

Systemen in beweging

Onder eindredactie van Walter Krikilion

Voorwoord

'Systemen in beweging' stond als thematiek centraal tijdens de tweede Studiedag Klinische psychotherapie die op 23 november 2006 in het OPZ Geel doorging.

'Systemen' staat voor een waaier van relaties en interacties, zoals met de partner, familie, vrienden, op het werk, in de vrije tijd, en ook binnen de bredere maatschappelijke context. Wanneer de patiënt opgenomen wordt, wordt het participeren aan systemen nog ruimer en levendiger. Er ontstaat een complexe interactie, waarbij het instituut van het ziekenhuis, het behandelteam, de leefeenheid, de contacten met andere patiënten een rol spelen. Hier liggen tal van kansen voor gestructureerde therapeutische trajecten. 'In beweging' is in die zin de vertolking van de realiteit – alles is in beweging – én tegelijk van de opdracht om er doelgericht en vanuit een behandelvisie 'iets' van te maken, namelijk betere patiëntenzorg. Of, met andere woorden, therapie op maat van de cliënt en gericht op ontwikkeling vanuit de dynamiek van de eigen context en relaties. De systemische blikrichting is in die zin van cruciaal belang voor goede patiëntenzorg.

Op de studiedag werd de thematiek behandeld vanuit diverse perspectieven en verschillende behandelsettings. In deze brochure wordt u van hieruit een selectie aangeboden met herwerkte teksten. Het gaat om ruim de helft van de bijdragen. Bij de andere bijdragen, kozen de auteurs ervoor hun tekst niet te laten opnemen, ofwel vanwege andere publicatie-engagements, ofwel omdat het type van bijdrage op de studiedag zich er minder toe leende. Wat de opgenomen teksten betreft, gaat het om de volgende thema's: systemen in beweging als uitdaging voor een psychiatrische setting, systeemgerichte reflecties omtrent de rol van verpleegkundigen op een leefeenheid, systeemgericht werken met ouders op een kinderpsychiatrische afdeling, kinderpsychiatrische zorg in de thuissituatie, de werking van het Outreach-team in de Gemeenschapsinstelling te Mol als een kruispunt van verschillende systemen, de Geelse gezinsverpleging als een uniek en kwetsbaar systeem, en het PVT als systeem.

Graag willen we hier een woord van dank richten aan alle auteurs en ook aan Wim Hermans en Bert Boeckx voor hun ondersteuning bij de eindredactie van de teksten.



*Jef Wouters,
Medisch directeur*



*Walter Krikilion,
Therapeutisch directeur*

Systemen in beweging: een uitdaging voor psychiatrie

Walter Krikilion, therapeutisch directeur OPZ Geel,
doctor in theologie en psychotherapeut



'Systemen in beweging' werd als titel gekozen vanwege de prikkelende kracht die ervan kan uitgaan. De thematiek kan immers vanuit diverse invalshoeken inspirerend werken en een uitdaging vormen voor het klinische werk. Met deze bijdrage wil ik een algemeen kader aanreiken waarin deze inspirerende betekenis van het thema in diverse opzichten naar voren komt. Eerst ga ik nader in op de betekenis van 'systeem' en op enkele grondconcepten. Vervolgens geef ik een reflectie over de diepere betekenis van de thematiek met inbegrip van enkele ethische aspecten.

Het concept

Wat betekent 'systeem' eigenlijk? Wanneer we er gewoon het woordenboek op naslaan, komen we tot de volgende hoofdbetekeningen: "1. *stelsel, geledend en geordend geheel, complex, geschikt volgens een ordenend beginsel (zoals bijvoorbeeld 'een wijsgerig systeem')*; 2. *stelsel van werkwijzen of handelingen (zoals bijvoorbeeld 'een nieuw systeem van onderwijs')*; 3. *samenhangend geheel van gelijksoortige eenheden (zoals bijvoorbeeld 'een tariefsysteem')*; 4. *bestaand maatschappelijk stelsel (in een pejoratieve zin)*".¹ Samengevat, gaat het om een geordend stelsel met een duidelijke samenhang. Ofschoon het om algemeen-gangbare betekenissen gaat, komt het bij een publiek van therapeuten en andere klinici wat merkwaardig over. Ook is het merkwaardig dat een meer therapeutische betekenis totaal niet bij de opgesomde betekenissen voorkomt en dat er over de Van Dale-edities van de afgelopen twee decennia totaal geen evolutie in te bespeuren valt.²

Waar gaat het om in de meer therapeutische betekenis van het concept? Wie de trends rond systeemtherapie in de afgelopen decennia gevolgd heeft en er vanuit de praktijk voeling mee heeft, denkt bij 'systeem' onmiddellijk aan de ruimere context van de patiënt, de interactie van de patiënt met zijn omgeving en met belangrijke anderen, en verder de behandelingscontext of de therapie-setting. Ook klinkt er steeds 'iets dynamisch' in door. De interpersoonlijke en bredere sociale context is namelijk per definitie veelvormig en veelgelaagd, en tussen allerlei facetten ervan vindt voortdurend interactie en uitwisseling plaats. Familie en netwerk roepen ook een zekere beweeglijkheid op. De behandelingscontext heeft iets van een ingewikkeld samenspel. In een therapeutische context krijgt systeem dus een ander accent. Samengevat, gaat het eerder om een beweeglijk samenspel van tal van beïnvloedende factoren.

Wat is de mogelijke link tussen de algemeen-gangbare betekenis van systeem (geordend stelsel) en de meer therapeutische betekenis (beweeglijk samenspel)? Hiervoor moeten we even teruggaan naar de oorsprong van de systeemtherapie. Zo liggen aan de basis van de systeemtherapie fundamentele inzichten uit taal- en communicatietheorieën. Kort gezegd, wordt ervan uitgegaan dat de werkelijkheid gevormd wordt door de wijze waarop mensen met elkaar in communicatie treden en zich talig tot elkaar verhouden. Naast het complex-beweeglijke karakter ervan, zijn communicatie en taal ook steeds gestructureerd en bestaan ze onvermijdelijk uit grondpatronen. Taal- en communicatietheorieën verhelderen dit en gaan op zoek naar de grondmechanismen en de basisstructuren. Tegen deze achtergrond heeft de systeemtherapie zich in de tweede helft van de 20^{ste} eeuw ontwikkeld en heeft ze in dialoog met de therapeutische praktijk geleidelijk aan verder vorm gekregen. Daarbij ging het om het vinden van een referentiekader dat complementair is ten opzichte van de meer persoonsgerichte therapeutische richtingen, zoals de psychoanalytische en de experiëntiële benaderingen, die veeleer een klemtoon leggen op een interioriserende exploratie van de persoonlijkheid.

¹ Van Dale, *Groot woordenboek der Nederlandse taal*, 1984 (11^{de} ed.), 2833.

² Ook in de recentste edities van Van Dale (1999, 13^{de} ed., 3337; 2005, 14^{de} ed., 3493-3494) komt ze niet voor. Merkwaardig is ook dat bijv. 'systeem(psycho)therapie' er niet voorkomt, ook al is er in deze edities een gevoelige uitbreiding van het aantal samengestelde woorden op basis van 'systeem'.

De term 'systeemdenken', die nog al eens gebruikt wordt in het kader van de systeemtherapie, komt wel voor in de drie vermelde edities (1984, 2833; 1999, 3337; 2005, 3494), maar onveranderd in de betekenis van '(meestal afkeurend) het denken in systemen (...), zonder rekening te houden met factoren buiten een systeem'. Systeemdenken wordt dus eenzijdig beschouwd in de context van 'gesloten' systemen en totaal niet in de context van meer dynamische 'open' systemen – een betekenis die zowel in de psychotherapie gehanteerd wordt als ook in de context van de wetenschappen (zie infra).

In de drie vermelde edities is dus in essentie – wat een verruiming van betekenis betreft – geen evolutie te vinden. Betekenissen vanuit de context van de psychotherapie worden niet geïntegreerd. In hoofdzaak blijft de gangbare betekenis van geordend – gesloten – stelsel met een duidelijke samenhang het centrale uitgangspunt. Ik ervaar dit als een tekort, omdat ik ervan uitga dat een woordenboek zich dient af te stemmen op trends en evoluties in de samenleving, hier specifiek met betrekking tot psychotherapie.

Tegenover het aspect van gestructureerdheid – grondmechanismen en basisstructuren van communicatie –, ligt het eigene van de therapeutische aanpak daarbij in het zoeken naar verandering. Dit vormt namelijk de meerwaarde van de therapeutische blikrichting bij de integratie van theoretische inzichten over taal en communicatie. Zo wordt er steeds gezocht naar verandering vanuit het ontwikkelingspotentieel van de persoon in zijn context en wordt er gekeken naar de cruciale punten waar 'het systeem' vanuit de eigen dynamiek in beweging kan komen. De klinisch-therapeutische aanpak is namelijk niet geïnteresseerd in de analyse van systemen op zich, maar grijpt deze via werkhypothesen voortdurend aan met het oog op verandering. Daarbij is het verwerven van inzichten van belang, en dit vooral door de ervaring van taal en communicatie in de therapiesetting zelf. Deze ervaring kan leiden tot het vinden van nieuwe belevingsposities. De diverse systeemtherapierichtingen hebben de afgelopen decennia van hieruit expertise en verschillende concepten ontwikkeld.

Om de inspirerende betekenis van het thema van vandaag in het licht te stellen, is het van belang enkele belangrijke concepten en grondinzichten die geleidelijk aan vorm kregen, op de voorgrond te brengen. Het gaat om twee centrale concepten, namelijk wisselwerking en circulaire dynamiek. Verder gaat het om een concept uit de natuurwetenschappelijke en biologische visieontwikkeling inzake systemen, dat soms ook gebruikt wordt in de therapeutische systeemtheorie, namelijk dissipatieve structuur.

'**Wisselwerking**' vormt een grondmotief in het systemisch denken. Personen worden niet zozeer als individuen op zichzelf beschouwd, maar veeleer als bewegende delen in een context. Men verhoudt zich tot elkaar en men beïnvloedt elkaar, ook al vormt dit niet per se een bewuste keuze. In die zin is iedere persoon een 'beïnvloedende factor', hoe dan ook ingebed in een context en uiteraard eveneens in een diversiteit van contexten. Deze wisselwerking speelt zich af binnen een ruimere en fundamentele samenhang van al wat er is. Het is een basiswetmatigheid van de werkelijkheid.

De term *interactie* is grotendeels synoniem met wisselwerking. Ik citeer Frans Boeckhorst: "*Interacties zijn de bouwstenen van een sociaal systeem. Het zijn uitwisselingen van communicatieve boodschappen, waarmee de leden elkaar wederzijds beïnvloeden.*"³ Deze wederzijdse beïnvloeding wordt als een circulair feedbackproces beschreven. Interactie is een communicatief gebeuren, waarin voortdurend boodschappen worden gecommuniceerd en waarin het geven en krijgen van feedback een centrale toets vormt.⁴

'**Circulaire dynamiek**' is een ander fundamenteel concept binnen het systemisch denken. In essentie betekent dit dat men ervan uitgaat dat de uitwisseling van boodschappen zich niet lineair voltrekt – in een soort rechte lijn van oorzaak en gevolg –, maar eerder in een moeilijk-planbare kring- of spiraalvormige beweging. Ook gedrag als zodanig kan vanuit hetzelfde perspectief gekarakteriseerd worden, namelijk als complex verweven met en beïnvloed door gedragingen van anderen.

Het betreft hier een van de belangrijke ervaringen binnen het klinisch-therapeutisch werk. Het proces van verandering van gedrag voltrekt zich niet op een vooraf uit te stippelen lijn, maar eerder in een complex kluwen van gesprek, en van ervaringen en momenten van reflectie, die zich dynamisch uitspreiden over verschillende sessies. Anders dan de experiëntiële en de psychoanalytische psychotherapierichtingen leggen de systeempsychoterapierichtingen daarbij de klemtoon op het socio-communicatieve niveau in plaats van op het intrapsychische.⁵

Het derde concept betreft dat van de '**dissipatieve structuur**'. De term situeert zich in de bredere context van het systeemdenken in de positieve wetenschappen en ook van het cybernetisch denken.⁶ Dissipatie betekent letterlijk verkwisting of verstrooiing en het wordt gebruikt om de verspreiding van energie aan te duiden. Aansluitend wordt het begrip dissipatieve structuur gehanteerd in de theorievorming over systemen. Boeckhorst geeft de volgende omschrijving: "*Een dissipatieve structuur is de tegenpool van*

³ Boeckhorst, F., *De systemische optiek in psychotherapie*, 5.9.

⁴ Feedback is een belangrijk instrument in het systemisch werken. In de communicatie met de cliënt betreft het een concretisering van reflecties die zich ontwikkelen op metacommunicatief niveau. Het draagt bij aan het vinden van adequate communicatieve toetsen en het exploreren van nieuwe betekenisinhouden omtrent zichzelf.

⁵ Uiteraard ligt de intrapsychische dimensie verval in het werken met de circulaire dynamiek.

⁶ Voor een omschrijving van 'cybernetica' ('stuurkunde') verwijs ik naar C.F.A. Milders en W. van Tilburg (red.), *Systeemdenken en psychiatrie: Een kritische oriëntatie*, 6-7.21.52. Cybernetica betreft in essentie het principe van de terugkoppeling binnen de regelkring van een systeem. Enkele citaten verduidelijken dit: "... de uitgang of de uitwerking die een systeem op zijn omgeving heeft kan bijgesteld worden door vanaf die uitgang terug te werken op de ingang (input). Klassiek voorbeeld is de thermostaat van de verwarming: de melding van te laag gedaalde temperatuur gaat terug naar de verwarmingsinstallatie die weer ingeschakeld wordt. Talloze verschijnselen vanaf het tegenstuur geven op de fiets bij plotselinge windvlaag en het rillen als men koud heeft tot sociale bewegingen en processen die een bedreigd evenwicht in de maatschappij herstellen, kunnen zo vanuit de systeembeschouwing verklaard worden." (C.A. van Peursen, 21); en "Door het sturend handelen van de mens op te vatten als een z.g. regelkring, zoals die in zijn eenvoudigste vorm in het functioneren van een thermostaat technisch is gerealiseerd, lukte het hem – N. Wiener, de vader van de cybernetica – een aantal essentiële aspecten van dat handelen op te sporen. Dit wordt duidelijk als men de thermostaafunctie in biologische

een evenwichtsstructuur en vertegenwoordigt een soort van wanorde en gebrek aan structuur, een niet-evenwichtssysteem. Juist deze toestand in een systeem leidt, onder bepaalde omstandigheden, tot een omslag waardoor het systeem zichzelf ordent en organiseert. De theorie van dissipatieve structuren lijkt op de chaostheorie waarbij juist ook het ontbreken van evenwicht en ordening voorwaarde is zichzelf te reguleren en organiseren.”⁷ Boeckhorst verwijst hiervoor naar het werk van de wetenschapper Ilya Prigogine, die met zijn collega Isabelle Stengers de theorie van de dissipatieve structuren uitwerkt. Zij stellen dat er een paradoxaal verband bestaat tussen enerzijds structuur en orde en anderzijds verspreiding en verspilling. Dissipatie is namelijk inherent aan de dynamiek van de structuur, die juist in momenten van ‘niet-evenwicht’ of ‘ver-uit-evenwicht’, waarin gecommuniceerd wordt met de omgeving, kan evolueren naar een nieuw evenwicht.

