

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL
Faculteit voor Psychologie en Opvoedkunde
Academiejaar 2002-2003



MOET-WILLIGE HULPVERLENING

Narratieve synergieën in complexe gezinsherenigingsituaties:
realiteit of illusie?

Véronique Rousseau

Promotor: Prof. Dr. G. Loots

Licentiaatsthesis ingediend tot het behalen van de graad van Licentiaat in de
Klinische Psychologie

Inhoud

VOORWOORD.....	4
INLEIDING.....	5
HOOFDSTUK I: VAN MODERNISME NAAR POSTMODERNISME.....	7
1 INLEIDING.....	7
2 MODERNISME.....	7
2.1 <i>Eerste-orde cybernetica</i>	8
2.1.1 Therapeutische implicaties.....	8
2.1.2 Kritiek op de cybernetische visie.....	9
2.2 <i>Constructivisme en tweede-orde cybernetica</i>	10
2.2.1 Constructivisme.....	10
2.2.2 Tweede-orde cybernetica.....	10
2.2.3 Therapeutische implicaties.....	11
2.2.4 Kritiek op het constructivisme en de tweede-orde cybernetica.....	11
3 POSTMODERNISME.....	11
3.1 <i>Het sociaal constructionisme</i>	13
3.2 <i>Stromingen binnen het narratieve paradigma</i>	14
3.2.1 Narratieve therapie.....	14
3.2.1.1 Therapeutische implicaties.....	15
3.2.1.2 Kritiek op de narratieve therapie.....	16
3.2.2 Collaboratieve therapie.....	17
3.2.2.1 Therapeutische implicaties.....	18
3.2.2.2 Kritiek op de collaboratieve therapie.....	19
3.3 <i>Kritiek op het postmodernisme</i>	19
4 BESLUIT.....	20
HOOFDSTUK II: MOET-WILLIGE HULPVERLENING.....	21
1 INLEIDING.....	21
2 PROJECTWERKING.....	21
2.1 <i>Doelgroep</i>	21
2.2 <i>Aanmelding</i>	22
2.3 <i>Individueel fasenplan</i>	23
2.3.1 De voorbereidende fase.....	23
2.3.2 De ontheendingsfase.....	23
2.3.3 Het individueel project.....	24
2.4 <i>Visie</i>	24
3 GEDWONGEN HULPVERLENING.....	25
3.1 <i>Inleiding</i>	25
3.2 <i>Implicaties voor de hulpverlener</i>	27
3.3 <i>Onderzoek naar de efficiëntie van gedwongen behandeling</i>	28
4 ONDERZOEK NAAR DE BELEVING VAN KINDEREN EN ADOLESCENTEN IN THERAPIE.....	30
5 BESLUIT.....	31

HOOFDSTUK III: METHODE.....	32
1 ONDERZOEKSKEUZES.....	32
1.1 Doelstelling onderzoek.....	32
1.2 Kwalitatief, beschrijvend en explorerend onderzoek.....	32
1.3 Gevalstudies.....	33
1.4 Semi-gestructureerde interviews.....	33
1.5 Validiteit, betrouwbaarheid en ethiek van het onderzoek.....	34
1.5.1 Validiteit en betrouwbaarheid.....	34
1.5.2 Ethiek van het onderzoek.....	35
2 ONDERZOEKSGROEP.....	35
2.1 Populatie.....	35
2.2 Participanten.....	35
3 INSTRUMENT: SEMI-GESTRUCTUREERDE INTERVIEWS.....	36
3.1 Betrouwbaarheid, validiteit, voor- en nadelen.....	36
3.2 Opstellen van het interview.....	37
3.3 Modaliteiten.....	38
3.4 Transcriptie.....	38
4 ANALYSE.....	39
4.1 Inleiding.....	39
4.2 “Grounded theory”.....	40
4.3 Narratieve analyse.....	41
5 BESLUIT.....	41
HOOFDSTUK IV: VERTICALE ANALYSES.....	42
1 INLEIDING.....	42
2 CASUS A.....	42
2.1 Cliënt A.....	42
2.1.1 Beleving van het gedwongen kader door cliënt A.....	42
2.1.2 Beleving van de therapie door cliënt A.....	43
2.1.3 Beleving van de therapeut door cliënt A.....	45
2.2 Therapeut A.....	46
2.2.1 Het proces.....	46
2.2.2 Het therapeutisch handelen.....	47
2.3 Besluit.....	49
2.4 Bijkomende informatie.....	51
3 BESLUIT.....	51
HOOFDSTUK V: BESPREKING.....	52
1 INLEIDING.....	52
2 SAMENWERKINGSRELATIE.....	52
2.1 Beïnvloedende factoren vóór het eerste gesprek.....	53
2.2 Beïnvloedende factoren tijdens de gesprekken.....	54
3 CO-CONSTRUCTIE VAN NIEUWE VERHALEN.....	56
4 BESLUIT.....	59
CONCLUSIE.....	62
1 BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN.....	63

2 EVALUATIE VAN HET ONDERZOEK.....	64
3 SUGGESTIES VOOR VERDER ONDERZOEK.....	64
BIBLIOGRAFIE.....	66

Voorwoord

Ik wil graag iedereen bedanken die zijn steentje aan deze thesis heeft bijgedragen. Dit werk is een zaak van lange adem geworden... Het is dan ook een verademing om eindelijk in de ik-vorm te schrijven en rijkelijk te citeren zonder bronvermelding.

Ten eerste wil ik mijn promotor, Prof. Dr. Loots, bedanken. Zijn aanstekelijk enthousiasme en creatieve kijk hebben me altijd weten te inspireren. Hij wist me enorm te motiveren door steeds weer nieuwe ideeën aan te dragen, maar me tegelijkertijd veel ruimte te geven voor eigen ontplooiing. Zijn inzet om mij te helpen met het sturen van het onstuurbare - het begeleiden van dit onderzoek - stel ik ten zeerste op prijs.

Ook mijn co-promotor, Katrien De Koster, wil ik hartelijk bedanken voor de samenwerking, inzichten en geduld. Ik kon altijd bij haar aankloppen met alle (on)mogelijke vragen.

Voor hun tijd, medewerking en vertrouwen gaat mijn dank uiteraard ook naar de therapeuten, de jongeren en het begeleidingstehuis uit dit onderzoek. Zonder hen waren deze “vier verhalen over therapie” niet mogelijk geweest.

Daarnaast wil ik nog al mijn vrienden bedanken die me – gelukkig - dwongen het toetsenbord te verlaten. De “conversaties” met hen waren altijd een welkome afleiding van de dagelijkse uren achter het beeldscherm. Ik ga hen niet allemaal opsommen, maar houd hen wel in mijn gedachten. Voor een vijftal vrienden wil ik echter een uitzondering maken. Saar, die ik al meer dan twintig jaar ken, krijgt een pluimpje voor haar magische vermogen om zelfs zonder woorden een glimlach op mijn gelaat te toveren. Céline, Frédéric en Natacha, wil ik bedanken voor hun steeds parate dosis humor, de ellenlange telefoontjes en het doorstaan van mijn klaagzangen. Stéfanie, om met mij de stap in het onbekende te wagen en toch steeds tijd te hebben gemaakt om onze ideeën en frustraties uit te wisselen. Het fijne gezelschap en de vele boeiende “verhalen” zal ik mij altijd met veel plezier blijven herinneren.

Last but not least wil ik ook heel graag mijn familie bedanken voor hun niet aflatende belangstelling in alles wat ik doe. Mijn mama's dagelijkse peptalks hebben tot gevolg gehad dat de onvermijdelijke motivatiedipjes tot een minimum beperkt zijn gebleven. Ook wil ik haar bedanken om telkens weer als klaagmuur te hebben gediend. (*“Mams, ik weet dat ik veel kan zagen, maar ik zal het nooit meer doen...”*). Mijn papa, voor zijn aanmoedigingen, steun en vertrouwen. Mijn meter en nonkel Peter, omdat zij altijd achter mij hebben gestaan.

Inleiding

Schrijven over therapie is geen sinecure. Woorden schieten tekort om de complexiteit van het therapeutische proces tot zijn recht te laten komen. Familiotherapie kent ook een lange geschiedenis en slaat op een diversiteit van therapeutische benaderingen die soms radicaal van elkaar verschillen.

Vanuit onze belangstelling voor een overheidsproject, dat zich richt op adolescente meisjes die in het kader van de Bijzondere Jeugdzorg werden geplaatst in de gesloten gemeenschapsinstelling te Beernem, is het kader voor dit onderzoeksopzet ontstaan. Deze jongeren tussen 16 en 18 jaar kregen de kans om deel te nemen aan de “Gestructureerde Kortdurende Residentiële Begeleiding”. Dit project houdt in dat jongeren zes maanden lang intensief worden begeleid. De bedoeling is om voor een herintegratie van de jongere in het “dagelijks leven” te zorgen. Tevens wordt een herstel van relaties binnen de familiekring beoogd, eventueel gevolgd door gezinshereniging. Therapie is een voorwaarde voor de toelating tot het project, daar elke jongere wordt verplicht om minimaal vijf therapieessies te volgen bij een therapeut met een postmodernistische kijk op therapie.

In de literatuur ontbreekt onderzoek naar de beleving en efficiëntie van gedwongen hulpverlening, alsook naar de beleving van jongeren in therapie. Ook al implementeren beleidsmakers zowel het justitiële luik als het behandelingsluik, vragen we ons af in welke mate een samenwerkingsrelatie tot stand kan komen in een collaboratieve therapeutische setting wanneer adolescenten gedwongen worden om in therapie te gaan. Verder gaan we na of een co-constructie van nieuwe verhalen in deze gedwongen hulpverleningscontext mogelijk is.

We baseren ons op de literatuur om eerst een theoretisch kader te schetsen. In het eerste hoofdstuk gaan we in op de diverse stromingen die binnen de gezinstherapie zijn ontstaan. Elke stroming dient beschouwd te worden binnen zijn tijdsgeest, vandaar dat we een opsplitsing maken tussen het modernisme en het postmodernisme. Onze aandacht gaat vooral uit naar dit laatste. We bespreken hieronder het sociaal constructionisme, de narratieve en collaboratieve therapie.

In het tweede hoofdstuk bespreken we uitgebreid de “Gestructureerde Kortdurende Residentiële Begeleiding”, alsook de gedwongen hulpverlening en de therapeutische implicaties die aan dit laatste zijn gekoppeld. Ook halen we een aantal studies aan die de efficiëntie van een gedwongen behandeling zijn nagegaan. Daar ons onderzoek zich toespitst op adolescenten, vinden we het belangrijk om als laatste een kort overzicht te geven van onderzoek dat de beleving van jongeren in familiotherapie is nagegaan.

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, opteren we voor kwalitatief, beschrijvend en explorerend onderzoek op basis van vier gevalstudies. Semi-gestructureerde interviews worden afgenomen van zowel de cliënt als de therapeut en dit op drie tijdstippen: na de eerste, derde en vijfde therapieessie. De uitgeschreven interviews analyseren we aan de hand van de

uitgangspunten van de “grounded theory” en de “narratieve analyse”. Het onderzoeksopzet wordt in hoofdstuk drie uitgebreid besproken.

In het vierde hoofdstuk geven we de resultaten van de verticale analyses van de interviews weer. Het betreft hier “vier verhalen over therapie”, die ongetwijfeld het gedesorganiseerde proces van therapie – de hoogten en laagten – onvoldoende weergeven. Doch, we hebben getracht de verhalen van de geïnterviewden zoveel mogelijk te respecteren door aandacht te besteden aan de inhoud, taal en chronologie.

In hoofdstuk vijf bespreken we de resultaten uit ons onderzoek en trachten we een antwoord te formuleren op onze onderzoeksvragen. De verticale analyses worden naast elkaar gelegd en overkoepelende besluiten worden getrokken. Tevens maken we een terugkoppeling naar de literatuur.

In de conclusie geven we een korte samenvatting van de belangrijkste bevindingen uit dit werk. We staan stil bij zowel de krachtlijnen, als de beperkingen van ons onderzoek, en geven een aantal mogelijkheden voor verdere studie.

Door het gebrek aan onderzoek naar de beleving van jongeren in therapie, alsook naar de efficiëntie en de beleving van gedwongen therapie, poogt dit werk een kleine aanvulling van de wetenschappelijke literatuur over deze onderwerpen te bieden. De relevantie van dit werk ligt zowel op beleidsmatig, als op praktisch vlak. We formuleren dan ook naar het einde toe enkele praktische implicaties en hopen dat dit werk een bron van inspiratie kan zijn voor verdere begeleiding, alsook voor verder onderzoek.

We halen nog twee laatste opmerkingen aan in verband met het schrijven van dit werk. Ten eerste, wanneer we spreken over jongeren, dan doelen we zowel op kinderen, als op adolescenten. Ten tweede brengt kwalitatief onderzoek een groot aantal pagina's met zich mee. Zo dienden 22 interviews verwerkt te worden, hetgeen in dit onderzoek overeenkomt met 220 pagina's tekst. Deze interviews werden geanalyseerd, en bijgevolg gereduceerd, in de verticale analyses. Omwille van plaatsgebrek, kiezen we ervoor om twee interviews, alsook drie van de vier verticale analyses, in de bijlagen onder te brengen. De bijlagen bij dit werk zijn apart gebundeld.

Hoofdstuk I: Van modernisme naar postmodernisme

1 Inleiding

Familietherapie is ontstaan in het midden van de jaren vijftig. Vooral Bateson en zijn collega's hebben hier een unieke bijdrage geleverd en voor een theoretisch kader gezorgd. Voor het eerst spreekt men van eerste-orde cybernetica (Carr, 2001). Vijfentwintig jaar later, in het begin van de jaren tachtig, wordt in de gezinstherapeutische vakliteratuur uitgebreid geschreven over het constructivisme en de tweede-orde cybernetica. De laatste jaren worden deze visies echter fel bekritiseerd en schrijft men over het postmodernisme, het sociaal constructionisme en het narratieve paradigma. Cybernetische metaforen hebben plaats moeten maken voor taalmetaforen (Rober, 1997).

We stellen vast dat eenzelfde theoretische basis aanleiding kan geven tot zeer diverse therapeutische toepassingen. Hier volgt dan ook slechts een selectie van de, soms complexe, theoretische achtergrond. Het is een persoonlijke keuze om het historisch overzicht op onderstaande wijze weer te geven. Onder het modernisme bespreken we de eerste- en tweede-orde cybernetica, alsook het constructivisme. Nadien komt het postmodernisme aan bod. Hieronder vallen een aantal stromingen, die besproken zullen worden onder het narratieve paradigma. Het sociaal constructionisme komt eveneens aan bod. Tenslotte bespreken we de therapeutische implicaties die het gebruik van nieuwe metaforen voor de gezinstherapie heeft, alsook de kritieken.

2 Modernisme

Psychotherapie heeft zijn fundamenteën in het modernisme en is binnen de modernistische, structuralistische traditie gegroeid. In de modernistische traditie gaat de therapeut observeerbare klachten trachten te verklaren door te zoeken naar hun verborgen structuur. Vanuit de waarneembare oppervlakte wordt gezocht naar het onderliggende, echte probleem (Rober, 2002a). De therapeut gaat met andere woorden op zoek naar het latente achter de manifeste inhoud (Lenaerts, 2002). Er wordt immers gesteld dat de "echte werkelijkheid" zich achter de uiterlijke verschijningsvorm bevindt. De therapeut heeft een expertpositie en weet beter dan de cliënt wat de betekenis is van hetgeen de cliënt ervaart en vertelt (Rober, 1997).

Gezinstherapie werd ook sterk beïnvloed door het structuralistisch denken. Structurele gezinstherapeuten proberen de gezinsstructuur te kennen door de interactiepatronen van het gezin waar te nemen. De therapeut tracht zo te achterhalen hoe de gezinsleden functioneren in termen van grenzen, hiërarchie en conflicten (Compernelle, 1984; Compernelle & Brand, 1989; Rober, 1997, 2002a). Contextuele therapeuten hebben als doel onzichtbare loyaliteiten zichtbaar te maken (Oele, 1989; Rober, 1997, 2002a; van den Eerenbeemt & Oele, 1987). Binnen de strategische benadering gaat men ervan uit dat symptomen ontstaan als uitdrukking van een moeilijk te nemen overgang naar een nieuwe ontwikkelingsfase in de gezinscyclus (Boeckhorst, 1985; Boeckhorst, Boon, Eijkman, de Voogt & van Weeren, 1986; Rober, 1997,

2002a). Het Milanese team stelt dat verborgen gezinsspelletjes de essentie van het psychotisch gezinsfunctioneren zijn (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1988, in Rober, 2002a).

Tom en van Trommel (1986a, 1986b) spreken over systeemtherapie als een methode van therapeutische activiteit die ontstond in de Milanese benadering van de gezinstherapie. De historische ontwikkeling van de Milanese systeembenadering kan in een aantal perioden worden verdeeld. Ze hebben hun eigen perspectief wat het toepassen van Bateson's ideeën betreft. De eerste- en tweede-orde cybernetica, alsook het constructivisme, zullen hier besproken worden. Wij willen er wel op wijzen dat sommige auteurs (oa. Carr, 2001) kiezen om het constructivisme, door de gelijkenis met het sociaal constructionisme, te zien als een deel van de postmodernistische stroming. Anderson (1997), Boeckhorst (1997) en Rober (1997) zijn echter van mening dat het constructivisme nauw aansluit bij de tweede-orde cybernetica.

2.1 Eerste-orde cybernetica

In de jaren vijftig introduceerde Bateson de cybernetica in de gezinstherapie. Volgens hem was de cybernetica zowel de geschikte epistemologische fundering¹, alsook de adequate taal om over persoonlijke en sociale verandering te praten (Keeney, 1983, in Rober, 1997).

Gezinstherapeuten gebruiken vaak cybernetische metaforen, zoals circulariteit, homeostase en feedback. De cybernetica bestudeert circulaire processen van communicatie, regulatie, informatie, feedback en adaptatie in machines, in levende organismen en in sociale structuren. Bateson paste de cybernetische ideeën toe op sociale systemen door zich te richten op het observeerbare gedrag en op de functie die dat gedrag heeft om bepaalde evenwichten in het systeem te bewaren. Onder invloed van de cybernetica werd het gezin opgevat als een zelfregulerend systeem dat door middel van feedbackprocessen een homeostatisch evenwicht in stand houdt (Rober, 1997, 2002a). Om menselijk gedrag te begrijpen, wordt een homeostatisch model met negatieve feedback, om afwijkingen te reduceren, aangenomen. De focus ligt eerder op de familie als systeem, dan op het individu, om individuen binnen een familie te beschrijven (Anderson, 1997).

2.1.1 Therapeutische implicaties

In het cybernetische model wordt de therapeut beschouwd als een onafhankelijke, deskundige buitenstaander, die het gezin ziet als een soort black box. Hij beperkt zich tot de waarneembare communicatie (Anderson, 1997; Boeckhorts, 1997). De therapeut kan observeren en interveniëren zonder een deel te worden van het nieuwe geheel. Op die manier oefent hij unilaterale controle uit. Hij neemt een paradoxale houding aan, die gericht is op het tegenhouden van verandering. Hij overtuigt families om zijn interventies te gebruiken en stelt zich aldus controlerend op. Het symptoom en de probleembestendige gedragingen worden

¹ Gezinstherapeuten gebruiken de term "epistemologie" om te verwijzen naar de structuur van de kennis van een systeem. Het heeft dezelfde betekenis als "paradigma" en "model" (Rober, 1997).

positief geherinterpreteerd binnen het hele systeem. Om het dynamisch patroon te achterhalen, maakt hij gebruik van circulaire vragen. Door deze interviewtechniek kan hij komen tot de paradoxale boodschap, als hoogtepunt van de strategische interventie (Freedman & Combs, 1996; Real, 1990).

2.1.2 Kritiek op de cybernetische visie

Aan de cybernetische benadering danken we een aantal belangrijke inzichten in hoe gezinssystemen zich organiseren. Triangulatie, triadische structuur, zondebokproces, ... zijn concepten die nog altijd behoren tot de woordenschat van de gezinstherapie. Ook werden nieuwe therapeutische technieken ontwikkeld, zoals paradoxale opdrachten, rituelen, enactment, ... (Boeckhorst, 1997).

Doch, de cybernetische benadering werd heftig bekritiseerd. Daar therapie gericht is op verandering, werd de vraag gesteld hoe men aan therapie kan doen op grond van een theorie over (homeostatische) stabiliteit (Rober, 2002a). Homeostase wil immers geen verandering en legt verandering niet uit. In tegenstelling hiermee, worden families gezien als groeiend en veranderlijk. Men is de mening toegedaan dat men verder moet kijken dan negatieve feedback en homeostase om veranderende systemen, zoals families, te beschrijven (Anderson, 1997).

Men vraagt zich ook af hoe een deel van het systeem, bijvoorbeeld de symptoomdrager, de rest van het systeem unilateraal kan beïnvloeden. Dit betreft het probleem van de macht in de gezinstherapie. Bateson beschouwde het geloof in macht als een epistemologische vergissing. Hij bande het concept "macht" uit het denken van de gezinstherapeuten en introduceerde het idee van circulaire causaliteit in de gezinstherapie. Hierop kwam echter ook kritiek (zie hoofdstuk I.2.2.4) (Rober, 1997).

Er is binnen de eerste-orde cybernetica geen ruimte voor lineaire fenomenen. De mechanistische denkwijze leidt tot een instrumentele opstelling van de therapeut. Hij kiest ervoor om doelgericht een probleem op te lossen. De mogelijkheden van de cliënt worden onderschat en de samenwerking in de therapeutische relatie blijft in dit model onderbelicht (Boeckhorst, 1997). Door de duidelijke splitsing tussen therapeut en cliënt is deze laatste het object van de observaties en manipulaties van de therapeut (Rijnders & Nicolai, 1992). Eerste-orde systeemtheoretici worden gezien als "social engineers", die via slimme interventies een gezin in de gewenste richting proberen te dwingen (Hoffman, 1982; 1990; Galan, 1988; Keeney & Sprenkle, 1982, in Rijnders & Nicolai, 1992). In therapie ligt de focus immers op het disfunctionele familiesysteem, als geobjectiveerde pathologie. De therapeut heeft "dé waarheid" in pacht en de cliënt is een passief en machteloos object (Freedman & Combs, 1996).

Als besluit kunnen we stellen dat de cybernetische theorie van Bateson gedurende jaren dominant was in de familietherapie en voor belangrijke theoretische en klinische veranderingen zorgde. Ten eerste was er een verandering van lineaire naar circulaire causaliteit. Ten tweede ontstond een focus op relaties en feedbackprocessen *tussen* individuen in plaats van *binnen* individuen. Ten derde namen therapeuten hun verantwoordelijkheid op

om interventies te ontwikkelen om gedragspatronen, die symptomen veroorzaakten, te doorbreken (Zimmerman & Dickerson, 1994).

2.2 Constructivisme en tweede-orde cybernetica

2.2.1 Constructivisme

Constructivisme is een cognitieve denkrichting die de relatie tussen kennis en realiteit onderzoekt in een evolutionair perspectief. Deze epistemologie stelt dat kennis hoogstens ten dele de werkelijkheid weerspiegelt. Constructivisten ontkennen het bestaan van een werkelijkheid niet. Ze stellen enkel dat het niet mogelijk is deze objectief te kennen. Kennis is zelfreferentieel en wordt mede geconstrueerd door de kenner (Rober, 1997). Individuen construeren dus hun eigen representatie van de wereld op basis van hun zintuigen, zenuwstelsel, informatieverwerkingscapaciteiten, opvattingen, ... en gedeeltelijk op basis van de objecten en gebeurtenissen in de wereld. Klachten en problemen zijn geen waargenomen realiteiten, maar constructies (Boeckhorst, 1997; Carr, 2001).

2.2.2 Tweede-orde cybernetica

Het zelfreferentiële karakter van kennis is het uitgangspunt van de tweede-orde cybernetica. De tweede-orde cybernetica sluit aan bij het constructivisme en benadrukt de rol van de kenner. Er is met andere woorden een verschuiving van geobserveerde systemen naar observerende systemen (von Foerster, 1981, in Rober, 1997). Doordat kennis mede wordt geconstrueerd door de kenner, bestaat objectieve kennis van het geobserveerde systeem niet. Bijgevolg ligt de nadruk op de verandering van het therapeut-cliënt systeem. De therapeut vormt immers een deel van het systeem en wordt mede beïnvloed (Anderson, 1997; Boeckhorst, 1997; Real, 1990).

Verandering wordt nu minstens even belangrijk als stabiliteit. Ook de metaforen, die therapeuten gebruiken, veranderen. Er wordt meer en meer gedacht in termen van biologische en ecologische systemen, in plaats van in termen van familiesystemen. Woorden zoals “co-evolutie” en “co-creatie” worden belangrijk. Zoals eerder vermeld, heeft het Milanese team een eigen wijze ontwikkeld om ideeën van Bateson toe te passen. In plaats van te zoeken naar gedragspatronen in families, gingen ze meer de nadruk leggen op betekenispatronen. Aan de hand van circulaire vragen verkregen ze niet alleen informatie over de relaties in het gezin, maar induceerden ze ook veranderingen in de betekenispatronen binnen de gezinnen. Meer en meer legden ze de focus op het stellen van vragen (micro-interventies doorheen het hele gesprek), in plaats van op het ontwikkelen van een ingrijpende interventie op het einde van de sessie. Het proces van circulaire vragen heeft trouwens iets transformatiefs: families veranderen wanneer gezinsleden naar elkaars antwoorden luisteren (Freedman & Combs, 1996; Real, 1990).

2.2.3 Therapeutische implicaties

Volgens het constructivisme, ontstaat een therapeutisch proces wanneer therapeut en cliënt samen nieuwe betekenissen creëren rond het probleem en het bredere functioneren van het systeem. Therapeuten geven cliënten de vrijheid om meervoudige perspectieven aan te nemen tegenover dezelfde feiten. Daar er geen enige echte absolute waarheid is, wordt de visie van de cliënt en de therapeut gezien als één van de mogelijke interpretaties van de realiteit. Daar problemen voornamelijk in termen van betekenissen bestaan, richt therapie zich vooral op de co-constructie van nieuwe betekenissen rond het probleem, in plaats van op het veranderen van gedrag of van de gezinsstructuur. Er is geen sprake meer van een hiërarchische relatie tussen therapeut en cliënt. De therapeut is geen neutrale observator meer, maar maakt deel uit van het therapeutische systeem, waardoor er geen verschil meer is tussen het waargenomen en de waarnemer. De visie van de therapeut is gewoon een andere visie. Elke visie is even waar. De therapeut gaat ook geen controle of macht op het systeem uitoefenen, maar neemt een participerende houding aan. Hij ziet af van directief ingrijpen en heeft aandacht voor toevallige, niet-intentionele interventies. De therapeut heeft slechts controle over zijn eigen gedrag. Macht en invloed worden dus gewantrouwd (Freedman & Combs, 1996; Rijnders & Nicolai, 1992; Rober, 1997).

2.2.4 Kritiek op het constructivisme en de tweede-orde cybernetica

Coyne, Denner en Rausom (1982, in Rober, 1997), Held (1990, in Rober, 1997) en Wilder (1982, in Rober, 1997) hebben kritiek geuit op hun vage of verwarrende taalgebruik. Hiernaast is ook veel geschreven over het probleem van de macht. Bateson (1972, in Rober, 1997) deed een poging het concept “macht” uit het denken van de gezinstherapeuten te bannen en introduceerde het idee van circulaire causaliteit. Hierop kwam echter ook kritiek. Men stelde zich de vraag hoe men dan kan spreken over “invloed”, “schuld”, “verantwoordelijkheid”, “daders” en “slachtoffers” (Dell, 1986, 1989, in Rober, 1997). Het probleem met het concept van circulariteit, is dat wanneer er een wederzijdse beïnvloeding is tussen leden van een systeem, ze niet allen evenveel invloed uitoefenen. Gezinsleden zijn immers hiërarchisch georganiseerd in termen van macht (Carr, 2001).

Binnen de mechanistische, cybernetische metaforen is er weinig mogelijkheid om om te gaan met de ervaring van het individu. Tevens zijn deze modellen beperkt bruikbaar, daar mensen uitsluitend beschreven worden in termen van “informatieverwerkende machines” in tegenstelling tot “betekenisgenererende wezens” (Anderson & Goolishian, 1992).

3 Postmodernisme

Vroeger werd over gezinstherapie gedacht in termen van cybernetische metaforen. Aanvankelijk hielpen deze metaforen te kijken naar aspecten van de werkelijkheid die vroeger werden verwaarloosd, zoals “gehelen” en “interacties”. Andere aspecten van de werkelijkheid werden echter in het duister gelaten, zoals “ongelijkheid”, “verantwoordelijkheid” en “geweld”. Met het postmodernisme maakten nieuwe “metaphors we live by” hun intrede

(Lowe, 1990, in Rober, 2002a). Taalmetaforen, zoals “verhaal”, “conversatie” en “dialogoog” staan nu centraal.

Postmoderne benaderingen noemen zichzelf niet graag nieuwe benaderingen. Het postmodernisme wordt vaak tegenover het modernisme gesteld, terwijl het eigenlijk de klemtoon legt op een aantal bestaande zaken en er nieuwe dingen aan toevoegt. Het wil geen nieuwe trend zijn, maar wil eerder de moderniteit herschrijven (Lenaerts, 2002). We kunnen hier spreken over “oude wijn in nieuwe vaten”: nieuwe “ingrediënten” worden toegevoegd.

Postmodernisten geloven dat de mens beperkt is in zijn omschrijving van de wereld als absoluut, objectief, precies en universeel. Ze verschillen van modernisten in de zin dat ze meer geïnteresseerd zijn in uitzonderingen, betekenis en de constructie van lokale kennis, dan in regels, feiten en globale kennis (Freedman & Combs, 1996). Er is niet één waarheid. Onze keuzes moeten gebaseerd zijn op waarden, opdat elk gedrag een ethische keuze zou zijn (Rober, 2002a).

Bij het raadplegen van literatuur over postmodernistische benaderingen wordt duidelijk dat vele termen door elkaar gebruikt worden, concepten en uitgangspunten elkaar overlappen en dat éénduidigheid ontbreekt. Dit blijkt eigen te zijn aan het postmodernisme. Volgens Rober (2002a) is het onmogelijk een sluitende definitie te geven van postmodernisme. Het staat immers voor multipliciteit en diversiteit. Een postmoderne denker gelooft er niet in dat één theorie de complexiteit van de werkelijkheid kan vatten. Smith (1997) legt ook de nadruk op het postmodernistische idee dat geen enkele persoon of benadering het “definitieve antwoord” kent.

Dit gebrek aan éénduidigheid kunnen we aantonen aan de hand van enkele bronnen. Boeckhorst (1997) schrijft dat het beter is om een onderscheid te maken tussen twee vormen van narratieve benadering, daar vele auteurs geen onderscheid maken tussen de narratieve benadering en het sociaal constructionisme. Smith (1997) geeft aan dat ondanks de vele veronderstellingen die narratief georiënteerde therapeuten delen, er ook significante verschillen zijn. Enerzijds zijn er therapeuten die beïnvloed worden door de deconstructieve, externaliserende, “re-authoring” benadering van Michael White en David Epston. Anderzijds bestaat een hermeneutische/dialogische benadering gebaseerd op het werk van Harry Goolishian, Harlene Anderson en Tom Andersen. Zij leggen meer de nadruk op de dialogische conversatie en op de wijze waarop cliënten hun verhalen vertellen. Smith (1997) wijst er wel op dat sommige auteurs de twee benaderingen combineren. Freedman en Combs (1996) combineren op hun beurt narratieve en sociaal constructionistische metaforen. Ook Rober en Migerode (1997) kaarten, in dezelfde lijn als Smith (1997), de verschillende visies op narratieve therapie aan. Daar er nog niet zoiets bestaat als dé narratieve therapie, kan de narratieve richting in de gezinstherapie ingedeeld worden in twee stromingen. De eerste stroming legt de nadruk op de metafoor van het verhaal. Psychotherapie wordt gedefinieerd als het samen construeren van een nieuw verhaal. De tweede stroming kiest vooral de metafoor van de conversatie. Psychotherapie wordt hier gezien als een proces van sociale constructie. Later duidt Rober (2002a) de nieuwe benaderingen, die gebruik maken van narratieve metaforen als gevolg van de kritieken op de cybernetica, allen aan als collaboratieve therapieën. Ook White (1993) geeft aan dat we in de gezinstherapeutische

literatuur vele voorbeelden vinden van het samensmelten van de verhaalmetafoor met verschillende conversatie/linguïstische metaforen. Hij wijst echter op belangrijke verschillen. Carr (2001) geeft aan dat ontwikkelingen in het sociaal constructionisme gestaaft werden door Hoffman, Mc Namee en Gergen. Ook Tomm en zijn interveniërend interviewen, Andersen en zijn reflecterend team, alsook Goolishian en Anderson en hun collaboratieve linguïstische benadering vallen hieronder. Oplossingsgerichte kortdurende en narratieve benaderingen worden ook verondersteld een sociaal-constructionistische wereldvisie te hebben, maar deze benaderingen zijn voldoende ontwikkeld om als afzonderlijke scholen te worden erkend.

