 340329 tussen 9.00 - 12.00 uur, mevr. E. Blok).

Behavior Therapy World Congress '88

Edinburgh-Scotland

Gedragstherapeuten van de gehele wereld congresseren van *5-10 september 1988* in Edinburgh.

Honderden bijdragen op alle gebieden van de gedragstherapie worden gepresenteerd in workshops, symposia, fora, postersessies en special interest meetings.

Bovendien is er een uitgebreid pre-congress programma van workshops op maandag 5/9/88.

Aanmelding: WCBT '88,
5 Cooperstreet,
Chichester,
West Sussex,
PO19 1EB, England (U.K.)

Informatie: Dr. R. Holland,
Dpt. Clin. Psychol.,
Northwick Park Hospital and Clinical Research Centre,
Harrow,
Middlesex HA1 3VJ U.K.

Kosten voor het congres:

Niet leden EABT/VGt £155 (£130)*

Leden EABT/VGt £125 (£100)*

Studenten £115 (£ 90)*

(* bij reservering voor 1 mei 1988)

Eerste Internationale STAP-APSA Adolescentenpsychotherapie congres

Thema: "De adolescent met beperkt perspectief: het individu, de familie en de groep" met sprekers uit Nederland, Engeland, België en Frankrijk

Datum: 27 en 28 oktober 1988

Plaats: Erasmus Universiteit Rotterdam

Inlichtingen: STAP, secretariaat: Korianderhof 39, 7641 XX Wierden, tel. 05496 - 73737.

Studiedag Nederlandse Vereniging voor Groeps-Psychotherapie

Op vrijdag 25 november 1988 organiseert de Nederlandse Vereniging voor Groepspsychotherapie een studiedag in het Congressentrum EurOasehotel te Amersfoort.

De juiste titel is nog niet bekend.

Intervisiegroep

Zelfstandig gevestigd psychologe zoekt bestaande intervisiegroep of mensen die een intervisiegroep willen vormen, omgeving Den Haag.

Referentiekader: gedragstherapeutisch en Rogeriaans; systeemgeoriënteerd

Informatie: M. Janssen - de la Haye.

Telefoon 070 - 556789.

Studiedag Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie

Op vrijdag 29 april 1988 organiseert de N.V.R.G. een studiedag met als thema "Vrouwenperspectief binnen gezinstherapie".

Over plaats, programma en tijden volgen nadere mededelingen.

De prijs zal ongeveer f 100,— voor N.V.R.G.-leden en f 125,— voor niet-leden bedragen.

Opgave voor deze dag is reeds mogelijk bij het secretariaat van de N.V.R.G.: Julianaweg 66, 1131 DC Volendam.

PAO

Onlangs is verschenen het programma 1988 van het Postacademisch Onderwijs Sociale Wetenschappen.

Het bevat korte aankondigingen van meer dan 30 cursussen en conferenties op het gebied van de psychologie, pedagogie, psychotherapie, diagnostiek, ontwikkeling & onderwijs.

Van elke cursus is aangegeven: de doelgroep, inhoud, cursusleiding, tijd, plaats en kosten.

De brochure is op aanvraag gratis te verkrijgen bij:
PAOS, Postbus 325, 2300 AH Leiden
tel: 071-278027.

Verkrijgbaar op het secretariaat van de Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie:

1. Themanummer "Vroege Verwaarlozing", 84 pagina's, juni 1986
prijs f 15,-
2. Juridisch themanummer, 85 pagina's, maart 1987
prijs f 17,50
3. Congresbundel "lichamelijke klachten en psychotherapeutische behandeling bij adolescenten", 161 pagina's
prijs f 18,50
4. Congresbundel "Groepspsychotherapie met kind en adolescent", 303 pagina's
prijs f 24,50
5. Combinatiepakket van twee congresbundels, 3 en 4
prijs f 40,-

De prijzen zijn inclusief verzendkosten.

U bestelt door het betreffende bedrag over te maken op gironummer 3158027 van de Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie te Utrecht, onder vermelding van de naam van bundel of themanummer.