Toegepast op het therapeutisch proces, gaat het om de openheid voor datgene wat chaotisch lijkt, maar dat, mits het de nodige ruimte en tijd krijgt, kan leiden tot nieuwe inzichten over zichzelf en tot een ander gedrag waarin meer harmonie voelbaar is. We raken hier een belangrijk aspect van het therapeutisch werk, met name de bereidheid om in voldoende mate werkhypothese te herzien en erkenning te geven aan dat wat het voorziene therapeutisch pad ten goede doorkruist. Het gaat om de opdracht telkens opnieuw ruimte te geven aan het onverwacht-nieuwe en open te staan voor sprongsgewijze veranderingen. Dit vraagt van de therapeut een diepe ontvankelijkheid en de bereidheid om een stukje sturing vanuit interpretatie en inzicht los te laten. Hierbij wordt hij aangesproken op zijn capaciteit om te werken met instrumenten die essentieel zijn voor het ambacht van het therapeutisch werk, zoals sensitiviteit, intuïtie en interpersoonlijke interactie.

Deze ontvankelijkheid voor het nieuwe kadert in de overtuiging van het systeemdenken dat systemen een fundamenteel open karakter hebben. Alles staat namelijk continu in wisselwerking met alles en er is voortdurend beïnvloeding. Dit heeft tot gevolg dat het geordende karakter van een systeem permanent aan beweging onderhevig is en dat er zich nieuwe ontwikkelingen kunnen voordoen. We kunnen hier spreken over ‘opportunities’ (bijvoorbeeld in het management van organisaties), over ‘kansen’ (in het leven of de loopbaan, of ook in het spel) en over ‘het nieuwe dat zich van binnen uit aandient’ (in een therapeutisch traject). Sensitiviteit is hierbij van cruciale betekenis. Binnen de therapeutische relatie gaat het om het creatieve vermogen om samen met de persoon taal en betekenis te vinden voor het veranderingsproces dat zo uniek is voor hem of haar. Daarbij kan het gaan om het faciliteren van een proces waarin de persoon de geslotenheid van het eigen systeem achterlaat en in dialoog met anderen ‘een open systeem’ wordt.

De diepere betekenis: ethische aspecten

Tegen de achtergrond van het globale conceptueel kader en enkele basisconcepten, kan nu verder de vraag gesteld worden naar de diepere betekenis van het thema. Op welk punt vooral kan het inspirerend zijn en verdieping geven aan onze manier van kijken? Waar precies ligt de uitdaging aan het adres van de psychiatrie?

Ik ben geneigd om hierbij te spreken over de ethische aspecten ervan. ‘Systemen in beweging’ is namelijk een thema dat ons niet alleen op inzichtelijk-analytisch vlak de nodige verheldering geeft, maar ons ook en vooral aanspreekt op onze manier van kijken en handelen, en hierbij zelfs richtinggevend is. Ik werk dit uit aan de hand van de volgende drie subthema’s: alertheid rond beïnvloedingen, een ethiek van het zoeken naar verschil en de kritische functie met betrekking tot de organisatie van het psychiatrisch ziekenhuis.

Met het thema *alertheid rond beïnvloedingen* wil ik vooral stilstaan bij het begeleidingswerk van ieder die in de geestelijke gezondheidssector werkzaam is. Alertheid betekent ‘waakzaamheid’ en ook het vermogen om snel en flexibel op iets te reageren. Ik maak kort twee toepassingen: enerzijds met het oog op de cliënt of patiënt, anderzijds vanuit de positie van de therapeut.

termen beschrijft. Het verwarmingselement van een bepaald ruimte produceert warmte tot een bepaalde temperatuur [de norm]; het wordt, via de thermostaat, voortdurend ‘geïnformeerd’ over de stand van zaken in de ruimte; als deze ‘informatie’ een bepaalde ‘inhoud’ krijgt [n.l. dat de norm wordt overschreden], staakt het verwarmingselement zijn activiteit. Dit gebeuren noemt men negatieve terugkoppeling [negatieve feed-back]. Als de temperatuur zakt, begint het verwarmingselement weer warmte te produceren, nadat het de hierbij passende informatie heeft ontvangen, namelijk dat de temperatuur is gedaald t.a.v. de norm. Welnu, niet alleen bepaalde technische maar ook veel biologische processen en veel vormen van dierlijk of menselijk gedrag kunnen worden opgevat als deel uit te maken van z.g. regelkringen, waarbij effecten gemeten worden aan een norm en door terugkoppeling leiden tot bijsturing.” (van Tilburg en Milders, 6-7)

⁷ Boeckhorst, F., *De systemische optiek in psychotherapie*, 5.10. Hij geeft aan dat het concept ‘dissipatieve structuur’ gebaseerd is op het werk van Ilya Prigogine met betrekking tot zichzelf organiserende chemische processen. Zie I. Prigogine en I. Stengers, *Orde uit chaos: De nieuwe dialoog tussen de mens en de natuur*, 41-43, 159, 164, 166, 187-188, 205, 314-315. Zo poneren de auteurs ten opzichte van de vroegere evenwichtsthermodynamica: “Wij weten nu dat nieuwe soorten structuren spontaan kunnen ontstaan onder omstandigheden waarin er van evenwicht geen sprake is. Onder dergelijke omstandigheden kan het gebeuren dat orde ontstaat uit wanorde en thermische chaos. Nieuwe dynamische toestanden van de materie kunnen ontstaan, toestanden die de wisselwerking tussen een bepaald systeem en zijn omgeving weerspiegelen. Om de constructieve rol te benadrukken die bij het ontstaan van deze nieuwe structuren door dissipatieve oftewel verstrooiende processen gespeeld wordt hebben we ze dissipatieve structuren genoemd.” (41) De term wordt bewust gebruikt “om het nauwe, aanvankelijk

Wat de cliënt betreft, gaat het erom te beseffen dat hij of zij in behandeling komt vanuit een complexe verwevenheid met diverse anderen (familie, vrienden, netwerk, ...) én terechtkomt in het complexe systeem van een behandelingssetting. Als je er goed over nadenkt, moet je beseffen dat dit alles bijzonder ingewikkeld is. Zo complex dat het bijna onmogelijk is om 'goed te doen'. Het gaat er echter niet om om hierbij, inzake betrokkenheid, een soort volmaaktheid na te streven. Het is immers onmogelijk om alle interacties (tegelijk) een plek te geven. Wat wel belangrijk is, is de alerte blik om te zien 'wat er beweegt' in dit complexe veld en om in te spelen op wat een opening geeft. Dit vertaalt zich in de bereidheid om het expliciet te maken met het oog op een veranderde zelfbeleving van de cliënt.

Wat de positie van de therapeut zelf betreft, is het van belang om permanent de tegenoverdracht vanuit beïnvloeding door eigen contexten uit te zuiveren. Dit begrip hoort thuis in het psychoanalytische model, maar het is eigenlijk in een bredere betekenis gemeengoed.⁸ Het betreft de onbewuste overdracht door de therapeut op de cliënt van eigen gevoelens, ervaringen en percepties. Als zodanig is het de tegenhanger van de overdracht van eigen invullingen door de cliënt op de persoon van de therapeut.⁹ Toegepast op het systemisch model, kunnen we spreken over 'de tegenoverdracht vanuit eigen beïnvloedingen en gezichtspunten' bij de therapeut. In die zin is het van belang om voortdurend alert te zijn rond die punten in de therapeutische relatie waar beïnvloedingen vanuit eigen contexten vermengd geraken met die van de cliënt en waar het eigen gezichtspunt en de eigen reactiewijze van de therapeut interfereren met deze van de cliënt. Wanneer dit gebeurt, wordt het verhaal van de cliënt nodeloos complex en wordt een heldere kijk bemoeilijkt. Wanneer er echter wel voldoende alertheid is, kan de tegenoverdracht zelfs een constructieve functie krijgen, ook in samenhang met de overdracht van de cliënt. Het oogpunt daarbij is een meer open zelfbeleving van de cliënt. Verheldering van wederzijdse beïnvloeding in het hier-en-nu van de therapeutische relatie kan in die zin bouwstenen en toetsen leveren voor het verhelderen van interactiewijzen in 'het elders en ginder' van het bredere context van de cliënt.

Met *een ethiek van het zoeken naar verschil* wil ik aandacht vragen voor een thema dat op een interessante wijze vanuit het systemisch denken belicht kan worden. Op het eerste gezicht gaat het om een thema dat eerder in een psychoanalytisch kader of ook in het cliëntgerichte gedachtegoed thuishoort: het zoeken naar het unieke van de cliënt, het eigen verhaal ... Bij nader toezien is het echter ook eigen aan de systeemtherapie. Een belangrijk element hierbij is het zoeken naar verschil en naar het specifiek-unieke¹⁰ als weg naar meer verbondenheid. Verschil impliceert immers nieuwe informatie en genereert nieuwe betekenissen.¹¹ Wanneer het als zodanig erkend wordt door anderen (bijvoorbeeld de therapeut, de medegroepsleden), creëert het nieuwe mogelijkheden in de verbondenheid. Er ontstaat immers een open ruimte waarin het specifieke van ieders verhaal de samenhang rijker en breder maakt. Hierin ligt een ethische opdracht vervat. Het gaat om het engagement voor de cliënt een ruimte te creëren waarin hij of zij meer zichzelf kan worden, de eigen plek en positie kan vinden, en wel binnen de bredere relationele samenhang met anderen. Dit zichzelf worden leidt niet tot een statisch ik, maar telkens opnieuw tot een dynamische zelfbepaling in de interactie met anderen.¹² Het is een bewegelijk samenspel van bewustwording van zichzelf en erkenning door anderen.

Met *de kritische functie* wil ik tenslotte de implicaties van de thematiek voor de organisatie van het psychiatrisch ziekenhuis op de voorgrond brengen. Wat is de prikkelende kracht die uitgaat van 'systemen in beweging'?

'Systemen in beweging' herinnert het management voortdurend aan de noodzaak om met een open kritische blik te kijken naar 'het systeem' van het psychiatrisch ziekenhuis en naar de ontwikkelde beheersingssystemen. Een systeemgerichte patiëntenzorg inspireert namelijk permanent tot openheid voor veranderingsprocessen. Uiteraard heeft het systeem van het psychiatrisch ziekenhuis nood aan voldoende stabiliteit en structuur, zodanig dat wat op vernieuwende wijze geïntroduceerd wordt, geborgd kan worden en een vaste bedding vindt. Maar, dit mag niet leiden tot geslotenheid of zelfgenoegzaamheid. De systeemgerichte blikrichting van het klinisch-therapeutisch werk appelleert namelijk permanent tot openheid voor dynamische processen. Concreet betekent dit dat alle beheersingssystemen regelmatig geëvalueerd worden vanuit de vraag "*zijn we goed bezig in relatie tot de patiënt?*".

paradoxaal aandoende verband te benadrukken tussen enerzijds structuur en orde en anderzijds dissipatie en verspilling" (159). Dissipatie is als het ware inherent aan de dynamiek van de structuur: "Het systeem is op een of andere manier samenhangend, we kunnen opperen dat er een mechanisme is waarmee de moleculen 'communiceren'. Alleen, dit soort communicatie gebeurt uitsluitend als het systeem ver uit evenwicht is. Het is interessant dat dergelijke communicatie in de biologische wereld de regel lijkt te zijn. Je zou het zelfs kunnen gebruiken als basis voor een definitie van een biologisch systeem." (42) "... het lijkt zeker dat deze ver-uit-evenwichtsverschijnselen een essentiële en onverwachte eigenschap van de materie illustreren: voortaan kunnen we in de natuurkunde rustig praten over structuren die aan hun omstandigheden zijn aangepast ... Om het ietwat antropomorfisch uit te drukken: bij evenwicht is de materie 'blind', maar onder ver-uit-evenwichtsomstandigheden begint de materie gevoelig te worden voor, en 'rekening te houden' met veranderingen in de buitenwereld ..." (42)

⁸ Zie o.a. het themanummer 'Overdracht en tegenoverdracht' van het *Systeemtheoretisch Bulletin* (7 [1988-1989/4]), dat vanuit het oogpunt van de systeemtheoretische psychotherapie op openende wijze onderzoekt welke eigen accenten deze begrippen kunnen krijgen.

⁹ Voor een beknopte omschrijving in het licht van de psychoanalytische traditie verwijs ik naar H. Stroeken, *Nieuw psychoanalytisch woordenboek*, 198.

¹⁰ Boeckhorst merkt op dat een mogelijke beperking van de systemische optiek het negeren van het eenmalig-unieke en het toevallige van gebeurtenissen betreft en ook het negeren van de individualiteit van een gedrag van een persoon (*De systemische optiek in psychotherapie*, 5.2).

Ook impliceert dit dat het management ervoor zorgt dat de multidisciplinaire teams van de leefeenheden voldoende ruimte krijgen om vanuit wederzijdse feedback kennis en competenties te verbreden. Van belang hierbij is dat de betreffende teams voldoende duidelijk ingebed zijn in de organisatiestructuur en een welomschreven visie hebben. Daarnaast moeten ze voldoende speelruimte krijgen om in intervisie en overleg verder te werken aan de behandelvisie, die in wezen een open dynamisch systeem is.

Tot slot

Net zoals de therapeutische relatie inspireert 'systemen in beweging' ons tot engagement en tot een dynamische grondattitude, die vanuit de klinische praktijk groei en ontwikkeling op het oog heeft. Er ligt een uitdaging in op alle niveaus: voor het ziekenhuis als geheel, voor elk team, voor iedere clinicus. Daarbij is het van belang om te beseffen dat systemen maar echt 'in beweging' komen, wanneer ze als 'open' beschouwd worden en niet als gesloten stelsels.¹³ Gesloten systemen zijn louter gericht op behoud van de aanwezige structuur. Open systemen geven ruimte aan de inherente dynamiek tot verbreding en vernieuwing in dialoog met anderen. Als clinici hebben we hier een belangrijke ethische verantwoordelijkheid. Ook vanuit de professionaliteit van ieders discipline is deze openende blik van cruciaal belang.

Literatuur

Baert, D., *Identiteit en identiteitsontwikkeling: Een poging tot systeemtheoretische benadering. II: De ontwikkeling van identiteit*, in *Systeemtheoretisch Bulletin*, 11 (1992-1993/4) 277-300.

Bateson, G., *Het verbindend patroon*, Amsterdam: Bakker, 1984.

Boeckhorst, F., *De systemische optiek in psychotherapie*, in *Handboek integratieve psychotherapie*, Utrecht: De Tijdstroom, 2003vv, II 5.1-5.32.

De Wilde, Ph., *Het wezenlijke van de psychotherapie*, in *Systeemtheoretisch Bulletin*, 21 (2003/4), 397-407.

Mattheeuws, A., *Verschil en Batesoniaans verschil*, in *Systeemtheoretisch Bulletin*, 11 (1992-1993/4), 263-275.

Milders, C.F.A. en Tilburg, van, W. (red.), *Systeemdenken en psychiatrie: Een kritische oriëntatie*, Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1988.

Overdracht en tegenoverdracht, themanummer, *Systeemtheoretisch Bulletin*, 7 (1988-1989/4).

Prigogine, I. en Stengers, I., *Orde uit chaos: De nieuwe dialoog tussen de mens en de natuur*, Amsterdam: Bert Bakker, 1990.

Reijmers, E., *Wanneer de aanwezigen afwezig zijn: Over individuele systeemtheoretische psychotherapie*, in *Systeemtheoretisch Bulletin*, 21 (2003/3), 261-274.

Stroeken, H., *Nieuw psychoanalytisch woordenboek*, Amsterdam: Boom, 2000.