Het is duidelijk dat de grenzen tussen de stromingen vaag zijn en dat menig auteur dit anders benadert. We kiezen ervoor om binnen het postmodernisme een onderscheid te maken tussen het sociaal constructionisme en het narratieve paradigma, dat hier nauw bij aansluit. Binnen het narratieve paradigma vallen een aantal nieuwe benaderingen, zoals de narratieve therapie, de collaboratieve of conversationele therapie, de oplossingsgerichte kortdurende therapie en de appreciërende therapie. Nadien zullen we deze benaderingen gemakkelijkschulve collaboratief noemen. Hiermee volgen we de argumentatie van Rober (2002a). Alle benaderingen streven immers een respectvolle therapeutische samenwerkingsrelatie (Anderson, 1997), participatie (Hoffman, 1990) of co-auteurschap (White, 1993) na. Elke visie is dus een ethische keuze op basis van deze waarden. Met de wijze waarop we de stromingen weergeven, willen we de verschillen van deze benaderingen niet ontkennen of onderbelichten. We zullen dan ook de belangrijkste ontwikkelingen van de narratieve en de collaboratieve benaderingen bespreken.

3.1 Het sociaal constructionisme

Het individueel wereldbeeld is geconstrueerd op basis van de omgeving en persoonlijke factoren (=constructivisme), maar *bijkomend* ook door middel van sociale interacties. Het medium van de interacties is de taal. Waarheid wordt niet ontdekt, maar geconstrueerd, niet door geïsoleerde individuen, maar door gemeenschappen van mensen in conversatie. Bruikbare constructies van objecten en gebeurtenissen en relaties daartussen worden in de gemeenschap behouden. De bruikbaarheid van constructies wordt door de gemeenschap (het systeem) bepaald op basis van de mogelijkheid om problemen op te lossen, adaptatie aan de omgeving te bekomen, noden te vervullen en te overleven. In therapie gaat de therapeut samen met de cliënt een meer “bruikbare” visie op het probleem co-construeren. Er wordt aldus gezocht naar manieren om nieuwe mogelijkheden te creëren (Carr, 2001).

Kennis van de mens wordt opgeslagen in verhalen, die sociale constructies zijn. Verhalen zijn geen weerspiegeling van de werkelijkheid, maar worden gestuurd door culturele conventies en zijn historisch gesitueerd. De betekenis van wat de cliënt in het therapeutische gesprek uitdrukt, wordt niet ontdekt in de intentie van de cliënt. Betekenis wordt daarentegen gecreëerd door een soort van onderhandeling tijdens de dialoog tussen therapeut en cliënt (Gergen & Kaye, 1992; Rober, 2002a).

3.2 Stromingen binnen het narratieve paradigma

3.2.1 Narratieve therapie

White en Epston hebben een belangrijke bijdrage geleverd en worden als grondleggers van de narratieve benadering gezien. Ze leggen de nadruk op de metafoor van het verhaal. De mens wordt geboren en leeft in verhalen (Anderson, 1997; Rober & Migerode, 1997). Hij wordt een verteller, een homo fabulans (Boeckhorst, 1997), een homo narratus (Parry, 1997). Met behulp van taal en symbolen gaat de mens actief de wereld betekenis geven. Ervaringen moeten hiertoe lineair verbonden worden in verleden, heden en toekomst. Ze moeten met andere woorden gerangschikt worden in de tijd. Ervaringen krijgen op die manier een narratieve structuur. De verhalen die we maken worden echter niet enkel beïnvloed door onze ervaringen. Ze staan immers niet los van de socio-politieke context, die we macht kunnen noemen. De mens wordt dus gezien als een verteller. Zijn levensgeschiedenis wordt gezien als een reeks verhalen waarin wordt verteld hoe hij zichzelf en de wereld om hem heen ziet. Elk gezinssysteem heeft zijn narratieve traditie. Dit is een kenmerkende wijze van dingen benoemen, interpreteren en handelen. Objectieve kennis bestaat dus niet. Waarden en normen, het soort gezin en de geschiedenis van de generaties weerspiegelen zich in de narratieve traditie (Boeckhorst, 1997; Rober & Migerode, 1997).

De werkelijkheid wordt op veelvuldige manieren bekeken en beschreven, waardoor complexe gebeurtenissen niet gereduceerd worden tot één verhaal of perspectief. Narratieve technieken maken dominante en inperkende verhalen van de geschiedenis zichtbaar, ontmaskeren de onderdrukkende macht van de “verborgen” narratieven (zoals bij trauma’s en misbruik) en scheppen nieuwe ervaringsmogelijkheden. Ze bewerken eveneens de incoherenties in verhalen. Zo ontstaat er meer samenhang en blijven cliënten niet gevangen in tegenstrijdigheden en dilemma’s. Ze bewerken ook het verhaal van de cliënt om ruimte te scheppen voor nieuwe opties en betekenisgeving. Voorbeelden van narratieve verhaaltechnieken zijn het invoeren van andere vertelperspectieven en vertellers, het veranderen van eigenschappen of motieven van verhaalpersonages, verschuiving van thema’s als schuld en schaamte in de richting van de competentie van betrokkenen (Sluzki, 1992, in Boeckhorst, 1997; Freedman & Combs, 1996; White & Epston, 1990).

Dit zal duidelijker worden aan de hand van de therapeutische implicaties, waarin een beschrijving wordt gegeven van de belangrijkste begrippen uit deze benadering, namelijk “deconstructie”, “re-authoring” of “re-storying”, “unique outcomes” en “externalisatie”. We baseren ons hiervoor op de volgende bronnen: Carey en Russell (2002), Freeman, Epston en Lobovits (1997), Parry (1997), Rober en Migerode (1997), Smith (1997), Weingarten (1998), White (1993) en White en Epston (1990).

3.2.1.1 Therapeutische implicaties

Mensen dragen bij tot het voortbestaan van hun problemen door de verhalen die ze er rond opbouwen. De cliënt komt in therapie met een probleem-gesatureerd verhaal. Dit dominante verhaal, waarin het probleem centraal staat en betekenisgevend is, moet losgemaakt worden van het levensverhaal van de cliënt. Dat kan gebeuren door het probleem te externaliseren.

Aanvankelijk ontwikkeld in het werk met kinderen, kan externalisatie het best begrepen worden in de zin “the person is not the problem, the problem is the problem”. Mensen internaliseren hun problemen, terwijl in deze visie problemen producten zijn van cultuur en geschiedenis. Ze zijn sociaal geconstrueerd en gecreëerd doorheen de tijd. Door het probleem te objectiveren, realiseren cliënten zich dat ze niet samenvallen met het probleem. Zo wordt in therapie ruimte geopend voor het samen construeren van alternatieve verhalen, die werden gemarginaliseerd door het dominante verdrukkende verhaal. Het alternatieve verhaal moet door de cliënt worden geaccepteerd, stroken met zijn ervaring en meer controle op het leven inhouden. Nieuwe betekenissen over zichzelf, het gezin en de wereld kunnen tot stand komen en het probleem oplossen. De cliënt wordt opnieuw auteur van zijn leven. Dit noemt White “re-authoring” of “re-storying”.

Externaliseren verloopt in twee fasen. Allereerst wordt de invloed van het probleem in kaart gebracht. Nadien wordt nagegaan wat de invloed van de persoon op het probleem is. Gedurende externaliserende conversaties, dialogen waarin problemen worden geobjectiveerd, gaan therapeuten op zoek naar “unique outcomes”. Dit zijn momenten waarop de cliënt zich heeft kunnen verzetten tegen het probleem. Zo worden ervaringen gevonden die in tegenspraak zijn met het probleem-gesatureerd verhaal. Het is hier echter ook van belang dat de cliënt wordt uitgenodigd om deze gebeurtenissen te evalueren. Indien deze betekenisvol en gewenst zijn, kan het opwekken van alternatieve verhalen worden vergemakkelijkt door zich te richten op deze “unique outcomes”.

De benadering van White en Epston is zeer warm en respectvol. De waardigheid van de mens staat centraal. Er wordt gezocht naar de krachten en persoonlijke vaardigheden van de cliënt om zijn leven te “her-scheppen” op een niet-pathogene, niet-problematiserende manier. De therapeut neemt een open houding aan om in samenwerking met de cliënt een “co-auteur” te zijn van het alternatieve verhaal. White en Epston leggen ook de nadruk op het niet in vraag stellen van de probleemomschrijving van de cliënt. De wijze waarop de cliënt zijn probleem definieert, wordt aanvaard. Door het in kaart brengen van de invloed van het probleem en de invloed van de personen volgt de externalisering immers als vanzelf (Rober & Migerode, 1997).

White (1993) geeft dus aan dat therapeuten kunnen bijdragen tot de deconstructie van expertkennis door zichzelf te beschouwen als “co-auteurs” van alternatieve en verkozen kennis, en door het creëren van een context waarin de cliënt de primaire auteur is. De therapeut moet de cliënten consistent aansporen om hem te helpen hen beter te begrijpen. Hij kan de cliënt er bijvoorbeeld op wijzen dat de mate van zijn deelname afhankelijk is van de door de persoon geleverde feedback over zijn ervaringen van de therapie. Tevens kan hij de

cliënt voortdurend aanmoedigen om het reële effect van de therapie te evalueren. De therapeut kan zich ook “doorzichtig”² opstellen in het therapeutische systeem door zijn antwoorden (vragen, gedachten, opinies, commentaren, ...) te deconstrueren en te situeren in de context van zijn persoonlijke belevingen, verbeelding en intenties. Dit draagt bij tot een context waarin de cliënt beter in staat is te beslissen hoe hij de antwoorden van de therapeut zal opvatten. Deze doorzichtigheid is tegen het idee dat therapie slechts gewenste effecten heeft als haar werkwijze geheim blijft. Er is met andere woorden geen sprake van een “verborgen agenda”, daar de therapeut reflecteert en zijn keuzes en dilemma’s communiceert aan de cliënt. Wederzijdse reflectie moedigt respect aan, opent ruimte voor nieuwe mogelijkheden en zorgt voor individuele of collectieve creativiteit. Kortom, er is een co-creatie van therapie.

Volgens Freeman, Epston en Lobovits (1997) zijn therapeuten nieuwsgierig en geïnteresseerd in het bestaan en de mogelijke werelden van de cliënt. Ze hechten meer belang aan de vragen en antwoorden, dan aan de beweringen, interpretaties en verklaringen van de therapeut. Vragen worden eerder gebruikt om ervaringen te genereren, dan om informatie te verzamelen. Ze geven ook aan dat het gebruik van vragen eerder hand in hand gaat met actieve nieuwsgierigheid dan met professionele zekerheid, en dat de participatie van de therapeuten het gesprek onoverkomelijk zal leiden in bepaalde richtingen.

Carey & Russell (2002) hechten ook belang aan de nieuwsgierige houding van de therapeut en het samen verkennen en verminderen van de effecten van problemen. Externaliserende conversaties geven de mogelijkheid aan de therapeut om deel te nemen aan het proces, dat zijn cliënt doormaakt. Het geeft hem ook de gelegenheid om verschillende posities in zijn bevragingen aan te nemen vanuit een non-expert positie.

3.2.1.2 Kritiek op de narratieve therapie

Rober en Migerode (1997) halen een aantal kritieken aan op de benadering van White en Epston. Hun benadering lijkt soms eerder een benadering voor individuele psychotherapie dan voor gezinstherapie, daar vele casussen betrekking hebben op individuele therapie. Ook Minuchin (1998, in Rober, 2002a) stelt dat het gebruik van narratieve metaforen het gezin in het duister laat. De aandacht gaat vooral uit naar het verhaal van de cliënt, waardoor het non-verbale gedrag amper in beschouwing wordt genomen. Het begrip “unique outcome” wordt bekritiseerd door de Shazer (1993, in Rober & Migerode, 1997). Het woord “unique” suggereert dat het om een éénmalige gebeurtenis gaat. Het begrip “exceptions” zou beter zijn, omdat het in het meervoud is en herhaling van de uitzondering mogelijk is.

De meest fundamentele kritiek heeft te maken met het idee van “re-storying” of “re-authoring”. Het vervangen van een disfunctioneel verhaal door een functioneel verhaal wordt door Gergen & Kay (1992) gelijk gesteld aan de eerste-orde cybernetica. Ze verwerpen de narratieve metafoor als bruikbaar voor therapie en lijken meer belang te hechten aan de

² Deze term werd gesuggereerd door David Epston (1991, in White, 1993) en werd voor het eerst gebruikt door Rogers (Anderson, 2001). Anderson verkiest echter de term “public”, daar de cliënt enkel kan zien wat de therapeut laat zien.

metafoor van de conversatie, als een context om nieuwe betekenissen via dialoog te ontwikkelen. Dit is meer in dezelfde lijn als de visie van Anderson en Goolishian.

Boeckhorst (1997) haalt nog een aantal andere kritieken aan. De term “verhaal” wordt volgens hem in een te brede betekenis gebruikt, waardoor onduidelijk is wat er precies mee wordt bedoeld. Er wordt ook uitgegaan van het feit dat de cliënt een verhaal vertelt, waardoor het aandeel van de therapeut over het hoofd wordt gezien. Op die manier zou de therapeut gezien kunnen worden als een cybernetische therapeut, die als expert van buitenaf interenieert. Cliënt en therapeut zijn echter vertellers en het verhaal is hun gezamenlijk verhaal.

3.2.2 Collaboratieve therapie

In tegenstelling tot de narratieve benadering, die cliënten helpt zich te bevrijden van verdrukkende verhalen, wil de collaboratieve benadering de cliënt helpen bij de overgang van vastzittende monologen naar meer bevrijdende dialogen. Er wordt niet intentioneel gebruik gemaakt van externaliserende conversaties. Er wordt dus niet gezocht naar “unique outcomes”, die versterkt kunnen worden in het alternatieve verhaal. Er wordt wel getracht de dialoog van de cliënt te vergemakkelijken door de introductie van vele interne en externe narratieven (stemmen), zonder noodzakelijkerwijze de cliënt uit te nodigen tot een welbepaald verhaal (Smith, 1997). De vooronderstelling hier is dat veel verschillende “zelden” of stemmen opgeroepen worden in verschillende relaties en situaties. Collaboratieve therapeuten zorgen voor een veilige haven om te exploreren doorheen deze stemmen, opdat cliënten op een meer flexibele en bevredigende wijze kunnen reageren (Anderson, 1996; Gergen & Kaye, 1992; Smith, 1997).

Dit alles kan vaag klinken, maar zal duidelijker worden aan de hand van een beschrijving van de belangrijkste basisprincipes, gevolgd door de therapeutische implicaties. In dit laatste worden enkele begrippen uit deze benadering besproken, namelijk “not-knowing position”, “going public”, “inner conversation” en “the not-yet-said”. We baseren ons hiervoor op de volgende bronnen: Anderson (1993, 1997, 2000, 2001), Anderson & Goolishian (1988, 1992), Tom Andersen (1987, 1992) en Rober (1999, 2002a/b).

Anderson en Goolishian (1988, 1992) hanteren als uitgangspunt dat het therapeutische systeem gelijk is aan een linguïstisch systeem, waarvoor de communicatie relevant is. Menselijke systemen genereren taal en betekenis. Betekenis en begrip zijn sociale en intersubjectieve constructies, die enkel verworven kunnen worden in een betekenisgenererende dialoog. Sociale organisatie is dus het product van communicatie. Een therapeutisch systeem is ook een probleemorganiserend en probleemoplossend systeem. Therapie vindt plaats in een therapeutische conversatie en dus in het gezamenlijk zoeken en exploreren via dialoog. Ideeën worden uitgewisseld en nieuwe betekenissen evolueren naar het oplossen van problemen en dus ook van het systeem zelf. Problemen bestaan uit taal en zijn uniek in de narratieve context waaruit ze hun betekenis halen. Tevens leven we in en door de narratieve identiteiten die we ontwikkelen in conversatie met elkaar. Verandering is het

ontvouwen van nieuwe betekenissen door dialoog en dus het ontstaan van een nieuw verhaal. Ons “zelf” verandert continu.

3.2.2.1 Therapeutische implicaties

Het concept “not-knowing” werd geïntroduceerd door Anderson en Goolishian en verwijst naar een houding van de therapeut waarin hij een authentieke nieuwsgierigheid en interesse voor het verhaal van de cliënt heeft. De therapeut heeft geen a-priori kennis, maar luistert. De therapeut is niet onwetend, is dus geen tabula rasa, en is in een innerlijk gesprek verwickeld met zichzelf terwijl hij met de cliënt praat. Zo maakt hij ruimte voor het andere en bereidt hij zijn vragen voor. De “inner conversation” van de therapeut, dat een dialoog is, mag niet gemonopoliseerd worden door één idee. Volgens Andersen, die onder andere ook het reflecterend team introduceerde, handelt dit innerlijk gesprek over de ideeën die verwoord worden in het externe gesprek, over de inhoud van het externe gesprek, en over hoe dat gesprek het best gevoerd kan worden. Aanknopingspunten voor het gesprek met de gezinsleden worden zo geboden. Het doel is immers steeds om ruimte te maken voor verhalen die nog niet verteld zijn of voor verhalen die ooit wel verteld zijn geweest, maar die nooit in de context van het gezin besproken zijn. Wanneer de therapeut één van zijn reflecties deelt met het gezin, spreekt Anderson over “going public”. Zo kan de cliënt geholpen worden bij het verwoorden van “the not-yet-said”. Deze overwegingen van de therapeut wil de cliënt niet in een welbepaalde richting duwen. Ze worden gewoon aangeboden als een gespreksthema, niet als diagnose of als verklaring. Andersen geeft hier ook als vuistregel dat wat men aan het gezin voorlegt, ongewoon moet zijn, maar niet te ongewoon. Het moet gaan om “a difference that makes a difference”.

Drie kenmerken zijn van belang: “connect”, “collaborate” en “construct”. Het gaat hier om het opbouwen van een verbondenheid met de cliënt. Hulpverlening wordt gezien als een gezamenlijke onderneming en verantwoordelijkheid, waarbij de cliënt wordt beschouwd als de expert van zijn eigen leven en de hulpverlener als de expert van het dialogische proces. In dialoog construeren ze samen nieuwe betekenissen en nieuwe mogelijkheden. De nadruk ligt hier op de metafoor van de conversatie. In therapie wordt ruimte gecreëerd zodat een dialogische conversatie kan ontstaan, waarin cliënt en therapeut collaboratieve partners zijn (Anderson, 1997).

De therapeut is een lid van het probleemorganiserende systeem en bevindt zich, als participerende observator, in een gelijkwaardige en niet-hiërarchische positie, zoals de andere leden van dat systeem. De positie van de therapeut is collaboratief. Hij zit *in* het systeem als iemand die zich wederkerig, bescheiden en respectvol opstelt. Door deze houding beweegt de therapie naar een proces waarin alle deelnemers, inclusief de therapeut, open kunnen zijn voor verandering (Anderson & Goolishian, 1988, 1992).

De therapeut is ook een architect van de dialoog. Hij is een expert in het creëren van een ruimte en het vergemakkelijken van een dialogische conversatie. Door zijn rol als participant-observator en participant-facilitator van de therapeutische conversatie kunnen nieuwe beschrijvingen, nieuwe betekenissen en een nieuwe sociale organisatie ontstaan. De positie

van de therapeut is er een van multipartijdigheid en is dus meer dan enkel neutraliteit. Hij staat aan ieders kant en werkt simultaan binnen ieders visie. Elke therapeut heeft zijn waarden, vooroordelen en manier van kijken, maar dit moet gezien worden als mogelijkheden om andere ideeën te exploreren. Neutraliteit betekent niet dat een therapeut geen standpunt heeft, maar wel dat hij steeds nieuwe interpretatieve posities zal innemen als gevolg van dialogische, communicatieve actie en de daaruit voortvloeiende, veranderende realiteiten (Anderson & Goolishian, 1988, 1992).

De therapeut beoefent een expertise in het stellen van vragen vanuit een positie van “not-knowing”, eerder dan vragen te stellen aan de hand van een methode die specifieke antwoorden vereist. Conversationele vragen zijn het belangrijkste instrument om de ontwikkeling van een conversationele ruimte en het dialogische proces te vergemakkelijken. Enerzijds respecteert, vertrouwt en gelooft de therapeut de cliënt, anderzijds leert de therapeut en tracht hij de cliënt voortdurend te begrijpen. Het nieuwe ontstaat uit de lokale conversatie en het is onmogelijk te voorspellen hoe alles zal eindigen. Deze onzekerheid opent deuren om verder te leren (Anderson, 2000, 2001).

3.2.2.2 Kritiek op de collaboratieve therapie

Net zoals voor de narratieve benadering wordt non-verbale communicatie in de literatuur van de collaboratieve therapie nauwelijks genoemd. Het lijkt alsof het belang hiervan onderschat wordt en het allemaal “talk, talk, talk” is. Het blikveld van de therapeut zou enkel op woorden, praten en stemmen liggen (Rober, 2002a).

3.3 Kritiek op het postmodernisme

Bertrando (2000) heeft een kritische bespreking gemaakt wat de evolutie van theorieën betreft, waarin hij stelt dat een narratieve therapie zonder systemen onvolledig is. Alhoewel de introductie van het narratieve denken positieve gevolgen heeft, zoals het groeiende respect voor ideeën, waarden en verhalen, heeft het ook een aantal problematische aspecten. Er is een volledige verwerping van de cybernetische en systemische kijk op familietherapie, hetgeen de teloorgang van belangrijke bijdragen kan betekenen. Bertrando (2000, p. 87-88) stelt: “It is one thing to say ‘we cannot but be postmodern’, and to think that therapists cannot live in the comforting certainty of an all-encompassing theory, but it is quite another to think that not having a preferred theory is ‘correct’, and having one is ‘incorrect’”. Ze riskeren zo vele positieve kanten van moderne theorieën te verliezen. Ook lopen ze het risico om contact te verliezen met andere velden, zoals de psychiatrie, waar de invloed van het modernisme groot is. Het niet accepteren van een theorie is op zichzelf al een a-theoretische positie. De vraag wordt gesteld wat postmoderne, narratieve therapeuten zouden antwoorden wanneer iemand zou zeggen dat geslacht, geweld en misbruik “gewoon verhalen zijn als elk ander verhaal”. Zo worden ze het onderwerp van het relativisme waar ook het modernisme onderwerp van was. Terwijl het stellen van vragen in het postmodernisme gezien wordt als het bevrijden van de cliënt, heeft Canetti (1960, in Bertrando, 2000) gezegd dat vragen ook een machtspraktijk kunnen zijn. Hoe collaboratief de therapeut ook is, vragen willen immers beantwoord worden.

Ook de positie van “not-knowing” wordt sterk bekritiseerd, daar het ofwel een vorm van ijdele hoop kan zijn, waarin weten verdwijnt in het onvertelde, ofwel een strategische zet kan zijn, waarin het niet innemen van een idee of gezichtspunt slechts een simulatie is van “not-knowing”.

4 Besluit

In dit hoofdstuk hebben we de belangrijkste theoretische ontwikkelingen geschetst, die de laatste jaren zijn ontstaan in de familietherapie. De overgang van het moderne naar het postmoderne denken, houdt onder andere in dat het bestaan van één enkele werkelijkheid wordt betwijfeld. Deze twijfel houdt ook de opvatting in dat werelden slechts toegankelijk zijn via taal en dat onze ervaring in de eerste plaats wordt gevormd door verhalen.

Ook voor de therapeut houden deze nieuwe ontwikkelingen een aantal implicaties in. Hij ruilt zijn expertpositie in voor een positie van “not-knowing”. Authentieke nieuwsgierigheid naar de verhalen van de cliënt staat nu op de voorgrond. Terwijl hij met de cliënt praat, is hij in een innerlijk gesprek verwickeld met zichzelf. Wanneer hij één van zijn reflecties deelt met het gezin, spreken we over “going public”. Zo kan de cliënt geholpen worden bij het verwoorden van “the not-yet-said”. Het doel is steeds om een conversationele ruimte te ontwikkelen en om het dialogische proces te vergemakkelijken.

In het volgende hoofdstuk gaan we onder andere de projectwerking van het begeleidingstehuis verduidelijken, waarbij het van belang is om de postmodernistische kijk op therapie in het achterhoofd te houden.

Hoofdstuk II: Moet-willige hulpverlening

1 Inleiding

Vanaf de jaren '60 hebben verschillende onderzoekers aandacht geschonken aan de psychologische gevolgen van vrijheidsberoving. Door de toenemende criminaliteit en de recidivecijfers werden niet alleen de effectiviteit van de gevangenis als strafmaatregel in vraag gesteld, maar ook de diverse vormen van alternatieve straffen en behandelingen, zoals therapie, counseling en jobtraining (Goethals, 1978).

Dit hoofdstuk bestaat uit drie onderdelen. Allereerst bespreken we de “Gestructureerde Kortdurende Residentiële Begeleiding”, een project dat zich richt op adolescente meisjes die in het kader van de Bijzondere Jeugdzorg werden geplaatst in een gesloten gemeenschapsinstelling. Dit deel is onder andere gebaseerd op de website van het begeleidingstehuis en op een informatiebijeenkomst met de verantwoordelijke van het project. Ten tweede staan we stil bij de gedwongen hulpverlening en de therapeutische implicaties die hiermee samengaan. Ook halen we een aantal studies aan die de efficiëntie van een gedwongen behandeling zijn nagegaan. Daar ons onderzoek zich toespitst op adolescenten, achten we het van belang om als laatste een kort overzicht te geven van onderzoeken die de beleving van kinderen en/of adolescenten in familietherapie nagegaan zijn.

2 Projectwerking

2.1 Doelgroep

De “Gestructureerde Kortdurende Residentiële Begeleiding” richt zich tot meisjes tussen 16 en 18 jaar, die in de gesloten gemeenschapsinstelling te Beernem werden geplaatst in het kader van de Bijzondere Jeugdzorg. De adolescenten komen uit multi-problem gezinnen en indien herintegratie in het thuismilieu niet mogelijk is, moeten ze in staat zijn om op korte termijn op eigen benen te staan.

Plaatsing in een halfopen of een gesloten afdeling van een gemeenschapsinstelling kan beschouwd worden als de meest ingrijpende maatregel die de jeugdrechter ten aanzien van een jongere kan nemen (van Welzenis, 2001). Het subsidiariteitsprincipe is immers van toepassing, een gerechtelijke maatregel dient namelijk vermeden te worden zolang hulpverlening op vrijwillige basis mogelijk is (Bogaerts, Plasschaert & Deboutte, 2000). De jeugdrechter kan optreden in drie situaties. Ten eerste, bij problematische opvoedingssituaties, die niet door vrijwillige hulpverlening opgelost kunnen worden. Ten tweede, in situaties waarbij een jongere een feit heeft gepleegd dat als een misdrijf kan omschreven worden. Ten derde, in bepaalde situaties ten aanzien van de thuissituatie. Dringende tussenkomsten zijn in principe steeds in tijd beperkt, totdat vrijwillige hulpverlening (opnieuw) mogelijk wordt. Een plaatsing in een gesloten instelling is pas mogelijk wanneer aan drie voorwaarden wordt

voldaan. Allereerst moet de minderjarige minstens veertien jaar oud zijn. Tevens moet er een plaatsing geweest zijn in een pleeggezin of een open instelling waaraan de jongere zich herhaaldelijk heeft proberen te onttrekken. Ten laatste moet de maatregel noodzakelijk zijn voor het behoud van de integriteit van de jongere. Hulp- en dienstverlening zijn altijd het doel in de gesloten instelling, omdat dit het opzet is van de jeugdbescherming (Gids voor gezinnen, 2002).

Het project is een overheidsproject, gefinancierd door het Ministerie van Justitie. Maximaal twaalf adolescente meisjes per jaar, kunnen in het project meedraaien. De projectwerking bestaat uit een intensieve begeleiding, waarbij herintegratie van de jongere in het 'dagelijks leven' centraal staat. De bedoeling is tevens om een herstel van relaties te bewerkstelligen binnen de familiekring of om iets op te bouwen van een nieuwe toekomst voor de meisjes, vanuit een positief geloof dat het mogelijk is. Gedurende maximaal zes maanden worden zowel de jongere als zijn omgeving opgevolgd. Hierna wordt deze intensieve begeleiding beëindigd, hetzij in het thuismilieu, hetzij in het opstarten van Begeleid Zelfstandig Wonen.

Er wordt zowel met de jongere als met de omgeving samen gewerkt en een balans wordt opgemaakt van de draagkracht, het functioneren, de gevoelens en verwachtingen, ... van de verschillende betrokkenen. Van daaruit wordt opgesteld welke doelstellingen haalbaar zijn ten einde het alledaagse functioneren in positieve zin te veranderen, de draagkracht van de jongere en zijn omgeving te versterken, de zelfstandigheid van de jongere te vergroten om zodoende de draaglast van de omgeving te verminderen en de sociale netwerken van de jongere te versterken (gezin, school, werk, vrije tijd, ...).

2.2 Aanmelding

De aanmelding van de jongere gebeurt door een consulent van de sociale dienst van de jeugdrechtsbank of door de sociale dienst van de gemeenschapsinstelling. In het tweede geval gaat het begeleidingstehuis ervan uit dat er reeds een overleg tussen de gemeenschapsinstelling en de consulent plaatsvond.

Ondanks het feit dat het om gedwongen hulpverlening gaat, is de motivatie van de jongere, die op zijn minst bereid moet zijn om mee te werken aan de projectwerking, één van de belangrijkste factoren om tot het project toegelaten te worden. Ook van belang zijn de effectieve kansen en bereidheid van het thuismilieu om op korte termijn over te gaan tot herintegratie of de effectieve mogelijkheden van de jongere om op korte termijn zijn eigen leven te gaan sturen en leiden. Deze screening gebeurt door de medewerkers van de gemeenschapsinstelling.

2.3 Individueel fasenplan

2.3.1 De voorbereidende fase

Ongeveer één maand voor het begin van de begeleiding start het begeleidingstehuis met de voorbereiding. Er wordt in deze periode, samen met de jongere, zijn context en de verwijzers, een individueel fasenplan opgesteld dat als leidraad zal fungeren tijdens de begeleiding. In dit fasenplan wordt de hulpverlening geconcretiseerd. Aan de hand van meerdere gesprekken met zowel de adolescent als met de ouders en of relevante derden wordt bekeken hoe de objectieve situatie is en hoe de verschillende partijen die beleven en aanvoelen. Door te vertrekken vanuit de mogelijkheden en beperkingen van de verschillende partijen, worden concrete doelstellingen vooropgesteld die haalbaar zijn binnen de termijn van maximaal zes maanden. Het engagement van het begeleidingstehuis, het thuismilieu en de minderjarige wordt voor elke fase gespecificeerd. Het individueel fasenplan wordt opgemaakt in vijf exemplaren (voor de jongere, de ouders, het begeleidingstehuis, de jeugdrechter en de consulent) en wordt door de verschillende partijen ondertekend tijdens een groepsbijeenkomst. Tijdens deze samenkomst wordt het contract afgesloten.

Terwijl de betrokkenen vroeger elk hun invloed uitoefenden, wordt nu de nadruk gelegd op collaboratie. Samen werken ze aan een gemeenschappelijk project. Doelen die vooropgesteld worden, mogen bijgestuurd worden. Het groeiproces van het meisje is immers van belang.

2.3.2 De ontheemdingsfase

Tijdens deze fase van “ontheemding”, verblijft de jongere zes tot twaalf weken in een andere dan de vertrouwde omgeving. Deze ontheemding wordt telkens individueel georganiseerd. Inhoud en duur verschillen afhankelijk van de noden van de jongere. Daar waar de ontheemding langer dan zes weken duurt, wordt dit in ieder geval gecombineerd met werkervaring.