Het Psychotherapeutisch Centrum "De Viersprong" vraagt voor de staf van de Jeugdafdeling een

Psychotherapeut m/v

De jeugdafdeling funktioneert als een zelfstandige psychotherapeutische gemeenschap van 14 tot 19 jarigen, jongens en meisjes, met vier behandelgroepen van circa 8 personen en een stafgroep van 21 vaste stafleden.

De taak van een psychotherapeut – in principe een fulltime functie – omvat:

- leiding van het behandelteam en eindverantwoordelijkheid van de behandeling van één groep;
- groeps- en individuele psychotherapie van de leden van de groep;
 - ambulante behandeling van ouders en gezin van opgenomen patiënten;
- het mede in stand houden en verder ontwikkelen van het therapeutisch milieu via intensief stafoverleg.

Onze gedachten gaan uit naar iemand met een brede psychotherapeutische opleiding (niveau: geregistreerd psychotherapeut met specialisatie). Groepspsychotherapie is daarin een vereiste. Scholing in nog een psychotherapeutisch referentiekader en vooral uitgesproken belangstelling voor en ervaring met klinische psychotherapie en jeugdpsychotherapie strekken tot aanbeveling.

Daarbij kan gedacht worden aan lidmaatschap(pen) van de volgende specialistische verenigingen: NVGP, VKJP, VKP. In verband met de stafsamenstelling gaat de voorkeur uit naar een vrouwelijke kollega.

De betrokkene dient bereid te zijn om in de regio te gaan wonen. Salaris en arbeidsvoorwaarden volgens de CAO-Ziekenhuiswezen.

Schriftelijke sollicitaties te richten aan Prof. Dr. P.J. Jongerius, psychiater, algemeen directeur.

Nadere inlichtingen kunnen worden ingewonnen bij drs. C. Roosen, chef de clinique van de Jeugdafdeling (01641 - 2256).

psychotherapeutisch centrum

DE VIERSPRONG

Gasthuisstraat 6, 4661 JH Halsteren
(N.Br.), Telefoon 01641-2256

SUGGESTIES VOOR AUTEURS

Manuscripten dienen te worden geschreven met een schrijfmachine en wel als volgt: dubbele interlinie, formaat A4, het papier mag slechts aan één zijde worden beschreven. De marge aan de voorzijde moet 4 cm zijn, in verband met eventuele aantekeningen voor de zetter.

Manuscripten dienen in tweevoud (origineel plus 1 kopie) te worden gezonden aan de redactiesecretaris. De auteur wordt geadviseerd één kopie te houden voor eigen referentie.

Namen en tekstgedeelten, die de auteur cursief wenst te zien, moeten worden onderstreept.

Het gebruik van afkortingen (bijvoorbeeld, in casu, naar aanleiding van, etcetera) dient vermeden te worden. Bestaande afkortingen van instellingen, verenigingen (RIAGG, VKJP, NVP) mogen wel gebruikt worden.

Literatuurlijst

De literatuurlijst waarnaar in de tekst is verwezen, wordt aan het eind van het artikel in alfabetische volgorde opgenomen. De gewenste volgorde (zie voorbeelden)

Freud, A., *Normality and pathology in childhood*.
The Hogarth Press. London, 1966.

bij meer auteurs in vermelding van een artikel uit een tijdschrift:

Fournier, E.P. en M.W. Kalisvaart,
Een blik in de bouwput van de psychotherapie, in:
T. v. Psychotherapie jg. 4, nr. 1, 1978, 3-8.

Bij literatuurverwijzingen in de tekst dient na de achternaam van de auteur tussen haakjes het jaar van de publicatie te volgen.

Tekeningen, grafieken en zwart/wit foto's kunnen na overleg met het redactiesecretariaat eventueel worden geplaatst.

Auteurs krijgen vijf nummers gratis toegezonden.

**Tijdschrift van de
Vereniging voor
Kinder- en Jeugd-
psychotherapie
ISSN: 0920 - 6272**