Van Dale, Groot woordenboek der Nederlandse taal, Utrecht/Antwerpen: Van Dale Lexicografie, 1984, 11^{de} ed.; 1999, 13^{de} ed.; 2005, 14^{de} ed.

Vanhournout, B., *Ik word gesproken*, in *Systeemtheoretisch Bulletin*, 21 (2003/1), 19-36.

Watzlawick, P., Beavin, H.J. en Jackson, D.D., *De pragmatische aspecten van menselijke communicatie*, Deventer: Bohn Stafleu van Loghum, (1970) 1999.

¹¹ Vanhournout, B., *Ik word gesproken*, 19-20: "Mattheeuws (A. Mattheeuws, *Verschil en Batesoniaans verschil*) heeft hierover een belangwekkend artikel geschreven. In dat artikel onderzoekt ze het woord 'verschil'. Mattheeuws zegt dat Bateson 'verschil' opvatte als verbinding. Het verschil, opgevat als nieuwe informatie, brengt nieuwe betekenissen voort en laat ruimte voor een andere samenhang. 'Verschil' heeft niet de genoemde betekenis van 'het andere' of 'het verschillende', maar 'verschil' is datgene wat verbondenheid uitdrukt, wat verbindt. Van verschil gaat een werkzaamheid uit. Verschil creëert iets, beter, verschil laat een nieuwe samenhang toe op betekenisniveau."

¹² Zie D. Baert, *Identiteit en identiteitsontwikkeling: Een poging tot systeemtheoretische benadering. II: De ontwikkeling van identiteit*. In dit artikel wordt beklemtoond dat het zelf noodzakelijk meervoudig is. Dit betekent o.a. dat verschillende persoonsaspecten in diverse contexten op de voorgrond treden.

¹³ Deze gedachte heb ik ontleend aan een gesprek over de thematiek met Anne-Mie Jonckheere.

De rol van verpleegkundigen in de context van een leefeenheid: systeemgerichte reflecties

Mieke Mondelaers, verpleegkundig directeur OPZ Geel,
licentiate medisch-sociale wetenschappen



Wat is de betekenis van het systeemgericht werken voor psychiatrisch verpleegkundigen?

Hierin zijn verschillende facetten belangrijk:

- 1) Ten eerste, en als belangrijkste, het aanwenden van de therapeutische relatie om verandering of behoud van gedrag en/of vaardigheden te beogen bij een individuele patiënt (eventueel familie) of groep van patiënten.
- 2) Het mee nadenken binnen het multidisciplinair team over een therapeutisch leefklimaat, dat te omschrijven is als een geschikte omgeving waarin begeleiding, behandeling mogelijk is.
- 3) Dit leefklimaat vanuit een professionele deskundigheid handhaven en indien nodig aanpassen, bijvoorbeeld bij nieuwe wetenschappelijke inzichten.
- 4) Een belangrijk aandachtspunt in het voorgaande is dat de verpleegkundige zich steeds bewust moet zijn van de invloed van gedrag op de individuele patiënt, een groep van patiënten en het leefklimaat en omgekeerd. Kees Schouten heeft het in dit kader over een circulaire manier van denken en kijken en interveniëren naar een individu, een team, een gezin ... Dit betekent het gedrag van zowel de cliënt als de hulpverlener bekijken in zijn actuele context.¹

Verpleegkundige theorieën

Verpleegkundige theorieën spelen een rol in de professionalisering van de verpleegkunde, leveren een duidelijke focus voor verpleegkundige zorg en dragen op die manier bij tot het ontwikkelen van een visie op de functie van verpleegkunde.²

In de literatuur zijn er verschillende theorieën die zich direct of indirect richten op het begrip 'systeem'. Ik interpreteer het begrip systeem daarbij in ruime zin, met de focus op context en interacties. Theorieën die hierin gekaderd kunnen worden, zijn het Neuman Systems Model, het General Systems Model vertaald door Shirley Smoyak en het verpleegmodel van Travelbee.

Het Neuman Systems Model

Betty Neuman ontwikkelde in 1970 het Neuman Systems Model, waarbij de cliënt of het cliëntsysteem wordt gezien als geheel binnen een complexe werkelijkheid. Het 'cliëntsysteem' kan geïdentificeerd worden als een individu, een gezin, een familie, een gemeenschap of een sociale groep. Neuman gaat uit van open systemen, waarmee ze bedoelt dat er voortdurend interactie is met de omgeving. De relatie tussen het cliëntsysteem en de omgeving wordt gezien als wederkerig, ze kunnen mekaar beïnvloeden. Neuman stelt 'gezondheid' gelijk aan welbevinden en definieert dit als 'de toestand of graad van systeemstabiliteit'. Het doel van verplegen is dan het ondersteunen van het systeem ten behoeve van een optimaal welzijn.

Uit het Neuman Systems Model onthouden we de focus op het systeemperspectief, waarbij ervan wordt uitgegaan dat de mens niet op zichzelf bestaat, maar in voortdurende interactie is met zijn omgeving.³

Het General Systems Model vertaald door Shirley Smoyak

Smoyak hanteert het General Systems Model als een denkkader om de psychiatrische verpleegkunde te operationaliseren, waarbij ze verpleegkundigen ziet als gezinstherapeuten. Centraal in het General Systems Model is het begrip 'systeem', hetgeen staat voor een aantal elementen waartussen er interactie bestaat.

Van deze theorie onthouden we de gerichtheid op de gezinnen als geheel, waar een patiënt deel van uitmaakt. Daarnaast onthouden we tevens de specifieke techniek van het genogram om via een schematische voorstelling van de gezinsstructuur een inzicht te krijgen in de onderlinge samenhang en de dominante interactiepatronen.⁴

Het verpleegmodel van Travelbee

Verpleegkunde wordt door Travelbee geconcipieerd als een interpersoonlijk proces met een interpersoonlijke dynamiek, waarbij de beleving van patiënten een uitgangspunt is. Centraal staat de verpleegkundige-patiëntrelatie. Het voornaamste kenmerk van deze relatie is dat de behoeften van de patiënt en/of zijn familie door de verpleegkundige werkelijk worden erkend en benaderd. Deze behoeften kunnen enkel door professioneel opgeleide verpleegkundigen worden ingevuld. Kennis dient te worden gecombineerd met het therapeutisch gebruiken van de hulpverleningsrelatie. Hiermee wordt bedoeld dat verpleegkundigen zichzelf bewust en strategisch hanteren om een relatie met de patiënt te vestigen en om binnen deze relatie verpleegkundige interventies uit te voeren. Het samenwerken van 'hoofd' en 'hart' is een *conditio sine qua non* voor de professionele verpleegkundige.⁵

Van deze theorie onthouden we de focus op de therapeutische relatie tussen patiënt en verpleegkundige. Dit is trouwens het essentiële element van de psychiatisch verpleegkundige.⁶

Zoals reeds gesteld, is de focus op het contextuele en de interacties in de verschillende theorieën van belang om het beroep van psychiatisch verpleegkundigen vorm te geven. De concrete toepasbaarheid wordt hierna besproken. Verschillende begrippen krijgen hierbij nadere toelichting, zoals met name de therapeutische relatie en het therapeutisch milieu.

De therapeutische relatie

Een verpleegkundige maakt de patiënt mee in verscheidene situaties. De relatie ontplooit zich vanuit situaties van het dagelijkse leven. De reële hier-en-nu situatie deskundig hanteren, vormt een uitdaging voor verpleegkundigen. Het opbouwen van een therapeutische relatie, waarvan vertrouwen een essentieel element is, is hierbij voorwaardenscheppend. De wegen naar een psychiatische pathologie verlopen dikwijls via faalervaringen, aantasting van het zelfbeeld en het zich gekwetst voelen. Deze vaak jarenlange ervaringen hebben het vertrouwen van de patiënt in zijn omgeving geschaad. Het herstellen van dit vertrouwen is een essentiële voorwaarde opdat de patiënt zich zou openstellen voor het behandelingsaanbod en er constructief aan meewerken. Over het algemeen ligt de nadruk hierbij op veelvuldige informele contacten en op een grote beschikbaarheid, die geleidelijk de drempel verlagen en de verpleegkundige-patiëntrelatie gestalte geven. Door die informele contacten geeft de verpleegkundige het signaal dat ze zich bewust en uitgesproken voor de patiënt wil engageren, dat ze hem aanvaardt, ook met zijn beperkingen en dat ze de negatieve gevoelens die hem overspoelen toelaat en kan (mee)dragen. Daarnaast zijn regelmatige formele contacten in functie van een voorafgestelde doelstelling en volgens een vooraf omschreven methodiek en strategie belangrijk om te komen tot verandering of behoud van gedrag en/of vaardigheden.⁷

Het therapeutisch milieu

Met betrekking tot het therapeutisch milieu kan gesteld worden dat mensen het best herstellen van hun psychiatische problemen wanneer alle aspecten van de omgeving zich ook focussen naar herstel.⁸ In de literatuur vinden we hierover de term 'milieu management', wat de nood impliceert inzake doelgerichte activiteit van verpleegkundigen, passend in een algemene visie, met als doel het ontwikkelen van een therapeutische omgeving.⁹ Het belangrijkste doel van het creëren van dergelijke omgeving is patiënten inzicht te geven in hun psychiatische problematiek en hen door het aanleren van probleemoplossende vaardigheden en copingmechanismen te leren omgaan met deze problemen.¹⁰ Ervaringen en attitudes die worden opgedaan in diverse therapeutische activiteiten kunnen verder geïntegreerd worden in de persoonlijke attitudes en leefstijl.¹¹

Om van een effectief milieu te spreken, is de aanwezigheid van een aantal elementen, in meer of mindere mate, belangrijk. Gunderson heeft het in dit verband over een 'holding environment'. Dat is een omgeving die helpt dragen en waar iemand veiligheid, steun, structuur, betrokkenheid en erkenning mag ervaren.¹²

'**Veiligheid**' is een aandachtspunt binnen een therapeutisch milieu en betekent het vrijwaren van gevaar, zelfdestructief gedrag en lichamelijke of psychologische schade. Een gevoel van veiligheid kan gecreëerd worden door bijvoorbeeld een angstige patiënt te verzekeren dat de verpleegkundige in de buurt zal blijven, bezoek te beperken als de patiënt hierdoor overstuur raakt of hem een prikkelarme omgeving aan te bieden. Veiligheid betekent ook duidelijke normen stellen: bijvoorbeeld agressie wordt niet getolereerd. Daarnaast moeten er beleidsregels zijn die voorschrijven hoe er met agressie omgegaan moet worden. De uitdaging voor verpleegkundigen ligt in het behoud van veiligheid in een zo minimaal mogelijke restrictieve omgeving.¹³

'**Structuur**' wordt omschreven als de voorspelbare organisatie van personen, tijd en plaats. Structuur omvat bijvoorbeeld de dagindeling en het programma van therapieën en activiteiten. De architectuur en het ontwerp van de afdeling zijn ook belangrijke structurelementen: bezoekeruimtes, ruimtes om samen te komen, ruimtes om tot rust te komen, ... moeten aanwezig zijn.¹⁴

'**Ondersteuning**': Gunderson definieert ondersteuning als het bewust ondernemen van pogingen naar patiënten toe om zich beter te voelen, en om hun zelfwaardergevoel te verhogen. Het is belangrijk dat de verpleegkundige een relatie met de patiënt aangaat waarin deze zich ondersteund voelt en begrepen. Dit kan onder meer door het aanbieden van keuzemogelijkheden aan patiënten en het toepassen van aangepaste communicatievaardigheden.¹⁵

'**Betrokkenheid**': Gunderson definieert dit als processen die tot gevolg hebben dat patiënten actief (of actiever) interacteren met hun omgeving.¹⁶

'**Erkenning**' gaat over het erkennen van het unieke van elke persoon, resulterend in zorg op maat, waarbij doelstellingen en interventies afgestemd zijn op de mogelijkheden en noden van patiënten.¹⁷

Besluit

De verpleegkundige theorieën bieden ons een kader om te focussen op drie elementen: het systeem perspectief, de patiënt die deel uitmaakt van een gezin en de therapeutische relatie als kern van de psychiatrische verpleegkunde. Deze elementen kunnen gebruikt worden in de uitbouw van een systeemgerichte aanpak van de zorg in het ziekenhuis. Verpleegkundigen moeten vaardig zijn in het beheersen van technieken om de therapeutische relatie met hun patiënten maximaal te sturen in functie van hun doelstellingen. Daarnaast mogen zij de patiënt niet als afzonderlijk geheel zien, maar als lid van een groter systeem. De patiënt zal de voorkeursinteractiepatronen van zijn systeem herhalen op de afdeling. Een goed inzicht in die patronen geeft de verpleegkundige via de therapeutische relatie tal van mogelijkheden om de patiënt handvatten aan te reiken om met die patronen daadwerkelijk iets te doen. Het therapeutisch milieu dat men op de afdeling probeert op te bouwen voor elke patiënt, is ook een systeem op zich waarbinnen zich tal van interacties voordoen. De verpleegkundige dient dus ook vaardig te zijn in het managen van deze interacties zodat ze voor alle patiënten zo optimaal mogelijk kunnen benut worden. Daartoe zijn reflectie en intervisie onder de verpleegkundigen noodzakelijk. Enkel op die manier kan continu gewerkt worden aan de optimalisering van het therapeutisch klimaat.

De professionaliteit krijgt dus vorm: competent-zijn in het aansturen van de therapeutische relatie, met een duidelijk inzicht in de voorkeursinteractiepatronen van de patiënt en in de therapeutische omgeving van de afdeling en deze maximaal benutten in functie van doelstellingen van de patiënt.

¹ Schouten, K., *Systeemgericht werken op de psychiatrische afdeling*, Leuven/Amersfoort: Acco, 1998, 10.

² Grypdonck M., *Het gebruik van theorieën en modellen in de psychiatrische praktijk*, in *Psychiatrie en verpleging*, 1997, 88-101 (specifiek: 89.95.97).

³ Van Damme, C., *Het Neuman Systems Model*, in *Psychiatrie en verpleging*, 1997, 352-365 (specifiek: 353-355.357-358.362).

⁴ Van Sieleghem, C., *De psychiatrisch verpleegkundige als een familietherapeut*, in *Psychiatrie en verpleging*, 1998, 76-90 (specifiek: 76-77.88).

⁵ Impens, E., *Het verpleegmodel van Travelbee*, in *Psychiatrie en verpleging*, 1998, 240-253 (specifiek: 240.242.249).

⁶ Forchuk, C., *Workload measurement and psychiatric mental health nursing: Mathematical and philosophical difficulties*, in *CJONA*, 1996, 67-81 (specifiek: 67).

⁷ Abrahams, F. en van Ertvelde, J., *Patiëntentoewijzing in de psychiatrische verpleegkunde*, Elsevier gezondheidszorg, 2004, 27-29.

⁸ Mericle, B.P., *Introduction to milieu management*, in Keltner, N.L., Schwecke, L.H. en Bostrom, C.E., *Psychiatric Nursing*, derde editie, Mosby, 1999, 310.

⁹ Idem, 314.

¹⁰ Hogan, B.K. en Shattell, M.M., *Introduction to milieu management*, in Keltner, N.L., Schwecke, L.H. en Bostrom, C.E., *Psychiatric Nursing*, Mosby, Elsevier, 2007, 285.

¹¹ Deproost, E., *Over de gemeenschappelijke basis van de psychiatrische en somatische verpleegkunde*, 1998, in Abraham, I. en Peuskens J., *Patiëntentoewijzing in de psychiatrische verpleegkunde: Concept en methodiek*, Leuven/Apeldoorn: Garant, 1998, 19.