De jongeren stappen uit hun vertrouwde omgeving in iets totaal nieuws. We kunnen hier spreken van een rituele overgang van de gesloten naar een open instelling. Wanneer we dit narratief bekijken, kunnen we stellen dat dit een bijna fysieke wijze is om meer nieuwe verhalen te creëren of om bestaande verhalen te “verdikken”. Dit kan het begin zijn van nieuwe multiple zelden of identiteiten. De jongere is ook bezig met de toekomst. De mogelijkheid wordt gecreëerd om zichzelf en zijn levensverhaal van op afstand te bekijken en in kaart te brengen. Door de “oude” wereld en alle daarmee verbonden dagelijkse gewoontes en beslommingen achter zich te laten, kunnen de meisjes met vernieuwde, “herbronde” kern sterker staan in hun “vertrouwde” wereld met zijn uitdagingen en verleidingen. Het “back-to-basics” gegeven betekent dat de jongeren zo dicht mogelijk terug worden gebracht bij de kern. Door in contact te staan met de natuur, wordt aandacht geschonken aan het zorgen voor het leven van zichzelf en de ander.

2.3.3 Het individueel project

De derde fase bestaat uit het individuele project bij terugkeer. Indien de jongere naar het thuismilieu terugkeert, wordt de begeleiding, onder de vorm van intensieve trajectbegeleiding verder gezet. Indien de jongere verder gaat op “de weg van de zelfstandigheid” en met de kamertraining start (gevolgd door Begeleid Zelfstandig Wonen) wordt de opvolging en de begeleiding van de jongere en haar thuismilieu in nauwe samenwerking met de setting van de jongere verder gezet.

De kamertraining staat open voor jongeren vanaf zestien jaar en houdt in dat de meisjes in een individuele studio wonen tussen gewone huurders. Permanente begeleiding en toezicht in het gebouw zijn voorzien. Deze maatregel is een voorbereiding op Begeleid Zelfstandig Wonen, dat vanaf zeventien jaar mogelijk is. Wanneer een verblijf in een residentiële inrichting niet meer aangewezen is en de jongere een zekere rijpheid heeft, kan hij alleen gaan wonen in een studio of appartement (Gids voor gezinnen, 2002).

2.4 Visie

Het begeleidingstehuis gaat ervan uit dat elk meisje uniek is en recht heeft op maximale ontplooiingskansen. Het is uitdrukkelijk hun taak de jongeren kansen te bieden. Er wordt verwacht dat ze actief van dit aanbod gebruik maken.

Wat ook de omstandigheden zijn die een gewone groei naar zelfstandigheid binnen het thuismilieu bemoeilijken of onmogelijk maken, ouders en familie blijven erg belangrijk. Zij zijn het immers die hun dochter de levensnoodzakelijke erkenning en waardering kunnen bieden. Het begeleidingstehuis breidt zijn zorg dus uit naar het hele gezin. In de praktijk betekent dit dat ze, soms tegen de zin van de betrokkenen in, blijven beroep doen op wederzijdse inzet en verbondenheid. Respect voor elkaars positie en visie, een open communicatie tussen begeleiding, meisjes en ouders zijn essentieel voor het herstel, het behoud of de versteviging van deze relaties.

Daar waar een terugkeer naar huis niet tot de mogelijkheden behoort, zal het accent liggen op de combinatie van begeleiding naar zelfstandigheid en behoud van een zo groot mogelijke band met het thuismilieu. Om dit te kunnen realiseren, is het van het grootste belang dat de begeleiding niet vastloopt en voortijdig wordt afgebroken. Hun grenzen liggen soms anders dan in het thuismilieu of in een vorige verblijfplaats. De meisjes krijgen ruimte om te oefenen in het omgaan met de vrijheid die zij als meerderjarigen zullen moeten hanteren.

Naast aandacht voor de banden met familie wordt de uitbouw van een eigen sociaal leven gestimuleerd. Vaak kiezen de meisjes hierbij voor bekende vrienden en kennissen. Er wordt getracht om dit bespreekbaar te laten.

Deze werkwijze is voor de ouders vaak beangstigend. Er wordt dan ook voor een grote openheid gezorgd. Alle verslagen en briefwisseling betreffende de jongere wordt verspreid naar de betrokkene en haar ouders. Er wordt gewerkt met een open dossier. Ook een

veelvuldig contact met alle leden van het begeleidingsteam staat voorop. Waar nodig kan intensieve gezinsbegeleiding worden voorzien.

Aanvullend aan deze pedagogische en gezinsgerichte begeleiding, is (individuele) therapie een voorwaarde voor de toelating tot het project. Elke jongere wordt verplicht om minimaal vijf therapiesessies te volgen. Daarna krijgt het meisje de keuze of ze de therapie wil verder zetten of niet. De therapie vindt buiten het begeleidingstehuis plaats en wordt verricht door een freelancer.

Met andere woorden, respectvol zijn en in dialoog gaan met elkaar, zijn net als in de collaboratieve therapie, cruciaal. Binnen het project wordt zo veel mogelijk bespreekbaar gemaakt. Net zoals binnen de therapeutische context, is er geen sprake van een “verborgen agenda”. Maximale openheid en communicatie zijn primordiaal.

3 Gedwongen hulpverlening

3.1 Inleiding

Wanneer cliënten onder bepaalde voorwaarden door een rechter naar de hulpverlening verwezen worden, spreken we over gedwongen hulpverlening. Hulpverlening vindt meer en meer plaats binnen een context van verplichting, bijvoorbeeld ten aanzien van pedofielen, drugverslaafden, seksuele delinquenten, alcoholici achter het stuur, jonge delinquenten en in het kader van de kindbescherming (Hardy, Bellens, Defays, De Hesselle, Gerrekens & Muller, 2001).

Gerrits (2000) stelt dat het werk binnen een gedwongen kader nog steeds weinig aandacht krijgt, zelfs in de opleidingen voor hulpverleners. De begrippen “motivatie” en “vrijwilligheid” worden in de hulpverlening veel te serieus opgevat, hoewel ze eigenlijk zeer betrekkelijk zijn. Een cliënt die zich gemotiveerd voordoet, hoeft dat helemaal niet te zijn, terwijl iemand die zich ongemotiveerd en weerbarstig voordoet uiteindelijk toch heel gemotiveerd kan blijken.

Motivatie voor hulp is geen situatie van alles of niets, daar motivatie zich op een continuüm situeert. Aan het ene uiteinde bevinden zich de weinig of niet gemotiveerde cliënten, die geen hulp zoeken of enkel hulp aanvaarden onder externe druk. Ze worden meestal gedreven door externe motivatie. Aan het andere uiteinde van het continuüm situeren zich de intern gemotiveerden, die na een rijpingsproces bereid zijn tot het actief meewerken aan een of andere vorm van hulp. Ze zien er de noodzaak van in. Motivatie is ook geen strikt individueel kenmerk, maar een dynamisch interactieproces. Ook de context, bijvoorbeeld de al dan niet positieve interferentie van familieleden, is van belang³.

³ Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek van 19 januari 2001: eindverslag 31 januari 2002: actiepoint 4.1.2: justitie-hulpverlening: duidelijke afspraken.

Cosyns, De Doncker en Oostvogels (2000) halen tevens aan dat motivatie een manipuleerbare variabele is in de interactie tussen therapeut en cliënt. De cliënt moet kunnen evolueren van een vertrekpositie van wantrouwen naar een positie van actieve inschakeling en medewerking aan het therapeutische proces en vervolgens van bondgenootschap (of alliantie) met de therapeut. Deze laatste is mede verantwoordelijk voor de evolutie van zijn cliënt.

Vele hulpverleners gaan van een absoluut standpunt uit, namelijk dat alleen de hulpverlening op basis van vrijwilligheid zin heeft. Gedwongen hulpverlening wordt vaak beschouwd als een “*contradictio in terminis*”. Veel andere cliënten, die zich zogenaamd vrijwillig aanbieden, staan echter onder allerlei druk vanuit hun omgeving (vanwege hun familie, vrienden, huisarts, werkgever, ...). Uiteraard is de externe druk vanwege een gerechtelijke instantie meer dwingend, maar elke vorm van externe druk maakt toch dat de vrijwillige keuze relatief is⁴. Gerrits (2000) stelt hieromtrent dat er in feite geen verschil is tussen mensen met problemen die zich vrijwillig melden, die met zachte drang gestuurd worden door hun familie of die hulp krijgen opgelegd vanuit bijvoorbeeld justitie of kinderbescherming. Allemaal hebben ze een probleem en allemaal vinden ze het pijnlijk om dat onder ogen te zien en er wat aan te doen. De één komt er open voor uit, de ander ontkent het en de derde verdoezelt het.

De graad van externe druk bij gerechtscliënten is zeer verschillend naargelang van hun juridisch statuut. Bij een internering, waar maximale externe druk is, heeft de cliënt geen keuze wanneer de maatregel hem wordt opgelegd door een rechter. Bij andere gerechtelijke statuten, zoals bij probatie, wordt de cliënt voor de keuze gesteld: ofwel de hulpverlening aanvaarden, ofwel verder onderworpen worden aan strafvervolging. Bij probatie is de toestemming van de cliënt vereist. Hij moet akkoord gaan, zoniet kan de maatregel niet worden uitgevoerd⁴. Dit laatste is vergelijkbaar met de bovenvermelde projectwerking (zie hoofdstuk II.2.4). De adolescente meisjes moesten akkoord gaan met alle aspecten van de “Gestructureerde Kortdurende Residentiële Begeleiding”, ook met de therapie, om Beernem vroeger te mogen verlaten en deel te nemen aan het project.

Niet enkel de graad van externe druk, maar ook de subjectieve belevenis kan zeer sterk verschillen van de ene cliënt tot de andere. Iemand zonder verplicht statuut kan een opname als zeer dwingend ervaren, terwijl iemand die geïnterneerd is dit gerechtelijke statuut niet noodzakelijk als zeer dwingend aanvoelt⁴.

Gedwongen hulpverlening heeft soms tot gevolg dat mensen wel naar de hulpverlener gaan, maar geen duidelijke hulpvraag hebben (Daenen, 2002). Volgens Cosyns et al. (2000) stellen psychotherapeutische scholen, zoals de psychoanalyse of de niet-directieve therapieën, deze uitdrukkelijke hulpvraag als voorwaarde bij de indicatiestelling en komen aldus niet in aanmerking om cliënten onder justitiële dwang te behandelen. Andere therapeutische scholen bieden die mogelijkheid wel en werken een hulpverleningsaanbod uit dat rekening houdt met de specifieke situatie en noden van de betrokken cliëntenpopulatie.

⁴ Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek van 19 januari 2001: eindverslag 31 januari 2002: actiepunt 4.1.2: justitie-hulpverlening: duidelijke afspraken.

De druk van de verplichting kan de tijd rekken die nodig is om een hulpvraag te formuleren en werkbaar te maken. Gedwongen hulpverlening hoeft niet steeds een problematisch karakter te hebben. Voor sommige cliënten is het juist een kans om een traject met perspectief af te leggen, bijvoorbeeld om een dossier bij de Jeugdrechtbank over te dragen aan het Comité Bijzondere Jeugdzorg (Daenen, 2002). Veel druggebruikers zijn bereid om een behandeling te volgen als voorwaarde om te ontsnappen aan verdere strafvervolging, om een probatiemaatregel te bekomen, om vrij te komen tijdens een periode van voorhechtenis of na een veroordeling tot een gevangenisstraf. Hun interne motivatie is echter beperkt⁵.

3.2 Implicaties voor de hulpverlener

Het is goed om te beseffen dat niet alleen de cliënt, maar ook de hulpverlener zelf in zekere zin in een “gedwongen kader” zit, omdat hij kwaliteit moet leveren. Ook op momenten dat hij vastgelopen is, geen bevrediging meer ervaart in dit moeilijke werk en de zin ervan niet meer ziet. Niet alleen de cliënt, maar ook de hulpverlener is niet altijd even gemotiveerd om in die situaties aan zichzelf te werken (Gerrits, 2000).

Het Amerikaanse echtpaar Rooney (1998, in Gerrits, 2000), dat een heldere methodiek over niet-vrijwillige hulpverlening heeft ontwikkeld, stelt: “Onvrijwillige cliënten ervaren een beperking van hun vrijheid en proberen daarvan af te komen”. Dit is eigenlijk heel logisch, toch wordt dit vaak onvoldoende beseft. De hulpverlener is vaak verbaasd als zijn goedbedoelde, maar opgelegde hulp wordt afgewezen of gewantrouwd. Verweer (Rooney noemt dit “reactance”) is een normale reactie als een ander je in je vrijheid beperkt. De hulpverlener moet er voor waken om verweer bij de cliënt niet te snel als “pathologisch” te bestempelen. Het “benoemen” van het verweer kan al een oplossing bieden. Het kan helpen om tegen cliënten bij een eerste contact te zeggen: “Ik zou er ook moeite mee hebben als er plotseling een vreemde man binnenvalt die zich ongevraagd met mijn privé-situatie gaat bemoeien”. Hierdoor voelen cliënten zich meestal begrepen in hun weerstand, angst of juist woede over de aanwezigheid van een hulpverlener. In de meeste gevallen breekt het ijs dan snel.

De hulpverlener in de gedwongen hulpverlening kan de eigen houding als belangrijkste instrument gebruiken om de motivatie van de cliënt te beïnvloeden. Deze houding moet open en duidelijk zijn. De therapeut moet op een tactvolle en respectvolle wijze optreden. Op die manier kan een vertrouwensrelatie worden opgebouwd. Ook voor een goede samenwerking is openheid en duidelijkheid over rechten, plichten, (on)mogelijkheden van belang. Een verborgen agenda dient vermeden te worden. Om cliënten effectief te kunnen helpen is het nodig om hun vertrouwen te winnen en hun positieve krachten en motieven te ontdekken en te versterken, zodat ze de negatieve gedragspatronen niet langer nodig hebben. Hulpverlening in een gedwongen kader is geen onmogelijkheid of contradictie, maar juist een interessante uitdaging (Rooney, 1998, in Gerrits, 2000).

⁵ Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek van 19 januari 2001: eindverslag 31 januari 2002: actiepunt 4.1.2: justitie-hulpverlening: duidelijke afspraken.

Real (1990) hecht ook belang aan de houding van de therapeut. Ze spreekt over systemische invloed of systemische positionering. De therapeut kan de interactie beïnvloeden door het eigen gedrag te veranderen. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van meervoudige betrokkenheid, dat een aantal therapeutische houdingen omvat, die als doel hebben ruimte te creëren voor nieuwe verhalen en betekenissen.

Van Daele (2000) geeft aan dat effectieve dadertherapie staat of valt met de persoonlijke eigenschappen van de cliënt en van de therapeut en met alles wat ze kunnen inzetten om op zoek te gaan naar de gezonde kern van die cliënt. Cosyns et al. (2000) leggen de nadruk op het feit dat de therapeut respect moet tonen voor de cliënt als persoon, maar tegelijkertijd moet hij zijn delict(en) afkeuren (Salter, 1988, in Cosyns et al., 2000). Dit evenwicht is niet eenvoudig. Enerzijds kunnen therapeuten geneigd zijn ook het goede te zien in een cliënt. Het risico bestaat dan dat ze meegaan in zijn rationalisaties en minimalisaties. Anderzijds kunnen therapeuten op een vijandige wijze de delicten van een cliënt afkeuren. Zo missen ze de kans om een goede therapeutische relatie op te bouwen. Bij gedwongen behandeling dient de therapeut een moeilijk subtiel onderscheid te maken tussen de gestelde gedragingen die moreel en ethisch afgekeurd worden en de cliënt zelf als persoon met wie de therapeut een vertrouwensrelatie moet opbouwen.

3.3 Onderzoek naar de efficiëntie van gedwongen behandeling

Wanneer in het veld van het strafrecht en zeker van het penitentiaire over behandeling gesproken wordt, wordt vooral aan seksuele delinquenten en druggebruikers gedacht. Dit zijn twee groepen welke grote weerstanden vertonen ten aanzien van diagnose en therapie (Vandenbroucke, 2000). We hebben in de literatuur dan ook het meeste gevonden over onderzoek naar de efficiëntie van behandeling voor seksuele delinquenten en druggebruikers. Er wordt in deze onderzoeken echter niet altijd geëxpliciteerd of het al dan niet over een gedwongen vorm van behandeling gaat.

In het overheidsbeleid ten aanzien van seksuele delinquenten is de klemtoon verschoven van bestraffing naar behandeling. Hierdoor wordt de vraag naar risicotaxatie meer en meer gesteld aan de hulpverleners (Van Daele & Opsteyn, 2001). Bogaerts, Goethals en Vervaeke (2001) stellen dat centra die gespecialiseerd zijn in de behandeling van seksuele delinquenten zinvol werk kunnen leveren. De behandeling heeft wel niet bij alle seksuele delinquenten een positief effect. Ze baseren zich hiervoor op studies met betrekking tot seksuele recidive, ook al geven ze aan dat we niet zomaar mogen besluiten dat een verlaagd recidiverisico een rechtstreeks gevolg is van de behandeling. Maletzky (1999; in Cosyns et al., 2001) geeft wel aan dat behandeling duidelijk het terugvalrisico vermindert (van 35% tot 10% of minder). Volgens Bogaerts et al. (2001) is de literatuur en het empirisch onderzoek met betrekking tot risicotaxatie bij seksuele delinquenten in Vlaanderen en Nederland beperkt. Verder hebben ze ook weinig informatie over de toegepaste behandeling. Er wordt meer en meer gesproken over een gedifferentieerde behandeling en argumentaties gaan op dat incestplegers anders en minder confronterend moeten worden behandeld dan agressieve verkrachters. Bij incestplegers zijn aandacht voor interpersoonlijke vaardigheden en een positieve cliënt-therapeut relatie van belang. De behandeling dient ook op een heldere, transparante wijze en

in een begrijpelijke taal aan de cliënt te worden aangeboden (Bogaerts et al., 2001; Van de Putte, 2000).

Ook Tubex (2000) bespreekt een aantal onderzoeken die de effectiviteit van een gedwongen behandeling voor seksuele delinquenten zijn nagegaan. Twee groepen van onderzoekers met een verschillende visie worden onderscheiden. Enerzijds is er de onderzoeksgroep rond Marshall (1994; Peebles, 1999, in Tubex, 2000) die een positief standpunt inneemt, anderzijds blijven Quincey en zijn collega's (1995, in Tubex, 2000) kritisch. Deze eerste onderzoeksgroep pleit voor een behoud en verdere uitbouw van een cognitief-gedragsmatige behandeling van seksuele delinquenten, aangezien er volgens hen voldoende is aangetoond dat deze het risico op recidive terugdringt. Vooral de toevoeging van het terugvalpreventiemodel zou bijgedragen hebben aan de effectiviteit van deze behandeling. De visie van Marshall wordt ondersteund door verschillende studies (Tubex, 2000). Ook Maletzky (1999, in Cosyns et al., 2001) geeft aan dat cognitieve gedragstherapie het beter doet dan psychodynamische georiënteerde therapieën en dat terugvalpreventie een essentieel onderdeel is van de psychotherapie.

Ook Bogaerts et al. (2000) halen het belang van een aantal behandelingsprogramma's voor seksuele delinquenten aan (Steen & Monnette, 1989, 1993, in Bogaerts et al., 2000) die gebaseerd zijn op het terugvalpreventiemodel. Andere behandelingsmodellen (Ferrara & Mc Donald, 1996, in Bogaerts et al., 2000) schieten echter zowel ten aanzien van theoretische onderbouw, als met betrekking tot gerapporteerd effectonderzoek tekort.

Ook voor druggebruikers heeft de hulpverlening in België de laatste tijd een expansie gekend, daar de inschakeling van de hulpverlening meer en meer als zinvol wordt ervaren. Therapie, opgelegd door justitie, is een vorm van alternatieve straf. Nieuwe initiatieven, onder meer voor laagdrempelige hulpverlening, worden genomen. De belangrijkste verwezenlijking op dit vlak is de oprichting van acht Medisch-Sociale Opvangcentra, die verspreid zijn over het hele land. Deze Medisch-Sociale Opvangcentra zijn laagdrempelig en bestaan uit multidisciplinaire teams. De Federale Beleidsnota stelde in 2001 de vraag naar een uniforme, permanente, wetenschappelijke evaluatie van behandelingsmethodieken en preventietechnieken, daar het onderzoek in België te verspreid was en de resultaten onvoldoende teruggekoppeld werden naar de praktijk (hoewel ze de kwaliteit kunnen verhogen). Een subjectieve effectevaluatie van Medisch-Sociale Opvangcentra vond reeds plaats. De cliënten werden bevraagd over de mate waarin ze het programma een hulp vonden bij het oplossen van hun problemen. De overgrote meerderheid van de cliënten waren tevreden tot zeer tevreden. Deze positieve evaluatie is echter niet voldoende om de effectiviteit van een behandeling te meten⁶.

⁶ Voor een verdere bespreking van de resultaten, verwijzen we naar de Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek van 19 januari 2001.

4 Onderzoek naar de beleving van kinderen en adolescenten in therapie

Hieronder volgt een beknopte weergave van het schaarse gamma aan kwalitatieve onderzoeken die de beleving van jongeren zijn nagegaan in familietherapie.

Alhoewel familietherapeuten volgens Strickland-Clark, Campbell & Dallos (2000) verscheidene manieren van omgaan met jongeren hebben ontwikkeld, is er verrassend weinig onderzoek gedaan naar de beleving van jongeren in familietherapie of naar de wijze waarop therapeuten een samenwerkingsrelatie tot stand brengen met kinderen. Eén van de doelstellingen van familietherapie is om de jongere minder te zien als “het probleem” en om het standpunt van de jongere in beschouwing te nemen. Mayall (1996, in Strickland-Clark et al., 2000) hecht er belang aan om kinderen op een directe wijze in onderzoek te betrekken. Tevens heeft hij het traditioneel onderzoek, dat eerder de focus legt op de rol van het kind als object dan op het kind als collaborator in onderzoek, ter discussie gesteld.

Sommige studies hebben gevonden dat kinderen veel minder praten dan hun ouders (Friedlander, Highlen & Lassiter, 1985; Mas, Alexander & Barton, 1985, in Strickland-Clark et al., 2000). De adolescenten in het onderzoek van Mas et al. (1985, in Strickland-Clark et al., 2000) hebben de neiging om zich uit te drukken in termen van eens of oneens zijn. Postner, Guttman, Sigal, Epstein & Rakoff (1971, in Strickland-Clark et al., 2000) vinden dat therapeuten significant meer tegen ouders spreken dan tegen kinderen. Newfield, Kuehl, Joanning & Quinn (1990, in Cederborg, 1997, in Strickland-Clark et al., 2000) hebben een etnografische studie uitgevoerd waarin families in therapie waren tengevolge van het drugmisbruik van hun kind. De meeste adolescenten voelen zich geremd om te praten in aanwezigheid van hun ouders. De ouders zijn sensitief voor het feit dat adolescenten geheimen hebben, maar schenken ook veel waarde aan de gelegenheid op een meer open gesprek dan voordien. Dare en Lindsey (1979, in Cederborg, 1997, in Strickland-Clark et al., 2000) stellen dat familietherapie het risico heeft om huwelijks therapie te worden, maar dan in aanwezigheid van kinderen. Cederborg (1997) toont in haar onderzoek aan dat jonge kinderen van vier à zeven jaar in familietherapie vaak gezien worden als objecten. Het kind wordt niet beschouwd als een volwaardige deelnemer van het therapeutische proces.

Geen enkel van de hierboven vermelde studies brengt de meningen van de jongeren zelf aan het licht. Een studie van Stith, Rosen, Mc Collum, Coleman & Herman (1996) doet dit wel. Ze namen interviews af van kinderen tussen de leeftijd van vijf en dertien jaar. De auteurs vinden vooral dat kinderen veel belang hechten aan het op een betekenisvolle wijze betrokken zijn in therapie en beluisterd worden. Kinderen vinden de persoonlijkheid van de therapeut minder belangrijk dan hun ouders. Ook in het onderzoek van Strickland-Clark et al. (2000) werden elf- à zeventienjarige jongeren geïnterviewd na de therapiesessie om hun ervaringen te exploreren. Jongeren verwachten beoordeeld te worden en wanneer ze merken dat de therapeut dit niet doet, appreciëren ze dit. Sommige jongeren verwachten aanmaningen gedurende de sessies en zijn bezorgd. Opluchting volgt wanneer de therapeut hen eerder positief, dan negatief benadert. Alle jongeren in deze studie halen het belang van beluisterd te worden aan. Dit laatste houdt in dat ze begrepen worden en een eigen mening mogen hebben.

5 Besluit

Het aantal cliënten dat vanuit een breed gamma van juridische statuten naar de hulpverlening wordt verwezen is de laatste tijd duidelijk toegenomen. In bepaalde voorzieningen worden 30 tot 50% van de cliënten door gerechtelijke instanties verwezen⁷. Alhoewel beleidsmakers zowel het justitiële luik als het behandelingsluik implementeren, ontbreekt het aan onderzoek naar de efficiëntie en de beleving van gedwongen hulpverlening. Ook is er weinig onderzoek verricht naar de beleving van kinderen en adolescenten in therapie. Wij willen met dit onderzoek een bescheiden aanvulling bieden en trachten beide tekorten op te vangen door de beleving van adolescenten in een gedwongen hulpverleningscontext na te gaan. In ons onderzoek leggen we eerder de nadruk op de adolescent als collaborator, dan als object, door hem actief te betrekken. Op de onderzoekswijze wordt dieper ingegaan in het volgende hoofdstuk.

⁷ Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek van 19 januari 2001: eindverslag 31 januari 2002: actiepoint 4.1.2: justitie-hulpverlening: duidelijke afspraken.

Hoofdstuk III: Methode

1 Onderzoekskeuzes

1.1 Doelstelling onderzoek

We formuleren twee onderzoeksvragen. We vragen ons af in welke mate een samenwerkingsrelatie tot stand kan komen in een collaboratieve therapeutische setting wanneer adolescenten gedwongen worden om in therapie te gaan. Verder gaan we na of een co-constructie van nieuwe verhalen in deze gedwongen hulpverleningscontext mogelijk is.

Alhoewel een studie niet kan worden uitgevoerd zonder een bepaalde vraagstelling, wordt afgezien van het formuleren van hypothesen (Deissler & Zitterbarth, 2001). We wensen de therapeutische positie van “not-knowing”, die in het eerste hoofdstuk aan bod kwam, door te trekken naar onze onderzoekswijze.

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, opteren we voor kwalitatief, beschrijvend en explorierend onderzoek op basis van vier gevalstudies. Semi-gestructureerde interviews worden afgenomen van zowel de cliënt als de therapeut en dit op drie tijdstippen: na de eerste, derde en vijfde therapiesessie. Onze proefgroep bestaat enerzijds uit vier adolescente meisjes die in het kader van de Bijzondere Jeugdzorg gedwongen worden om vijfmaal in therapie te gaan, anderzijds uit twee therapeuten met een postmodernistische kijk op therapie. De uitgeschreven interviews analyseren we aan de hand van een combinatie van de uitgangspunten van de “grounded theory” en de “narratieve analyse”. We willen tot “vier verhalen over therapie” komen. Dit onderzoeksopzet wordt in wat volgt uitgebreid besproken.

1.2 Kwalitatief, beschrijvend en explorierend onderzoek

Kwalitatief onderzoek is gebaseerd op de visie dat realiteit geconstrueerd wordt door individuen die in interactie zijn met hun sociale wereld. Daar de wijze waarop we de werkelijkheid bekijken, hierbij aansluit, maken we gebruik van kwalitatieve methoden.

Ook is kwalitatief onderzoek aangewezen wanneer we complexe fenomenen willen beschrijven (Moon, Dillon & Sprenkle, 1990). We wensen immers de betekenissen en ervaringen van individuen te kennen, niet die van de onderzoeker. Hier wordt soms verwezen naar “the emic or insider’s perspective” (Merriam, 1998, p. 6). Kwalitatief onderzoek maakt dus gebruik van inductieve onderzoeksstrategieën. Net omdat er vaak een gebrek is aan bestaande theorieën rond een bepaald fenomeen, zijn er geen hypothesen die moeten worden afgeleid uit de theorie om het onderzoek te sturen. Ook wij formuleren geen hypothesen en laten inductief thema’s uit de data voortkomen. We kunnen hier ook spreken van explorierend onderzoek daar we het onderzoeksmateriaal voor zichzelf laten spreken en eruit halen wat erin zit (Baarda & de Goede, 1997).

1.3 Gevalstudies

Merriam (1998) wijst erop dat de gevalstudie ingebed is in het reële leven, waardoor het een rijk en holistisch beeld van een fenomeen vormt. De inzichten en betekenissen verkregen uit een gevalstudie kunnen de ervaringen van de lezer verrijken, en ze kunnen worden geconstrueerd tot tentatieve hypothesen om toekomstig onderzoek te helpen structureren. Het nadeel is echter dat de “thick description”, dat nodig is bij gevalstudie-onderzoek, lang en gedetailleerd kan zijn. Patton (2002) stelt dat een gevalstudie voldoende gedetailleerd en begrijpelijk moet zijn, om een antwoord te kunnen formuleren op de onderzoeksvragen. Het dient echter vlot leesbaar te blijven. In ons onderzoek hebben we eerst aandacht geschonken aan elke afzonderlijke casus om de uniciteit van elke casus te onderstrepen (zie hoofdstuk IV). Elke casus kan hier opgevat worden als “een verhaal over therapie”, hetgeen de vlotte leesbaarheid enigszins kan verhogen.

Verschillende termen worden gebruikt wanneer onderzoekers meer dan één geval bestuderen (Merriam, 1998). Wij kiezen voor de term multi-gevalstudie. In ons onderzoek maken we gebruik van vier casussen om zo de precisie, validiteit en stabiliteit van onze bevindingen te kunnen verhogen.

1.4 Semi-gestructureerde interviews

De meest gebruikte methode om kwalitatieve data te verzamelen is een interview. Het is een flexibele techniek om onderzoek te doen naar ervaringen, kennis, opinies en attitudes (Baarda, & de Goede, 1997; McLeod, 1996). Het is ook de enige manier om tot verhalen te komen.

We hebben gekozen voor het afnemen van semi-gestructureerde interviews. Een duidelijke lijn en structuur zijn dan aanwezig, alsook kunnen vragen open en flexibel gesteld worden. Waarom we niet opteren voor een ongestructureerd interview of een gestructureerd interview, zal duidelijk worden in wat volgt.

Wanneer de interviewer gebruik maakt van ongestructureerde interviews om het verloop van het interview zo min mogelijk te beïnvloeden, wijzen Rennie & Toukmanian (1992) erop dat een interview steeds een co-constructie is van de interviewer en de geïnterviewde. Ook wij volgen deze stelling en kiezen voor een semi-gestructureerd interview. Al wensen we de participant veel controle te geven over de inhoud, toch willen we het interview enigszins structureren en onnodige uitweidingen vermijden. De onderzoeker als interviewer kan hier in zekere zin vergeleken worden met de collaboratieve therapeut, die door het stellen van vragen ook het proces van de therapie leidt, maar de cliënt is de expert wat de inhoud betreft.

Indien we zouden kiezen voor een gestructureerd interview, dan lopen we het risico dat het interview uiteindelijk enkel de werkelijkheid van de interviewer weerspiegelt (Merriam, 1996). Zoals reeds vermeld, willen we de ervaringen van de participant, alsook de betekenissen van die ervaringen, kennen. We willen tevens beschrijvingen krijgen en beschikken over onvoldoende voorkennis om gestructureerde vragen te stellen (Baarda & de Goede, 1997).

1.5 Validiteit, betrouwbaarheid en ethiek van het onderzoek

1.5.1 Validiteit en betrouwbaarheid

De externe validiteit van kwalitatieve bevindingen wordt niet bepaald door generaliseerbaarheid, daar sociale fenomenen té variabel en contextgebonden zijn, maar door transfereerbaarheid. Dit betekent dat de context van de onderzoeksresultaten voldoende moet verduidelijkt zijn opdat vergelijkingen met andere contexten mogelijk worden (Patton, 2002). De contextuele kenmerken van de onderzochte situaties worden uitgebreid beschreven in de “thick descriptions” (Merriam, 1998), hetgeen zich weerspiegelt in de verticale analyses.

Zowel betrouwbaarheid, als interne validiteit, zijn volgens Merriam (1998) in de strikte, positivistische betekenis van het woord niet van toepassing op kwalitatief onderzoek. We willen immers de realiteit, die niet stabiel en enkelvoudig is, beschrijven zoals die wordt begrepen en geïnterpreteerd door de participanten. Ook Riessman (1993) geeft aan dat gestandaardiseerde regels irrelevant zijn in narratieve studies (zie ook hoofdstuk III.3.1).