¹² Lois, B.T., Delaney, K., Seman D. en Stansell, J., *Dementia care: Creating a therapeutic milieu*, in *Journal of gerontological nursing*, 1993, 31; en Abrahams, F. en van Ertvelde, J., o.c., 2004, 30.

¹³ Mericle, o.c., 1999, 315; Lois, o.c., 1993, 31-32; Hogan en Shattell, o.c., 2007, 290.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Lois, o.c., 1993, 34.

¹⁶ Idem, 36.

¹⁷ Idem, 37.

Stysteemgericht werken met ouders op een kinderpsychiatrische afdeling

Els Keuleers, kinder- en jeugdpsychologe-systeemtherapeute, K-dienst divisie Jongeren OPZ Geel



De term systeem roept onmiddellijk allerlei associaties op. Hij verwijst naar de systeemtherapie. De term verwijst ook naar een groep van mensen die een bijzondere betekenis vormen vanuit het standpunt van één persoon. Voor een kind is het belangrijkste systeem doorgaans het gezin. In deze bijdrage sta ik stil bij de ontmoeting met het gezin binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Wanneer ouders hun kind op de afdeling kinderpsychiatrie aanmelden, is het vertrekpunt vaak "mijn kind heeft een probleem". De boodschap die gegeven wordt: "los het maar op". Slechts weinig kinder- en jeugdpsychiatrische problemen zullen echter zo opgelost kunnen worden.

Er wordt op de K-dienst binnen het OPZ Geel, systemisch gewerkt. Dit wil zeggen dat de ouders en andere belangrijke familieleden bij de opname worden betrokken. We vragen ouders om wekelijks op gesprek te komen. In de eerste oudergesprekken komt de ontwikkelingsanamnese aan bod. Later worden dit gezinsgesprekken en uiteindelijk evolueren ze naar een echte gezinstherapie.

Theoretische situering

Eigenlijk is er niet zoiets als de systeemtherapie. Het is meer een verzamelnaam voor verschillende stromingen. Zo is er de narratieve systeemtherapie, de oplossingsgerichte systeemtherapie en de structurele systeemtherapie.

Eén van de stromingen die een belangrijke basis vormen in de werking van de K-dienst is de structurele gezinstherapie van Minuchin.¹⁸

De structurele visie benadrukt de organisatie en structuur van de communicatie tussen de gezinsleden. Zowel de gezinsinteractiepatronen als de verschillende bestaande subsystemen maken de gezinsstructuur zichtbaar. Om dit wat makkelijker te begrijpen, worden enkele belangrijke begrippen verder uitgelegd.

Proces

Binnen de structurele gezinstherapie is het proces van de therapie een belangrijk gegeven. Er wordt meer de nadruk gelegd op hoe de therapie verloopt en minder op wát er gezegd wordt. De therapeut dient tijdens een sessie alert te zijn voor de gedragingen van de gezinsleden. Hoe de één non-verbaal reageert op de ander als deze iets vertelt, is een voorbeeld hiervan. Of hoe een kind reageert als mama begint te huilen, is een ander voorbeeld.

De dingen die spontaan gebeuren in de therapie zijn belangrijk. Zulke gebeurtenissen zeggen vaak meer dan wanneer het gezin gevraagd wordt het gezinsfunctioneren te beschrijven. Vaak geeft dit ook een juister en duidelijker beeld. Het proces kan beschouwd worden als analoge communicatie. Het is moeilijk te vatten in woorden.

Binnen de structurele gezinstherapie werkt men dan ook vaak met opdrachten om de gezinsinteracties te taxeren. Men spreekt in dit verband ook over 'enactment'. Dit is het ensceneren van het probleem in de therapeutische setting. Zo krijgt de therapeut via opdrachten een kijk op de verhoudingen tussen de gezinsleden. Tegelijkertijd bieden ze ook een spiegel voor de gezinsleden zelf. Mensen zijn zich immers wel bewust van wat ze vertellen in een therapie, maar zelden van wat ze doen. Via opdrachten, al dan niet vastgelegd in een video-opname, verwerven ze zelf inzicht in hun gedrag. Vaak is dit zeer confronterend.

Transactiepatronen

Het gezin is een systeem dat werkt via transacties. Herhaalde transacties vormen de krijtlijnen rond hoe, wanneer en met wie er een relatie is. Bijvoorbeeld, als een moeder aan haar dochter vraagt haar kamer op te ruimen en deze doet dat niet, bepaalt deze interactie wie de moeder is in relatie tot haar dochter en wie deze dochter is in relatie tot haar moeder in deze situatie en op dit moment. Herhalingen van dit soort situaties worden transactiepatronen genoemd.

Transactiepatronen die doorheen de jaren ontstaan, reguleren het gedrag van de gezinsleden. Ze geven

ook een eigen identiteit aan het gezin. Enerzijds zijn er algemeen geldende regels, zoals het verschillend niveau in gezag van ouders tegenover hun kinderen. Anderzijds geeft elk gezin ook een eigen invulling, een eigen kleur aan de transacties en heeft het eigen transactiepatronen.

De gezinsleden moeten in staat zijn om hun transactiepatronen aan te passen aan de veranderingen binnen het gezin maar ook aan de veranderingen die zich van buitenaf aandienen. Veranderingen binnen het gezin zijn er bijvoorbeeld wanneer één van de leden naar een nieuwe ontwikkelingsfase overgaat. Een kind wordt puber, een puber jongvolwassen. Zo'n veranderingsproces vraagt flexibiliteit en continuïteit van het gezin. Flexibiliteit is nodig om de veranderingen vlot te doorstaan. Als de gezinsleden elkaar steunen in deze veranderingsprocessen, spreken we van positieve feedback. Continuïteit is dan weer nodig om het aangepaste transactiepatroon te handhaven. Elk gezin bouwt een identiteit op en creëert voor zichzelf de nodige veiligheid en zelfhandhaving. Als één of meerdere gezinsleden van het vertrouwde patroon afwijken en afgesproken grenzen overschrijden, dan kan het gezin met negatieve feedback of weerstand reageren.¹⁹

Structuur

'Structuur' verwijst naar de basisregels die tot uiting komen in de transactiepatronen van de gezinsleden. Deze zijn verbonden met gezinsfuncties, zoals de opvoeding van de kinderen, de zorg voor een inkomen en het bieden van bescherming. Om een functie uit te voeren, moeten de gezinsleden hun relaties afstemmen op de vereisten van de functie. Elk gezin heeft eigen basisregels en hanteert deze afhankelijk van welke gezinsfunctie uitgevoerd wordt.

Binnen de therapeutische setting probeert de therapeut via een opdracht een bepaalde gezinsfunctie tot uiting te brengen, zodat hij de interacties rechtstreeks kan observeren.

Een gezin heeft voor een functie doorgaans meerdere structuren. Vaak echter bestaat er een voorkeur voor een bepaald interactiepatroon. Dit creëert voorspelbaarheid. Problemen kunnen ontstaan als op een rigide manier wordt vastgehouden aan een voorkeurspatroon. Even goed kunnen problemen ontstaan wanneer er een gebrek is aan structuur of wanneer een structuur niet aangepast is aan de gezinsfunctie of aan de ontwikkeling van de gezinsleden. In de therapeutische setting wordt dan gewerkt aan het installeren van een nieuwe structuur of aan het aanpassen van een structuur.

Gezinsvisie

Een gezin heeft een eigen visie op het functioneren als gezin. Deze visie ordent de cognities van de gezinsleden, stemt hun ideeën op elkaar af en geeft zin aan de gebeurtenissen en de interacties in en buiten het gezin. De gezinsvisie ontstaat niet zo maar, maar heeft een eigen geschiedenis. Deze wordt onder meer bepaald door de gezinsvisie waarmee de ouders opgroeiden, door het vroegere en huidige functioneren van het gezin en door de cultuur.

De gezinsvisie is sterk verweven met de structuur en het proces. De interactiepatronen beïnvloeden de visie van het gezin. Andersom beïnvloedt de gezinsvisie de interactiepatronen.

Het is belangrijk dat de therapeut de gezinsvisie leert kennen. Dit is een voorwaarde om met het gezin te kunnen 'joinen' en een goed inzicht te verwerven in oorzaak en voortbestaan van het probleem waarvoor het gezin in therapie komt. Op die basis werkt de therapeut met het gezin aan een andere visie.

Subsystemen

Om zijn functies te kunnen uitoefenen, differentieert een gezin zich in subsystemen. Deze subsystemen worden gevormd op basis van kenmerken als de generatie waartoe men behoort, het geslacht, interesses ... In de verschillende soorten subsystemen worden er verschillende soorten van relaties aangegaan. Ik bespreek hier drie subsystemen: het partnersubstelsysteem, het ouderlijk substelsysteem, het kindersubstelsysteem.

Het partnersubstelsysteem

Het partnersubstelsysteem ontstaat als twee volwassenen van verschillend geslacht zich bij elkaar voegen met de bedoeling om een gezin te stichten. Elke partner heeft een gezin van herkomst waar men in een relationeel netwerk heeft geleefd. Het koppel heeft als taak onder meer om deze eigen relatiepatronen op elkaar af te stemmen. Men geeft een deel van de eigen zelfstandigheid om te winnen aan samenhang.

Het partnersubstelsysteem heeft een grens. Deze biedt bescherming tegen inmenging en eisen vanuit andere subsystemen. Het partnersubstelsysteem heeft in die zin een eigen psychosociaal territorium nodig waarin beide partners elkaar kunnen ondersteunen. Als therapeut heb je de taak om de grenzen van dit territorium te beschermen.

Het ouderlijk substelsysteem

Als een koppel een kind krijgt, ontwikkelt zich een ouderlijk substelsysteem. Belangrijk is dat er een zeker evenwicht bestaat tussen dit substelsysteem en het voorgaande. Ouders hebben de taak om hun kind op

te voeden en te socialiseren. Opvoeden vraagt van de ouders vaardigheden als verzorgen, leiding geven en controleren. De mate dat deze drie vaardigheden aangesproken worden, verschilt naargelang de ontwikkelingsfase van het kind. Om de opvoedingsfuncties uit te kunnen oefenen, ontwikkelen ouders en kinderen patronen.

In een gezond patroon geven ouders leiding aan hun jonge kinderen. De kinderen accepteren deze leiding. Naarmate de kinderen ouder worden zullen de ouders hun controlesysteem geleidelijk vervangen en hun kinderen meer autonomie verlenen.

Het kindsysteem

In dit systeem gaan kinderen relaties aan met andere kinderen. Broertjes en zusjes leren onderhandelen, samenwerken en wedijveren met elkaar. Ze zoeken ook steun bij elkaar. Oudste kinderen moeten leren accepteren dat er een broertje of zusje bijkomt. Het jongste kind dient zich in te werken in de reeds bestaande situatie. Het is een leerproces dat zich voltrekt met vallen en opstaan, waarbij ook de ouders betrokken zijn. Zij bepalen immers de huisregels over de manier waarop met elkaar omgegaan wordt. Dit creëert een veilige context waarbinnen de kinderen kunnen experimenteren. Problemen kunnen echter ontstaan als ouders zich te veel inmengen in het kindsysteem. Dan bestaat het risico dat kinderen hun privacy verliezen en dat ze geen eigen interesses kunnen hebben en ook onvoldoende ruimte tot experimenteren.

Kinderen die contacten leggen met leeftijdsgenootjes buiten het gezin, zullen dit eerst doen zoals ze dat geleerd hebben in het eigen gezin. Ze pikken echter ook nieuwe ideeën en manieren op die zij dan weer introduceren in het gezinssysteem. Het kan verwarrend zijn wanneer het verschil in stijl tussen het gezin en de buitenwereld te groot is.

De therapeut heeft hier een dubbele taak. Hij beschermt de grenzen van het kindsysteem tegen een te sterke inmenging van het oudersysteem en neemt de rol van tolk op zich tussen de verschillende systemen.

Grenzen

Het is belangrijk dat er tussen de verschillende systemen duidelijke grenzen worden gesteld. Deze grenzen worden gevormd door regels die bepalen wie, wanneer en op welke manier er wordt deelgenomen aan een systeem. De grenzen zorgen voor bescherming van het gezinssysteem.

Een voorbeeld:

Een papa zegt tegen zijn zoon dat hij zijn zusje niet moet commanderen om stil te zijn, want dat hij de papa is en hij dit wel zal doen.

Duidelijkheid van de grenzen is een parameter om het gezinsfunctioneren te beoordelen. Om de functies van een systeem goed uit te voeren, dient inmenging van de andere systemen beperkt te worden. Terzelfder tijd moet er toch contact met de leden van deze andere systemen en de buitenwereld mogelijk blijven.

Elk gezin kan op een continuüm geplaatst worden. Het ene uiteinde wordt gevormd door het 'los-zand-gezin'. Het heeft als kenmerken: te starre grenzen en een chaotische gezinsstructuur. Het andere uiteinde van het continuüm is het 'kluwengezin' dat gekenmerkt wordt door vage grenzen en een rigide gezinsstructuur.

Bij beide types gezinnen kan een geperverteerde driehoeksrelatie voorkomen.

Een geperverteerde triade is een pathologische vorm van grensoverschrijding in de interactie tussen drie gezinsleden. Concreet kan het bijvoorbeeld gaan om een situatie waarin de ouders hun kinderen een plaats geven binnen de onderlinge conflicten en waarbij kinderen inspelen op deze conflicten. De hiërarchische ordening binnen het gezin is hierbij onduidelijk of verward. Zo'n pathologische gezins-situatie heeft drie belangrijke kenmerken:

1. Van de drie gezinsleden behoren er twee tot dezelfde generatie; één behoort tot een lagere generatie.
2. Het lid van de ene generatie overschrijdt de grenzen door een coalitie aan te gaan met een gezinslid van de andere generatie.
3. De coalitie tussen de twee personen wordt ontkend. Ten minste, het gedrag dat duidt op een coalitie wordt niet als zodanig erkend. Zelfs niet als ze daar op gewezen worden.

Een voorbeeld:

Een moeder heeft een zeer intense maar ambivalente relatie met haar dochter. Ergernis en affectie wisselen elkaar af. De dochter reageert met symptomatisch gedrag op deze onvoorspelbare reacties van haar moeder. Verstrikt in het zoveelste conflict met haar dochter, roept de moeder er haar echtgenoot bij. Deze laatste treedt kordaat en hard op waarop de moeder in de verdediging gaat voor haar dochter. Moeder en dochter gaan terug een coalitie met elkaar aan ... tot het terug botst.

Het pathologische zit hem vooral in het repetitief karakter dat zo'n interactiepatroon vaak vertoont en waarbij de gezinsleden geen alternatief meer hebben .

Werken met gezinnen in de praktijk

De gezinsgesprekken die we voeren, richten zich in het algemeen op de verbetering van de communicatie binnen het gezin en het doorbreken van rigide interactiepatronen.

Bij dergelijke gesprekken speelt de 'meerzijdige partijdigheid' van de kant van de therapeut een belangrijke rol. De therapeut dient aanspreekbaar te zijn voor iedereen die zich aangesproken voelt door de therapeutische interventies. Hij moet proberen achtereenvolgens de kant te kiezen van ieder gezinslid afzonderlijk, met iedereen proberen mee te voelen en iedereen krediet te geven. De partijdigheid dient afgewogen te worden op grond van de omstandigheden tijdens het gesprek.

In een dergelijk gezinsgesprek zitten de verschillende actoren samen: het kind of de jongere, de ouders en de therapeut. Voor elk van deze actoren zijn er implicaties. In wat volgt, worden de implicaties voor het kind en voor de ouders uitgewerkt.

Impact bij het kind

Elk kind weet dat zijn ouders wekelijks op gesprek komen. Ze vinden het heel belangrijk om te weten wanneer ze komen. We merken dat kinderen dit vaak ervaren als 'het roddeluumtje'. De eerste opmerking die je dan ook vaak krijgt, als je de afdeling op komt is "*Wat hebben mijn ouders over mij verteld?*". Er wordt dan ook vaak vóór of na het oudergesprek met het kind opgenomen wat er besproken zal worden of wat er besproken is. Anderzijds vinden de kinderen het ook positief dat hun ouders op gesprek komen. Niet alleen zij moeten 'werken', maar ook hun ouders.

Belangrijk hierbij is dat we rekening houden met de leeftijd van het kind, met de ruimte waarin de gesprekken plaatsvinden en met de positie van de therapeut.

Bij een latente kind kiezen we er soms voor om de psycholoog van de individuele begeleiding bij de gezinsgesprekken te betrekken. Deze heeft dan een speciale co-therapeutenrol waarbij hij/zij het kind psychologisch ondersteunt. Vaak is deze therapeut de spreekbuis voor het kind of degene die nagaat of het kind alles begrijpt.

Bij adolescenten bestaat het gevaar dat ze de therapeut als derde ouder gaan zien. Het is dan ook belangrijk om te letten op de manier waarop dingen verwoord worden. Maar minstens even belangrijk zijn de non-verbale signalen, zoals kledij, de manier waarop je zit en kijkt ...

We geven de voorkeur om de individuele gesprekken en gezinsgesprekken niet in dezelfde ruimte te voeren. Vooral bij adolescenten is dit belangrijk. Zo kan het bijvoorbeeld voor een jongere moeilijk zijn om te spreken tegen zijn ouders in dezelfde ruimte waar hij de dag ervoor nog vertelde over zijn agressieve vader.

Waar we ook op letten, is hoe de stoelen staan. We laten de gezinsleden eerst hun plaats kiezen en observeren hoe dit gebeurt en wie naast wie gaat zitten.²⁰

De gezinstherapeut en de psycholoog van de individuele begeleiding zijn twee aparte personen. Dit blijkt vooral belangrijk bij adolescenten. Ze bouwen sneller een vertrouwensband met hun psycholoog op als die er exclusief voor hen is. Met de gezinstherapeut wordt er ook een band opgebouwd, maar deze is anders. Hier speelt immers mee wiens kant de therapeut kiest. Het is dan ook belangrijk dat de therapeut ervoor waakt om meervoudig partijdig te zijn en dit te blijven gedurende heel de therapie. De therapeut bevindt zich vaak in een wankel evenwicht. Als ouders vele voorbeelden geven van wat hun tiener allemaal uitsteekt, neig je soms te denken "*inderdaad, dit kan niet door de beugel*". De verleiding kan dan groot zijn om de jongere de les te lezen.

Impact bij de ouders

We starten hier vanuit een apart vertrekpunt. Ouders melden hun 'probleemkind' aan. Er is iets aan de hand met hun kind en ouders vragen om er naar te kijken. Dit probleem willen we echter bekijken in de ruimere context. We vragen ouders om wekelijks op gesprek te komen. Sommige ouders gaan onmiddellijk akkoord. Bij andere ouders is er zichtbare twijfel: "*Moeten we daar ook over onszelf vertellen? Het is toch ons kind dat een probleem heeft?*"

Bij sommige ouders verlopen de eerste gesprekken dan ook eerder moeizaam; het vertrouwen moet gewonnen worden. Vele ouders zijn bang als slechte ouders bestempeld te worden. Ze denken langer na vooraleer ze een vraag beantwoorden of vragen de therapeut wat deze van hen vindt.

Net zoals bij de jongere is het belangrijk dat de therapeut aandacht heeft voor taalgebruik, kledij en gedrag. Nu om tegemoet te komen aan de ouders. Het is dus voortdurend zoeken naar een voor alle partijen aanvaardbare 'situatie'.

Kinderpsychiatrische zorg in de thuissituatie

Paul De Win, coördinator-pedagoog-psychotherapeut
Loes Thierfeldt, begeleider-gegradueerd verpleegkundige
Lieve Van Olmen, begeleider-gegradueerd verpleegkundige
Mobiel team divisie Jongeren OPZ Geel



Een residentiële opname van een kind of jongere in een psychiatrische voorziening is een zeer ingrijpende gebeurtenis in het leven van de patiënt en diens gezin. Via het mobiel team, een pilootproject kinderpsychiatrische zorg in de thuissituatie, proberen we met een ambulante psychiatrische behandeling een dergelijke residentiële opname te vermijden. In deze bijdrage willen we een theoretische verankering van onze werking presenteren, een methodiek aanreiken rond hoe we met deze gezinnen veranderingsgericht werken en uiteindelijk deze methodiek ook toetsen aan ons theoretisch uitgangspunt.

Theoretische verankering

Gezinnen melden zich vaak aan in een toestand van onmacht, hulpeloosheid en uitzichtloosheid. Uitspraken als *"We zien het niet meer zitten, we zijn aan het einde van ons Latijn, ..."* zijn veelvuldig. Vanuit deze situatie wordt een kind/jongere vaak als probleemdruager naar voren geschoven en ontstaat de hoop/verwachting dat de (residentiële) hulpverlener het overneemt (en de jongere opneemt).

Casus Stefanie:

Ouders melden zich via de spoedafdeling van een AZ aan bij een psychiater van wacht van het OPZ. Hun dochter Stefanie van 14 jaar heeft een suicidepoging ondernomen. Ouders zijn murw geslagen. Ze hadden dit niet zien aankomen en zijn nu vooral zeer bang. Elke vanzelfsprekendheid in hun relatie met hun dochter is verdwenen. Uitgaande van de ervaren onmacht van het gezin lijkt een opname onvermijdelijk.

Vanuit het mobiel team proberen we psychiatrische behandeling voor een kind te bieden binnen een voor het kind vertrouwde omgeving. Dit doen we door expliciet in en met de context te gaan werken. Op die manier proberen we zowel kind als context sterker en krachtiger te maken. Op deze manier vermijden we een eventueel traumatiserend effect van een opname en maken we gezinnen sterker om toekomstige moeilijkheden het hoofd te bieden. Het realiseren van deze doelstelling zien we als meerwaarde van het mobiel team.

Casus Stefanie:

Met de begeleidingsmogelijkheden van het mobiel team in zijn achterhoofd kan de arts van wacht bij Stefanie en haar gezin peilen naar nog aanwezige mogelijkheden om psychiatrische begeleiding van Stefanie in haar vertrouwde omgeving te laten plaatsvinden, weliswaar met de garantie dat er snel een ambulante begeleiding vanuit het OPZ kan opgestart worden.

Omdat we de aanwezige krachten binnen het gezin willen versterken, vinden we aansluiting bij de empowermentgedachte. *"Empowerment is een leerproces ... van mensen dat tot doel heeft de zelfsturende vermogens van de mens te vergroten."*²¹ Deze omschrijving biedt ons concrete aanknopingspunten bij het werken in en met gezinnen.

Zelfsturende vermogens worden geconcretiseerd aan de hand van drie begrippen: 'control', 'critical awareness' en 'participation'.²²

Controle (control) verwijst naar het besef dat mensen hun leven kunnen aansturen, dat het hen allemaal niet enkel overkomt, maar dat zij zelf richtingen kunnen bepalen.

Casus Stefanie:

We kunnen Stefanie terug 'lezen'. We kunnen inschatten hoe ze zich voelt en op die manier anticiperen en reageren in functie van momenten dat het niet goed met haar gaat.

Genuanceerd inzicht (critical awareness) verwijst naar het inzicht in de processen die aan de grondslag van bepaalde gebeurtenissen of ervaringen liggen.

Casus Stefanie:

Hoe ziet de leefwereld van een puber er uit en hoe krijgt deze leefwereld vorm in de specifieke geval van Stefanie. Hoe hebben haar gevoelens van uitzichtloosheid kunnen leiden tot een effectieve suïcidepoging?

Doelgerichte actie (participation) betreft een gerichte actie bij het nastreven van een bepaald resultaat.

Casus Stefanie:

Wat kunnen wij als ouders zelf doen om de opvoeding en ondersteuning van Stefanie terug op spoor te zetten? Hoe kunnen wij onszelf als ouders en ons gezin hanteren om Stefanie zo veel mogelijk ontwikkelingskansen te bieden? Hoe kunnen we Stefanie opvangen wanneer het in de toekomst niet goed met haar gaat?

Om de ontwikkeling van zelfsturende vermogens zo goed mogelijk te laten verlopen, is het proces idealiter gebaseerd op persoonlijke ervaringen. Persoonlijke ervaringen leiden tot een verhoogd inzicht in de eigen mogelijkheden.²³ In toepassing op de begeleide gezinnen, gaat het erom hen bepaalde facetten van hun gezinsfunctioneren te laten ervaren en hen zo tot een verhoogd inzicht hieromtrent te laten komen. Hiervoor nodigen we het ganse gezin enkele keren in het OPZ uit. Voor hen organiseren we dan een aantal gerichte doe- en/of creatieve activiteiten.

Voorbeeld van een **doe-activiteit**:

Een gezin (2 ouders en 2 kinderen) wordt in twee kampen verdeeld. Beide krijgen een helft van een speelveld toegewezen met de opdracht met een bal de kegels van de tegenpartij omver te gooien. De partijen mogen niet op elkaars terreinhelft komen. De moeilijkheidsgraad wordt verhoogd door elk paar in een hoepel te laten plaats nemen. Mogelijk ervarings- en observatiemateriaal: Wie staat vooraan en achteraan in de hoepel? Wie neemt de leiding wat de richting betreft die wordt uitgegaan en de tactiek die wordt gevolgd? Hoe is de verhouding aanvallen-verdedigen? Wat gebeurt er wanneer de paren worden verwisseld en hoe wordt er met frustratie en beperkingen omgegaan? Wordt de nadruk gelegd op de winst of het maken van plezier?

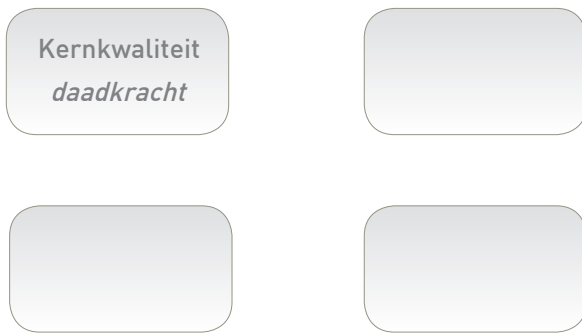
Voorbeeld van een **creatieve activiteit**:

Elk gezinslid wordt gevraagd een zo mooi mogelijke tekening te maken. Ze krijgen echter wel een blinddoek omgedaan en krijgen verbale aanwijzingen van een niet-geblinddoekt gezinslid. Mogelijk ervarings- en observatiemateriaal: Hoe gaat geblinddoekte persoon om met beperkingen? Hoe gaat deze om met aansturing door het andere gezinslid en kan/durft het niet-geblinddoekte gezinslid de leiding nemen?

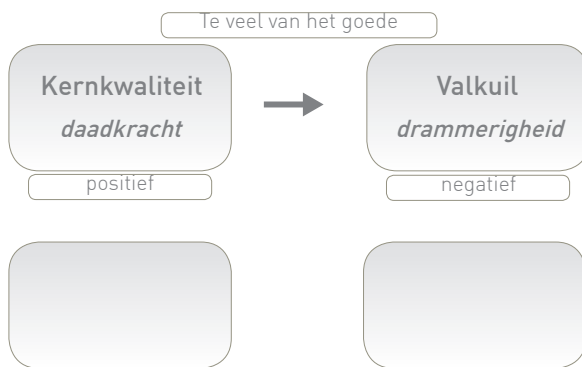
Op deze manier proberen we gezinsdynamieken en gezinskenmerken aan de oppervlakte te krijgen, en ze 'aan den lijve' te laten ervaren door het gezin en de gezinsleden. Deze activiteiten worden gefilmd en de videobeelden worden achteraf samen met het gezin bekeken en geanalyseerd in functie van de voor dit gezin typerende patronen die een hoge representatieve waarde hebben in het dagdagelijks functioneren van het gezin.

Methodiek

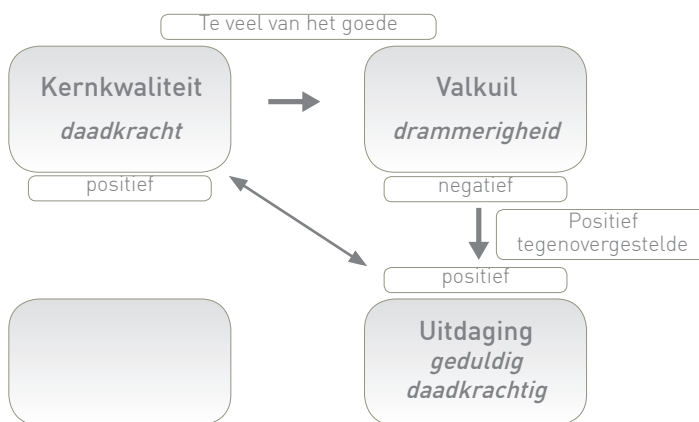
Om een gezin een verhoogd inzicht te geven in de onderliggende patronen en structuren maken we gebruik van het kernkwadrantenmodel van Daniël Ofman.²⁴ Dit model is oorspronkelijk ontworpen voor toepassing binnen het bedrijfsleven, maar kan zeer goed worden toegepast binnen hulpverlening aan individuen en gezinnen (zie bijvoorbeeld Hillewaere²⁵). Het kernkwadrantenmodel brengt de aanwezige sterktes en beperkingen van een gezin op een duidelijke maar niet-veroordelende wijze in kaart. Ofman vertrekt van het begrip 'kernkwaliteit': een eigenschap die tot de kern van een persoon behoort (bijvoorbeeld daadkracht). Wanneer iemand deze eigenschap zou verliezen, zou dit het zijn/haar wezen aantasten. Het is die bijzondere eigenschap waarvan de eigenaar het vanzelfsprekend vindt dat hij die bezit. Een kernkwaliteit is steeds potentieel aanwezig.



Wanneer een persoon 'doorschiet' in deze kernkwaliteit wordt hij geconfronteerd met zijn 'valkuil' (bijvoorbeeld drammerigheid). De valkuil is onlosmakelijk met de kernkwaliteit verbonden. Het is te veel van het goede. De eigenaar van deze valkuil krijgt dit regelmatig als verwijt naar het hoofd geslingerd.



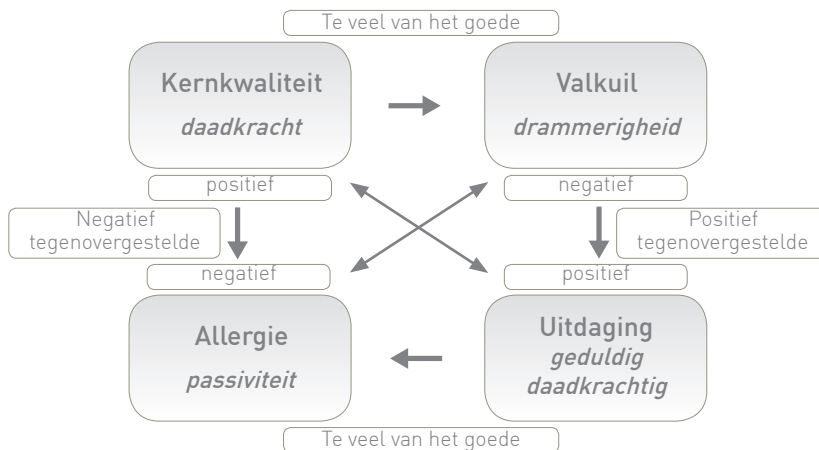
De verfijning en uitbreiding van iemands kernkwaliteit is diens 'uitdaging'. Het realiseren van deze uitdaging maakt hem een completer, meer evenwichtig mens (bijvoorbeeld daadkracht met respect voor ieders tempo).