Wel kunnen we volgens Riessman (1993) de validiteit in narratieve studies op een aantal manieren trachten te verhogen. Allereerst moeten we ons de vraag stellen of onze interpretatie voldoende overtuigend is. We trachten hieraan tegemoet te komen door onze beweringen in de verticale analyses en bespreking theoretisch te onderbouwen en te ondersteunen met de verhalen van de geïnterviewden. Overeenstemming is ook een belangrijk criterium. Aan de hand van “member checks” kan nagegaan worden of het standpunt van de participanten goed begrepen wordt. Tijdens elk interview werd regelmatig samengevat, nagevraagd en gecheckt. Ook werd elke participant driemaal geïnterviewd, waardoor constant teruggekoppeld kon worden. We hadden hier dus aandacht voor tijdens het verzamelen van de data, maar niet tijdens de analysefase, dit om drie redenen. Ten eerste, ook al konden hun reacties een bron van inzicht voor de onderzoeker zijn, mogen we niet vergeten dat betekenissen rond ervaringen veranderen en verhalen niet statisch zijn. Ten tweede is het belangrijk om als onderzoeker in de finale analyse de verantwoordelijkheid te nemen voor “onze waarheden”. Vandaar dat we zoveel mogelijk in de verticale analyses en de bespreking verduidelijkt hebben wanneer het ging om onze interpretatie van het leven van de subjecten of om hun eigen visie. Ten derde lieten praktische overwegingen en tijdsoverwegingen “member checks” tijdens de analysefase niet toe. Riessman (1993) wijst er ook op dat derden de betrouwbaarheid van ons onderzoek kunnen bepalen wanneer we de nodige informatie ter beschikking stellen. Zo beschrijven we hoe we tot de verticale analyses zijn gekomen door het theoretische kader te schetsen (zie hoofdstuk III.4). We maken met andere woorden wat we gedaan hebben zichtbaar. Tevens kunnen we, op vraag van bevoegden, de volledige transcripties van alle interviews beschikbaar stellen. Ook Patton (2002, p. 576) stelt: “Describe them (*the inquiry procedures*) and what you bring to them and how you’ve reflected on them, and let the reader be persuaded, or not, by the intellectual and methodological rigor, meaningfulness, value, and utility of the result”.

1.5.2 Ethiek van het onderzoek

“Informed consent”, het recht op privacy, het recht op inzage en het beschermen van de participanten tegen mogelijke negatieve gevolgen zijn de belangrijkste ethische bekommernissen (Fontana & Frey, 2000; Kvale, 1996; Merriam, 1998; Patton, 2002; Seidman, 1998).

De geïnterviewden worden tijdens de briefing op een duidelijke en verstaanbare wijze geïnformeerd over het doel van het onderzoek. Uitweidingen worden vermeden om verveling of zelfs angst te vermijden. Ook wordt belang gehecht aan het feit dat de participanten vrijwillig deelnemen. Voor zowel de jongeren, als de therapeuten was dit het geval. Dit alles is belangrijk om te kunnen spreken over “informed consent”.

Ook is het recht op privacy van belang en wordt de anonimiteit gewaarborgd. Plaats- en eigennamen worden vervangen door de eerste letter van het woord. Tevens wordt uitleg verstrekt over wie de data kan inkijken, namelijk dat de getranscribeerde interviews niet aan de therapeuten worden doorgegeven.

Ook hechten we er belang aan om als interviewer neutraal te blijven. We wensen noch als rechter, noch als therapeut op te treden. We blijven dus zoveel mogelijk gefocust op het doel van het interview, namelijk het verzamelen van data. Hiervoor hebben we ook aandacht voor de samenwerkingsrelatie tussen de interviewer en de geïnterviewde, en we wensen de geïnterviewde verantwoordelijkheid te geven over de inhoud.

2 Onderzoeksgroep

2.1 Populatie

In dit onderzoek kozen we ervoor om adolescente meisjes, die deelnamen aan een project in het kader van de Bijzondere Jeugdzorg, te interviewen, alsook hun respectievelijke therapeut. De enige voorwaarde was dat de therapie, die in dit project verplicht is, nog niet van start was gegaan.

2.2 Participanten

“Sample selection in qualitative research is usually (but not always) nonrandom, purposeful, and small” (Merriam, 1998, p. 8). Daar kwalitatief onderzoek niet tot doel heeft om te generaliseren in statistische zin, wordt een probabilistische proefgroep niet vereist. Wij kiezen er dan ook voor om de methode van de non-probabilistische proefgroep te gebruiken. De onderzoeker wil hiermee inzichten ontdekken en begrijpen door een proefgroep te selecteren waar hij het meeste uit kan leren.

Er werd eerst een informatiebijeenkomst gepland met de belangrijkste betrokkenen van de gemeenschapsinstelling, zoals de projectverantwoordelijke, de directeur, Ook één van de therapeuten was aanwezig. Daar maximaal twaalf meisjes per jaar mogen deelnemen aan het project (zie hoofdstuk II), was de keuze beperkt. De jongeren begonnen ook op verschillende tijdstippen met hun therapie (na hun terugkomst van de “ontheemdingsfase”), waardoor de therapie sessies uitgestrekt waren in de tijd. In de literatuur (Kvale, 1996; Merriam, 1998) vinden we ook geen richtlijnen voor wat betreft de grootte van onze proefgroep. Idealiter wordt er gestopt met het onderzoeken van nieuwe gevallen wanneer geen nieuwe informatie meer wordt verkregen. Vaak hangt echter de keuze van de proefgroepgrootte af van de onderzoeksvragen, de reeds verzamelde data, de tijd en de middelen.

Uit praktische overwegingen werd afgesproken dat de individuele begeleidsters aan de eerste drie jongeren, die terugkwamen na de “ontheemdingsfase”, zouden vragen om deel te nemen aan dit onderzoek. Een aantal leidraden werden opgesteld om dezelfde informatie aan elke jongere te geven. Deze richtlijnen kwamen in grote lijnen overeen met het voorgesprek van de onderzoeker⁸. Alle meisjes reageerden positief op de vraag om deel te nemen aan dit onderzoek. Ze voelden zich “vereerd” dat hun mening zou gevraagd worden over de therapie.

Halfweg de afname van de interviews, werd gekozen om er een vierde casus bij te nemen. De tijd die verstreek tussen twee therapie sessies bij de eerste drie casussen, was vrij lang⁹. De kans dat een jongere de therapie zou stopzetten, was reëel, waardoor het risico bestond dat we de 18 geplande interviews niet zouden halen.

De therapeuten werden als freelancer aangetrokken door de gemeenschapsinstelling. Beide therapeuten hebben een postmodernistische kijk op therapie en hebben reeds jarenlang ervaring. Eén therapeut heeft een opleiding systeemtherapie, alsook een opleiding collaboratieve therapie bij Harlene Anderson gevolgd. De andere is maatschappelijk werker en volgde een opleiding in de systeem- en narratieve therapie. Stijlverschillen en het leggen van andere klemtonen zijn uiteraard mogelijk.

3 Instrument: Semi-gestructureerde interviews

3.1 Betrouwbaarheid, validiteit, voor- en nadelen

We maken gebruik van interviews, daar dit de enige manier is om tot verhalen te komen. Een interview is steeds een co-constructie van de interviewer en de geïnterviewde (Rennie & Toukmanian, 1992). Riessman (1993, p. 10) stelt: “By talking and listening, we produce a narrative together”. Hierbij houden we echter ook rekening met een aantal nadelen, die aan interviews verbonden zijn. Al is de co-constructie een meerwaarde binnen het postmodernisme, toch wijst Merriam (1998) op het nadeel van het belang van de persoon van de onderzoeker. Hoewel een interviewer flexibel is en gepast kan doorvragen, vereist de afname van een interview een uitgebreide training en sensibiliteit. Ook een grondige

⁸ Zie bijlage 1.

⁹ Zie bijlage 2 voor een overzicht van de data waarop de interviews werden afgenomen.

voorkennis van de onderzoeksvragen en achterliggende theorieën zijn nodig. In dit onderzoek kunnen we stellen dat de interviewer weinig ervaring heeft met het afnemen van interviews, maar wel de achtergrondkennis heeft vergroot door een vijfdaagse opleiding te volgen over postmodernistische benaderingen.

Betrouwbaarheid en validiteit kunnen in dit onderzoek niet gereduceerd worden tot een set van formele regels of gestandaardiseerde procedures. De betrouwbaarheid en validiteit zijn immers beperkt tot een welbepaald moment, daar de geïnterviewde zelf kiest welk verhaal hij wil vertellen tegen de interviewer. Het verhaal kan immers anders zijn indien er sprake is van een andere luisteraar. Ook al wordt subjectiviteit gewantrouwd door een sociale wetenschap, die generaliseerbare verklaringen nastreeft, toch stelt Riessman (1993, p. 5): “Yet in personal narratives, it is precisely because of their subjectivity – their rootedness in time, place, and personal experience, in their perspective ridden-character-that we value them”. Een persoonlijk verhaal is noch bedoeld om gelezen te worden als een exacte weergave van hetgeen gebeurd is, noch is het een afbeelding van de werkelijkheid. Vertellen over ervaringen uit het verleden zijn immers steeds selectieve reconstructies.

3.2 Opstellen van het interview

Zoals Riessman (1993), maken we gebruik van een interviewleidraad om het “verhalen” te bevorderen (zie hoofdstuk III.4.3). Het heeft ook als voordeel dat we vergelijkbare informatie kunnen verzamelen over de verschillende casussen heen. Reeds bij het opstellen van het interview, worden suggestieve en multipele vragen vermeden (Kvale, 1996). We trachten slechts één onderwerp tegelijk te behandelen en het taalgebruik aan te passen aan dat van de geïnterviewde (Baarda & de Goede, 1997).

De interviewleidraad bestaat uit een aantal thema’s, waaraan telkens een aantal vragen gekoppeld zijn, die flexibel kunnen worden aangepast. De interviewleidraad¹⁰ omvat dezelfde thema’s voor zowel de cliënte, als de therapeut. We beginnen steeds met algemene, inleidende vragen “om het ijs te breken”. We vragen dan naar de therapeutische voorgeschiedenis¹¹, alsook naar de aanleiding. Daarna wordt gevraagd naar de aanmeldingsklacht, de initiële verwachtingen, de inhoud en de beleving van de therapie, alsook naar de verdere verwachtingen. Uiteraard kan de volgorde van deze thema’s veranderen, afhankelijk van de antwoorden van de geïnterviewde. We eindigen met een nagesprek, waarin de geïnterviewde de kans krijgt om nog een aantal zaken aan te halen, die niet aan bod zijn gekomen tijdens het interview.

Riessman (1993) geeft aan dat open vragen het construeren van antwoorden vergemakkelijkt, maar dat ook gesloten vragen soms voor uitgebreide antwoorden kunnen zorgen. De impuls om te vertellen is immers zo natuurlijk, en blijkbaar universeel, dat bijna elke vraag verhalen kan genereren.

¹⁰ Zie bijlage 3.

¹¹ Dit thema is uiteraard niet van toepassing op de therapeut.

3.3 Modaliteiten

De geplande duur van de interviews was ongeveer één uur. Dit kon echter variëren per interview. De afname van de interviews vond plaats waar de deelnemers verkozen. Kvale (1996) wijst er immers op dat een veilige atmosfeer van belang is opdat de geïnterviewden zich vrij zouden voelen om over hun ervaringen en gevoelens te praten. Voor de therapeuten was dat bij hen thuis en voor de cliënten was dat ofwel in hun kamer, ofwel in een lokaal van het begeleidingstehuis. Het eerste interview begon steeds met een voorgesprek¹², waarin de onderzoeker zich voorstelde, de doelstelling van het onderzoek schetste en de anonimiteit waarborgde. Zowel de jongeren, als de therapeuten waren op de hoogte dat beide partijen werden geïnterviewd, alsook dat geen informatie werd doorgegeven aan de andere partij. Een mondelinge toestemming voor het opnemen van het volledige interview op audiocassette werd gevraagd. Na dit voorgesprek volgde het interview zelf.

3.4 Transcriptie

De 22 interviews werden getranscribeerd¹³. In bijlage¹⁴ zijn de eerste twee interviews opgenomen. Riessman (1993) wijst erop dat het omzetten van spraak in tekst een interpretatie is en steeds een selectie en reductie inhoudt. Ook Kvale (1996) geeft aan dat transcripties onderhevig zijn aan interpretatie en geen kopieën zijn van de originele werkelijkheid. Beide onderzoekers stellen dat de wijze waarop getranscribeerd wordt, afhankelijk is van het doel van het onderzoek.

We kiezen ervoor het interview zo letterlijk en volledig mogelijk uit te schrijven. In navolging van Seidman (1998) willen we alles transcriberen en vooraf geen delen tekst weglaten. Dit zou enkel leiden tot prematuur oordelen over hetgeen al dan niet belangrijk is.

Om de leesbaarheid te vergroten, zetten we dialectuitdrukkingen om in Algemeen Nederlands. Ook korte verbale aanmoedigingen van de interviewer, stopwoordjes en non-verbale signalen worden weggelaten. Verder worden alle eigen- en plaatsnamen vervangen door de eerste letter van het woord om de anonimiteit te waarborgen. Met "..."; "... ...” worden respectievelijk een korte, lange pauze aangeduid.

¹² Zie bijlage 1

¹³ Het gaat hier om 22 en niet om 24 interviews, daar de derde cliënte de therapie na de vierde sessie heeft stopgezet. Bijgevolg konden de laatste twee interviews niet worden afgenomen.

¹⁴ Zie bijlage 4.

4 Analyse

4.1 Inleiding

De semi-gestructureerde interviews worden via een “within-case analysis” of verticale analyse verwerkt. Dit houdt in dat elke casus afzonderlijk bekeken wordt. Eerst worden de gegevens van de cliënte weergegeven en nadien die van de therapeut. Nadien wordt een besluit getrokken met hierin de belangrijkste gelijkenissen en tegenstellingen per casus. Merriam (1998) beschrijft nog een tweede fase voor de analyse van een multi-gevalstudie. Normaal volgt een “cross-case analysis” of horizontale analyse. Hierin worden dan de casussen onderling vergeleken. Deze vergelijkende studie komt echter in de bespreking aan bod, waardoor een afzonderlijke beschrijving van de tweede fase enkel tot onnodige herhaling zou leiden.

Om aan te tonen waarom we eerst de gegevens van de cliënte weergeven, vermelden we het standpunt van Anderson (1997). Volgens haar bestaat kwalitatief onderzoek uit studies naar de effectiviteit van collaboratieve therapie, alsook uit een analyse van het gedrag en de attitudes van de therapeut om te kijken of dit consistent is met de therapeutische filosofie. Ze gaat ervan uit dat collaboratieve therapeuten geloven dat je aan de cliënt moet vragen of therapie geholpen heeft. Alhoewel de ervaringen en meningen van de therapeuten waardevol zijn, worden de percepties en evaluaties van de cliënten over de therapie bevoordeeld. Daarom kiezen we ervoor om in de verticale analyses vanuit de interviews van de cliënten te vertrekken en worden die als basis genomen. Ook wij vragen aan de cliënten of de therapie geholpen heeft. De interviews van de therapeuten worden eerder selectief en aanvullend gebruikt. We gaan immers na hoe de therapeuten handelen om een antwoord te kunnen formuleren op beide onderzoeksvragen, namelijk of er sprake is van een samenwerkingsrelatie en van een co-constructie van nieuwe verhalen.

De analyses zijn gebaseerd op een combinatie van de uitgangspunten van de “narratieve analyse” (Riessman, 1993) en de “grounded theory” (Glaser & Strauss, 1967). Daar we de postmodernistische kijk op therapie in hoofdstuk I geschetst hebben, is het een logisch gevolg om deze lijn door te trekken naar onze wijze van onderzoeken.

We willen bij het analyseren van de interviews niet vertrekken vanuit categorieën om twee redenen. Ten eerste zouden lange uiteenzettingen op deze wijze onderverdeeld worden in gemeenschappelijke thematische elementen. Door dit “fragmentatieproces” zou de informatie veel van zijn waarde en context verliezen. Ten tweede, eenvoudige categorisatie wordt bijna onmogelijk door de inhoudelijke verwevenheid van de informatie. Wanneer de onderzoeker moet kiezen welke stukken tekst onder welke categorie hoort, neemt hij als het ware een expertpositie in (Riessman, 1993).

4.2 “Grounded theory”

“Grounded theory” focust op het proces om theorie te genereren en niet op een reeds bestaande theorie. Door inductief te werk te gaan, kunnen we betekenis geven aan de data. Om data te analyseren, wordt gebruik gemaakt van de constante comparatieve methode. Patton (2002) wijst erop dat dit niet noodzakelijk hoeft te leiden tot het uitbouwen van een “grounded theory”. Deze methode houdt in dat een deel van de data vergeleken wordt met een ander deel om gelijkenissen en verschillen op te sporen. Data worden op een gelijkaardige dimensie gegroepeerd. Deze dimensie krijgt dan een naam en wordt op deze wijze een categorie.

Propp (1975, in Alasuutari, 1995, p. 73) citeert hieromtrent: “What we see, is precisely the reverse: the majority of researchers begin with classification, imposing it upon the material from without and not extracting it from the material itself”. Door in ons onderzoek hetgeen binnen de therapie aan bod is gekomen, samen te vatten, hebben we de gegevens laten spreken en pas nadien onderverdeeld in thema’s. Deze thema’s zijn dan een hulpmiddel om de lange stukken tekst te kunnen vergelijken. Indien we gebruik zouden maken van de terminologie van Pike (1954, in Alasuutari, 1995) zouden we spreken over het analyseren van “emic” classificaties (zie Merriam’s “insider ‘s perspective”). We kiezen ervoor om in onze verticale analyses gebruik te maken van zeer brede categorieën¹⁵. Hierna trekken we een besluit met de belangrijkste gelijkenissen en verschillen tussen de cliënt en de therapeut.

Tabel 1

Thema’s van de cliënt en thema’s van de therapeut

Thema’s cliënt	Thema’s therapeut
Beleving van het gedwongen kader	Het proces
Beleving van de therapie	Het therapeutisch handelen
Beleving van de therapeut	

Mishler (1986, in Mc Leod, 2001) wijst er op dat de wijze waarop verhalen geanalyseerd worden volgens de “grounded theory”, de betekenissen fragmenteert in thema’s of categorieën. Het verhaal in zijn geheel is noodzakelijk om bijkomende betekenissen weer te geven. Dit niveau van betekenisgeving kan zelden gereflecteerd worden in niet-narratief onderzoek. Vandaar dat we opteren voor een combinatie van de uitgangspunten van de “grounded theory” en de narratieve analyse. Door ook gebruik te maken van de narratieve analyse, trachten we de structuur, de chronologie en de samenhang van elk verhaal zoveel mogelijk te behouden onder elk thema. Vandaar ook de keuze om gebruik te maken van zeer brede categorieën.

¹⁵ Zie tabel 1 voor een overzicht.

4.3 Narratieve analyse

Therapeuten hebben dagelijks te maken met narratieven van persoonlijke ervaringen en gebruiken deze verhalen om verandering mogelijk te maken door het hervertellen en reconstrueren van nieuwe en meer bevredigende verhalen (White & Epston, 1990). Daar onze tweede onderzoeksvraag hier nauw bij aansluit, namelijk of er al dan niet een co-constructie van nieuwe verhalen plaatsvindt, hechten we ook belang aan de “narratieve wending” in kwalitatief onderzoek. Verhalen van mensen worden nu als data erkend, die op zichzelf kunnen bestaan als pure beschrijvingen van ervaring (McLeod, 2001; Patton, 2002).

In ons onderzoek willen we, in dezelfde lijn als Riessman (1993), interviews als narratieven beschouwen. Narratieve analyse neemt als object van onderzoek het verhaal zelf. Ook de persoonlijke ervaringen rond therapie zijn van belang (Rennie & Toukmanian, 1992). Alhoewel standaardprocedures ontbreken, trachten we de belangrijkste richtlijnen van de narratieve analyse, geschetst door Riessman (1993), in ons onderzoek te volgen.

In een eerste fase, trachten we tijdens het interview een faciliterende context te creëren opdat het “verhalen” vergemakkelijkt wordt. De soorten vragen zijn hier van belang, alsook de interviewleidraad (zie hoofdstuk III.3.2). Ten tweede is transcriberen noodzakelijk, al houdt het steeds een selectie en reductie in. Taal omzetten in geschreven tekst, kan volgens Riessman (1993) niet gedelegeerd worden. Door het zelf transcriberen van de interviews, kan de onderzoeker immers ambiguïteiten in taal op de tape horen, alsook betekenissen opsporen, door de wijze waarop iets wordt verteld. Ook in dit onderzoek, heeft de onderzoeker alle interviews zelf getranscribeerd. In deze fase deelt Riessman (1993), Labov's kader volgend (1972, 1982, in Riessman, 1993), elk verhaal op in lijnen (“stanzas”) om te kijken hoe de verhalen georganiseerd zijn. We kiezen er echter voor om de interviews niet in segmenten te verdelen en ook minder gedetailleerd weer te geven, door bijvoorbeeld niet alle spraakkenmerken, bijvoorbeeld fluïsteren, aan te duiden. Bij het analyseren, de laatste fase, trachten we zoveel mogelijk aan te sluiten bij de verhalen van de cliënten en therapeuten. Een zo objectief mogelijke weergave wordt beoogd door onder andere citaten weer te geven. Volgens Riessman (1993) is het echter onmogelijk om neutraal en objectief te zijn. Alle vormen van representaties van ervaringen geven de werkelijkheid immers slechts gedeeltelijk en selectief weer. Het gaat steeds om alternatieve waarheden, niet om zekerheden, daar interpretatie op alle niveaus, dus van vertellen, transcriberen en analyseren, plaatsvindt.

5 Besluit

We kunnen besluiten dat de keuze voor een kwalitatief, beschrijvend en explorerend onderzoek het beste aansluit bij onze onderzoeksvragen. Om op deze laatste een antwoord te vinden, nemen we semi-gestructureerde interviews af bij vier cliënten en hun respectievelijke therapeut. Het onderzoek wordt opgevat als een multi-gevalstudie. De analyses zijn gebaseerd op een combinatie van de uitgangspunten van de “grounded theory” en de narratieve analyse. We vatten de gegevens per casus samen. Hoe de resultaten concreet worden weergegeven, wordt duidelijk in het volgende hoofdstuk.

Hoofdstuk IV: Verticale analyses

1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de 22 semi-gestructureerde interviews, die telkens na de eerste, derde en vijfde therapiesessie werden afgenomen, in een “within-case analysis” of verticale analyse samengevat. Dit houdt in dat elke casus afzonderlijk wordt bekeken. We trachten de verhalen van de geïnterviewden, alsook de chronologie, te respecteren door een zo objectief mogelijke weergave te beogen. Er wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de taal van enerzijds de cliënt, anderzijds de therapeut. Om meer structuur aan te brengen, worden de verhalen opgebouwd rond een aantal thema's, die besproken werden in hoofdstuk III.

We geven eerst het verhaal weer van de cliënte, met daaropvolgend dat van de therapeut. Nadien wordt een besluit getrokken met de belangrijkste parallellen en tegenstellingen tussen beide verhalen. Ook bijkomende informatie wordt gegeven. Ten laatste wordt een algemeen besluit getrokken.

Om verschillende redenen kiezen we ervoor om enkel de verticale analyse van casus A in dit hoofdstuk weer te geven. Ten eerste wordt deze casus gekozen omdat dit in de tijd de allereerste casus was. Ten tweede beperken we ons in dit hoofdstuk slechts tot één casus om de leesbaarheid en overzichtelijkheid te vergroten. Het dient benadrukt te worden dat alle casussen even belangrijk zijn, daar ze de basis voor de bespreking in hoofdstuk vijf vormen. De andere verticale analyses zijn bijgevolg in bijlage¹⁶ te vinden en worden op een gelijkaardige wijze gepresenteerd.

2 Casus A

2.1 Cliënt A

2.1.1 Beleving van het gedwongen kader door cliënt A

Door in te stemmen met het project, kon cliënt A vroeger weg uit Beernem. Ze moest dan ook akkoord gaan met de therapie. Ze vindt dit echter voor “*psycho's*”. In grote lijnen drukt ze hiermee uit dat therapie voor mensen is met psychische problemen. Na het vijfde gesprek is haar kijk op therapie veranderd. Het is nog steeds zo dat enkel mensen die therapie nodig hebben, dit moeten krijgen, “*tenzij het een erg zot geval is*”. Toch vindt de cliënte dat therapie goed kan doen, ook al heb je het niet nodig.

Cliënt A geeft aan dat haar manier van denken tijdens de ontheemdingsfase is veranderd. Daarvoor had ze geen tijd om na te denken: “*Nu zal ik eerst nadenken vóór ik stomme dingen*”

¹⁶ Zie bijlage 5.

doe". Ze heeft geen idee waarom ze in therapie moet en heeft vooraf geen informatie gekregen over de therapie. *"Ik wist niet wat, hoe, waar en met wie, maar wel dat er therapie ging zijn"*. Tevens weet ze dat het een deel van het project is en dat ze na de vijf gesprekken kan kiezen of ze er mee verder gaat. Deze verplichting wordt als *"smerig"* bestempeld. De cliënte vindt dat de meisjes de keuze moeten krijgen om in therapie te gaan. Ze geeft wel aan dat ze uit vrije wil niet zou zijn gegaan. Ze was dan ook heel boos toen ze *"controle"* meekreeg. Een begeleidster was met haar tot aan de deur gegaan om te zien of ze wel naar de therapie zou gaan. Na het derde gesprek heeft ze zich bij het gedwongen kader van de therapie neergelegd. Ze had zelfs zin om te praten: *"Langs één kant was ik opgelucht dat ik 'moest' gaan praten, maar ja, er is weer die moet"*. Na het vijfde gesprek voegt ze hier aan toe dat vooraleer je over therapie een mening kan uiten, het zelf ondervinden belangrijk is. Het verplichte karakter van de therapie wordt nog steeds negatief beleefd. De begeleiding had het haar echter gewoon moeten vragen en dan had ze ingestemd: *"Ze hadden het gewoon moeten voorstellen. Dan had ik dat toch gedaan. Ik zeg niet dat het bij iedere persoon zo zou zijn, maar bij mij persoonlijk wel. Ik zou dat dan wel uitgeprobeerd hebben. Als het na de eerste keer niet was goed geweest, dan zou ik het erbij gelaten hebben. Als het na één keer wel goed zou lopen, dan zou ik dat blijven doen zijn. Ik vind dat de meisjes dat zelf moeten ondervinden. Ze moeten die verantwoordelijkheid krijgen. Ze mogen ze niet verplichten. Het zijn hun ouders niet"*.

Ze vindt vijf gesprekken veel te veel en is er zeker van dat ze nadien zal stoppen met therapie, ook al heeft ze een goed gesprek gehad. Deze mening houdt ook na het derde gesprek stand. De vijf verplichte gesprekken zal ze doen, maar nadien zal ze ermee stoppen. Als ze problemen heeft of ze wil eens praten, kan ze bij haar vrienden en haar papa terecht. Na het vijfde gesprek, beslist ze om nog een aantal keren, maar dan in mindere mate, in therapie te gaan. Wekelijks gaan, ziet ze niet zitten. Ze dacht hier reeds over na en een gesprek met haar begeleiding heeft haar *"de klik"* gegeven om toch nog te gaan. Daar het geen verplichting meer is, ervaart ze minder druk. Hiervóór wou ze wel wekelijks in therapie, *"dan is het sneller gedaan"*. Meerdere malen in één week gaan, vindt ze te veel en dan zou ze veel minder zeggen.

2.1.2 Beleving van de therapie door cliënt A

Cliënt A had een saai gesprek verwacht, waarin ze één uur ging zitten en zwijgen. Ze zegt weinig verteld te hebben, enkel dat ze zelf *"een beetje onbewust"* over haar drugsverleden is begonnen: *"Ik denk dat hij dat uit mij heeft gesleurd"* en *"Het uurtje moest vol geraken"*.

Ze heeft aanvankelijk totaal geen verwachtingen over de gesprekken en gaat niets vertellen over haar verleden en over haar problemen. Ze vertelt hier enkel over aan haar beste vriend. Het gaat de therapeut trouwens niet aan: *"Ik vind niet dat dat zijn zaken zijn. (...) Ik los mijn problemen liever zelf op en ik vind dat een vreemd iemand niet in mijn hoofd moet komen"*. De therapeut kan haar toch niet helpen, enkel misschien raad geven. Tevens wil ze niet over haar problemen praten, daar ze er achteraf een slecht gevoel denkt aan over te houden. Moest ze dat wel doen, dan wordt alles weer opgerakeld. Zelfs na enkele gesprekken, wil ze dit niet: *"Na vijf gesprekken kan je niemand kennen. Dat is maar vijf uurtjes. Als ik aan iemand mijn*

problemen vertel of ga uitwenen, dan moet ik die gast of dat meisje al echt heel lang kennen voor ik dat doe". Ze wil die vijf gesprekken zo snel mogelijk achter de rug hebben, want ze vindt dat vermoeiend en wil weer kunnen uitblazen. Over de inhoud van het gesprek zegt ze: *"Als mij dat niet interesseert, dan onthoud ik zo'n dingen niet"*.

Ze wil de therapeut volgende keer wel vragen wat hij juist met haar wil bespreken: "Als hij echt een paar hoofdstukken heeft, dan kan ik een paar hoofdstukken kiezen, waar ik wil en kan over praten. En die andere gewoon weglaten, want er zullen ook wel persoonlijke dingen tussen zitten en daar praat ik niet over". Ze heeft ook het idee dat de begeleiding de opdracht geeft aan de therapeut om bepaalde onderwerpen aan bod te laten komen, maar zolang hij haar verleden niet uitkamt, is dat goed voor haar. Verder heeft ze niet meer nagedacht over het gesprek, daar ze al genoeg over andere dingen nadenkt en er dit niet nog eens wil bijnemen.

Ze had verwacht dat het derde gesprek opnieuw saai zou zijn en dat ze zouden praten over *"stomme, dagelijkse dingen"*. Ze vindt dat wel interessant, maar haar hoofd stond er niet naar. De cliënte voelde zich depressief en gefrustreerd, en heeft haar masker opgezet toen ze binnenkwam. Ze hebben eerst over *"futiliteiten"* gepraat en daarna heeft ze verteld dat ze verkracht is geweest. Ze was opgelucht dat ze het had kunnen vertellen. Het gesprek is redelijk goed verlopen en ze heeft meer gepraat dan anders. Ze weet niet hoe deze thema's ter sprake zijn gekomen: *"Het komt vanzelf"*. Ze had niet verwacht dat het derde gesprek haar zoveel zou opluchten. Ondanks het feit dat ze over serieuze problemen hebben gepraat, is ze niet met een slecht gevoel buiten gekomen. Cliënt A geeft nu aan dat haar gevoel na een gesprek niet afhankelijk is van het al dan niet praten over haar problemen, maar wel van haar gevoel vooraf.

Ze verwacht van de volgende gesprekken dat het zo goed gaat als het vorige, dat de therapeut eerlijk is en dat ze met een goed of een neutraal gevoel naar buiten komt, niet met een slecht gevoel. Daar ze nog naar twee gesprekken moet, wil ze die als vrienden doorbrengen, anders zou er weinig gezegd worden. Het interesseert haar niet wat aan bod zal komen en ze wil dat ook niet plannen. Als ze over iets wil praten, dan doet ze dat gewoon. De therapeut doet hetzelfde. Ze is dan ook blij dat de therapeut heeft gezegd dat ze zelf de keuze heeft om er verder op in te gaan of niet.

Ook in het vijfde gesprek zijn de thema's vanzelf, onbewust aan bod gekomen. Ze heeft er niet over nagedacht: *"Als je met twee bent, dan begin je wel over iets te praten"*. Ze beginnen steeds een gesprek door over *"koetjes en kalfjes"* te praten: *"We beginnen dan over iets stom en daarna kan een serieuzer onderwerp aan bod komen of anders blijven we zo over die kleine dingen praten"*.

Ze is nog steeds niet van plan om uit te stippelen welke thema's aan bod zullen komen, maar ze wil wel een *"privé thema"* afmaken. De cliënte zegt dat dit ook één van de redenen is waarom ze zeker die zesde sessie wil doen, terwijl ze na het derde gesprek had gezegd dat ze niet echt wou terugkomen op een sessie. Ze verwacht verder nog dat de therapie goed zal gaan en dat de therapeut haar raad kan geven als ze dat nodig heeft. We kunnen uit de

interviews afleiden dat het praten met de therapeut voor opluchting zorgt en haar helpt om een aantal dingen te verwerken.

De cliënte blikt positief terug op de vijf gesprekken en vertelt dat de therapie anders is gelopen dan verwacht. Ze had niet gedacht dat ze zoveel zou zeggen en dat er delicate thema's aan bod zouden komen, daar ze dat niet van plan was.