Het tegenovergestelde van een kernkwaliteit is 'allergie'. Geconfronteerd met deze eigenschap gaat een persoon sneller doorschieten in zijn valkuil. Zo zal een passieve persoon die geconfronteerd wordt met een daadkrachtige persoon snel vervallen in een drammerige houding, bijvoorbeeld bij het samen afwerken van een taak. Iemands kwetsbaarheid wordt vooral bepaald door de allergie. Een alom geprezen kernkwaliteit kan in de bekende valkuil doorschieten juist door de confrontatie met deze allergie.

We illustreren het volledige kernkwadrantenmodel aan de hand van een casus:

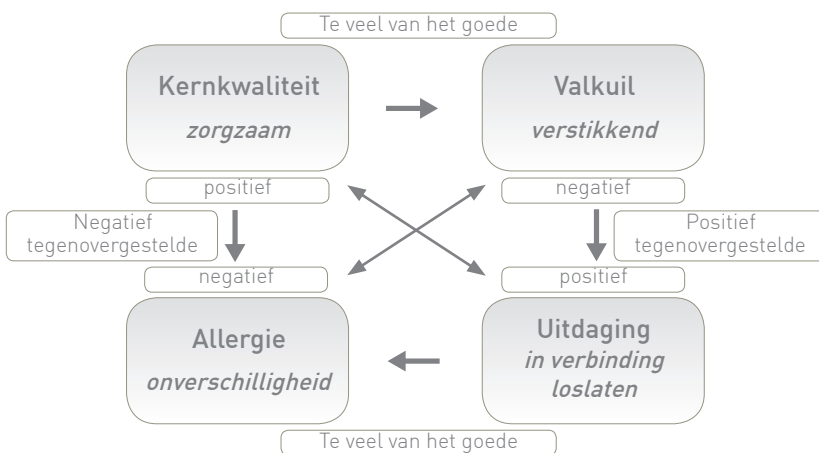
Jef is een 14jarige jongen die bij het mobiel team wordt aangemeld door het centrum voor geestelijke gezondheidszorg. Hij heeft nog een jongere broer van 11. Zowel vader als moeder zijn op zoek naar een vaste tewerkstelling. De aanmeldingsklachten betreffen systematisch schoolverzuim in de afgelopen drie maanden, psychosomatische klachten en het vermoeden van een problematische gezinscontext. Het schoolverzuim en de lichamelijke klachten lijken geen directe oorzaak te hebben. De ouders zijn ten einde raad en weten niet meer hoe ze er nog kunnen voor zorgen dat Jef terug naar school gaat of welke specialist ze nog moeten raadplegen voor Jef's somatische klachten.



Samen met de ouders en Jef worden volgende doelstellingen voor de begeleiding weerhouden: Jef gaat terug naar school en er moet beter zicht komen op het gezinsfunctioneren in functie van een eventueel langduriger zorgtraject. Zowel door een aantal intensieve begeleidingsactiviteiten naar Jef individueel en naar het gezin toe, als door de organisatie van een netwerk rond het gezin, wordt voor een terugkeer van Jef naar school gezorgd. Het gezin echter is er niet direct krachtiger uitgekomen. Het is vooral de omgeving rond het gezin (hulpverleners, school ...) die hun aanbod hebben afgestemd op de specifieke noden van Jef. Om deze kanteling ook bij het gezin waar te maken, hebben we hen uitgenodigd om met ons aan de slag te gaan op hogervermelde wijze.

De kenmerken van het gezin betreffen een sterke betrokkenheid op elkaar, humor, goed doen voor anderen, veel ruimte voor de kinderen binnen het gezin en met weinig tevreden zijn. Deze kenmerken hebben zij zelf aangebracht op basis van de beelden en hun ervaringen binnen de sessies. Ze hebben een hoge representatieve waarde naar het dagdagelijks leven toe. Een aantal van deze eigenschappen zijn in een samenhangend en begrijpbaar kader geplaatst door het kernkwadrantenmodel te gebruiken.

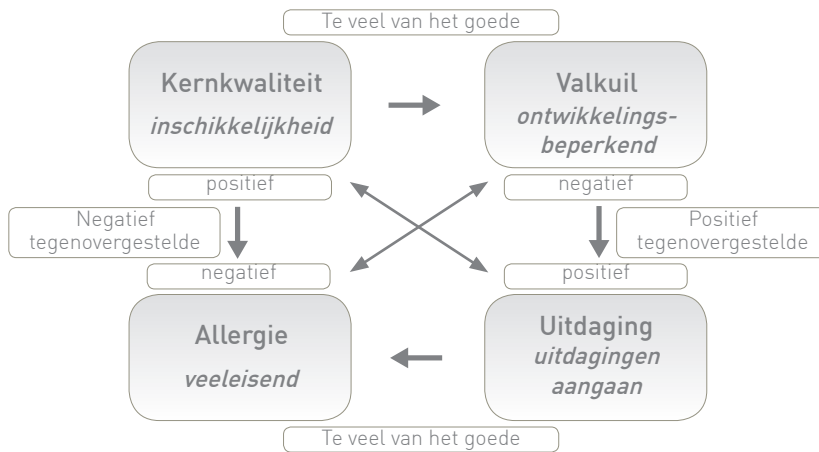
De 'kernkwaliteit' van Jef is zorgzaamheid of het 'goed doen voor anderen'. Jef is zeer bezorgd over de tewerkstellingssituatie van zijn ouders en volgt hun sollicitaties op de voet. De 'valkuil' is zijn aanklampende en verstikkende houding, vanuit zijn overbezorgdheid. Jef vindt het vervelend om naar school te gaan als moeder alleen thuis is. Er zou haar iets kunnen overkomen en er is dan niemand om hulp te bieden. De 'uitdaging' is in verbinding kunnen loslaten en meer ruimte geven aan anderen. Jef kan naar school gaan zonder voortdurend te piekeren over thuis. Moeder is zelfstandig en zelfredzaam genoeg zonder dat er altijd iemand in de buurt moet zijn. De 'allergie' uit zich in onverschilligheid en het zich niets aantrekken van anderen. Jef gaat zich nog extra zorgend naar moeder opstellen wanneer hij vindt dat vader dit te weinig doet.



Een andere kernkwaliteit van Jef betreft zijn inschikkelijkheid. Hij is met weinig tevreden. Het gezin beseft dat ze het materieel en financieel nooit erg breed zullen hebben. Ze stemmen hun levensstijl hierop af. De 'valkuil' is het gevaar dat ze zich zelf verliezen en ontwikkelingskansen missen. Het gezin dreigt

alle dromen te verliezen en te verzanden in de dagelijkse sleur en routine waarbij ze hun beperkingen ervaren.

De 'uitdaging' van het gezin is hun grenzen te bewaken en uitdagingen te durven aangaan. Ze moeten leren om haalbare dromen en uitdagingen na te streven. Daartegenover staat de 'allergie', het gevaar om overdreven veeleisend te zijn en niet blij meer te zijn met kleine dingen. Wanneer een gezinslid opstandig wordt over materiële of financiële beperkingen wordt dit als veeleisend beleefd en wordt deze emotie door de rest van het gezin niet getolereerd.



Vanuit deze kernkwadranten krijgt een gezin een beter inzicht in het eigen functioneren op basis van doorleefde ervaringen. Mogelijke kwetsbaarheden en leerpunten kunnen op een niet-veroordelende, constructieve manier worden besproken. Elke valkuil kan gepercipieerd worden als een doorgeschoten kernkwaliteit. Elke allergie heeft de mogelijkheid in zich om onszelf en het gezin beter te leren kennen. Leermogelijkheden worden binnen het gezin aangeboord. Een uitdaging voor één gezinslid kan al een kernkwaliteit van een ander zijn. Op die manier kunnen er rond verschillende thema's (zelfzorg, zorg voor anderen, uitdagingen aangaan, ...) werkcoalities worden aangegaan. De hulpverlener brengt hier niet de 'oplossingen' aan, maar begeleidt het gezin bij het actualiseren en het aan elkaar overdragen van de reeds aanwezige krachten binnen het gezin.

Het Outreach-team: op het kruispunt van verschillende systemen

*Ellen Van Pelt, behandelcoördinator-psychologe-psychotherapeute forensische leefeenheid divisie Jongeren
en voormalig psychologe Outreach-team divisie Jongeren in Gemeenschapsinstelling te Mol.*



De Gemeenschapsinstelling voor Bijzondere Jeugdzorg De Kempen in Mol bestaat uit twee campussen: De Hutten en De Markt. In De Hutten zijn er veertig gesloten plaatsen, in De Markt zijn er zestig halfopen plaatsen. Van oudsher plaatsen jeugdrechters hier jongeren met een problematische opvoedingssituatie (POS) of jongeren die een als misdrijf omschreven feit (MOF) pleegden. De opdracht van de instelling is deze jongeren een vrijheidsbeperkend en gestructureerd pedagogisch kader aan te bieden.

De Gemeenschapsinstelling wordt geconfronteerd met jongeren met een ernstige psychiatrische problematiek. Het gaat om erg gekwetste jongeren wiens ontwikkeling op vele vlakken is vastgelopen. Zeventig procent van de geplaatste jongeren heeft minstens één psychiatrisch probleem. De meest voorkomende problemen zijn: gedragsproblemen, middelenmisbruik en adhd (attention deficit hyperactivity disorder). Daarnaast worden diagnoses als depressie, bipolaire stoornis, angststoornis en de posttraumatische stress-stoornis vaker gesteld bij deze jongeren.²⁶ Opvangmogelijkheden zijn er amper voor deze jongeren. Voor behandeling op een reguliere K-dienst is de problematiek vaak te zwaar of zijn de veiligheidsrisico's te groot.

De Vlaamse overheid heeft het OPZ Geel verzocht om de gemeenschapsinstelling te ondersteunen op kinderpsychiatrisch vlak. De modus operandi is die van een ambulante psychiatrische behandeling. De gemeenschapsinstelling blijft immers verantwoordelijk voor het verblijf en de pedagogische omkadering. Het OPZ staat in voor diagnostiek en therapeutische behandeling ter plaatse door een multidisciplinair team, namelijk het Outreach-team. Dit team bestaat uit een psychiater, een klinisch psycholoog - coördinator, twee psychiatrisch verpleegkundigen, een deeltijds creatief therapeut en een deeltijds psychomotorisch therapeut. Het bevindt zich op het kruispunt van verschillende systemen. Enkele hiervan worden in deze tekst nader toegelicht.

Tussen opvoeden en therapeutisch behandelen

De Gemeenschapsinstelling voor Bijzondere Jeugdzorg werd vroeger wel eens 'het heropvoedingsgesticht' genoemd. In deze benaming weerklinkt duidelijk de pedagogische en sanctionerende aanpak. Er wordt vooral gewerkt aan het gedrag van de jongeren. De evolutie in het gedrag wordt onder andere geëvalueerd door een puntensysteem. De opvoeders zijn in hoofdzaak opgeleid in pedagogische vaardigheden. Hiertegenover brengt het Outreach-team therapeutische aanpak gericht op de innerlijke belevingswereld van de jongere.

Het was voor het Outreach-team aanvankelijk niet evident om hun werking te integreren in een systeem dat vertrok vanuit andere doelstellingen en klemtonen. Vertrekkend vanuit het belang van de jongere werd naar een manier gezocht om de best mogelijke hulpverlening te organiseren.

De eerste fase kan omschreven worden als wederzijds kennismaken en aftasten. Het personeel van de gemeenschapsinstelling kreeg uitleg over de therapeutische werking tijdens verschillende informatiedagen.

De fase waarin het Outreach-team zich momenteel bevindt, is er één van het zoeken naar een plaats binnen de gemeenschapsinstelling. Het Outreach-team bekijkt hoe hun werking maximaal kan aansluiten bij het bestaande systeem zonder echter de eigenheid te verliezen.

Tussen twee culturen

In onze samenleving treedt multiculturaliteit steeds meer naar voor. We leven in een wereld waarin er meer contact is tussen verschillende culturen en interculturele communicatie aan belang wint.

Ook in de hulpverlening worden we meer en meer met mensen met een andere culturele achtergrond geconfronteerd. Zo'n zeventig procent van de populatie waarmee we te maken krijgen, is van allochtone

afkomst. Dit percentage is niet representatief voor de bevolking, maar de redenen hiervoor vallen buiten het bestek van mijn verhaal hier.

Hulpverlening aan allochtone gezinnen verschilt fundamenteel niet van hulpverlening aan autochtone gezinnen. Zoals steeds is elk gezin weer anders en moet de hulpverlening zich afstemmen op het eigene van elk gezin. Toch ondervindt het Outreach-team soms moeilijkheden om aansluiting te vinden bij allochtone gezinnen. Dit kan gedeeltelijk verklaard worden door het feit dat de westerse systeemtherapie, die vooral gericht is op het kerngezin, niet zonder meer kan worden toegepast op gezinnen met andere culturele achtergrond. Verder zijn alle leden van het team afkomstig uit een meer begoed socio-economisch milieu, hetgeen eveneens voor een zekere kloof zorgt. Deze tekst vormt onder andere een weerslag van de zoektocht naar een denkkader dat kan helpen om meer aansluiting te vinden bij allochtone gezinnen.

Groeps culturen en persoonsgerichte culturen

In heel wat onderzoekswerk wordt uitgegaan van een opdeling tussen groeps culturen en persoonsgerichte culturen. Een groeps cultuur is een 'wij-cultuur', een cultuur waarbinnen het belangrijk is om rekening te houden met wat goed is voor de familie. Dit valt te vergelijken met hoe het er ook in de westerse landen honderd jaar geleden aan toe ging. Het individu kan zich niet beroepen op allerlei sociale zekerheden, maar heeft de familie nodig om te overleven.

Het groeps culturele wereldbeeld gaat uit van een bedreigende en oncontroleerbare buitenwereld, waarop maar weinig invloed kan uitgeoefend worden. In zo'n cultuur is het belangrijk om aan rolgerichte verwachtingen te voldoen. Het is de context die bepaalt wat het beste te stellen gedrag is. Het is belangrijk om zijn plaats in de hiërarchie te kennen en steeds respect te tonen voor wie ouder is of hoger geplaatst. Verder wordt verwacht dat de mening van de oudere of hogergeplaatste formeel gerespecteerd wordt. Inhoudelijk mag men wel zijn eigen mening kenbaar maken, maar dan op een indirecte manier door bijvoorbeeld een verhaal te vertellen waarin men de eigen visie laat doorschemeren. Feedback over of men het goed doet, wordt meestal niet gegeven. Wanneer personen echter uit de band springen of individueel iets ondernemen, valt dit op en wordt men berispt.

Wanneer men zijn gedrag moet aanpassen aan verschillende rollen en aan ouderen of hogergeplaatsten, is het niet onbegrijpelijk dat men minder zicht heeft op het eigen aandeel in situaties. Mensen die opgroeien in een groeps cultuur hebben het dan ook vaak moeilijk om in te schatten hoe problemen ontstaan en zich ontwikkelen.