2.1.3 Beleving van de therapeut door cliënt A

Dat ze bij een mannelijke therapeut gaat, vindt ze geen probleem. Het feit dat hij al wat ouder is, is een voordeel, want *“een jong iemand heeft niet evenveel ervaring als iemand die al twintig jaar in het vak zit”*.

Ze haat alles wat met dokters te maken heeft en de therapeut is ook een dokter. Raad zou ze wel van eender wie aannemen. Over het eerste gesprek zegt ze dat de therapeut veel praat, vraagt en zaagt. Als hij te veel vragen zou stellen, zou ze het wel zeggen. Ze zegt ook dat hij gewoon zijn job doet en dat ze niet weet in welke mate hij echt geïnteresseerd is in mensen. Ze is wel blij dat hij een gewoon iemand is: *“Als er zo ene met zijn kostumeke voor mij had gezeten, dan had ik helemaal gezwegen”*.

De therapeut heeft volgens haar respect voor wat de mensen wel en niet willen zeggen en voor het feit dat ze niet geïnteresseerd is in de therapie. Dat vindt ze wel aangenaam aan hem. Ze voegt er aan toe: *“Zo een therapeut heeft zo van die technieken om toch iets los te wringen uit u”*. Het geeft haar een raar gevoel dat iemand met een subtiele aanpak een ander aan het praten kan krijgen. Ze zegt dat ze dat wel rap door heeft, dus ze zal niet snel over serieuze dingen beginnen. Ze wil enkel met hem over kleine problemen praten als test voor hem. Als hij het dan goed aanpakt, is het een goede therapeut. Dit zou echter geen reden zijn om over grote problemen te praten.

De therapeut reageerde heel positief toen ze over drugs begon te vertellen. Ze had nooit verwacht dat er over zo'n onderwerp zou worden gepraat. Hij heeft hier zelf ook verhalen over verteld. Hierover denkt ze dat het een soort *“uitlokkingstechniek”* is: over dingen praten die haar ook interesseren om haar uit haar tent te lokken. Ze vindt dit *“smerig”*, *“maar dat zijn nu eenmaal therapeuten”*. Ze denkt dat de therapeut wel blij was dat ze over iets uit haar verleden begon te praten, *“opdat hij toch een beetje zijn werk kon doen. En daar gaat het hem om, om dingen uit mijn verleden nu op te lossen, maar daar kan hij niet echt bij helpen”*. Ze vindt het wel goed en verrassend dat hij over vele dingen kan meepraten en is blij dat het eerste gesprek zo is afgelopen.

Tijdens het derde gesprek reageert de therapeut begripvol op haar afwezigheden: *“Hij vindt het ook spijtig dat ik gedwongen word om naar daar te gaan. Een therapie kan nooit lukken als de patiënt niet gemotiveerd is om eraan te werken. Dat heeft hij mij gezegd. Dat vond ik wel een wijze uitspraak, want het is ook zo. Problemen kan je niet oplossen, als je niet gemotiveerd bent om ze met iemand op te lossen. Ik ben gemotiveerd om ze op te lossen, maar op mijn eigen”*. Ze vindt dat ze elkaar goed begrijpen en dat ze op dezelfde golflengte

zitten. Ze is geschrokken van “de manier” waarop hij praat. Ze had hem al veroordeeld en anders ingeschat. Door goed te praten, is haar kijk op hem niet meer negatief. Ze ziet hem nu als haar therapeut.

Ze apprecieert het dat hij respect heeft, rechtuit is, weet wat hij zegt, zijn mening nooit zal verstoppen en raad geeft. Ze heeft na drie gesprekken ook meer vertrouwen in hem: *“Die vertelt ook veel verhalen over andere meisjes die hij kent en dat geeft een vertrouwend gevoel”*. Door met hem te praten, beseft ze dat ze niet de enige is met een probleem.

De therapeut heeft op het einde van het derde gesprek djembé gespeeld en ze is er al lachend buiten gegaan. Het deed even raar om een andere kant van de therapeut te zien, maar het gaf haar wel een goed gevoel. Dat wil voor haar zeggen dat het een goede therapeut is: *“Als je met een gezicht tot op de grond binnen komt en je gaat buiten met de slappe lach, dan wil dat toch al iets zeggen. Ik vond dat echt wel een heel goede sessie”*.

Uit de interviews leiden we af dat het praten en luisteren van de therapeut aan het moment zijn aangepast: *“Hij heeft vooral geluisterd. Hij heeft eigenlijk niet veel gezegd, alleen op de momenten, dat het nodig was”*. Ze geeft opnieuw aan dat ze van hem verwacht dat hij eerlijk is en zijn mening geeft. Het positieve aan een therapeut is dat hij, in tegenstelling tot vrienden, raad kan geven van op een afstand, zonder beïnvloeding.

De therapeut reageert volgens cliënt A geschrokken, maar blij, wanneer ze tijdens het vijfde gesprek vertelt dat ze nog in therapie wil komen. Ze vindt zijn reactie wel een beetje raar: *“Het is precies alsof ik echt die therapie nodig heb, maar ik heb dat dus echt wel niet nodig”*.

2.2 Therapeut A

2.2.1 Het proces

Het proces in het eerste gesprek kan volgens de therapeut worden opgedeeld in drie fasen. In de eerste fase is er een sterk uitgedrukt verzet van cliënt A tegen de verplichting van de therapie. In de tweede fase wordt de “weerstand” overwonnen. In de derde fase is er een conversatie van verschillende thema's van algemeen veilig en neutraal naar meer en meer persoonlijk.

De therapeut geeft aan dat het derde gesprek op een hele natuurlijke, vanzelfsprekende manier is begonnen. Cliënt A voelt zich meer op haar gemak en begint spontaan te vertellen. Ze ventileert haar emoties en het gesprek evolueert naar meer ingrijpende thema's. Met de therapeut heeft ze het over belangrijke levenservaringen gehad, die ze heeft meegemaakt, omdat ze tijdens het tweede gesprek reeds enkele belangrijke thema's hadden besproken. Ze voelt zich veilig genoeg om ingrijpendere thema's te vernoemen, zonder er echter een hulpvraag aan te koppelen. De cliënte uit haar kwaadheid, woede en onbegrip, maar haar verdriet toont ze niet. Ze houdt haar masker op van de sterke cliënte.

Over het vijfde gesprek vertelt de therapeut dat de wijze waarop ze telkens binnenkomt bijna een soort ritueel is. Ze hebben gepraat over vele kleine dingen, zonder terug te komen op reeds aangesneden thema's. Vooral het feit van het te kunnen vertellen is voor haar van belang. Het betrekkningsniveau of relatieniveau van de communicatie is dan veel belangrijker dan de inhoud. Cliënt A is het verplichte karakter van de therapie ook anders beginnen percipiëren en wil de therapie verlengen.

2.2.2 Het therapeutisch handelen

De therapeut heeft op voorhand geen concrete verwachtingen: "Als een cliënt bij mij komt, is er een soort leegte, een zen boeddhistische leegte. (...) Ik stel mij open voor alles wat komt en voor alles dat op die moment gebeurt. In dat opzicht is de houding van een postmoderne therapeut nogal vergelijkbaar met die van een zen boeddhist". De therapeut koestert na het eerste gesprek de hoop om van de cliënt te horen welke onderwerpen voor haar relevant zijn om te bespreken. Hij wil ook graag weten welke doelen ze nastreeft en wat ze met de therapie wil bereiken. Dit is echter in het eerste gesprek niet mogelijk geweest, omdat cliënt A het gesprek niet wenste te definiëren als een therapie. Ze heeft wel al een aantal doelen gesignaleerd, maar de therapeut moet nog uitdrukkelijk vragen of zijn indruk klopt en of zij het ziet zitten om met hem te zoeken hoe ze die doelen kunnen nastreven. Dit omschrijft de therapeut niet als verwachtingen, maar als een soort plan, dat hij heeft. Hij zal intuïtief en door ervaring moeten weten wanneer dit mogelijk is. Timing is hier van cruciaal belang. Na het derde gesprek wil hij zijn reflecties kenbaar maken, maar hij ziet af van dat plan. Hij denkt dat het niet zal werken en nog te vroeg is voor haar. De therapeut hecht, gezien haar leeftijd en voorgeschiedenis, niet zoveel belang aan het klassieke concept van therapie. Wat echter wel van belang is, is dat de cliënte kan ervaren dat praten in een verplichte context met iemand, die therapeut wordt genoemd door de anderen, ook een voldoende aangename ervaring kan zijn. Ook de ervaring dat ze daar niet verplicht wordt tot de meest pijnlijke, vervelende, ijzingswekkende dingen, vindt hij belangrijk. Hij noemt dit een soort van pre-therapeutische voorbereiding. Ook na het vijfde gesprek geeft hij aan dat er een kader is ontstaan wat niet samenvalt met het traditionele kader. Cliënt A wil in staat zijn om over haar emoties te kunnen praten op een manier dat niet veroordelend is en dat ook niet in een opvoedkundig regelgevend kader valt. De taal van de appreciërende benaderingen zou, volgens de therapeut, spreken over een oude droom, die nog gerealiseerd moet worden. Deze droom, om emotionele ondersteuning te krijgen, is nooit uitgekomen en transfereert zich naar de therapeutische gesprekken.

Tijdens het eerste gesprek is cliënt A gestart met: "*Je moet niet denken dat ik hier iets zal zeggen!*". Met een zeer kwade toon en een boze gelaatsuitdrukking zegt ze onder andere dat ze verplichtingen haat en geen therapie nodig heeft. De therapeut probeert dit collaboratief te benaderen en spreekt over een gezamenlijk probleem: "*Wij zijn hier alle twee verplicht. Jij moet in therapie en ik moet therapie geven aan u. (...) Hoe gaan we dat oplossen?*" Hij blijft rustig en accepteert haar verzet. In deze fase reageert de cliënte hier nog maar weinig op, maar naderhand merkt de therapeut op dat ze een klein beetje afkoelt. Ze vindt therapie voor "*psycho's*". De therapeut spreekt haar in de loop van de conversatie aan als een gewoon, normaal en sterk meisje. In een tweede fase probeert hij de "weerstand" te accepteren en

verplichtingen als een soort onrecht te benoemen. De therapeut merkt dat ze het apprecieert dat hij het onrecht, dat haar wordt aangedaan, ziet en herkent. Hij bevecht niet wat ze vertelt, maar ondersteunt haar. Niet zijn doel is belangrijk, maar haar doel. Hierop volgt een conversatie over veilige thema's, hetgeen het ijs doet smelten. Ze begint zelf steeds meer en meer te praten, ook over meer persoonlijke thema's, en de therapeut luistert vooral. Op sommige momenten reflecteert hij en stelt hij vragen, die samen geconstrueerd worden op het moment dat de cliënte iets vertelt. Identificaties en herkenningen worden dan mogelijk en ervaringen kunnen betekenis beginnen krijgen. Op andere momenten is hij niet dieper ingegaan op thema's, waarvan hij dacht dat ze gevoeliger liggen. Hij wil haar niet verplichten om daarover te praten. Zo wordt een vrij constructief gesprek opgebouwd, waarin nieuwe betekenissen gecreëerd kunnen worden.

De therapeut is na het eerste gesprek optimistisch, daar cliënt A over een aantal "*resources*" en "*innerlijke krachten*" beschikt om zich te handhaven en te blijven functioneren. Hij is ook hoopvol door de evolutie van het gesprek van een aanvankelijk uitgesproken verzet naar een grote openheid.

Het derde gesprek begint met wat "*small talk*" en een grotere openheid van cliënt A blijft zichtbaar. De therapeut toont vooral begrip voor het gerechtvaardigd zijn van haar kwaadheid: "*Het is bijzonder basaal, maar ze heeft dat begrip ook heel weinig gekend*". Hij vertelt ook met opzet het verhaal van een andere cliënte, waarin cliënt A zich herkent. Hierop reageert ze door onder andere te zeggen dat ze waarschijnlijk later in therapie zal gaan. Hij aanhoort dat en stelt soms ook vragen, alhoewel hij daar heel voorzichtig mee is, omdat hij weet en ziet dat ze zelf wil bepalen wat ze wel of niet vertelt. Door haar veel controle te geven, creëert hij veiligheid. Hij merkt ook veel reflecties op bij haar: ze denkt na en verwerkt een aantal zaken.

De therapeut heeft sterk het gevoel dat hij het gesprek leidt en het proces van de conversatie bepaalt, terwijl de cliënte eerder de inhoud bepaalt. Dit doet hij op een zeer subtiele manier door korte vragen, opmerkingen en reflecties te maken. Zo bepaalt hij vooral de duur van een gespreksonderwerp en, in de mate dat de cliënte het toestaat, de diepgang van de conversatie. Hij heeft ook de indruk dat de mate waarin ze een gesprek goed vindt of niet, sterk samenhangt met haar gemoedstoestand.

Na het vijfde gesprek vertelt de therapeut dat cliënt A heeft aangegeven dat ze aanvankelijk is blijven volhouden dat ze niet meer dan vijf gesprekken wou als een soort van "*revanche*" op iedereen die haar verplicht had. Nu was ze daar echter overheen en is ze het verplichte karakter van de therapie anders beginnen percipiëren. Ze wou de therapie verlengen, hetgeen de therapeut om twee redenen verbaasde. De eerste reden is dat ze het goed vindt om op een andere wijze over haar emoties te kunnen spreken. Het niet veroordelend zijn van de therapeut, doet haar meer deugd dan hij ooit had kunnen vermoeden. De tweede reden is dat ze soms graag de ideeën hoort van iemand die een volkomen buitenstaander en ouder is. Oudere mensen zijn voor haar mensen met meer ervaring en meer wijsheid. Deze co-constructie van een gezamenlijk verhaal is voor de therapeut belangrijk. Ze heeft kunnen uitspreken wat de gesprekken voor haar betekenen. Wanneer het gaat over verplichte hulpverlening, is het volgens de therapeut niet evident om van bij het begin over

doelstellingen te spreken. Een co-constructie van doelstellingen, alsook een co-constructie van een veilige gesprekscultuur, werden mogelijk volgens de therapeut.

De therapeut vindt dat hij op een authentieke en doorzichtige wijze reageert, en open en eerlijk is. “*Je moet je niet anders voordoen dan hoe je bent*”. De cliënte krijgt de ruimte om te vertellen wat ze belangrijk vindt. Op welbepaalde momenten vertelt ook de therapeut iets over zichzelf. Door “*disclosing stories*” onthult hij zichzelf met de bedoeling om nog meer onthullende verhalen van de cliënte te krijgen. Hierbij is het van belang om het onderwerp en de timing zo goed mogelijk te kiezen.

Een aantal stemmen waren na het eerste gesprek aanwezig bij de therapeut wat betreft het verplichte aantal sessies: “Aan de ene kant is er iets in mij dat zegt, dat gegeven het verplichte karakter van de therapie, dat goed is dat het om een beperkt aantal sessies gaat. Dat houdt het geheel overzichtelijk. Het creëert dan toch een soort van relatieve vrijheid. Dat is één stem in mij. Een andere stem in mij zegt dat er meer sessies nodig zijn om echt therapie te doen met X (de cliënte). En dan is er een derde stem in mij die zich afvraagt of het zal en kan lukken om binnen vijf sessies tot een nieuwe afspraak te komen dat we meer gesprekken gaan hebben op volkomen vrijwillige basis dan. Dat weet ik niet”. Hij gaf toen ook aan dat indien de cliënt ervoor zou kiezen om de therapie verder te zetten, hij zich anders zou gedragen. Op dat moment kunnen immers doelen worden nagestreefd en kan een collaboratief plan over de inhoud van de gesprekken worden gemaakt. Na het vijfde gesprek echter, wil hij de klassieke therapeutische context niet opdringen aan cliënt A. Daar zij geen hulpvraag en geen klachten van duidelijk omschreven aard heeft, kan ook geen kernprobleem geformuleerd worden. Tevens kunnen we uit de interviews besluiten dat er geen continuïteit is in de gesprekken.

Kenmerkend doorheen de gesprekken is dat de besproken thema's niet op voorhand worden bedacht, maar eerder spontaan ter sprake komen. De therapeut vist niet naar onderwerpen, daar ze voortvloeien uit het proces van de conversatie. Thema's worden samen geconstrueerd door een opmerking, een vraagje, ... van haar of van hem. Het is dus het toevallige verloop van de conversatie, hetgeen een afwisseling is van luisteren en spreken, wat bepaalt wat het volgende thema kan zijn.

2.3 Besluit

Cliënt A vertelt dat ze meestal over “*koetjes en kalfjes*” of over “*futiliteiten*” beginnen praten. Dit kan dan de aanleiding zijn tot een serieuzer onderwerp. Ook de therapeut heeft het over “*small talk*”, waardoor het gesprek kan evolueren naar meer ingrijpende thema's.

De therapeut geeft aan dat ook hij soms verhalen vertelt met als doel om nog meer onthullende verhalen van de cliënte te krijgen. Ook tracht hij op een zeer subtiele wijze, door korte vragen, opmerkingen en reflecties, het proces van de conversatie te leiden. De thema's komen echter spontaan ter sprake en worden niet op voorhand bedacht. Ook de cliënte heeft het over een subtiele aanpak van de therapeut. Ze denkt echter dat hij een aantal technieken heeft om haar aan het praten te krijgen. Wanneer hij tijdens de eerste sessie zelf verhalen vertelt, denkt ze dat dit “*een uitlokkingstechniek*” is. We kunnen echter uit de interviews

afleiden dat ze deze verhalen van de therapeut na het derde gesprek anders ervaart. Door deze verhalen groeit haar gevoel van vertrouwen en beseft ze dat ze niet de enige is met problemen. Ook cliënt A geeft aan dat thema's vanzelf en onbewust aan bod komen. De therapeut zegt dat hij aan de cliënt de ruimte geeft om te vertellen wat ze belangrijk vindt. Hij is heel voorzichtig in het stellen van vragen, omdat hij merkt dat ze zelf wil bepalen wat ze vertelt. Door haar deze controle te geven, creëert hij veiligheid. Zelf geeft de cliënte aan dat ze blij is dat de therapeut heeft gezegd dat ze de keuze heeft om al dan niet over een onderwerp te praten.

De therapeut merkt veel reflectie op bij cliënt A. Ze denkt na en is een aantal zaken aan het verwerken. Ook de cliënte geeft aan dat ze sinds de ontheemdingsfase veel meer nadenkt.

Cliënt A zegt over zichzelf dat ze een masker opzet. De therapeut heeft hetzelfde gevoel, geeft aan dat ze haar verdriet niet toont en zich sterk wil voordoen. Over de therapeut zegt de cliënte dat ze het leuk vindt dat hij djembé heeft gespeeld. Zo heeft ze hem op een andere manier gezien. De therapeut spreekt hier over authenticiteit. Hij blijft zichzelf.

De therapeut hecht veel belang aan timing en de cliënte geeft aan dat het praten en luisteren van de therapeut aangepast zijn aan het moment. Hij is niet enkel rechtuit, maar is ook respectvol en begripvol. Ook de therapeut geeft aan te reageren op een open, accepterende en doorzichtige wijze.

Na het derde gesprek denkt de therapeut dat de tevredenheid over een gesprek sterk afhangt van de gemoedstoestand van de cliënte. Dit wordt ook na het vijfde gesprek door cliënt A vermeld. Haar gevoel vóór een gesprek is in grote mate bepalend voor haar gevoel ná een gesprek.

Na het vijfde gesprek besluit cliënt A dat ze de therapie wil verder zetten, hetgeen de therapeut verbaast. De therapeut zegt dat ze aanvankelijk wraak wou nemen en zich verzetten tegen iedereen die haar gedwongen had om iets te doen dat ze niet wou. Ze is het verplichte karakter van de therapie echter anders beginnen percipiëren. De cliënte voegt er aan toe dat ze minder druk ervaart nu het geen verplichting meer is.

Uit deze bevindingen kunnen we besluiten dat we een aantal parallellen kunnen vinden in de percepties van zowel de cliënte als de therapeut. Na het derde gesprek is de beleving van de therapeut en de therapie door de cliënte in positieve zin veranderd. Ze aanschouwt hem nu ook als "haar therapeut". Het vertrouwen groeit en ze voelt zich begrepen. Ook de therapeut geeft aan dat meer veiligheid gecreëerd is doorheen de sessies, maar hij had nooit gedacht dat ze de therapie zou verder zetten.

2.4 Bijkomende informatie

Van de therapeut hebben we vernomen dat cliënt A nog tweemaal op gesprek is geweest. Daar ze een aantal regels van het begeleidingstehuis verbroken had, had ze de keuze om terug naar Beernem te gaan of om naar een familie in het buitenland te vertrekken. Ze heeft gekozen voor dit laatste, waardoor de therapie onderbroken werd. Cliënt A heeft de therapie niet hervat bij haar terugkeer.

3 Besluit

In het volgende hoofdstuk baseren we ons op de verticale analyses om een antwoord te formuleren op de onderzoeksvragen. Alhoewel in dit hoofdstuk slechts één verticale analyse wordt weergegeven, willen we nogmaals het belang van elke casus onderstrepen. Door de vier verticale analyses naast elkaar te leggen, kunnen we deze “vier verhalen over therapie” met elkaar vergelijken. Zo worden tegenstellingen en gelijkenissen opgespoord over de casussen heen en worden overkoepelende besluiten getrokken.

Hoofdstuk V: Bespreking

1 Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk hebben we ons beperkt tot een zo objectief mogelijke weergave van de verhalen van de cliënten en de therapeuten. Bij elke casus hebben we een besluit getrokken door te kijken naar tegenstellingen en parallellen tussen cliënte en therapeut. In deze bespreking gaan we een vergelijking maken doorheen de casussen en trekken we conclusies. We halen tevens enkele algemene bedenkingen aan.

Alvorens de resultaten van de verticale analyses te bespreken, herhalen we kort de vraagstelling van het onderzoek. We vragen ons af of de cliënte en de therapeut doorheen de vijf gesprekken een samenwerkingsrelatie hebben opgebouwd. Tevens gaan we na of een co-constructie van nieuwe verhalen mogelijk werd.

2 Samenwerkingsrelatie

In hoofdstuk twee hebben we aangehaald dat er verrassend weinig onderzoek gedaan is naar de beleving van kinderen in familietherapie of naar de wijze waarop therapeuten een samenwerkingsrelatie tot stand brengen met kinderen (Strickland-Clark et al., 2000). Nochtans is het opbouwen van een goede samenwerkingsrelatie van essentieel belang voor het resultaat van de therapie. Dit blijkt uit een overzicht van recent wetenschappelijk outcomeonderzoek. De beste voorspeller van therapeutisch succes is een positieve beoordeling van de therapeutische relatie door de cliënt. Dit blijkt zelf een betere voorspeller te zijn dan de diagnose, de therapeut, de therapeutische benadering of welke andere variabele dan ook. Uit onderzoek wordt ook afgeleid dat de therapie beter werkt als de cliënten actief participeren in het therapeutisch proces (Rober, 2002).

Therapeuten moeten in staat zijn om voor hun cliënten een sfeer van ruimte en mogelijkheden te scheppen. Verschillende attitudes van de therapeut zijn hiervoor nodig: open en receptief zijn, (empatisch) luisteren waardoor de cliënt zich begrepen kan voelen, respectvol zijn, een accepterende houding aannemen, veiligheid creëren, voldoende sensitief zijn, voldoende professionele afstand behouden, Hiernaast wordt ook het opbouwen van een samenwerkingsrelatie en het oppikken van lichaamssignalen als belangrijke basisvaardigheden vernoemd. Ook het eerste gesprek is heel belangrijk, omdat cliënten de gelegenheid krijgen om zich een subjectieve indruk van de therapeut te vormen. Cliënten moeten bij het eerste gesprek het gevoel hebben dat ze begrepen worden. De therapeut moet ook bereid zijn om informatie te geven over de therapie en over zijn manier van werken (Van Haver, n.d.).

Uit de interviews van de cliënten kunnen we afleiden dat het ontstaan van een samenwerkingsrelatie door een aantal factoren beïnvloed kan worden. Niet alleen de motivatie van de cliënten om in therapie te gaan en de wijze waarop ze het verplichte karakter

van de therapie ervaren, maar ook de reeds gevormde betekenissen omtrent therapie, oefenen hun invloed uit op de samenwerkingsrelatie. Alhoewel de mate waarin een samenwerkingsrelatie ontstaan is, niet direct kan vastgesteld worden, kunnen we dit nagaan aan de hand van een aantal factoren die hierbij een rol spelen.

Het kan gaan om factoren die een rol spelen vóór de jongeren in therapie gaan. Om dit na te gaan, baseren we ons vooral op het thema “beleving van het gedwongen kader” uit hoofdstuk vijf. Tijdens de therapie spelen andere factoren echter ook mee. In de literatuur (Rober, 2002; Van Haver, n.d.) vinden we dat het eerste gesprek en een aantal houdingen van de therapeut van belang zijn. De therapeut dient aandacht te hebben voor uitzonderingen en voor de competentie van de cliënt. Hij moet luisteren naar de bezorgdheid van de cliënten, aansluiten bij hun doelstellingen en openstaan voor hun feedback. Veranderingsgericht kijken en verandering in de toekomst ondersteunen zijn ook van belang. Teruggrijpend naar het vorige hoofdstuk, baseren we ons op de volgende thema’s: “de beleving van de therapie”, “de beleving van de therapeut” en “het therapeutisch handelen”.

Deze thema’s worden verder besproken en vergeleken doorheen de casussen. Voor de overzichtelijkheid wordt een opsplitsing gemaakt tussen beïnvloedende factoren vóór het eerste gesprek en tijdens de therapie. “Beïnvloedende factoren” mag heel ruim opgevat worden en omvat alle betekenissen, ervaringen en handelingen die een rol kunnen spelen bij het tot stand brengen van een samenwerkingsrelatie.

2.1 Beïnvloedende factoren vóór het eerste gesprek

Cliënt A, B en D geven expliciet aan dat ze vroeger weg wouden uit Beernem en de therapie aanvaard hebben, omdat het bij het project hoorde. Uit de interviews kunnen we afleiden dat cliënt C er ook zo over denkt. Cliënt A vond therapie voor “*psycho’s*”. Alle cliënten stonden negatief ten aanzien van het verplichte karakter. Cliënt B vond dat therapie voor “*zotte mensen*” was. Ook cliënt D reageerde aanvankelijk slecht op het feit dat ze in therapie moest, maar dacht nadien dat het niets verkeerd was.

We kunnen hieruit besluiten dat de cliënten Beernem vroegtijdig wouden verlaten en daarom gemotiveerd waren om deel te nemen aan het project. Ze geven echter aan dat ze de therapie aanvaard hebben, omdat het deel uitmaakte van het project en niet omdat ze in therapie wilden gaan. De therapie was immers één van de voorwaarden om toegelaten te worden (zie hoofdstuk II.2.4). We kunnen in dezelfde lijn als hetgeen we in hoofdstuk II besproken hebben over motivatie bij druggebruikers, stellen dat de interne motivatie van de cliënten om in therapie te gaan, beperkt is. Hieruit kunnen we afleiden dat indien de therapie niet verplicht was geweest en geen deel had uitgemaakt van het project, de cliënten een therapie op vrijwillige basis geweigerd zouden hebben.

De cliënten geven aan dat ze vooraf geen informatie hebben gekregen waarom ze in therapie moesten. Zowel cliënt A, als cliënt D wisten enkel dat ze vijf keer in therapie moesten en dat ze nadien de keuze kregen om de therapie te verlengen. Aan cliënt B hebben ze enkel gezegd

dat ze met de therapeut haar problemen kon bespreken. Aan cliënt C hebben ze verteld dat ze dingen kon vertellen die ze tegen niemand anders kan zeggen.

Ten eerste kunnen we stellen dat wanneer cliënten niet weten waar ze zich aan kunnen verwachten door een tekort aan informatie, dit een gevoel van onveiligheid te weeg kan brengen. Twee van de vier cliënten (B, D) wilden de eerste keer niet alleen gaan en vroegen aan hun individuele begeleidster om hen te vergezellen. Aanvullend kunnen we hier tevens een bedenking maken, aan cliënt B werd namelijk verteld dat ze met de therapeut over ‘haar’ problemen kon praten. Door deze formulering, valt de cliënt samen met het probleem, terwijl de narratieve therapie net een externalisatie van het probleem beoogt. Ten tweede, wanneer het begeleidingstehuis een functie geeft aan de therapie, krijgt de therapie een welbepaalde betekenis, waar de cliënte zich misschien niet in terug kan vinden. Zo valt de betekenis van therapie voor cliënt C weg, daar ze niets heeft dat ze tegen niemand anders dan de therapeut kan zeggen. Over problemen praat cliënt A aanvankelijk liever tegen haar beste vriend. Cliënt D geeft aan dat ze steeds bij familieleden terecht kan.

Twee van de vier cliënten hebben reeds gesprekken gehad met een psychologe. Uit de interviews kunnen we besluiten dat het om negatieve ervaringen ging. Zo is therapie voor cliënt C bijvoorbeeld onveilig, daar haar vorige psychologe niet te vertrouwen was. Cliënt B geeft aan dat ze veel gestoord werden en dat haar psychologe niet veel tijd had. Met andere woorden, betekenissen en ervaringen met andere therapeuten worden door de cliënten meegebracht in de therapie en kunnen de relatie met de therapeut kleuren.

De mate waarin dadertherapie volgens Van Daele (2000) effectief is, is afhankelijk van de persoonlijke eigenschappen van de cliënt en de therapeut. We kunnen stellen dat de problematiek van cliënt D, onder andere het feit dat ze over weinig zelfreflectief vermogen beschikt, omvangrijk is en mede een invloed heeft uitgeoefend op haar beleving van de therapie. Het idee dat mensen met hen zouden lachen, wanneer die te horen zouden krijgen dat ze in therapie zijn, heeft ook een rol gespeeld voor cliënt B en D. Hieruit kunnen we afleiden dat het sociale perspectief en culturele verhalen ook een rol spelen.

2.2 Beïnvloedende factoren tijdens de gesprekken

Beide therapeuten hechten belang aan het creëren van een veilige sfeer. Therapeut A¹⁷ begint steeds met een beetje gemoedelijkheid te creëren door het gesprek te beginnen met “small talk”. Therapeut C doet dit door de cliënte het gevoel te geven dat ze veel te zeggen heeft en tijdens het eerste gesprek enkel in te gaan op hetgeen ze vertelde. Hij heeft haar ook de kans gegeven om haar vorige ervaring met een therapeute te vertellen. Door ruimte te maken om verhalen te bespreken, wordt plaatsgemaakt voor iets nieuws. Het nieuwe therapeutische proces wordt zo gedifferentieerd van het vorige. De empathische reactie van de therapeut en de uitleg over zijn manier van werken, is dan een voldoende geruststelling dat de negatieve ervaring zich niet zal herhalen.

¹⁷ Daar therapeut A, B en D uit de verticale analyses dezelfde therapeut is, wordt kortweg verwezen naar therapeut A.

De therapeuten leggen sterk de nadruk op het feit dat ze de modernistische gedachte verlaten hebben. Ze wensen zich doorzichtig op te stellen en hebben geen verborgen agenda. Dit is van belang bij het werken in een gedwongen hulpverleningscontext (Rooney, 1998; in Gerrits, 2000). Door de “not-knowing position” vermijden de therapeuten om prematuur te denken en bijgevolg om overhaaste conclusies te trekken. In tegenstelling tot selectief luisteren, waarin therapeuten hun eigen gedachten en hypothesen trachten te bevestigen, zijn ze authentiek nieuwsgierig naar de verhalen van de cliënten. De therapeuten stellen vragen, niet om meer informatie te verwerven, maar wel om aan de hand van de antwoorden nieuwe vragen op te roepen. De therapeuten luisteren naar hun innerlijke stemmen en maken hun reflecties kenbaar om ruimte te maken voor “the not-yet-said”. Wanneer ze “going public” gaan, zorgen ze ervoor dat hun reflecties constructief zijn en aansluiten bij het reeds gezegde. Soms zitten de therapeuten nog met vragen, maar wanneer er de tijd en aanleiding niet voor is, gaan de therapeuten het gesprek hiervoor niet onderbreken.

Niet de therapeuten zijn de experts, maar wel de cliënten. De cliënten krijgen de keuze om al dan niet over iets te praten, hetgeen door allen positief wordt ervaren. Therapeut A geeft echter ook aan dat er sprake is van een co-constructie, daar de inhoud van het gesprek niet enkel door de cliënte wordt bepaald. De reflecties van de therapeuten op hetgeen wordt verteld, oefent evengoed een invloed uit op het verdere verloop. De therapeuten vragen wel steeds of de cliënten willen luisteren naar wat ze willen vertellen. Ze vragen met andere woorden de toelating om te mogen zeggen waarmee ze in hun innerlijke dialoog bezig zijn. Intuïtief trachten ze wel aan te voelen wanneer het het juiste moment is om “going public” te gaan. Dit toont aan dat timing hier van groot belang is.

De wijze waarop onderwerpen aan bod komen, is zowel voor de therapeuten, als voor de cliënten, moeilijk te bepalen. Thema's komen vanzelf aan bod door de “conversational flow”. Therapeut A voegt hier aan toe dat hij het positief vindt wanneer niet meer gezegd kan worden hoe bepaalde thema's aan bod zijn gekomen. Dit wil zeggen dat het gesprek spontaan en vrij vlot verlopen is.

De therapeuten respecteren het tempo van de cliënten. Ze blijven synchroon met hun ritme en sluiten zich aan bij de doelen van de cliënten. Zo wil cliënt B geen contact meer met haar broer en de therapeut sluit zich hierbij aan. Hij bevecht dit niet en stelt dat niet alles in het leven hersteld dient te worden. Dit kunnen we beschouwen als tegengesteld aan de contextuele therapie, een modernistische stroming, die belang hecht aan een herstel van familiale relaties.

Uit de interviews kunnen we afleiden dat ze samen het probleem verkennen, alsook de situaties en contexten er rond. De verhalen van de cliënten worden niet ingeperkt door verwachtingen, die zouden kunnen ontstaan door kennis. De therapeuten geven ook aan dat ze geen concrete verwachtingen hebben, geen interventies plannen of hypothesen vormen.

De therapeuten stellen te reageren op een authentieke wijze en zich niet anders voor te doen dan hoe ze zijn. Alhoewel we uit hetgeen dat cliënt A heeft verteld, kunnen afleiden dat ze aanvankelijk twijfels had wat betreft de doorzichtigheid van de therapeut, verandert dit snel. Ze twijfelde aan de mate waarin hij echt geïnteresseerd was in haar en had het over

“uitlokkingstechnieken”. De gesprekken evolueren echter in positieve zin en het vertrouwen groeit. De therapeut merkte op, onder andere aan haar non-verbaal gedrag, dat de cliënte zeer kwaad was dat ze in therapie moest. Hij blijft rustig en accepteert haar verzet. Net als Rooney (1998, in Gerrits, 2000), spreekt de therapeut over een gezamenlijk probleem door te zeggen dat ze beiden verplicht zijn.

De therapeuten nemen de tijd om de cliënten te begrijpen en zijn respectvolle en geduldige luisteraars. Therapeut A geeft aan dat cliënten niet geforceerd mogen worden. De cliënten hebben het gevoel dat er naar hen wordt geluisterd en dat ze mogen kiezen waarover ze willen praten. Ook vinden ze het praten en luisteren van de therapeut aangepast aan het moment. Cliënt B geeft ook expliciet aan dat ze niet graag een therapeut zou hebben die enkel luistert, zwijgt en vragen stelt. Ze vindt therapeut A een geschikte therapeut. Deze mening wordt gedeeld door cliënt A. De mening van cliënt D is iets negatiever. Ze wil sowieso geen mannelijke therapeut, maar ze geeft wel aan dat ze iets aan de therapie heeft gehad. Cliënt C vindt haar therapeut goed, maar idealiter moet een therapeut zelf ook een aantal dingen hebben meegemaakt om haar goed te kunnen begrijpen.

Rooney (1998, in Gerrits, 2000) hecht belang aan het aanspreken van de positieve krachten van de cliënt, die verplicht is om in therapie te gaan. Ook de therapeuten schenken aandacht aan de vaardigheden en uitzonderingen van de cliënten, die het probleem-gesatureerd verhaal kunnen tegenspreken. De therapeuten hebben het over “resources”, “innerlijke krachten” en “unique outcomes”. Uit de interviews kunnen we ook afleiden, dat in tegenstelling tot hetgeen we in de literatuur vonden, de therapeuten wel rekening houden met het non-verbaal gedrag van hun cliënten.

De therapeuten geven aan dat de cliënten een ontspannen indruk gaven, al bleven de gesprekken van cliënt D zich kenmerken door een afwisselende betrokken en niet-betrokken houding. Therapeut A heeft het ook over een soort van ritueel wanneer cliënt A de gespreksruimte binnenkomt. Cliënt B omschrijft haar wijze van binnenkomen ook als een ritueel. Cliënt A, B en C geven aan dat ze wel eens goed gelachen hebben met de therapeut. Dit alles kan mogelijk het vertrouwens- en veiligheidsgevoel versterken.

Als laatste is het belangrijk erop te wijzen dat wat onder samenwerking wordt verstaan, sociaal geconstrueerd wordt. Opvattingen hieromtrent zijn sterk cultureel bepaald en worden lokaal gedefinieerd. Uit het voorafgaande kunnen we besluiten dat de respectvolle houding van de therapeut door de cliënten wordt geapprecieerd. Meer veiligheid en vertrouwen werden mogelijk, alsook het ontstaan van een samenwerkingsrelatie voor drie van de vier cliënten.

3 Co-constructie van nieuwe verhalen

Weingarten (1998) en andere postmodernistische, narratieve therapeuten geloven in het ontstaan van alternatieven van het probleem-gesatureerd verhaal en dit doorheen het verloop van vertellen en hervertellen van een verhaal, het luisteren en beluisterd worden, De therapeut is niet geïnteresseerd in conversaties die de oorzaken van problemen trachten te

ontdekken, maar wel in conversaties die vele mogelijkheden genereren om verder te gaan wanneer een probleem ontstaan is. Cliënt en therapeut gaan geprefereerde verhalen co-construeren.

De onderzoeksvraag, of er al dan niet een co-constructie van nieuwe verhalen plaatsvond, houdt in dat de gesprekken mogelijkheden moeten openen om nieuwe verhalen te creëren. Met andere woorden, er moet in deze vorm van verplichte therapie met adolescente meisjes, die geplaatst werden in een gesloten gemeenschapsinstelling, voldoende openheid zijn voor verandering.

Anderson (1997, 2001) heeft het niet over veranderingen, maar over mutuele transformaties. Deze laatste vloeien automatisch voort uit de conversaties die dialoog zijn, waarbij de cliënt kan aangeven waarover gesproken wordt en de therapeut de architect van de dialoog is. Vanuit een collaboratief perspectief is de therapeut geen “*agent of change*”, daar hij zijn cliënt niet verandert. Het gaat eerder om een continu en mutueel proces, dan dat een persoon wordt veranderd door een andere persoon. De therapeutische expertise ligt in het creëren van ruimte om een proces te vergemakkelijken van collaboratieve relaties en dialogische conversatie. In dit transformatief proces worden cliënt en therapeut gevormd en hervormd.

Uit de afname van de semi-gestructureerde interviews en de verticale analyses uit het vorige hoofdstuk leiden we vier zaken af. Ten eerste hebben de cliënten geen eigen (hulp)vraag. Ten tweede is hun woordenschat niet gemakkelijk vertaalbaar naar een nieuw verhaal. Hun taal is immers minder theoretisch dan de taal van de therapeuten, die zich sneller gaan uitdrukken in termen van veranderingen. Adolescenten hebben dus meer moeite met het vertalen van hun eigen belevingen en ervaringen. Ten derde, het gaat slechts om vijf gesprekken, waardoor we ons kunnen afvragen of deze voldoende zijn opdat een verschuiving naar andere verhalen kan plaatsvinden. Er is immers sprake van weinig continuïteit, zowel in de tijd als wat de inhoud betreft. De cliënten doen er twee à vier maanden over om de vijf verplichte gesprekken af te ronden¹⁸. Meestal valt er geen lijn te trekken in de besproken thema's. De cliënten bespreken vaak onderwerpen, zonder er in een volgend gesprek op terug te komen. De therapeut dringt immers niets op. Het is de cliënt die de inhoud bepaalt. Ten laatste heeft therapeut A erop gewezen dat grote veranderingen moeilijk te zien zijn, omdat alles zo eenvoudig lijkt.

De nieuwe verhalen die tot stand zijn gekomen betreffen veranderingen in de kijk van de cliënten op therapie en het opgelost raken van problemen. Cliënt A geeft aanvankelijk aan dat therapie voor “psycho's” is en dat ze geen therapie nodig heeft. Ze lost liever zelf haar problemen op en wil niet over haar verleden praten uit angst dat ze dan met een slecht gevoel zou buiten komen. Net als cliënt D, vindt ze vijf gesprekken onvoldoende om iemand te kennen. Ze is ervan overtuigd dat ze de therapie niet zal verlengen. Na het derde gesprek geeft ze echter aan dat ze de therapeut meer vertrouwt. De verhalen die hij vertelt over andere meisjes, worden niet meer gezien als een “uitlokkingsstechniek”. Deze verhalen geven haar nu het gevoel dat ze niet de enige is met een probleem. Na het vijfde gesprek stelt ze dat therapie ook wel goed kan doen. Alhoewel ze bij haar standpunt blijft dat ze geen therapie nodig heeft, wil ze wel nog blijven gaan. Ze beseft nu dat het praten over problemen en haar verleden voor opluchting kunnen zorgen en niet noodzakelijk tot een slecht gevoel leiden. Doorheen de

¹⁸ Zie bijlage 2.

gesprekken, blijft ze het gedwongen kader negatief ervaren. Het begeleidingstehuis had haar de therapie gewoon moeten voorstellen en dan zou ze ingestemd hebben, hoewel dit in tegenspraak is met hetgeen ze na het eerste gesprek vertelde. De cliënte voegt hier wel aan toe dat zelfondervinding van belang is om zich een mening over therapie te vormen. Het ene sluit echter het andere uit. Zonder de verplichte therapie, zou ze nooit ondervonden hebben hoe het is om in therapie te gaan en zou ze dus geweigerd hebben.

Met andere woorden, bij cliënt A is een evolutie waarneembaar van weerstand naar een steeds grotere coöperatieve opstelling. We merken dat ze mogelijkheden heeft om dingen anders te bekijken. Terwijl ze eerst geen hulp wou – hulp vragen kunnen we gelijkstellen aan een verlies aan autonomie - geeft ze nadien aan dat ze haar problemen wel wil oplossen met hulp van de therapeut. Deze laatste kan haar volgens haar raad geven zonder beïnvloed te worden.

Ook cliënt D heeft gedurende de gesprekken volgehouden dat ze geen therapie nodig heeft. Ze blijft bij haar standpunt dat er geen problemen zijn, hoewel ze na het vijfde gesprek wel aangeeft dat de therapie heeft geholpen. Ze geeft op het einde aan dat haar problemen zijn opgelost. Er is, in tegenstelling tot cliënt A, B en C, geen evolutie merkbaar wat betreft haar vertrouwens- en veiligheidsgevoel. De cliënte blijft zeggen dat ze de therapeut op vijf dagen niet kan kennen. Ook de therapeut geeft aan dat dit kan kaderen binnen haar problematiek en dat meer gesprekken nodig zijn voor het ontstaan van een vertrouwensgevoel. Wel spreekt hij over een co-constructie, namelijk dat hetgeen zich tussen hen afspeelt, geen therapie is. De therapeut accepteert immers dat de cliënte het taalspel van de therapie niet wil spelen.

We kunnen besluiten dat cliënt D na verloop van tijd, het nut van de therapie enigszins heeft ingezien. Ondanks het feit dat ze herhaaldelijk aangeeft dat ze geen therapie nodig heeft, stelt ze na het vijfde gesprek dat de therapie haar geholpen heeft.

Zowel cliënt B, als cliënt C, geven expliciet aan dat ze denken dat de therapie misschien kan helpen, alhoewel ze het verplichte karakter ervan negatief ervaren. De eerste twee gesprekken van cliënt B, hebben haar tot nadenken aangezet. Net als bij cliënt A, groeit haar vertrouwen en hecht ze belang aan het feit dat ze niet met een slecht gevoel buiten komt. Door de verhalen van de therapeut, beseft ze dat ze niet de enige is. Ze vindt het goed dat ze met de therapeut kan praten, want hij geeft haar raad, zet haar aan tot nadenken en is, als buitenstaander, neutraal. Ze kan ook beter over delicate onderwerpen praten, daar ze het gevoel heeft hem beter te leren kennen. Na het derde gesprek, geeft ze echter aan dat al haar problemen zijn opgelost en dat ze het gesprek nutteloos vond. Het was voor haar zoals een alledaags gesprek met een vriend. De cliënte is de derde keer in therapie gegaan omdat ze moest. Na het eerste gesprek had cliënt B echter aangegeven dat ze niet het gevoel had dat ze verplicht was, daar ze zelf kon kiezen wanneer ze ging. Ze vindt dat het beter is dat het begeleidingstehuis de therapie zou aanraden en volgt hiermee het standpunt van cliënt A. Toch geeft ze na het vijfde gesprek aan dat ze misschien nog contact zal opnemen met de therapeut. Ze heeft inderdaad nog een zesde gesprek gehad met de therapeut.

Cliënt B had nooit verwacht dat de therapeut haar zo hard zou doen nadenken. Ze heeft meer gehad aan de gesprekken dan ze verwacht had, ook al geeft ze op een bepaald moment aan dat haar problemen zijn opgelost en ze de therapie nutteloos vindt.

Cliënt C denkt ook dat de therapie haar kan helpen en geeft reeds na het eerste gesprek aan dat ze de therapeut een beetje vertrouwt. Hij geeft zijn mening en zoekt mee naar mogelijke oplossingen. Nadien zegt ze echter, zoals cliënt B, dat ze het tijdverlies en nutteloos vindt. Ze hebben over dingen gesproken waar ze regelmatig over spreekt.

We kunnen hieruit afleiden dat cliënt C vindt dat alle problemen zijn opgelost. Ze had op dat moment oog op een terugkeer naar het thuismilieu, waardoor de therapie haar overbodig leek. Ze weigerde nog om in therapie te gaan en is vier keer van de vijf gegaan. Ondanks de transformaties, is haar parcours na de therapie enigszins verschillend van dat van de andere cliënten, daar ze weer naar de gesloten gemeenschapsinstelling te Beernem moest. Wat hier juist de oorzaken van zijn, is moeilijk te achterhalen en valt ook buiten het kader van dit onderzoek.

De theoretische kadering van Anderson & Goolishian (1988) vinden we terug in de therapeutische praktijk. Door de wederzijdse uitwisseling van ideeën in therapie, konden nieuwe betekenissen evolueren naar het oplossen van problemen, en dus ook van het therapeutische systeem. Niet alleen de participatie van de cliënten met hun therapeut, maar ook de dialogische conversatie, maakten co-constructies van nieuwe betekenissen, nieuwe perspectieven en nieuwe verhalen mogelijk. Verandering wordt gerepresenteerd door de dialogische creatie van een nieuw verhaal. De therapeuten hebben een vrije gespreksruimte gecreëerd, alsook een dialogisch proces, waarin nieuwe (“not-yet-said”) verhalen wederzijds gecreëerd werden. Door hun “not-knowing position” communiceerden hun acties en attitudes een oprechte nieuwsgierigheid en een nood om meer te weten over wat werd gezegd. Therapie bood zo de mogelijkheid om nieuwe en verschillende verhalen te ontwikkelen, die alternatieve acties hebben toegelaten om problemen op te lossen. De volbrenging van deze nieuwe narratieve actie werd ervaren als vrijheid en bevrijding. Opluchting en/of het niet meer nodig hebben van therapie, daar alle problemen opgelost zijn, was dan ook iets dat door de cliënten werd ervaren.

Aanvullend kunnen we stellen dat een belangrijke transformatie plaatsvond in het denken van de cliënten vóór ze in therapie gingen. Allen geven ze aan dat hun manier van denken veranderd is. Cliënt B blikte positief terug op haar verblijf in Beernem, want ze heeft er de tijd gehad om alles op een rijtje te zetten. Alle andere cliënten geven aan dat ze tijdens de ontheemdingsfase anders zijn begonnen denken. Ze gaan nu eerst nadenken, voor ze iets doen.

4 Besluit

Wanneer we spreken over hulpverlening, die niet alleen gedwongen, maar ook voor adolescenten is bedoeld, roept dit spontaan vele vragen op, waar niet zomaar een antwoord voorhanden is. Zoals uitvoerig in hoofdstuk II werd besproken, ontbreekt onderzoek naar de beleving en efficiëntie van gedwongen hulpverlening, alsook naar hulpverlening voor jongeren. Onderzoek doen naar hulpverlening van jongeren in een gedwongen context, kan met andere woorden een meerwaarde betekenen naar de toekomst toe. Ook al is dit onderzoek slechts gebaseerd op vier casussen, toch kunnen opvallende vaststellingen gemaakt worden die hun nut kunnen hebben in de praktijk.

Alhoewel de interviews zich tot veel meer analyses lenen, dienen we ons te beperken tot twee onderzoeksvragen. Ten eerste vragen we ons af of er zich een collaboratieve relatie tussen de cliënte en de therapeut kan ontwikkelen, wanneer er sprake is van een gedwongen hulpverleningscontext. Ten tweede willen we weten of een co-constructie van nieuwe verhalen mogelijk is.

We kunnen besluiten dat de therapeuten met alle cliënten, met uitzondering van cliënt D, een samenwerkingsrelatie hebben kunnen opbouwen. Ze kregen meer vertrouwen in de therapeut, alsook een groter gevoel van veiligheid. Cliënt D zal hiervoor echter meer gesprekken nodig hebben, hetgeen we binnen haar problematiek kunnen kaderen.

We hebben in het voorgaande een aantal factoren besproken die een invloed kunnen uitoefenen op het ontstaan van een samenwerkingsrelatie. Vóór de therapie spelen vroegere ervaringen en culturele verhalen, alsook de informatie en betekenissen die ze van het begeleidingstehuis krijgen, een rol. Tijdens de therapie zorgen vooral de authentieke en respectvolle houding van de therapeuten, alsook het belang dat ze hechten om de cliënten als experts te beschouwen, dat de cliënten een evolutie ondervinden in hun beleving van de therapie. De therapeuten geven ook aan dat ze ruimte trachten te creëren opdat de cliënten zich veilig voelen om te praten. Uit de interviews van de cliënten kunnen we afleiden dat ze zich “beluisterd” voelen, vrijuit kunnen praten en dat ze belang hechten aan het objectief zijn van de therapeut. Ook de therapeuten wijzen erop dat ze de cliënten noch onderbreken, noch beoordelen. De cliënten wijzen er wel op dat de therapeuten raad geven en soms, op gepaste momenten, vragen stellen. Zo ontstaan nieuwe ideeën en nieuwe manieren waarop ze denken over hun situatie. Meer theoretisch, kunnen we stellen dat de cliënten nieuwe perspectieven en nieuwe betekenissen ontwikkelen, waardoor ze het gevoel krijgen dat hun problemen zich als het ware oplossen. Deze resultaten zijn consistent met de bevindingen uit het onderzoek van Gehart-Brooks en Lyle (1999).

Terwijl de cliënten op vrijwillige basis nooit aanvaard zouden hebben om in therapie te gaan, lijkt de ervaring op zich van in therapie gaan belangrijk. Hierdoor worden een aantal veranderingen mogelijk, hetgeen zich in het antwoord op de tweede onderzoeksvraag weerspiegelt.

Wat de tweede onderzoeksvraag betreft, kunnen we stellen dat vooral het samen construeren van een nieuw verhaal over therapie mogelijk werd. Therapeut A vindt dit belangrijk en wou dat de cliënten konden ondervinden dat praten met een therapeut in een gedwongen hulpverleningscontext een voldoende aangename ervaring kan zijn. Hij hoopt dat de cliënten beseffen dat therapie niet pijnlijk hoeft te zijn, dat ze niet verplicht worden tot de meest vervelende dingen en dat de gesprekken de drempel naar therapie, indien dit later nodig zou zijn, zou verlagen.

De adolescenten reageerden positief op hun vraag tot deelname aan het onderzoek, hetgeen een sterkte van dit onderzoek kan zijn. Ook in de studie van Strickland-Clark et al. (2000) wordt dit punt aangehaald. Ze hebben in het verleden ervaren dat jongeren anders reageren op een interviewer die de rol heeft van onderzoeker dan op een interviewer die de rol heeft van therapeut. Het feit dat ze gevraagd worden om hun mening te geven wat betreft het proces van

hun therapie, lijkt hen te helpen om uit hun rol als “probleem” te stappen in een andere rol waarin ze iets te bieden hebben. De jongeren lijken de notie van onderzoek te respecteren, alsook het idee dat ze therapeuten kunnen helpen in hun werk en dat dit andere families en jongeren kan helpen. Ze denken (meestal) na over hun antwoorden en dit versterkt het geloof in hun vaardigheden om op een betekenisvolle wijze te reflecteren op hun ervaringen.

Terwijl de cliënten positief reageren bij de vraag tot deelname aan dit onderzoek, staan ze dus negatief ten aanzien van het verplichte karakter van de therapie. We kunnen ons hierbij de vraag stellen in welke mate een gedwongen hulpverleningscontext samengaat met collaboratieve therapie. Ondanks het ontstaan van een samenwerkingsrelatie en de co-constructie van een nieuw verhaal, kunnen we de bedenking maken dat “mediatietherapie” hier misschien meer op zijn plaats kan zijn. Therapeut A suggereerde dit reeds in zijn interviews. Onder “mediatietherapie” verstaan we dat de therapeut eerder zou fungeren als counselor tussen de jongere en zijn individuele begeleider. Wanneer deze laatste bijvoorbeeld graag advies zou hebben van een derde, kan hij beroep doen op de therapeut. De individuele begeleider kan de jongere dan vragen om het gesprek bij te wonen daar hij vindt dat zijn ideeën ook belangrijk zijn. Op deze wijze wordt de druk van het verplichte karakter minder groot en worden de jongeren aangesproken omwille van hun vaardigheden. Hun aanwezigheid tijdens het gesprek kan immers een belangrijke bijdrage leveren, want ze kunnen mee reflecteren. Dit kan ook de aanvankelijke weerstand om in therapie te gaan verminderen.

Als besluit kunnen we stellen dat het van belang is om jongeren de ervaring om in therapie te gaan, mee te geven. Op beleidsmatig vlak betekent dit dat deze verplichting, haar nut heeft. Ook al willen ze niet in therapie, toch wordt de therapeut met een postmodernistische visie op therapie, positief beleefd en wordt een nieuw verhaal over therapie mogelijk. Het is een uitdaging voor de therapeut om in deze gedwongen hulpverleningscontext op te treden. Hij dient onder andere rekening te houden met de vooraf gegeven informatie, het sociaal perspectief (“Hoe breng je culturele verhalen in de therapie opdat ze bespreekbaar worden?”) en het ontwikkelingsperspectief (“Hoe kan je adolescenten, die geen hulpvraag hebben, het gevoel geven dat ze autonoom kunnen zijn tijdens de therapie?”). We kunnen echter wel de bedenking maken dat er een groot spanningsveld is tussen de beleving van de jongeren, vooral in het begin, over de therapie én het verplichte karakter en de stelling dat het nuttig is om hen deze ervaring mee te geven. Deze kwestie sluit aan bij het huidig debat omtrent participatie van de (minderjarige) cliënt in de hulpverlening. Eventueel kan “mediatietherapie” hier een oplossing bieden. Zo valt de verplichting en de druk die met therapie gepaard gaan weg, alsook de negatieve connotatie die velen ervaren rond het woord “therapie”. De therapeut kan dan immers meer beschouwd worden als counselor, ook al mogen we hierbij niet vergeten dat betekenissen tussen de betrokken personen worden onderhandeld en bijgevolg lokaal worden gedefinieerd.

Conclusie

We geven hier kort de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek weer. We staan stil bij zowel de sterktes, als de zwaktes van deze studie, en geven een aantal mogelijkheden voor verder onderzoek.

Vanaf de jaren '60 hebben onderzoekers de effectiviteit van de gevangenis als strafmaatregel in vraag gesteld, alsook de diverse vormen van alternatieve straffen en behandelingen, zoals onder andere therapie (Goethals, 1978). Alhoewel beleidsmakers zowel het justitiële luik als het behandelingsluik implementeren, ontbreekt het aan onderzoek naar de efficiëntie en beleving van gedwongen hulpverlening. Ook valt op hoe weinig onderzoek er is verricht naar de beleving van jongeren in therapie.

In dit onderzoek gingen we de beleving van jongeren in een gedwongen hulpverleningscontext na. Onze proefgroep was gericht op adolescenten die in het kader van de Bijzondere Jeugdzorg werden verplicht om vijfmaal in psychotherapie te gaan. De therapeuten in dit onderzoek zijn systeemtherapeuten en hebben een postmodernistische visie op therapie.

Daar familietherapie een lange geschiedenis kent en zijn fundamenten heeft in het modernisme, is het in het kader van dit onderzoek van belang om de verschillende accenten tussen het modernisme en postmodernisme te kennen. De laatste jaren hebben cybernetische metaforen plaats moeten maken voor taalmetaforen, zoals “verhaal”, “dialogoog” en “conversatie”. De therapeut heeft zijn expertpositie verlaten en neemt een “not-knowing” houding aan, wat tevens het geval is voor de therapeuten betrokken in dit onderzoek.

Deze nieuwe visie op therapie onderzoeken, alsook de beleving van adolescenten in een gedwongen hulpverleningscontext nagaan, deden een aantal vragen rijzen. We vroegen ons af of vijf gesprekken voldoende zouden zijn opdat een samenwerkingsrelatie tot stand kon komen. Verder gingen we na of een co-constructie van nieuwe verhalen mogelijk werd.

Om een antwoord te vinden op deze onderzoeksvragen, deden we aan kwalitatief, beschrijvend en explorerend onderzoek op basis van vier gevalstudies. Zowel van de cliënten, als van de therapeuten, namen we semi-gestructureerde interviews af na de eerste, derde en vijfde therapie sessie. De uitgeschreven interviews analyseerden we aan de hand van de uitgangspunten van de “grounded theory” en de “narratieve analyse”. In dit onderzoek wensten we de parallel met de therapeutische positie van “not-knowing” door te trekken naar onze wijze van onderzoeken en stelden we daarom geen hypothesen op. We maakten per casus een samenvatting van de data in onze verticale analyses. De structuur, de chronologie en de samenhang van elk verhaal trachtten we zoveel mogelijk te behouden.

1 Belangrijkste bevindingen

De therapeuten zijn er in geslaagd om in drie van de vier gevallen tot een samenwerkingsrelatie te komen. De cliënten kregen meer vertrouwen, alsook een groter gevoel van veiligheid. Verschillende factoren kunnen het ontstaan van de samenwerkingsrelatie beïnvloeden. We stelden vast dat vóór de therapie vroegere ervaringen en culturele verhalen, alsook de informatie en betekenissen die de cliënten van het begeleidingstehuis kregen, een rol spelen. De therapeuten in dit onderzoek hechtten veel belang aan de negatieve vooringenomenheid van de cliënten bij de aanvang van de therapie. Ze hadden aandacht voor hun oordeel, denken en verwachtingen, hetgeen ook benadrukt wordt in recente therapie (Rober, 2002). We stelden ook vast dat de authentieke en respectvolle houding van de therapeuten tijdens de therapie, alsook het belang dat ze hechtten om de cliënten als experts te beschouwen, maakten dat de cliënten een evolutie ondervonden in hun beleving van de therapie. In dit onderzoek blijkt ook de positie van “not-knowing” van de therapeuten functioneel. Alhoewel één van de cliënten tijdens het eerste gesprek twijfelde aan de doorzichtigheid van de therapeut en zich afvroeg in welke mate de therapeut echt geïnteresseerd was in mensen, werd na een aantal gesprekken de negatieve vooringenomenheid voor een groot stuk doorbroken. Ook bij de andere cliënten was de positie van “not-knowing” bevorderlijk voor collaboratie en werd een grotere openheid mogelijk.

Wat de tweede onderzoeksvraag betreft, kunnen we stellen dat de gesprekken mogelijkheden hebben geopend om nieuwe verhalen te creëren. Vooral het samen construeren van een nieuw verhaal over therapie werd mogelijk. Dit hangt in grote mate samen met de net beschreven bevindingen over de effectiviteit van de positie van “not-knowing” van de therapeut. Dit laatste is in dit onderzoek een bruikbare werkvorm in deze gedwongen hulpverleningscontext. We kunnen ons hierbij de vraag stellen of meer directieve therapeutische stijlen gelijkaardige resultaten zouden opleveren. Ook het gevoel dat problemen opgelost waren, werd ervaren door de cliënten. Ze gaven aan dat ze het waardeerden dat de therapeuten hen raad gaven, mee zochten naar oplossingen en objectief waren. Ook de therapeuten hechtten er belang aan om niet veroordelend op te treden. Door de wederzijdse uitwisseling van ideeën in therapie, konden nieuwe betekenissen evolueren naar het oplossen van problemen, en dus ook van het therapeutische systeem. Niet alleen de participatie van de cliënten met hun therapeut, maar ook de dialogische conversatie, maakten co-constructies van nieuwe betekenissen, nieuwe perspectieven en nieuwe verhalen mogelijk. Mogelijkheden ontstonden om dingen anders te bekijken, waardoor opluchting en/of het niet meer nodig hebben van therapie, werd ervaren door de cliënten. Dit alles kan op beleidsmatig vlak betekenen dat het verplichten van de jongeren om in therapie te gaan zin heeft.

Ondanks het ontstaan van een samenwerkingsrelatie en de co-constructie van een nieuw verhaal, hebben we ons de vraag gesteld of “mediatietherapie” niet meer op zijn plaats is. De therapeut zou dan eerder als counselor tussen de jongere en zijn individuele begeleider fungeren. Deze laatste kan de jongere dan vragen om het gesprek bij te wonen en hem aanspreken omwille van zijn vaardigheden. Op deze wijze wordt de druk van het verplichte karakter minder groot, alsook de negatieve connotatie die velen ervaren rond het woord

“therapie”. Deze “mediatietherapie” zou met andere woorden een betere manier kunnen zijn om de aanvankelijke weerstand weg te nemen.

2 Evaluatie van het onderzoek

Eén van de sterkten van deze studie is de wijze waarop de adolescenten reageerden op hun vraag tot deelname aan het onderzoek. Ze voelden zich “vereerd” dat hun mening werd gevraagd. Ook het doortrekken van de postmodernistische kijk naar het theoretisch kader van onze onderzoekswijze, heeft ongetwijfeld zijn voordelen gehad. We zijn, in dezelfde lijn als de therapeutische houding, vertrokken vanuit een “not-knowing position”. Het gebruik van een combinatie van de “grounded theory” en de “narratieve analyse” heeft mogelijk gemaakt dat we “vier verhalen over therapie” verkregen. Het fenomeen kon in zijn subjectieve belevingswereld worden beschreven. We gaven reeds aan dat de validiteit en de betrouwbaarheid beperkt bleven tot een welbepaald moment. De geïnterviewde koos immers zelf welk verhaal hij of zij wou vertellen op het moment van het interview. We hebben echter getracht de validiteit en betrouwbaarheid te verhogen en hebben oog gehad voor ethische keuzes.

Ook al was het afnemen van een interview de enige mogelijkheid om tot verhalen te komen, houdt dit enige beperkingen in. Zoals besproken in hoofdstuk III, wijst Merriam (1998) erop dat interviewen een uitgebreide training en sensibiliteit vereist. De interviewer in dit onderzoek heeft weinig ervaring met het afnemen van interviews. Mogelijks was een aanvulling van de interviewgegevens aan de hand van video-opnames van de therapieessies geschikt. Zo hadden we een beter beeld kunnen hebben van hetgeen zich tussen de therapeut en zijn cliënte afspeelde. Alhoewel we de interviews zo snel mogelijk afnamen na de therapieessie, was verlies aan informatie mogelijk, hetgeen niet het geval zou zijn bij het gebruik van een video-opname.

3 Suggesties voor verder onderzoek

Dit onderzoek hebben we opgevat als een eerste exploratie naar de beleving van jongeren in therapie. Verder onderzoek zal nodig zijn om de complexiteit van een gedwongen hulpverleningscontext beter te kaderen. Wij geven in wat volgt enkele suggesties mee voor toekomstig onderzoek, zowel op methodologisch vlak, als op vlak van de vraagstelling.

Indien praktische en tijdsoverwegingen het toelaten, kan het collaborerend karakter van onderzoek worden verhoogd door de analyses voor te leggen aan de cliënt en de therapeut. Wel dient dan rekening te worden gehouden met een aantal bedenkingen die het gebruik van “member checks” tijdens de analysefase inhoudt (zie hoofdstuk III.1.5.1). Het kan ook interessant zijn om een totaalbeeld van de therapieessie te hebben door het gebruik van video-opnames. Na elke sessie kan dan aan de cliënt worden gevraagd om de opname te bekijken en te stoppen wanneer er zich iets hulpvol, storend of onbelangrijk afspeelt.