Een groeps cultuur verschilt sterk van een persoonsgerichte cultuur. Deze laatste vertrekt vanuit een wereldbeeld waarbij de buitenwereld als beheersbaar en controleerbaar wordt ervaren. Er wordt van de persoon verwacht dat hij een eigen mening formuleert, eigen keuzes maakt en een persoonlijkheid ontwikkelt.

Het onderscheid tussen groeps culturen en persoonsgerichte culturen geeft enige houvast in het werken met mensen uit andere culturen. Hierbij zijn echter enkele kanttekeningen te maken.

Ten eerste doet een opdeling van culturen in twee categorieën de realiteit geweld aan. Culturen zijn immers niet statisch, maar systemen die voortdurend onderhevig zijn aan verandering. Vooral bij gezinnen die gemigreerd zijn, is de culturele bagage sterk beïnvloed door allerlei interactieprocessen. Het is nog maar de vraag of een cultuur ongewijzigd meemigreert. Vaak zijn mensen die migreerden sterk onderhevig aan culturele verandering.

Ten tweede mag het verschil tussen groeps cultuur en persoonsgerichte cultuur niet overschat worden. Socio-economische status is een factor die ook in belangrijke mate verantwoordelijk is voor verschillen. Ten derde kunnen niet alle moeilijkheden tussen autochtone hulpverleners en allochtone patiënten toegeschreven worden aan een verschillende cultuur. Er spelen ook nog andere, niet-culturele, factoren mee, die aangewend kunnen worden om knelpunten in relaties te verklaren.

Concrete aandachtspunten in het werk met allochtone gezinnen

Bij de meeste gezinnen die we ontmoeten, vormen de ouders de 'eerste' generatie. Ze groeiden op in een groeps culturele wereld en verhuisden dan naar een land met een meer persoonsgerichte cultuur. Deze mensen kwamen in België terecht in een sociaal-zwakke minderheidspositie. Bovendien gingen velen er aanvankelijk van uit dat de migratie tijdelijk was. Dit verklaart misschien waarom velen van hen sterk vasthielden aan een groeps cultureel mens- en wereldbeeld.

De jongeren in de gezinnen zijn van de zogenaamde 'tweede' generatie. Ze kregen thuis waarden uit een groeps cultuur mee, maar worden tegelijk via school en omgeving in contact gebracht met waarden

van een persoonsgerichte westerse cultuur. Het is voor deze jongeren een moeilijke opdracht om tot integratie te komen.

Het is belangrijk zich bewust te zijn van het eigen cultureel denkkader en tegelijkertijd een houding van openheid en ontvankelijkheid aan te nemen tegenover culturele verschillen. Toon begrip voor de onzekerheid die iemand kan hebben ten opzichte van een andere cultuur. Respecteer andere verklaringsmodellen aangaande ziekte en andere familiale structuren.

Kennis over communicatiestijlen, familiestructuren en verwachtingen naar hulpverlening in andere culturen is beslist een meerwaarde. Belangrijker is het gezin in kwestie er zelf over te bevragen. Elk gezin is immers anders en heeft een eigen subcultuur.

Het werken met allochtone gezinnen vraagt dan ook heel wat flexibiliteit en creativiteit. Twee voorbeelden.

Als hulpverleners vertrokken we bijvoorbeeld steeds vanuit een horizontale visie op hulpverlening. Hierbij gingen we met het ganze gezin samen aan tafel zitten. In sommige gezinnen bekleedt de vader echter een belangrijke hiërarchische plaats en wordt verwacht dat hiermee rekening wordt gehouden. Een horizontale hulpverlening kan ervaren worden als een miskennis van de positie van de vader. We leerden om onze methode aan te passen en de vader formeel te erkennen. We doen dit door de eerste gesprekken enkel met de ouders te voeren. Later wordt dan de rest van het gezin bij de hulpverlening betrokken.

Verder komt het soms voor dat een jongere in een allochtoon gezin een betere kennis heeft van de Nederlandse taal dan zijn ouders. De verleiding is dan groot om de jongere als vertaler bij een oudergesprek te betrekken. Zo krijgt de jongere echter een belangrijke verantwoordelijkheid toebedeeld in het contact met de buitenwereld. Een verantwoordelijkheid die normaal bij de ouders hoort. Ook dit kan leiden tot verstoring van het evenwicht in de gezinsrelaties. We leerden dat het bij taalproblemen vaak beter is om beroep te doen op een onafhankelijke tolk.

Het Outreach-team bevindt zich dus op het kruispunt van verschillende systemen. Er is een ontmoeting met andere culturele systemen en andere systemen binnen de hulpverlening. Binnen dit raakvlak vindt een boeiend en uitdagend werk plaats.

Gezinsverpleging in Geel: een uniek, heilzaam maar kwetsbaar systeem

Marc Godemont, klinisch psycholoog, stafmedewerker paramedisch departement



"Ik zou niet kunnen leven zonder gast"

Deze uitspraak wordt dikwijls gehoord uit de mond van pleegouders. Ze vat kernachtig samen waar het in de Geelse gezinsverpleging om gaat.

De gezinsverpleging is in wezen een zeer eenvoudig systeem. Het wordt beheerst door het 'gezond verstand' als basis voor het dagelijks samenleven binnen de context van gezin en buurt. Ondanks zijn eenvoudige verschijningsvorm is het ontegensprekelijk een systeem dat therapeutisch werkt. Dit leert ons de uitgebreide vakliteratuur en het feit dat het systeem reeds 700 jaar heeft kunnen overleven zonder dat de essentie van deze traditie ingrijpende wijzigingen onderging.

De gezinsverpleging is ook, als je het probeert systeemtheoretisch te benaderen, een zeer complex systeem met verschillende even complexe subsystemen die allemaal op elkaar inwerken. Elk pleeggezin - en dat zijn er nog 400 - is immers een open systeem dat functioneert in het open systeem van de samenleving, met de zijdelingse ondersteuning door een psychiatrisch ziekenhuis. Indien we in de hedendaagse managementterminologie een 'projecteigenaar' zouden willen aanwijzen, dan komen we uit bij de Geelse samenleving, met andere woorden 'de bevolking'. Iedere Gelenaar is er in meer of mindere mate bij betrokken.

Veranderingen in samenleving en gezin hebben automatisch invloed op het systeem van de gezinsverpleging. Gezinsverpleging is een historisch gekaderd en organisch gegroeid systeem dat diep ingeworteld is in de Geelse samenleving.

Kenmerken of pijlers

Sterke langdurige emotionele banden tussen alle direct betrokkenen

Er is in deze relatie tussen het pleeggezin en de patiënt plaats voor wederkerigheid, voor geven en nemen. Voor de patiënt wordt het gezin onmisbaar en voor het gezin wordt de patiënt op de duur een onmisbaar gezinslid. In veel gevallen zijn ze lotsverbonden in lief en leed. Opname betekent hier een langdurig integratie, ontslag krijgt het karakter van een breuk, een scheiding met langdurig rouwproces.

Daar waar de patiënt, bijvoorbeeld bij schizofrenie, niet tot een warme relatie in staat is of deze vermijdt, groeit er in vele gevallen toch een vorm van stabiliteit en gewoontevorming die een samenleven zonder al te veel verbale uitwisseling en zonder zichtbaar hechtingsgedrag mogelijk en draaglijk maakt. In dit geval gaat het meer om een veilige schuilplaats. De wijkverpleegkundige als directe begeleider kan door de aard van zijn relatie met patiënt en pleeggezin niet buiten die emotionele betrokkenheid blijven. Hij/zij moet ze integreren in zijn professionele begeleiding.

Een zeer traag levensritme dat zorgt voor stabiliteit, veiligheid en geborgenheid

De klemtoon, ligt op het 'er zijn', op 'wonen', op het 'samenwonen' in al zijn aspecten. Het is 'thuiskomen'. De patiënt-gast kan eindelijk wortel schieten. Deze stabiliteit brengt evenwicht en rust. Zolang een patiënt geen vaste stek gevonden heeft en zwalpt van het ene pleeggezin naar het andere kan hij dit thuisgevoel niet vinden.

Afwezigheid van (tijds)druk tot veranderen en aanvaarding van de patiënt zoals hij is

Plastisch uitgedrukt zeggen de Gelenaars, met hun typische humor: *"Hij is hier niet voor zijn zweetvoeten"*. *"Eindelijk rust"*, een veel gehoorde uitspraak van patiënten die een tijdje in Geel zijn, waarbij er paradoxaal genoeg dikwijls zeer gunstige evoluties in hun ziektebeeld optreden. De psychisch zeer kwetsbare mensen die de patiënten toch zijn, kunnen juist in en door dit systeem goed overleven.

De patiënt wordt aangesproken op zijn mogelijkheden en wordt gestimuleerd om deze te ontplooiën

Gezinnen focussen nooit op wat een patiënt mankeert, maar altijd op wat hij kan. Deze spontane vorm van bevestiging, van 'gezien en erkend worden', van 'er mogen zijn', geeft de patiënt zijn 'bestaan' als persoon terug. De bejegening in instellingsverband daarentegen herleidt de mens vaak tot een nummer met een hoog objectgehalte.

Gezinsverpleging speelt zich af binnen een mondelinge volkse cultuur

Communicatie tussen patiënt, pleeggezin en wijkverpleegkundige verloopt meestal zeer vlot. Ze is direct, contextueel verankerd, concreet, plastisch in zijn uitdrukkingen, gemoedelijk en dicht bij het dagelijkse leven. Elke communicatie tussen pleeggezin of patiënt en organisatie met een intellectueel en/of schriftelijk karakter moet vertaald worden en mondeling in direct persoonlijk contact overgebracht worden. De wijkverpleegkundige speelt hierin de cruciale rol. Hij is een vertaler en een doorgeefluik.

Laag bureaucratisch gehalte

Onderzoekers die het fenomeen van de Geelse gezinsverpleging bestuderen, worden getroffen door het laag bureaucratisch gehalte van de werking ervan. Er circuleert bijna geen papier. De afspraken zijn mondeling en worden goed gerespecteerd. Procesbeschrijvingen en procedures kunnen een ondersteunende rol vervullen, maar mogen de 'naturel' van het systeem niet in de weg staan.

Humor

Humor, als grote relativerende kracht in de communicatie, neemt in Geel een zeer grote plaats in. Eugeen Roosens gaf aan dit fenomeen de naam 'joking relationship'. Het is een sfeer waarin veel kan gezegd worden. Onder de patiënten vinden we dan ook veel 'wijze' mensen.

Conclusie

Deze pijlers zijn reeds eeuwen de fundamenten van de gezinsverpleging. Ze worden stilzwijgend doorgegeven van generatie op generatie. Gezinnen en ervaren professionelen weten dit zeer goed. Ze zijn immers de noodzakelijke voorwaarden om zowel het kleine subsysteem pleeggezin-gast als het grotere systeem niet te ontregelen.

Samenspel van systeem en subsystemen

De geschiedenis heeft aangetoond dat dit spontaan gegroeide systeem beter functioneert wanneer er een instantie is die de gezinsverpleging superviseert. Dit overkoepelend toezicht werd in de loop der eeuwen achtereenvolgens opgenomen door de kerk, de gemeente, de Ministeries van Justitie, Gezondheidszorg en Vlaamse Gemeenschap. Vanaf 2007 is het OPZ een EVA (Extern Verzelfstandigd Agentschap) van de Vlaamse Gemeenschap met verrijkende autonomie. We zien in de loop der eeuwen tevens een groeiende begeleiding door medische en zorgverlenende instanties die de taak van het pleeggezin ondersteunen. Het pleeggezin staat er al lang niet meer alleen voor. Op dit ogenblik kunnen we spreken van een gemengd model waarbij een groot en individueel variërend gedeelte van de zorg door het ziekenhuis wordt opgenomen. Interventies vanuit het beleid (wetgeving, regelgeving, plaatselijke maatregelen) die het pleeggezin of de patiënt betreffen, moeten echter blijvend rekening houden met de hogergenoemde systemische elementen.

De 'interne homeostasis' van het pleeggezin moet bij elke interventie maximaal gerespecteerd worden om te kunnen slagen. Het therapeutiseren van het Geelse pleeggezin zou op termijn leiden tot het verdwijnen ervan. De therapeutische kracht van het pleeggezin ligt binnen in het gezin zelf en in de eeuwenlange traditie. Zo verloopt bijvoorbeeld de integratie van de patient in het pleeggezin op een natuurlijke manier of mislukt ze op een even natuurlijke manier als het gezinssysteem en de patiënt om één of andere reden elkaar niet vinden. De begeleiders weten dit maar al te best en beschermen zowel dit proces, het gezin als de patient tijdens het verloop van het integratie- of het niet-integratieproces.

Kwetsbaarheid

Ervaringskennis

De begeleiding van dit gezin-patiëntensysteem veronderstelt een gedegen opleiding, langdurige ervaring en een grote psychische rijpheid van de begeleiders. Ze gebeurt binnen de zeer kwetsbare vertrouwensrelatie die bestaat tussen gezin, patiënt en directe begeleider.

Beroepsethiek

Vanwege de hoge mate van integratie komt de begeleider in aanraking met informatie die onder de privacy van het gezin valt en soms ook met familiegeheimen. Dit heeft voor gevolg dat niet alle informatie beschikbaar kan gesteld worden. De directe begeleider bespreekt met zijn collega's en de arts welke informatie relevant is voor de goede werking van het systeem. Ook de patiënt is gehouden aan discretie wanneer het de intimiteit van het pleeggezin betreft. Door de recente evolutie is het sociale contactveld van de patiënten immers enorm uitgebreid. Dit is zeker het geval voor de jongere patiënten. Ze kunnen terecht in de arbeidszorg die, naast de bestaande eigen initiatieven - drukkerij, boekbinderij, fietsenatelier, kunsthuis ... - samenwerkt met plaatselijke werkgevers. Ze zijn lid van clubs, volgen onderwijs, gaan op reis ...

Kwetsbaarheid

Kwetsbaarheid heeft vooral te maken met een onuitgesproken positieve consensus die groeit tussen patiënt en pleeggezin. Er ontstaat een 'wij'-gevoel. Dit wordt het best geïllustreerd door het taalgebruik. De patiënt spreekt van 'ons moe', 'onze va', 'ons Janneke'. Het pleeggezin heeft het over onze 'Jef' of ons 'Wies' als het over de patiënt gaat. De richting van de zorg loopt niet alleen van pleeggezin naar patiënt, maar krijgt er na verloop van tijd een dimensie bij. De zorg gaat dan ook uit van de patiënt naar pleegouders, kinderen, kleinkinderen, naar alles wat met het gezin verbonden is. De patiënt steekt, in de mate van het mogelijke, een handje toe, past op de kinderen, helpt in de tuin en zorgt voor zijn pleegouders wanneer deze op latere leeftijd behoeftig worden. Dit prachtig, soms ontroerend gebeuren ligt aan de basis van de kwetsbaarheid. Er groeit dan ook dankbaarheid van beide kanten. Deze dankbaarheid en de emotionele hechting liggen aan de basis van vele overnames van de pleegsituatie door de kinderen van de pleegouders wanneer deze te oud worden of sterven.