Verder is niet enkel procesonderzoek van belang, maar ook outcome-onderzoek. We kunnen ons de vraag stellen welke factoren de effectiviteit van de therapie mee kunnen bepalen. Door de resultaten van cliënt D, vragen we ons af in welke mate het zelfreflectief vermogen van de cliënt een rol speelt voor het verdere verloop van de therapie. Ook kunnen we ons de vraag stellen of cliënten van hun therapeut verwachten dat hij gebruik maakt van zijn kennis. “Zijn ze het eens met de “not-knowing position” van de therapeut?”. “Is het niet zo dat cliënten graag een therapeut hebben die al wat ouder is en bijgevolg meer ervaring en kennis heeft?”. Vergelijkend onderzoek is hier ook op zijn plaats. “Is gedwongen hulpverlening even effectief als vrijwillige hulpverlening?”. Zoals eerder vermeld, kunnen we ons ook de vraag stellen of andere, eerder modernistische therapieën, even effectief zouden zijn als deze collaboratieve vorm van therapie. De effecten van therapie zijn uiteraard ook op lange termijn van belang. Follow-up studies kunnen hier nuttig zijn.

Bibliografie

ALASUUTARI, P. (1995). *Researching culture. Qualitative method and cultural studies*. London: Sage Publications.

ANDERSEN, T. (1987). The reflecting team: dialogue and meta-dialogue in clinical work. In: *Family Process*, 26, 415-428. (Vertaald als: Het reflecterende team: dialoog en meta-dialoog in klinisch werk. In: Migerode, L. & Rober, P. (Eds) (1997). *Conversaties en verhalen. Op zoek naar een nieuwe taal voor de gezinstherapie*. Leuven: Garant, 153-172).

ANDERSEN, T. (1992). Reflections on reflecting with families. In: Mc Namee, S. & Gergen, K. J. (Eds). *Therapy as social construction*. London: Sage Publications, 54-68.

ANDERSON, H. (1993). On a roller coaster: a collaborative language systems approach to therapy. In: Friedman, S. (Eds.). *The new language of change. Constructive collaboration in psychotherapy*. New York: The Guilford Press, 323-344.

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

ANDERSON, H. (2000). Becoming a postmodern collaborative therapist: A clinical and theoretical journey. Part 1. In: *Journal of the Texas Association for Marriage and Family Therapy*, 3 (1), 5-12.

ANDERSON, H. (2001). Postmodern collaborative and person-centered therapies: What would Carl Rogers say? In: *Journal of Family Therapy*, 23 (4), 339-360.

ANDERSON, H. & GOOLISHIAN, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. In: *Family Process*, 27, 371-393. (Vertaald als: Menselijke systemen als linguïstische systemen: Inleidende en evoluerende ideeën over de implicaties voor klinische theorie. In: Migerode, L. & Rober, P. (Eds) (1997). *Conversaties en verhalen. Op zoek naar een nieuwe taal voor de gezinstherapie*. Leuven: Garant, 81-112).

ANDERSON, H. & GOOLISHIAN, H. (1992). The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. In: Mc Namee, S. & Gergen, K. J. (Eds). *Therapy as social construction*. London: Sage Publications, 25-39.

BAARDA, D. B. & DE GOEDE, M. P. M. (1997). *Basisboek methoden en technieken: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Houten: Stenfert Kroese/Educative partners.

BERTRANDO, P. (2000). Text and context: narrative, postmodernism and cybernetics. In: *Journal of Family Therapy*, 22, 83-103.

BOECKHORST, F. (1985). De strategische stroming. In: Hendrickx, J., Boeckhorst, F., Compennolle, T. & Van der Pas, A. (1991). *Handboek gezinstherapie. Deel 1*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1-26.

BOECKHORST, F. (1997). Meervoudige perspectieven. Een wandeling door de ideeëngeschiedenis van de gezinstherapie. In: *Systeemtherapie*, 9 (1), 15-49.

BOECKHORST, F., BOON, S., EIJKMAN, M., DE VOOGT, A. & VAN WEEREN, P. (1986). De praktijk van de strategische gezinstherapie. In: Hendrickx, J., Boeckhorst, F., Compennolle, T. & Van der Pas, A. (1991). *Handboek gezinstherapie. Deel 1*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1-88.

BOGAERTS, J., PLASSCHAERT, R. & DEBOUTTE, D. (2000). Behandeling van jeugdige daders. In: Dillen, C. & Cosyns, P. (Eds.). *Behandeling van seksuele delinquenten in België*. Leuven: Garant, 187-210.

BOGAERTS, S., GOETHALS, J. & VERVAEKE, G. (2001). Risicotaxatie bij seksuele delinquenten. In: Casselman, J., Goethals, J., Goossens, F., Hutsebaut, F., Vervaeke, G. & Walgrave, L. (Eds.). *Veiligheid, een illusie? Theorie, onderzoek en praktijk*. Brussel: Politeia, 195-204.

CAREY, M. & RUSSELL, S. (2002). Externalising – commonly asked questions. In: *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 2.

CARR, A. (2001). *Family therapy. Concepts, process and practice*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

CEDERBORG, A-C. (1997). Young children's participation in family therapy talk. In: *The American Journal of Family Therapy*, 25 (1), 28-38.

COMPENNOLLE, T. (1984). De structurele stroming. In: Hendrickx, J., Boeckhorst, F., Compennolle, T. & Van der Pas, A. (1991). *Handboek gezinstherapie. Deel 1*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1-40.

COMPENNOLLE, T. & BRAND, D. (1989). De praktijk van de structurele gezinstherapie. In: Hendrickx, J., Boeckhorst, F., Compennolle, T. & Van der Pas, A. (1991). *Handboek gezinstherapie. Deel 1*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1-79.

COSYNS, P., DE DONCKER, D. & OOSTVOGELS, L. (2000). Gedwongen behandeling van seksuele misbruikers. Theoretisch behandelprogramma. In: Dillen, C. & Cosyns, P. (Eds.). *Behandeling van seksuele delinquenten in België*. Leuven: Garant, 43-67.

DAENEN, E. (2002). *Verslag studiedag Bubbels & Babbels 3 december 2002: Zorg-te-kort?* <<http://www.bubbelsbabbels.bewoner.antwerpen.be/studiedag/verslaga.pdf>> (accessed February 2003)

DEISSLER, K. G. & ZITTERBARTH, W. (2001). Psychotherapy research as social discourse - Proposal for the qualitative research of therapeutic collaboration.

<http://www.mics.de/pdf/qual_research.pdf> (accessed January 2003) (Eerder geplubliceerd als: Deissler, K. G. & Zitterbarth, W. (1996). Psychotherapieforschung als sozialer Diskurs – Vorschlag für die qualitative Erforschung der therapeutischen Zusammenarbeit. In: *Zeitschrift für Systemische Therapie*, 88-97).

FONTANA, A. & FREY, J. H. (2000). The interview: from structured questions to negotiated text. In: Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications, 645-672.

FREEDMAN, J. & COMBS, G. (1996). *Narrative therapy. The social construction of preferred realities*. New York: W. W. Norton & Company.

FREEMAN, J., EPSTON, D. & LOBOVITS, D. (1997). *Playful approaches to serious problems*. New York: W. W. Norton & Company.

GEHART-BROOKS, D. R. & LYLE, R. R. (1999). Client and therapist perspectives of change in collaborative language systems: an interpretative ethnography. In: *Journal of Systemic Therapies*, 18 (4), 58-77.

GERGEN, K. J. & KAYE, J. (1992). Beyond narrative in the negotiation of therapeutic meaning. In: Mc Namee, S. & Gergen, K. J. (Eds.). *Therapy as social construction*. London: Sage Publications, 166-185. (Vertaald als: Het tot stand brengen van therapeutische betekenissen: het verhaal voorbij. In: Migerode, L. & Rober, P. (Eds) (1997). *Conversations en verhalen. Op zoek naar een nieuwe taal voor de gezinstherapie*. Leuven: Garant, 43-62).

GERRITS, J. (2000). Helpen in ‘gedwongen’ kader: een uitdaging. In: *Perspectief*, 8, 1.

GIDS VOOR GEZINNEN (2002). Brussel: Vlaamse overheid.

GLASER, B. G. & STRAUSS, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing Company.

GOETHALS, J. (1978). Psychologische gevolgen van vrijheidsberoving. In: Boydens, J., Casselman, J., Decnop, M., Depreeuw, W., De Wit, J., Goethals, J., Kloeck, K., Peters, T., Vandenbroucke, M., Van Outrive, I, Verrydt, J. & Vettenburg, N. (Eds.). *Strafuitvoering in close-up*. Leuven: Acco, 3-29.

HARDY, G., BELLENS, M., DEFAYS, C., DE HESSELLE, C., GERREKENS, H. & MULLER, F. (2001). *S'il te plaît, ne m'aide pas! L'aide sous injonction administrative ou judiciaire*. Ramonville Saint-Agne: Érès.

HOFFMAN, L. (1990). Constructing realities: the art of lenses. In: *Family Process*, 29, 1-12.

KVALE, S. (1996). *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications.

- LENAERTS, P. (2002). De invloed van postmodernisme op psychotherapie. In: *Metanoia*, 18, 21-39.
- MC LEOD, J. (1996). Qualitative research methods in counselling and psychology. In: Woolfe, R. & Dryden, W. (Eds.). *Handbook of counselling psychology*. London: Sage Publications, 65-86.
- MC LEOD, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: Sage Publications.
- MERRIAM, S. B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco: Jossey-Bass Publications (2nd ed.).
- MOON, S. M., DILLON, D. R. & SPRENKLE, D. H. (1990). Family therapy and qualitative research. In: *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 357-373.
- OELE, B. (1989). De praktijk van de contextuele therapie van Ivan Boszormenyi-Nagy: het verdienen van vrijheid. In: Hendrickx, J., Boeckhorst, F., Compennolle, T. & Van der Pas, A. (1991). *Handboek gezinstherapie. Deel 1*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1-20.
- PARRY, T. A. (1997). Why we tell stories: the narrative construction of reality. In: *Transactional Analysis Journal*, 27 (2), 118-127.
- PATTON, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage Publications (3rd ed.).
- REAL, T. (1990). The therapeutic use of self in constructionist/systemic therapy. In: *Family Process*, 29, 255-272.
- RENNIE, D. L. & TOUKMANIAN, S. G. (1992). Explanation in psychotherapy Process research. In: Toukmanian, S. G. & Rennie, D. L. (Eds.). *Psychotherapy Process Research. Paradigmatic and narrative approaches*. Newbury Park: Sage Publications, 234-251.
- RIESSMAN, C. K. (1993). *Narrative analysis*. Newbury Park: Sage Publications.
- RIJNDERS, P. B. M. & NICOLAI, N. J. (1992). Systeemtheorie en systeemtherapie: een paar apart. In: *Tijdschrift voor psychotherapie*, 18 (2), 70-87.
- ROBER, P. (1997). Nieuwe metaforen voor de gezinstherapie. In: Migerode, L. & Rober, P. (Eds.). *Conversaties en verhalen. Op zoek naar een nieuwe taal voor de gezinstherapie*. Garant: Leuven – Apeldoorn, 15-42.
- ROBER, P. (1999). The therapist's inner conversation in family therapy practice: some ideas about the self of the therapist, therapeutic impasse, and the process of reflection. In: *Family Process*, 38 (2), 209-228.

ROBER, P. (2002a). Samen in therapie. Gezinstherapie als dialoog. Leuven: Acco.

ROBER, P. (2002b). Constructive hypothesizing, dialogic understanding, and the therapist's inner conversation: some ideas about knowing and not knowing in the family therapy session. In: *Journal of Marital & Family Therapy*, 28 (4), 467-478.

ROBER, P. & MIGERODE, L. (1997). Narratieve therapie: Conversatie en verhaal in de gezinstherapeutische praktijk. In: Migerode, L. & Rober, P. (Eds). *Conversaties en verhalen. Op zoek naar een nieuwe taal voor de gezinstherapie*. Garant: Leuven – Apeldoorn, 63-80.

SEIDMAN, I. (1998). *Interviewing as qualitative research. A guide for researchers in education and the social sciences*. New York: Teachers College Press.

SMITH, C. (1997). Introduction: Comparing traditional therapies with narrative approaches. In: Smith, C. & Nylund, D. (Eds). *Narrative therapies with children and adolescents*. New York: Guilford Press, 1-52.

STITH, S. M., ROSEN, K. H., MC COLLUM, E. E., COLEMAN, J. U. & HERMAN, S. A. (1996). The voices of children: preadolescent children's experience in family therapy. In: *Journal of Marital and Family Therapy*, 22, 69-86.

STRICKLAND-CLARK, L., CAMPBELL, D. & DALLOS, R. (2000). Children's and adolescents' view on family therapy. In: *Journal of Family Therapy*, 22, 324-341.

TOMM, K. M. & VAN TROMMEL, M. J. (1986a). Systeembehandeling volgens de cybernetische methode. In: Hendrickx, J., Boeckhorst, F., Compennolle, T. & Van der Pas, A. (1991). *Handboek gezinstherapie. Deel 1*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1-21.

TOMM, K. M. & VAN TROMMEL, M. J. (1986b). De grote lijnen van de praktijk van systeembehandeling volgens de cybernetische methode. In: Hendrickx, J., Boeckhorst, F., Compennolle, T. & Van der Pas, A. (1991). *Handboek gezinstherapie. Deel 1*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1-53.

TUBEX, H. (2000). Seksuele delinquentie doorheen de strafproces. In: Dillen, C. & Cosyns, P. (Eds.). *Behandeling van seksuele delinquenten in België*. Leuven: Garant, 9-42.

VAN DAELE, E. (2000). Psychotherapie met licht mentaal gehandicapte plegers van zedenfeiten. In: Dillen, C. & Cosyns, P. (Eds.). *Behandeling van seksuele delinquenten in België*. Leuven: Garant, 233-253.

VAN DAELE, E. & OPSTEYN, J. (2001). Risicotaxatie bij seksuele delinquenten in een ambulant therapeutisch kader. In: Casselman, J., Goethals, J., Goossens, F., Hutsebaut, F., Vervaeke, G. & Walgrave, L. (Eds.). *Veiligheid, een illusie? Theorie, onderzoek en praktijk*. Brussel: Politeia, 205-216.

VANDENBROUCKE, M. (2000). Behandeling van seksuele delinquenten in penitentiair milieu. In: Dillen, C. & Cosyns, P. (Eds.). *Behandeling van seksuele delinquenten in België*. Leuven: Garant, 89-109.

VAN DEN EERENBEEFT, E-M & OELE, B. (1987). De contextuele therapie: verdiende vrijheid. In: Hendrickx, J., Boeckhorst, F., Compernelle, T. & Van der Pas, A. (1991). *Handboek gezinstherapie. Deel 1*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1-24.

VAN DE PUTTE, D. (2000). Residentiële behandeling van seksuele gedragsstoornissen. In: Dillen, C. & Cosyns, P. (Eds.). *Behandeling van seksuele delinquenten in België*. Leuven: Garant, 111-127.

VAN HAVER, W. (n.d.). *Wat bepaalt de kwaliteit van een psychotherapeut?* <<http://users.skynet.be/kern/kwaliteit.html>> (accessed January 2003)

VAN WELZENIS, I. (2001). Jongeren en geweld in diverse contexten: dedramatiseren én ernstig nemen! In: Casselman, J., Goethals, J., Goossens, F., Hutsebaut, F., Vervaeke, G. & Walgrave, L. (Eds.). *Veiligheid, een illusie? Theorie, onderzoek en praktijk*. Brussel: Politeia, 163-173.

WEINGARTEN, K. (1998). The small and the ordinary: the daily practice of a postmodern narrative therapy. In: *Family Process*, 37 (1), 3-15.

WHITE, M. (1993). Deconstruction and therapy. In: Gilligan, S. & Price, R. (Eds.). *Therapeutic conversations*. New York: W. W. Norton & Company, 22-61. (Vertaald als: Deconstructie en therapie. In: Migerode, L. & Rober, P. (Eds) (1997). *Conversaties en verhalen. Op zoek naar een nieuwe taal voor de gezinstherapie*. Leuven: Garant, 113-149).

WHITE, M. & EPSTON, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W. W. Norton & Company.

ZIMMERMAN, J. L. & DICKERSON, V. C. (1994). Using a narrative metaphor: Implications for theory and clinical practice. In: *Family Process*, 33 (3), 233-246.

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL
Faculteit voor Psychologie en Opvoedkunde
Academiejaar 2002-2003



MOET-WILLIGE HULPVERLENING

Narratieve synergieën in complexe gezinsherenigingssituaties:
realiteit of illusie?

Bijlagen

Véronique Rousseau

Promotor: Prof. Dr. G. Loots

Licentiaatsthesis ingediend tot het behalen van de graad van Licentiaat in de
Klinische Psychologie

Inhoud

INHOUD	1
BIJLAGE 1	3
1 VOORGESPREK.....	3
BIJLAGE 2	4
1 SCHEMA AFNAME INTERVIEWS.....	4
1.1 Casus A.....	4
1.2 Casus B.....	4
1.3 Casus C.....	4
1.4 Casus D.....	4
BIJLAGE 3	5
1 DE AFNAME: INTERVIEW VAN DE CLIËNTE.....	5
1.1 Aanleiding en therapeutische voorgeschiedenis.....	5
1.2 Aanmeldingsklacht.....	5
1.3 Initiële verwachtingen, inhoud en beleving van de therapie	5
1.4 Verwachtingen naar verdere verloop.....	6
1.5 Debriefing.....	6
2 DE AFNAME: INTERVIEW VAN DE THERAPEUT.....	6
2.1 Inleidende, algemene vragen.....	6
2.2 Aanmeldingsklacht.....	6
2.3 Initiële verwachtingen, inhoud en beleving van de therapie	6
2.4 Verwachtingen naar verdere verloop.....	7
2.5 Debriefing.....	7
BIJLAGE 4	8
1 INTERVIEW VAN CLIËNT A NA HAAR EERSTE SESSIE MET THERAPEUT A.....	8
2 INTERVIEW VAN THERAPEUT A NA ZIJN EERSTE SESSIE MET CLIËNT A.....	21
BIJLAGE 5	33
1 RESULTATEN VAN DE VERTICALE ANALYSE VAN CASUS B.....	33
1.1 Cliënt B.....	33
1.1.1 Beleving van het gedwongen kader door cliënt B	33
1.1.2 Beleving van de therapie door cliënt B	34
1.1.3 Beleving van de therapeut door cliënt B	34
1.2 Therapeut B.....	36
1.2.1 Het proces	36
1.2.2 Het therapeutisch handelen	36
1.3 Besluit.....	41
1.4 Bijkomende informatie.....	42
2 RESULTATEN VAN DE VERTICALE ANALYSE VAN CASUS C.....	42
2.1 Cliënt C.....	42
2.1.1 Beleving van het gedwongen kader door cliënt C	42
2.1.2 Beleving van de therapie door cliënt C	42

2.1.3 Beleving van de therapeut door cliënt C	43
<i>2.2 Therapeut C</i>	<i>44</i>
2.2.1 Het proces	44
2.2.2 Het therapeutisch handelen	44
<i>2.3 Besluit</i>	<i>47</i>
<i>2.4 Bijkomende informatie</i>	<i>48</i>
3 RESULTATEN VAN DE VERTICALE ANALYSE VAN CASUS D	48
<i>3.1 Cliënt D</i>	<i>48</i>
3.1.1 Beleving van het gedwongen kader door cliënt D	48
3.1.2 Beleving van de therapie door cliënt D	49
3.1.3 Beleving van de therapeut door cliënt D	50
<i>3.2 Therapeut D</i>	<i>51</i>
3.2.1 Het proces	51
3.2.2 Het therapeutisch handelen	51
<i>3.3 Besluit</i>	<i>55</i>

Bijlage 1

1 Voorgesprek

Goedendag, mijn naam is Véronique. X (naam therapeut) heeft mij gezegd dat je akkoord was om een afspraak te maken en om dus deel te nemen aan dit onderzoek.

Ik zal mij eerst even voorstellen en uitleggen wat mijn onderzoek inhoudt. Ik studeer psychologie aan de Vrije Universiteit Brussel. Ik ben laatstejaarsstudent en als eindwerk moet ik een onderzoek doen. Ik doe onderzoek naar hoe therapie *is* voor mensen; dus wat ze voelen, denken, ... bij het volgen van therapie en hoe ze ermee omgaan. Daarvoor heb ik dus een aantal gesprekken over de therapie met mensen die therapie volgen. Daarom heb ik nu (= na de eerste sessie) een eerste gesprek, vervolgens na de derde sessie en tenslotte na de vijfde sessie. Hetzelfde zal ik bij jouw therapeut doen, maar uiteraard zal ik hem niets vertellen over hetgeen jij mij zegt.

Het spreekt voor zich dat de verzamelde gegevens strikt vertrouwelijk blijven. De gegevens zullen dus anoniem verwerkt worden. Hiermee bedoel ik dus dat jouw naam nergens vermeld zal worden.

En als je het goed vindt, zal ik de gesprekken op band opnemen, zodat ik ze achteraf nog eens kan beluisteren om goed te kunnen volgen. Uiteraard zal enkel ik het cassettebandje beluisteren.

De bedoeling is dus dat je mij zo veel mogelijk vertelt. Ik neem dus niet enkel van jou gesprekken af, maar ook van andere meisjes. Al de gegevens zullen dus samengebracht worden.

Het is dus zeer belangrijk dat je eerlijk en open antwoordt. Dankzij jouw medewerking wordt er nagedacht over hulpverlening, want door jouw (oprechte) informatie kan toekomstige begeleiding (therapie) verbeterd worden. Doordat jij mij vertelt hoe therapie *is* voor jou, kan je anderen die in een gelijkaardige situatie zitten, helpen.

Indien je nog vragen hebt, mag je die gerust nu stellen. Of indien er je tijdens het gesprek vragen te binnen schieten, mag je mij altijd onderbreken.

Ik stel voor om te beginnen met het gesprek.

Bijlage 2

1 Schema afname interviews

1.1 Casus A

- 1.1. Interview van cliënt A op 25/10/02
- 1.2. Interview van therapeut A op 25/10/02
- 2.1. Interview van therapeut A op 22/11/02
- 2.2. Interview van cliënt A op 27/11/02
- 3.1. Interview van cliënt A op 20/12/02
- 3.2. Interview van therapeut A op 20/12/02

1.2 Casus B

- 1.1. Interview van cliënt B op 06/12/02
- 1.2. Interview van therapeut B op 10/12/02
- 2.1. Interview van therapeut B op 22/01/03
- 2.2. Interview van cliënt B op 22/01/03
- 3.1. Interview van therapeut B op 21/03/03
- 3.2. Interview van cliënt B op 21/03/03

1.3 Casus C

- 1.1. Interview van cliënt C op 10/01/03
- 1.2. Interview van therapeut C op 10/01/03
- 2.1. Interview van therapeut C op 31/01/03
- 2.2. Interview van cliënt C op 03/02/03
- 3.1. Geen interview, want er was geen vijfde sessie.
- 3.2. Geen interview, want er was geen vijfde sessie.

1.4 Casus D

- 1.1. Interview van therapeut D op 07/03/03
- 1.2. Interview van cliënt D op 10/03/03
- 2.1. Interview van cliënt D op 03/04/03
- 2.2. Interview van therapeut D op 11/04/03
- 3.1. Interview van cliënt D op 15/05/03
- 3.2. Interview van therapeut D op 29/05/03

Bijlage 3

1 De afname: Interview van de cliënte

1.1 Aanleiding en therapeutische voorgeschiedenis

- Ben je al eerder in therapie geweest? Of is dit de eerste keer?
- Bij wie? Man? Vrouw?
- Wanneer?
- Waar?
- Wat is er toen aan bod gekomen? (kort)
- Hoe ben je daar terechtgekomen?
- Met wie ben je nu in therapie?

1.2 Aanmeldingsklacht

- Kan je mij in het kort vertellen waarom je deze therapie volgt?
- Was je daarmee akkoord? Waarom wel/niet?
- Wat vind je van de gesprekken die je met X moet voeren? / Hoe sta je tegenover therapie?
- Je hebt afgesproken om minimum vijf gesprekken te hebben met X. Wat vind je daarvan? Zou je liever minder of meer gesprekken willen voeren met X?

1.3 Initiële verwachtingen, inhoud en beleving van de therapie

- Wat zijn je verwachtingen van deze therapie?/Wat verwacht je van X?
- Is het eerste gesprek al verlopen zoals verwacht?

Ik zou graag heel nauwkeurig willen weten hoe dat gesprek verlopen is.

- Hoe zijn jullie binnengekomen?
- Hoe zijn jullie gaan zitten? Wie zat waar?
- Wat vond je van meneer X toen je hem de eerste keer zag?
- Hoe is het gesprek begonnen? Hoe is het toen verder gelopen?
- Waarover hebben jullie gesproken? Wat weet je er nog van?
- Zijn er zaken aan bod gekomen die je niet verwacht had?
- Wat betekende dat voor jou? Wat vond je lastig/aangenaam? Heeft dat je geraakt? Was het verrassend? Saai? Viel je ervan in slaap?
- Wat heb je dan gedaan? Geluisterd? Zelf verteld?
- Wat is er je bijgebleven? Wat dacht je toen?
- Vind je het belangrijk dat dat ter sprake is gekomen?
- Algemeen: Hoe heb je je gevoeld bij die eerste sessie? Bleef je met veel vragen over?

1.4 Verwachtingen naar verdere verloop

- Zijn er dingen die nog niet aan bod zijn gekomen, waarvan je zou willen dat ze later nog aan bod komen?
- Wat verwacht je van de verdere gesprekken?
- Denk je dat de gesprekken met X helpen, of denk je dat je ook zonder kunt? / Denk je dat de therapie je zal helpen om terug te kunnen keren naar je gezin?
- Heb je het gevoel dat het de zaken vergemakkelijkt?

1.5 Debriefing

Ik ben aan het einde van het interview gekomen.

Enkele hoofdzaken aanhalen, die ik geleerd heb (feedback geven). De geïnterviewde krijgt zo de kans om hierop commentaar te geven.

Is er nog iets dat je zeker wil vertellen? Heb je zelf nog vragen of bedenkingen? Eventueel enkele suggesties? Zijn er zaken die niet aan bod zijn gekomen tijdens het interview?

Bedanken voor deelname.

Kunnen we afspreken voor het volgende gesprek?

2 De afname: interview van de therapeut

2.1 Inleidende, algemene vragen

Als ik het goed begrepen heb, heeft X haar eerste sessie achter de rug...

- Hoe is X bij jou terechtgekomen?
- Had je haar al eerder ontmoet?
- Met wie is X in therapie? Of volgt ze individuele therapie?

2.2 Aanmeldingsklacht

- Waarom is X bij jou terechtgekomen? Kan je dit even schetsen?
- Hoe ervaar je de eerste sessie? Wat is je algemene indruk?
- Hoe stelde X zich op tijdens de sessie?

2.3 Initiële verwachtingen, inhoud en beleving van de therapie

- Wat zijn je verwachtingen van deze therapie? / Wat verwacht je van X?
- Is de eerste sessie al verlopen zoals verwacht?
- Wat vind je van de frequentie van de sessies? Zou je liever meer gesprekken willen voeren/plannen met X?

Ik zou graag heel nauwkeurig willen weten hoe dat eerste gesprek verlopen is. Kan je mij dit zo gedetailleerd mogelijk omschrijven?

- Was X op tijd?

- Hoe zijn jullie binnengekomen?
- Hoe zijn jullie gaan zitten? Wie zat waar?
- Wat vond je van X toen je haar de eerste keer zag?
- Hoe heeft X het probleem geschetst? / Hoe ziet X het probleem?
- Wist je daar al iets van? Wat? Welk gevoel had je daarbij?
- Hoe / met welk onderwerp is de sessie begonnen? Wie heeft er toen geantwoord? Hoe is het toen verder gelopen?
- Waarover hebben jullie gesproken? / Wat is er aan bod gekomen?
- Heb jij de thema's aangebracht of X? Waarom?
- Met welke bedoeling heb je 'dit' ter sprake gebracht? Wat was de achterliggende idee? Wou je iets uitproberen? Wou je reacties uitlokken?
- Liep de sessie verder zoals je verwacht had?
- Zijn er zaken aan bod gekomen die je niet verwacht had?
- Wat betekende dat voor jou? Vond je dat verrassend dat X dat zelf aanbracht?
- Wat heb je dan gedaan? Geluisterd? Zelf verteld?
- Wat is er je bijgebleven? Wat dacht je toen?
- Vind je het belangrijk dat dat ter sprake is gekomen?
- Zijn er bepaalde interventies waarvan je denkt dat ze effect hebben gehad? Welke?
- Zijn er bepaalde interventies waarvan je een ander effect had verwacht? Welke? / Waren er situaties waarvan je dacht dat het moeilijk liep / niet zoals verwacht? Wat is er toen gezegd geweest? Wat was de verdere reactie? Welk effect had dit op X?
- Wat vond je zelf het belangrijkste/meest betekenisvolle?

2.4 Verwachtingen naar verdere verloop

- Zijn er dingen die nog niet aan bod zijn gekomen, waarvan je zou willen dat ze later nog aan bod komen?
- Wat verwacht je van de verdere sessies?
- Denk je dat het essentieel is dat X therapie volgt? Hoe voel je dat momenteel aan? Hoe zwaar schat je het probleem in?
- Denk je dat de therapie X zal helpen om terug te kunnen keren naar haar gezin?
- Heb je het gevoel dat het een aantal zaken voor X zal vergemakkelijken?
- Algemeen: Hoe heb je je gevoeld bij die eerste sessie? Bleef je met veel vragen over?

2.5 Debriefing

Ik ben aan het einde van het interview gekomen.

Enkele hoofdzaken aanhalen, die ik geleerd heb (feedback geven). De geïnterviewde krijgt zo de kans om hierop commentaar te geven.

Is er nog iets dat je zeker wil vertellen? Heb je zelf nog vragen of bedenkingen? Eventueel enkele suggesties? Zijn er zaken die niet aan bod zijn gekomen tijdens het interview?

Bedanken voor deelname.

Kunnen we afspreken voor het volgende interview?

Bijlage 4

1 Interview van cliënt A na haar eerste sessie met therapeut A

We gaan beginnen. Ben je al eerder in therapie geweest?

Nee

Dus dit is de eerste keer?

Ja, en nog gedwongen ook!

Je bent gedwongen geweest. Hoe sta je daar tegenover?

Ik vind dat gewoon smerig dat ze mij daarvoor dwingen. Mijn problemen los ik liever zelf op en niet met een therapeut. Dat is voor “psycho’s”. Ik vind dat eigenlijk smerig. Ik kan dat niet anders verwoorden.

Je zou liever je problemen zelf oplossen En hoe ben je dan bij L (therapeut A) terecht gekomen?

Ik heb in Beernem gezeten. Vandaar is een project uitgegaan van W (begeleidingstehuis). Wij zaten eerst in Frankrijk voor twee maanden en daarna hadden wij vier maanden thuisbegeleiding. En daar hoorde ook die therapie bij en dat was met L.

En met welk gevoel ging je daar dan gisteren naartoe?

Met een slecht gevoel.

Een slecht gevoel... . Ben je alleen geweest?

Nee, ik heb controle meegekregen, omdat ik de vorige keer niet ben geweest.

Ah ja. Wie is er dan juist meegegaan? Ook iemand van het project?

Mijn individuele begeleidster van de kamertraining.

Voor de rest is er niemand mee geweest? Van je familie?

Nee.

Dus het was echt wel individuele therapie. En kun je mij in het kort vertellen waarom je juist die therapie moet volgen?

Ik weet dat eigenlijk niet waarom ik die therapie moet volgen.

Hebben ze dat nooit uitgelegd?

Gewoon, alé ja, dat hoort bij dat project waarschijnlijk.

Dat hoort bij het project?

Ik denk dat wel.

Stond dat in een soort contract?

Er was geen contract van dat project. Dat is gewoon voorgesteld geweest en ja, dan moet je maar “ja” of “nee” zeggen.

En dan heb je uiteindelijk toch “ja” gezegd?

Ah ja, ik wil hier weg uit Beernem.

Is dat zo, dat als je die therapiesessies volgt, dat je dan ... (onderbroken)

Nu niet direct die therapie, maar als je dat project doet, die therapie moet je er maar bijnemen.

Dat is een project van in totaal een half jaar en die therapie zit er gewoon bij.