Ingrepen in de interne autonomie van het pleeggezin of op de sterke emotionele bindingen en loyaliteiten in het sociaal netwerk van de patiënt, zijn erop aangewezen rekening te houden met alle expliciete en verborgen systeemregels. Dit negeren kan een einde van de medewerking van het gezin voor gevolg hebben. Het ondermijnt tevens op termijn het globale systeem van de gezinsverpleging. Tussen de pleegezinnen bestaat immers een intense informele mondelinge communicatie. Daarom worden veranderingen of noodzakelijke ingrepen in het sociaal netwerk van de patiënt (verandering van pleeggezin, werkomgeving, relaties met vrienden, eigen familie ...) met respect voor en rekening houdend met de totale context genomen. De begeleiding is zich dan ook op ieder moment bewust van de kwetsbaarheid van patiënt en systeem. Voor het goed functioneren van dit door de eeuwen heen organisch gegroeid systeem moet elke verandering of beslissing, óf bij de pleegezinnen beginnen óf langdurig met hen overlegd worden zodat het van onder- en binnenuit verder kan groeien of transformeren. De grotere organisatie moet hierbij inspirerend, voedend en ondersteunend optreden met groot respect voor wat is, met het gevaar het systeem te ontredde.

Professionele houding en emotionele betrokkenheid met elkaar verzoenen, vormen in dit systeem de moeilijkste opdracht voor de directe begeleiders. Professionele ondersteuning door een bekwaam en ervaren multidisciplinair team is dan ook geen luxe.

Besluit

De gezinsverpleging is een eeuwenlang organisch gegroeid en daarom moeilijk reproduceerbaar steunsysteem, dat dan ook zichzelf bestendigt en waarin een patiënt desnoods levenslang kan functioneren. Het gezinssysteem benadert het sterkst de basiservaringen van de patiënt in zijn gezin van oorsprong en komt het best tegemoet aan het vervullen van zijn/haar basisbehoeften: het zich thuisvoelen, geborgen zijn, zich hechten, het spel van gevoelens en emoties, de confrontaties met de dichtbij andere, de nood gezien, gehoord en geliefd te worden, de behoefte om begrensd te worden, het appel aan de eigen verantwoordelijkheid, de behoefte aan zorg en de behoefte om te zorgen enzovoort ... Dit alles kan alleen in een veilige omgeving tot ontplooiing komen. Niet alleen het pleeggezin, maar ook de bredere omgeving, de volledige Geelse samenleving, zijn in dit proces betrokken en maken dus deel uit van het systeem.

Daarbij komt het typisch Geelse fenomeen van de aanvaarding door de sociale omgeving van het psychisch disfunctioneren of het niet uitsluiten van de medemens vanwege eigenaardig gedrag. Dit heeft soms als gevolg dat dit storend gedrag langzaam uitdooft. Voor de patiënt is het in dit systeem niet meer nodig om zich op die manier te laten gelden of om het tekort aan aandacht te compenseren.

Soms kan dit warme nest de drang om naar autonomie te groeien stimuleren en uitmonden in een verdere evolutie naar zelfstandigheid van de patiënt.

De bevolking van Geel heeft een diepgewortelde ervaringskennis die als het ware in de genen meegegeven wordt doorheen de generaties. Zij is de enige eigenaar van dit prachtig systeem. Respect voor de therapeutische kwaliteiten van het totale systeem ligt dan ook aan de basis van een succesvol beleid in de toekomst.

Els Gullentops, coördinator-pedagoge

Karin Hufkens, teamcoördinator-licentiëte medisch-sociale wetenschappen

*Mariëtte Rutten, teamcoördinator
gegradueerd hoofdverpleegkundige, PVT Salto*



Toelichting PVT en situering in het OPZ

Het PVT Salto biedt residentiële opvang voor 60 volwassenen, verdeeld in 4 leefgroepen van gelijke grootte. Er zijn 2 leefgroepen voor mensen met een chronische psychiatrische problematiek en 2 leefgroepen voor mensen met een chronische psychiatrische problematiek en een aangeboren mentale handicap.

Het PVT (Psychiatrisch Verzorgingstehuis) richt zich op een doelgroep van mensen met langdurige en meervoudige hulpvragen die aan volgende voorwaarden voldoen:

- de psychische stoornis is gestabiliseerd: de medicamenteuze behandeling staat op punt, de therapiemogelijkheden zijn uitgeput en er is geen agressie of terugval geweest in de laatste 6 maanden
- geen intensieve ziekenhuisbehandeling nodig (geen constant somatisch toezicht nodig of gecompliceerde somatische behandeling)
- niet in aanmerking komen voor RVT, MPI, Beschut Wonen, Begeleid Wonen of Zelfstandig Wonen
- geen ononderbroken psychiatrisch toezicht nodig
- het gedrag is voldoende aangepast zodat samenleven in een groep mogelijk is
- zich binnenshuis en buitenshuis zelfstandig kunnen verplaatsen
- zelfstandig kunnen eten
- een minimum aan toezicht nodig bij dagelijkse hygiëne
- in staat zijn tot en interesse hebben voor activiteiten; perspectief op en bereidheid voor dagbesteding
- geen gedwongen statuut; nazorg is mogelijk onder bepaalde voorwaarden en voor een bepaalde duur
- maximum 65 jaar bij opname

Het PVT behoort tot de divisie Rehabilitatie van het OPZ, samen met de gezinsverpleging, intramurale zorg, het observatiehuis, het dagactiviteitencentrum, arbeidszorg, vrije tijd en sport en het kunsthuis.

In het PVT wordt gewerkt aan 'rehabilitatie'. Dit is een ruim begrip dat op verschillende manieren kan ingevuld worden. In de context van het PVT wordt 'rehabilitatie' opgevat als een proces waarin 'herstel', 'empowerment' en 'participatie' centraal staan en waarin de klemtoon ligt op het aspect 'wonen'.

Herstel

De focus ligt niet meer op het 'genezen' van de stoornis en de behandeling van symptomen, maar op het opnieuw opnemen van de draad in het leven. De aandacht gaat naar hoe iemand zijn dagdagelijks leven opnieuw vorm kan geven. Hierbij kan aandacht gaan naar alle aspecten die daar deel van uitmaken: zelfzorg, huishoudelijke activiteiten, werken, vrije tijd, sociale rollen, familiecontact, sociaal leven, financies, lichamelijke gezondheid, terugvalpreventie, zingeving.

Empowerment

De taak van de begeleiders omhelst vooral het ondersteunend aanwezig-zijn en het voorwaarden scheppen zodat bewoners zoveel mogelijk hun leven zelf in handen kunnen nemen, eigen beslissingen kunnen nemen, eigen keuzes kunnen maken.

Participatie

Bewoners worden zoveel mogelijk gestimuleerd om zelf verantwoordelijkheid op te nemen. Dit zowel binnen de muren van het PVT als woonvorm, maar ook buiten de muren, als burger van de

samenleving.

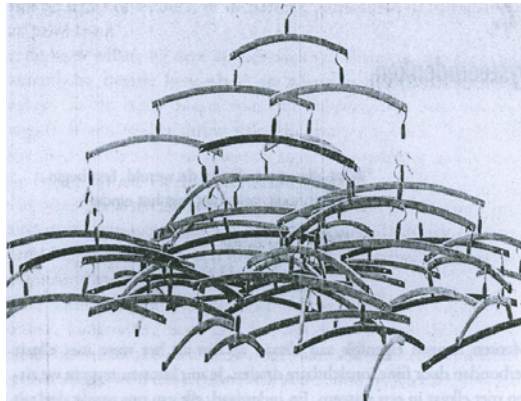
Wonen

Veel aandacht gaat naar het ondersteunen van het groepsgebeuren en naar het organiseren van de huishoudelijke activiteiten. In de nabije toekomst zal dit nog verder uitgebreid worden door bijvoorbeeld het koken samen met bewoners op te nemen in plaats van hoteldiensten in te kopen. Dat biedt uitgelezen kansen om vaardigheden te verbeteren (plannen, budgetbeheer, gezond koken, inkopen doen, rekening houden met seizoensaanbiedingen ...) en de bewoners als groep dichter bij mekaar te brengen.

Het woord 'rehabilitatie' wordt dus in de context van het PVT niet begrepen in de zin van een snelle verwijzing naar een meer zelfstandige vorm van wonen. Toch hoeft het PVT niet noodzakelijk een 'eindstation' voor bewoners te zijn. Het kan ook een tussenvorm zijn waar iemand zich kan voorbereiden op een andere woonvorm, zoals beschut wonen of zelfstandig wonen. Ook is het mogelijk dat mensen op latere leeftijd vanuit het PVT verwezen worden naar een rusthuis.

Systemen in het PVT

Als we het hebben over de bewoners en de werking valt het telkens weer op hoe vaak gebeurtenissen en personen elkaar beïnvloeden. Het lijkt wel of een soort van onzichtbare draden alles met mekaar verbinden. Wanneer er iets gebeurt, heeft dat een effect op andere zaken en andere personen. We kunnen het voorstellen aan de hand van volgend beeld van kapstokken.



Elke bewoner, elk personeelslid, elke plaats waar een bewoner komt voor zijn werk of vrijetijdsbesteding, collega's, vrienden, familieleden, bewindvoerders, huisartsen, ..., kan voorgesteld worden met een kapstok. Wanneer er ergens in dat plaatje iets gebeurt – 'een kapstok komt in beweging' – voelen alle andere kapstokken daar een effect van. Bij de ene is dit sterker voelbaar dan bij de andere. Ook de vroegere ervaringen van iemand bepalen hoe sterk die invloed voelbaar is.

Dat is precies wat er dagdagelijks in het PVT gebeurt.

Een voorbeeld:

Een nieuwe bewoner verhuist naar de leefgroep. Twee bewoners konden het tot dan toe goed met mekaar vinden. Nu vindt de ene meer aansluiting met de nieuwe bewoner omdat hij toevallig een kamer met die persoon moet delen en het wel klikt met die persoon. De andere voelt zich wat aan de kant gezet, wordt stiller, norser. Dat wordt ook opgemerkt in het atelier waar die bewoner werkt.

Ook in het PVT merken de begeleiders dit op. De ene hecht er meer belang aan dan de andere.

Uiteindelijk leidt dit ertoe dat die ene bewoner vriendschap sluit met een bewoner van de andere leefeenheid. Deze gaat in het weekend altijd de paarden eten geven. De bewoner gaat hiermee mee en ontdekt een nieuwe interesse: dieren. Hij fleurt terug op.

De opstart van het PVT Salto 2 in januari 2006 was een unieke gelegenheid om te observeren hoe een nieuw systeem vorm krijgt. Vijftien personen, waarvan de meesten mekaar voordien niet kenden, werden samengebracht in een leefgroep waar ze verondersteld werden om als een soort van groot gezin met mekaar te gaan samenleven. Geen eenvoudige opdracht.

Zo kon je vriendschappen zien ontstaan en afbrokkelen. Je zag mensen die zich ondersteund voelden door het contact met lotgenoten, maar ook mensen die anderen stigmatiseerden. Mensen profileerden zich als leiders van de groep. Iemand werd in de rol van zondebok geduwd.

In februari startte een tweede leefgroep en was er dus de mogelijkheid om mensen van de eerste groep

te laten verhuizen naar de nieuwe groep. Maar noch vanuit de bewoners, noch vanuit de personeelsgroep werd deze vraag gesteld.

Er werd verwacht dat de grotere mate van vrijheid in het PVT en de vraag naar participatie op enthousiasme van de bewoners zouden kunnen rekenen, maar dat bleek niet zo eenvoudig.

Op de nieuwe afdeling wilden de begeleiders de bewoners zoveel mogelijk inspraakmogelijkheden geven. De bewoners zagen het echter bijvoorbeeld niet zitten om zelf een leefgroepvergadering te organiseren en wensten uitdrukkelijk dat er iemand van de begeleiders aanwezig was om dit te sturen.

Ook in kleine dagdagelijkse dingen vonden ze het raar dat er plots andere gewoontes kwamen dan in het ziekenhuis.

Beïnvloeding via systemen

De vaststelling dat er sprake is van een wisselwerking van invloeden tussen de bewoners, de begeleiders en de hele context daarrond, kan ook gebruikt worden met het oog op het bevorderen van 'herstel', 'empowerment' en 'participatie'. In dit licht werd tijdens de keuzesessie op de studiedag een casus voorgesteld: een bewoner van het PVT die aangeeft dat hij niet graag in deze woonvorm verblijft en weg wil, bij voorkeur naar beschut wonen.

Het netwerk rond deze bewoner werd in kaart gebracht en er werd gezocht naar 'kapstokken' in functie van beïnvloeding, dit met het oog op een zich beter voelen bij het wonen in het PVT en meer welbevinden hierin.

Zo bleek bijvoorbeeld dat die persoon het fijn vond om complimentjes te krijgen van zijn medebewoners wanneer hij voor hen kookt. Er werd bekeken hoe dat verder vorm kon krijgen, zodat deze persoon zich beter voelt in de groep.

Hij vond het ook belangrijk om aansluiting te vinden bij 'niet-patiënten'. Aangezien voetbal zijn hobby is, werd daarom gezocht naar een 'gewone' zaalvoetbalploeg waarbij hij kon aansluiten.

Op die manier wordt getracht zijn gevoel van welbevinden te verhogen en wordt tevens gewerkt aan herstel, empowerment en participatie.

¹⁸ Minuchin, S., *Gezinstherapie*, Antwerpen: Spectrum, 1977.

¹⁹ Hendrickx, J., *Structurende gezinstherapie: Beschrijving en evaluatie van een programma en opdrachten*, Van Loghum en Slaterus, 1981.

²⁰ Rober, P., *Samen in therapie: Gezinstherapie als dialoog*, Leuven: Acco, 2002.

²¹ Kieffer, C.H., *Citizen empowerment: A developmental perspective*, in *Prevention in Human services*, 3, 1984, 9-36, in I. Louwies, *Het concept empowerment in de context van opvoedingsondersteuning: Een verkenning van theorie en praktijk*, KULeuven, Licentiaatsverhandeling, 2002, 13.

²² Zimmerman, M.A., *Empowerment through Photo Novella: Portraits of participation*, in *Health Education Quarterly*, 21 (1999), 171-186, in Louwies, o.c., 12.

²³ Nys, K. en Vandemeulebroecke, L., *Het concept empowerment op het domein van de gezins- en opvoedingsondersteuning en de pedagogische hulpverlening*, in *Pedagogisch Tijdschrift*, nr. 26, 3-17.

²⁴ Ofman, D.D., *Bezieling en kwaliteit in organisaties*, Utrecht: Servire, 1996.

²⁵ Hillewaere, B., *Werken met de mogelijkheden van cliënten en gezinnen met behulp van kernkwadranten en genogrammen*, in *Tijdschrift voor psychotherapie*, 32 (2006), 116-177.

²⁶ Vermeiren, De Clippele en Deboutte, *A descriptive study of Flemish delinquent adolescents*, in *Journal of Adolescence*, 23 (2000), 277-285.

Inhoud

Systemen in beweging Voorwoord

1

Jef Wouters en Walter Krikilion

Systemen in beweging: een uitdaging voor psychiatrie

2

Walter Krikilion

De rol van verpleegkundigen in de context van een leefeenheid: systeemgerichte reflecties

7

Mieke Mondelaers

Systeemgericht werken met ouders op een kinderpsychiatrische afdeling

10

Els Keuleers

Kinderpsychiatrische zorg in de thuissituatie

14

Paul De Win, Loes Thierfeldt en Lieve Van Olmen

Het outreach-team: op het kruispunt van verschillende systemen

19

Ellen Van Pelt

Gezinsverpleging in Geel: een uniek, heilzaam maar kwetsbaar systeem

22

Marc Godemont

Het PVT als systeem

25

Els Gullentops, Karin Hufkens en Mariëtte Rutten