Ja. Dus je was niet akkoord met die therapie?

Nee, ik was er niet echt blij mee.

En, je hebt dus afgesproken om vijf gesprekken te gaan volgen met L. Wat vind je van dat aantal?

Veel te veel natuurlijk.

Veel te veel... . Uiteindelijk heb je ingestemd?

Omdat ik wel moest. Die vijf sessies zijn sowieso verplicht. Daarna kan ik kiezen of ik nog voortga of niet. En dat gaat dus “nee” zijn.

Dat gaat sowieso “nee” zijn?

Ik zeg ook niet veel in die therapie. Ik heb het gisteren met L helemaal niet over problemen gehad. Gewoon een beetje over drugs, omdat anders, ja, dat uur moest vol geraken. Ik praat niet over mijn problemen, zeker niet met L. Dat is een therapeut

Wat vind je zo raar dan aan het woord “therapeut”?

Ik haat gewoon alles dat met dokters te maken heeft en dat is ook een dokter. Ja, dat is het leven.

Dus je zou eigenlijk minder dan vijf gesprekken willen volgen, eigenlijk geen. En, nu dat je dan toch die sessies volgt, wat verwacht je daar dan van? Heb je bepaalde verwachtingen?

Ik heb totaal geen verwachtingen van die gesprekken. Ik ga ook niks zeggen van mijn verleden of van wat er nu mijn problemen zijn tegen L. Ik vind niet dat dat zijn zaken zijn en ik los dat wel liever zelf op. Ik ben altijd al redelijk zelfstandig geweest, daarmee. Ik heb nooit mijn problemen aan iemand verteld. Juist nu één iemand die dat weet en dat is mijn beste maatje, maar voor de rest weet niemand mijn problemen. Dus ik zou ook niet weten waarom ik dat aan L moet vertellen.

Je houdt alles eigenlijk een beetje voor jezelf Gisteren, vóór je naar L ging, had je dan ook totaal eigenlijk geen verwachtingen?

Nee. Gewoon naar L gaan, één uurtje daar zitten en terug weggaan.

Hoe dacht je dat het gesprek ging verlopen?

Ik had eigenlijk verwacht totaal geen gesprek, want als ik gedwongen word, dan ben ik ook heel koppig en dan zwijg ik. Maar dan hebben we het gewoon gehad over drugs en een paar andere onderwerpen, zodat dat uurtje is volgepraat.

Wat hebben jullie eigenlijk verteld over drugs?

Ik heb een drugverleden. Ik ben verslaafd geweest aan drugs. En zo zijn wij er een beetje aangekomen. En ook over de wet dat ze er nu rond maken, dat dat allemaal “bullshit” is.

Wie heeft dat gezegd?

Ikke, en L vond dat zelf ook, dat dat eigenlijk niet kon. Van bijvoorbeeld cannabis is er een wet gemaakt. Je mag cannabis smoren als je boven de achttien bent, maar je mag het nergens gaan halen en je mag het niet kweken. En zo van die stomme dingen.

Wie is er daarover begonnen, over die drugs?

Ik denk ikke.

Jij bent daar zelf over begonnen? Hoe is dat juist gebeurd? Ik zou mij daar graag een beeld rond vormen. Je bent dan met je begeleidster naar L geweest en je bent dan binnengekomen. Ik zou dat graag heel concreet willen weten. Waar ben je dan gaan zitten?

In zo'n spreekkamer.

Aan een bureau?

Nee, er stond wel een bureau binnen, maar er stonden een paar stoelen.

Recht tegenover elkaar?

In een cirkeltje, stonden een paar stoelen.

En hoe is het dan begonnen eigenlijk? Ben jij begonnen of is L begonnen?

Nee, L is begonnen met praten.

Wat heeft hij dan allemaal gezegd.

Oei, dat weet ik niet meer.

Weet je dat echt niet meer?

Als mij dat niet interesseert, dan onthoud ik zo'n dingen niet.

Heb je eigenlijk geluisterd naar wat hij heeft verteld?

Niet veel. Juist van de drugs, daar herinner ik mij het gesprek nog van.

Daar ben jij dan over begonnen?

Ja.

En had je daar een bepaalde bedoeling bij?

Nee, niet echt. Ik denk dat dat een beetje onbewust is gekomen.

Hoe bedoel je "onbewust"?

Awel ja, waarover moet je anders praten? Zo een therapeut heeft zo van die technieken om toch iets los te wringen uit u.

En dat wou je eigenlijk niet?

Over drugs wel. Ik ben gewoon om daarover te praten. Ik doe ook veel spreekbeurten voor jongeren. Dat vond ik dan eigenlijk niet zo erg. Zolang hij mijn verleden maar niet uitkamt, dan is dat goed voor mij.

Hoe heeft L daarop gereageerd als jij over drugs bent begonnen?

Heel positief eigenlijk. Hij is er ook mee over begonnen. Hij heeft verteld over een paar vrienden van hem, een toneelgroep. Die hadden voor de voorstelling zitten smoren. Dat ging dan over cannabis. En dat cannabis eigenlijk niks verkeerd doet, want die hebben hun toneelstuk helemaal goed opgevoerd. En hij kwam nog af met zo'n paar verhalen.

Welke verhalen heeft hij nog verteld?

Vooral over die toneelgroep en die mensen daarvan. En dan ook over een jongen die heel zwaar verslaafd is geweest aan de drugs en hoe dat hij er is vanaf gekomen. Voor de rest hebben we het eigenlijk niet over veel gehad. Ja, nog heel even over Afrika en over hoe goed dat mijn zus djembé kon spelen.

Wat hebben jullie daar dan juist over verteld? Ben jij er dan ook over begonnen?

In dat kantoor waren er kei veel djembés en stukken van Afrika. Ik kijk zo naar dienen djembé en L zegt: "Uw zus kan goed djembé spelen". Ik zeg "Ah ja?". Ik was even wel verrast omdat ze dat niet zo goed kon, toen ik het haar aan het leren was. Ze heeft dat blijkbaar goed verder geleerd. En dan zijn we over Afrika begonnen eigenlijk.

Dus je was verrast dat L dat zei?

Ja, ik wist ook niet dat die met mijn zus daar had gezeten. Dat was ook even van "Hoe?", maar ik heb daar niet verder bij nagedacht. Dat zal wel normaal zijn zeker? Dat is voor gezinsbegeleiding ook. En mijn papa en mijn zus zijn daar ook bij, dus.

Uw papa en uw zus volgen ook gesprekken bij L?

Ik denk dat wel, anders zou die S (zus van cliënt A) niet hebben gezien, denk ik.

En zou dat elk afzonderlijk zijn, dat die naar L moeten gaan? Of zouden die samen gaan, denk je?

Nee, mijn papa en mijn zus waarschijnlijk samen. Mijn zus is ook nog maar twaalf jaar en die is gehandicapt.

Zou je liever hebben dat uw papa en uw zus ook met u gaan naar L, dat jullie samen kunnen gaan? Of heb je zoiets van "Laat mij maar alleen gaan"?

Anders komt het verleden toch terug boven en ik zeg het, ik wil daar niet over praten.

En als L dan over Afrika begon, dat interesseert u wel, geloof ik?

Ja, dat interesseert mij enorm. Ik hang ook altijd rond in de Afrikaanse buurten en ik heb een Afrikaanse vriend. De helft van mijn vrienden zijn allemaal buitenlanders en de meeste daarvan zijn Afrikanen.

Hoe vond je dat dan, dat L daar dan over begon? Had je dat verwacht?

Nee, dat vond ik ook wel even schrikken. Van L had ik dat niet verwacht dat hij ook zo'n beetje Afrikaanse roots had.

Wat dacht je toen van L?

Ik weet dat niet. Daar heb ik niet echt over nagedacht.

Maar je had dat niet echt verwacht, toen je naar L ging, dat zo'n onderwerp zou worden aangehaald?

Dat had ik totaal niet verwacht.

Als L verhalen vertelde over die toneelgroep, over cannabis, wat vond je daarvan, dat hij daar zo met u begon over te praten?

Ik denk eigenlijk gewoon dat dat zo een "uitlokkingstechniek" is. Zo over dingen praten die mij ook interesseren. Drugs interesseert iedere jongere wel, denk ik. Dat dat zo'n beetje is om mij uit mijn tent te lokken. Alé, ik weet dat niet, maar ik denk van wel.

Wat vind je daar dan van?

Dat dat eigenlijk op een smerige manier gebeurt, maar dat zijn nu éénmaal therapeuten.

Wat is uw beeld eigenlijk van een therapeut? Want het is dus de eerste keer dat je een therapeut gezien hebt?

't Is niet de eerste keer dat ik ene gezien heb

Ja, dat je bij ene bent geweest dan eigenlijk. En wat voor beeld heb je daar dan van?

Ik weet dat eigenlijk niet. Gewoon, dat die veel praten.

Heeft L veel gepraat?

Ja, die praat heel veel. En ja, zo een beetje bekakt ook.

Hoe bedoel je, N (cliënt A)?

Zo kei traag en kei beleefd.

Wat vond je daarvan?

Ik praat nogal redelijk plat. Ik ben daar niet echt voor in zo, van die bekakte mensen.

Had je het gevoel dan dat je je moest aanpassen aan hem?

Nee, ik ben mijn eigen gebleven. Ik heb ook met mijn eigen accent gepraat. Ik ga niet per sé beleefd praten omdat hij dat doet.

Oh, dat bandje irriteert mij... .

Dat bandje stoort u?

Ja, dat stoort mij.

Wil je even stoppen anders?

Nee, hoe rapper het gedaan is

Ik wil wel even pauzeren als je wil. N, je mag het zelf zeggen hé.

Nee, 't is goed. Dat is gewoon, dat irriteert mij.

Ik zal het hier leggen, een beetje uit het zicht. Probeer er niet naar te kijken.

Dat is redelijk moeilijk. ...

Gisteren, de eerste keer dat je L zag, dat was toch de eerste keer? Wat was uw indruk van hem, zonder dat hij eigenlijk gesproken had?

Dat dat maar een simpele mens is.

Wat bedoel je met een simpele mens?

Ja, ik weet niet. De meeste therapeuten die ik al heb gezien zijn chique gekleed. En deze is ook dik. Hij is zoals een gewone mens gekleed, ook een beetje clochardachtig, maar soit, dat doet er nu niet toe.

Welk gevoel had je daar dan bij, toen je binnenkwam en hem zag? Werd je daar ongemakkelijk van of had je zoiets van ‘t Is maar goed dat het maar een simpele mens is’?

Langs een kant was ik wel blij dat hij een gewone mens was en dat er niet zo ene met zijn costumeke voor mij zat. Dan had ik helemaal gezwegen.

En dan is L beginnen uitleggen, maar daar heb je niet echt naar geluisterd?

Nee, niet echt. Hij heeft uitgelegd wat het doel is van die therapie en wat ik ervan vind. Ik heb ook gezegd dat ik dat totaal niet nodig vind en dat ik mijn problemen liever zelf oplos. En hij begreep dat dan ook wel. Toen was het zo'n beetje van "hoe gaan we dat uurtje vullen?". En dan hebben we gewoon over andere dingen gepraat.

Was dat een gevoel dat jij had "hoe gaan we dat uurtje vullen?"

Nee, hij heeft dat gezegd ook. En ik vroeg mij dat ook een beetje af van "hoe gaan we dat uur opvullen?". Een uur zwijgen of Dat zou maar saai zijn: een uur op uw kont zitten en niks doen.

Dus dan heb je uiteindelijk ook wel een beetje gepraat met hem?

Ja, maar niet echt over de problematiek. Juist een klein stukje over mijn verleden is bovengekomen en dat is mijn drugverleden.

En daar ben je dan eigenlijk over begonnen?

Ja, ik denk dat hij dat uit mij heeft gesleurd. Ik weet dat niet hoe dat dat is gekomen dat ik daar ben over begonnen. Ja, 't is er toch van gekomen en we hebben kei lang over drugs zitten praten.

Hoe was L zijn reactie toen jij zelf over iets begon te praten?

Ik denk dat hij wel blij was, want dat was ook een stuk van mijn verleden. En C (*begeleidster van cliënt A*) had hem ook al een beetje verteld hoe mijn verleden een beetje in elkaar stak, in grote lijnen. En ook dat ik in Beernem heb gezeten. Nu de laatste keer was dat voor agressie, weglopen en drugs. Dat heeft ze dan ook verteld. Vandaar denk ik wel dat hij een beetje blij was dat hij toch een beetje zijn werk kon doen, want drugs was een deel van mijn verleden. En daar gaat het hem om, om dingen uit mijn verleden nu op te lossen, maar daar kan hij niet echt bij helpen. 't Is gewoon, ik kan daar wel over praten, maar dat helpt mij toch niet.

Je wil liever je problemen zelf oplossen?

Ja, op dat vlak ben ik heel zelfstandig.

Hoe denk je dat dan juist te doen N, omdat je daar niet graag met mensen over praat?

Ik los dat gewoon op mijn eigen manier op, in mijn kopje zit dat gewoon. Ik denk veel na. Bijvoorbeeld een oplossing zoeken voor iets en de voor- en nadelen zoeken. Zo wordt dat wel opgelost.

Stap voor stap een beetje ...

Het is niet op één, twee, drie natuurlijk, maar ik denk dat niemand zijn problemen op één, twee, drie kan oplossen. Ik ben toch al over veel heen. De laatste tijd is er ook al veel gebeurd. Mijn papa heeft in het ziekenhuis gelegen. En zo van die dingen allemaal.

Hoe was dat dan voor u?

Dat was een hele shock. Hij heeft een dodelijke ziekte, de ziekte van Parkinson. Hij zit nu nog maar in de eerste stage, maar ja, om uw vader zo in het ziekenhuis te zien liggen, hoe slecht hij er dan bij ligt. Hij is ook niet meer van de jongste, want hij is 64. Dan is dat toch wel raar. En dan weten dat uw vader binnen vijf jaar, tien jaar of twintig jaar, dat kan kort of lang duren, gaat doodgaan. Dat geeft toch wel een raar gevoel. Uw vader gaat doodgaan.

Hoe probeer je met die gevoelens om te gaan?

Ik ben nu gewoon heel veel bij mijn papa. Ik probeer zo veel mogelijk tijd met hem door te brengen., zodat als hij rap sterft, ik van hem heb afscheid kunnen nemen.

Ligt uw papa nog altijd in het ziekenhuis?

Nee.

Je gaat hem dan thuis bezoeken?

Ja. Ik ga ook elk weekend op weekend naar hem en dat gaat wel goed.

En als je daar met L zou over praten, zou dat je opluchten of zou je het daar heel moeilijk mee hebben, over dat onderwerp?

Nee, ik heb het niet moeilijk om over dat onderwerp te praten. Totaal niet. Ik weet niet, dat is eigenlijk al opgelost. Ik hoef daar niet meer over te praten met L. Die probeert dat op te lossen en het is al opgelost. Ik zou er anders niet over praten moest het niet opgelost zijn. Dan zou ik hier zo zitten met zo'n "bakkes".

Denk je dat L daarover zou willen praten met u?

Ik denk het wel. Ik denk zelf dat we het er even over hebben gehad, in het heel kort zo. Ik weet niet juist meer wat er gezegd is geweest. Ik zeg het, ik heb een slecht geheugen. Ik onthoud niet veel.

Je denkt dat L dat zou zien als een probleem bij u, dat hij zou willen oplossen, terwijl jij zoiets hebt van "dat is al opgelost"?

Ik denk dat wel dat dat zo in elkaar zit.

Zou je hem dat zeggen moest je die indruk hebben?

Ja, ik zeg wat er op mijn lever ligt. Ik heb dat ook gezegd. In het begin wou hij beginnen met een paar vragen en ik heb gezegd: "Dat hoeft niet voor mij. Ik ben niet geïnteresseerd in die therapie en ik ga toch niet antwoorden op die vragen". Dat heb ik hem ook gewoon gezegd en hij respecteert dat wel. Daar ben ik wel blij om dat hij dat respecteert, maar toch, hij zal op de ene of de andere manier mij toch aan het praten krijgen.

Welk gevoel heb je daar dan bij?

Een raar gevoel. Dat iemand onbewust zo'n beetje, met een subtiele aanpak, iemand aan het praten kan krijgen. Ik heb dat dan wel rap door, dus ik zal niet snel over serieuze dingen beginnen. Ik denk toch wel dat er een paar problemen zijn, zo de kleine problemen, dat ik het daarover met hem zal hebben om te zien hoe hij dat zou oplossen of hoe hij erover zou praten en hoe hij zou reageren. Dat is dan eigenlijk ook een beetje een test van mij voor hem. Over klein problemen die mijn niet deren praten, om zo te proberen

Om te zien hoe hij zou reageren eigenlijk Ook om te zien of hij het goed doet?

Eigenlijk wel.

En stel nu N, dat hij het met die kleine problemen goed zou doen. Wat zou dat voor u betekenen?

Dat het een goede therapeut is, maar dat ik toch niet meer zal zeggen dan over die kleine problemen.

Nee? Ook niet moest je hem beter leren kennen, misschien na een aantal gesprekken met L?

Na vijf gesprekken kan je niemand kennen. Dat is maar vijf uurtjes. Als ik aan iemand mijn problemen vertel of ga uitwenen, dan moet ik die gast of dat meisje al echt heel lang kennen voor ik dat doe. Na vijf uurtjes zal dat er niet van komen. Ik zal gewoon blij zijn dat die therapie gedaan is. Dat ik gewoon terug een beetje kan uitblazen.

Vind je dat vermoeiend?

Ja, ik vind dat heel vermoeiend. Stel nu dat ik wel over mijn problemen zou praten, dan kom ik elke keer toch slecht gezind buiten. Dan is alles terug opgerakeld. Ik heb nu ook weeral

zoveel problemen en dan komt dat allemaal weer op elkaar, met het verleden er nog eens bij. Dat is echt praktisch allemaal verwerkt, wat er in het verleden is gebeurd. En als dat allemaal wordt opgerakeld door te praten, dan ga ik mij weer slecht voelen en dat is ook niet goed. En zo wil ik niet buiten komen. Dus ik vind dat heel vermoeiend.

Dus eigenlijk ga je bewust bepaalde problemen niet bespreken met hem omdat je denkt dat je je daarna heel slecht zal voelen? Heb je dat al kunnen zeggen aan L, dat dat de reden is?

Dat heb ik hem nog niet gezegd.

Je wacht misschien af dat hij er zelf mee afkomt? Dat hij dat zelf doorheeft dat dat de reden is?

Ik weet dat niet, gewoon de juiste moment waarop je dat kan zeggen. Als dat zover is, zeg ik dat wel, misschien wel in andere woorden, maar ik zal het wel zeggen.

Hoe denk je dat hij daarop zou reageren, moest jij dat zeggen?

Ik weet dat niet. Dat interesseert mij eigenlijk niet, of dat hij nu slecht reageert of goed.

Hoe denk je dat L staat tegenover uw reactie? Denk je dat het hem echt wel interesseert, hoe jij reageert?

Ik weet dat niet. Dat is gewoon zijn job dat hij doet. Ik weet niet hoe erg hij in de mensen geïnteresseerd is. Mij kan het niet deren wat hij denkt over mij, of hoe hij zich voelt bij mij. Die is dat toch al gewoon. Dat is zijn werk. Hij komt wel meer mensen tegen zoals mij en zelf nog erger. Eigenlijk deert mij dat niet, die therapie en L. Daarvoor heb ik hem wel nog één keer gezien. Dat was op een groepsbijeenkomst. Daar zat die dan ook en dan kon ik die vent ook al niet hebben. De manier waarop hij over bepaalde dingen sprak en de manier waarop hij reageerde. Dat was zo van "alé".

Zoals wat bijvoorbeeld? Weet je daar nog iets van?

Nee.

't Is je wel bijgebleven dat je totaal niet akkoord was met bepaalde dingen die hij zei?

Hij had stomme redeneringen. Je hoort dat gewoon aan hem dat dat een therapeut is: zijn antwoorden en manier van praten, zo kei traag en bekakt. Ik heb het al gezegd. Dat is iets typisch voor therapeuten.

Dus de eerste keer dat je hem zag, welk gevoel had je toen?

Ik vond dat maar gewoon een arrogante zak. En mijn vader had zo'n beetje 't zelfde gevoel. Die moeide zich zo met dingen, niet echt moeien, maar er toch op antwoorden, terwijl hij er eigenlijk niets mee te maken heeft. Dingen die gezegd werden door andere mensen, waar iedereen zo'n beetje van weet, maar L weet dat dan niet, en toch antwoordde hij daarop. Dat vond ik arrogant en mijn vader vond dat ook heel arrogant.

Heb je daar nadien met je vader over gesproken?

Ja, heel even. Mijn vader is juist dezelfde als mij. Het kan ons gewoon niet schelen wat die vent van ons denkt of andersom. Dan praten wij daar gewoon niet over als ons dat niet interesseert. Dat is gewoon heel even ter sprake gekomen. Ik zeg zo tegen mijn papa: "Wat vind jij van diene L?". "Och, arrogant ventje!". Ik zeg: "Ja, dat vind ik ook". En daarna was het gedaan eigenlijk.

En had uw papa gezegd van "Ja, dat ziet er mijn een hele goede uit!", hoe zou je daar dan tegenover gestaan hebben?

Dat is goed voor hem. Iedereen mag zijn eigen mening hebben, als hij dat een goede zou vinden, dan is dat goed voor hem, maar dat houdt niet tegen dat ik dat een arrogante zak vind.

Dus eigenlijk met zo'n een indruk van "'t Is een arrogante", ging je daar gisteren naartoe?

Een beetje ja. Zo van “Wat gaat dat niet zijn als hij hetzelfde gaat doen zoals op de groepsbespreking?”. Dat is direct terug uit mijn gedachten gegaan.

’t Is niet dat je de hele tijd met dat idee in je hoofd zat van “’t Is een arrogante, ik ga niks zeggen”?

Nee, ik was trouwens te kwaad. De vorige keer was ik niet gegaan, maar dat was niet mijn schuld. Ik kwam van E (*plaatsnaam*). Ik mocht daar ook pas weg als ik de toestemming had. En dan moest die opvoedster nog bellen en naar ’t wc. Dan heb ik mijn bus en mijn trein gemist. Zo ben ik twee uur later aangekomen en vandaar dat ik iemand meekrijg voor zeker te zijn dat ik er wel zal gaan. Daar was ik dan heel kwaad om. Dus ik was te kwaad om daar aan te denken.

Je was eigenlijk kwaad door het feit dat er iemand meeding en niet zozeer door het feit dat je op therapie moest?

Ze hebben het hier constant over verantwoordelijkheid, maar ik mag niet gewoon van hier naar L gaan en dat is twintig minuten.

En eigenlijk was het de fout van uw vroegere begeleidster in E dat je te laat was? Dus je was de eerste keer wel van plan om te gaan?

Ja, waarom zou ik niet gaan? Als ik niet ga, kom ik sowieso in problemen en daar heb ik echt niet veel zin in. Ik zat al op time-out in E en dat is ook al niet zo goed. En dan nog eens problemen gaan bijhalen, dan was het helemaal “verkloot” geweest. Ze hebben mij die therapie opgelegd. Ik ben daar niet blij om, maar ik zal het wel moeten doen. Ik ben al blij dat ik er maar vijf moet doen en dat ik daarna mag kiezen of ik wil verder doen. Dat vind ik wel redelijk goed dat ik toch nog mag kiezen na vijf keren.

Dus toch nog iets positief

Ja...

Ben je nu echt al zeker dat je na die vijf keren zal stoppen of is er nog een heel klein kansje?

Nee, ik ben heel zeker dat ik er mee zal stoppen. Weet je, ik zou niet weten wat ik tegen die vent zou moeten zeggen. Als we elke keer een onderwerp gaan moeten zoeken om dat uurtje te vullen. Ik ga toch niet praten over mijn problemen. De volgende keren ga ik gewoon praten over die kleine dingen.

(gestoord door gsm → korte pauze en beetje gepraat)

Stel nu dat je na de derde of de vierde sessie een heel goed gesprek zou hebben gehad, waar je echt een goed gevoel bij zou hebben, zou je dan ook ...?

Ja, ik ben heel zeker dat ik ga stoppen ook al heb ik een goed gesprek. Je kan met iedereen wel eens een goed gesprek hebben. Ook al heb ik er een goed gevoel bij, dat heeft er niets mee te maken, vind ik.

Toen je deze keer terug naar je studio kwam, welk gevoel had je toen?

Ik ben niet teruggekomen naar mijn studio.

Ja, of naar ergens anders.

Gewoon.

Gewoon?

Ja, de gewone gang van zaken.

Wat dacht je toen allemaal?

Niks. Ik ben blij dat het zo is afgelopen. Dat is het enige dat ik dacht eigenlijk. En dat hij ook kon zagen. Dan ben ik naar mijn vader gegaan en dan heb ik met mijn papa zitten praten.

Heb je met je vader over je gesprek met L gepraat?

Nee, totaal niet.

Heb je ook niet gezegd dat je er naartoe bent geweest?

Hij wist dat.

En heeft hij daar achter gevraagd?

Hij heeft gevraagd: “Hoe was het?” en ik heb gezegd: “Redelijk”. Voor de rest is er niks meer over gezegd geweest. Hij is ook niet zo voor therapeuten. Hij vindt dat ook voor “psycho’s”.

Je hebt daar totaal geen behoefte aan om daar even met iemand over te praten?

Nee.

Heb je daar zelf nog over nagedacht over hetgeen gezegd is geweest?

Nee, het meeste ben ik vergeten.

Zijn er toch een aantal dingen waarvan je zegt ...

Ik heb totaal niet meer over dat gesprek nagedacht. Over andere dingen wel. Ik heb genoeg aan mijn hoofd, dus waarom zou ik dat er nog eens moeten bijnemen? En weet je, 't was toch niet zo interessant. Ja, even over die drugs, maar niet echt de belangrijke dingen. Ik zou niet weten waarover ik zou moeten nadenken.

Heb je schrik om over die belangrijke dingen te praten?

Nee, totaal niet, maar niet met een vreemd iemand. Ik praat er altijd over met mijn beste maatje.

Is er iets dat je echt is bijgebleven, dat je heel verrassend vond of waarvan je in slaap viel?

Zijn er bepaalde dingen die je echt goed of echt slecht vond?

Ik vond het gewoon gewoontjes. Het was niet echt goed, maar ook niet echt slecht. Gewoon een beetje tussenin. Ik vond het wel goed dat hij ook over andere dingen kon praten. Ik vond dat best wel tof. Ik vond het niet spectaculair, maar ook niet slecht.

Verwacht je dat je tijdens de tweede of de derde sessie weer over hetzelfde zal praten, over Afrika enzo? Denk je dat L dat zal doen?

Nee. Ik denk dat hij zal proberen om ook andere dingen aan bod te laten komen. Als de dingen mij niet te dicht aan mijn hart liggen, dan praat ik er ook wel over, maar als het te diep gaat gaan, dan praat ik er niet over. Ik denk wel dat hij dat zal respecteren en dan begint die gewoon over iets anders zeker? Ik denk dat toch.

Wat vind je daarvan, dat L dat gaat respecteren, denk je?

't Is wel dat hij respect heeft voor wat de mensen wel en niet willen zeggen. Dat vind ik wel tof aan hem, maar dat is ook het enige. Dat hij respecteert dat ik dingen niet wil zeggen over mijn verleden, vind ik wel tof.

L wou in het begin ook een aantal vragen stellen ... ?

Ja, naar het schijnt heeft hij zo een vragenlijst opgesteld. Dat zei C toch tegen mij, maar dat is helemaal niet aan bod gekomen.

Omdat jij niet wou he?

Hij heeft zelf niets gezegd over die vragenlijst, omdat ik van in het begin al gezegd had dat ik die therapie niet interessant vond. Waarschijnlijk gingen die vragen over de therapie en over hoe ik erover denk. Ik denk dat hij dat gewoon zo gelaten heeft. Dat is wat ik denk. Het kan ook iets anders zijn.

Hoe reageerde L toen je zei dat therapie je niet interesseert?

Ja, hij heeft gevraagd waarom. Ik heb dan gewoon geantwoord dat ik mijn problemen zelf oplos en dat ik vind dat een vreemd iemand niet in mijn hoofd moet komen. Voor de rest heeft hij er niets meer over gezegd.

Wat verwacht je nu van de volgende sessies? Hoe denk je dat dat gaat verlopen?

Ik denk dat dat redelijk vlot zal verlopen, redelijk goed ook. Ik zou niet weten wat het gespreksonderwerp zou zijn. Het kan zijn dat we misschien nog over serieuze dingen gaan praten, zoals bijvoorbeeld over mijn verblijf in W. Ik denk dat dat ook aan bod komt, want dat zit mee in het project. Het kan zijn dat dat aan bod komt en dat dat dan wel twee sessies in beslag zal nemen.

Dat je daar twee uurtjes mee zal vullen?

Gemakkelijk, denk ik. Als het echt zo gaat over het project en over Frankrijk. Ik denk dat hij ook wil weten wat Frankrijk voor mij gedaan heeft. Dat was een werkproject en ik heb daar ook heel veel gepraat met die mensen. Die is gisteren nog langs geweest. Die van Frankrijk zijn naar België gekomen om honing te leveren.

En heeft Frankrijk voor u iets betekend? Je bent een maand weg geweest?

Twee maanden.

Twee maanden?

Ja, ongeveer twee maanden.

Heeft dat dingen veranderd in uw denken of in uw voelen?

Ja, ik heb daar heel veel tijd gehad om na te denken, om alles op een rijtje te zetten. Dat heeft mij heel veel geholpen. Met die man heb ik ook heel veel kunnen praten. Met die vrouw kwam ik heel goed overeen. Dat was een zachtaardige en kei lieve. Frankrijk heeft echt wel veel betekend voor mij.

Denk je nu anders over bepaalde dingen dan voor je vertrokken bent?

Nee, niet echt, maar mijn manier van denken is veranderd. Daarvoor had ik geen tijd om na te denken en nam ik mijn tijd ook niet om na te denken. Nu doe ik dat wel.

Blijf je dat nu ook doen?

Ik blijf toch wel serieus nadenken over de dingen en ik zeg het, hoe ik ze kan oplossen, de voor- en de nadelen bekijken.

Dat deed je vroeger echt niet?

Nee, dan dacht ik gewoon niet na. Dan deed ik stomme dingen en daarna dan dacht ik van "Ooh". En nu zal ik eerst nadenken voor ik stomme dingen doe.

Zijn er dingen die je graag nog met L zou willen bespreken?

Ja, Frankrijk zou ik toch wel een interessant onderwerp vinden.

Denk je dat je dat onderwerp zelf zou kunnen aanbrengen of wacht je echt af tot L ermee afkomt?

Ik denk dat ik ga wachten tot L ermee afkomt, maar als ik er echt wil over praten, zal ik dat zelf wel aanbrengen. Ik ga hem volgende keer ook vragen wat hij juist met mij wil bespreken, want ik heb dat gisteren niet gevraagd. Als hij echt een paar hoofdstukken heeft, dan kan ik een paar hoofdstukken kiezen, waar ik wil en kan over praten. En die andere gewoon weglaten, want er zullen ook wel persoonlijke dingen tussenzitten en daar praat ik niet over.

Dus je verwacht van L dat hij een paar onderwerpen zal opschrijven, zodat jij kan kiezen waarover je wil praten?

Ik denk wel dat hij een paar onderwerpen in zijn hoofd heeft. Ik ga hem dat gewoon vragen en zien wat zijn antwoord is. Wie weet heeft hij helemaal geen onderwerpen in zijn hoofd, maar ik denk het wel. Het gaat ook uit van W en ik denk dat zij ook wel de opdracht geven aan L om bepaalde onderwerpen aan bod te laten komen.

Is L niet begonnen met te zeggen wat zijn doelstellingen zijn met deze therapie? Heeft hij dat zo'n beetje uitgelegd?

Ik weet dat niet meer. Alé, dat was nog maar gisteren en ik weet daar niks meer van.

Maar, je hebt al een aantal dingen gezegd ... L is begonnen met het gesprek. Zeg maar als ik verkeerd ben. Dus L is begonnen. Dan ben jij over Afrika begonnen, denk ik?

Nee, eerst over drugs. En hij is dan eigenlijk over Afrika begonnen, over mijn zus, van die djembé.

En dat was toch wel vrij verrassend voor u, dat hij daar zo wat kennis over had?

Ja.

Heb je hem dat gezegd of heeft hij dat gezien aan u?

Ik denk het wel, want ik was heel geïnteresseerd aan het luisteren.

Was dat vooral tegen het einde van de sessie of is er dan nog iets gebeurd?

Afrika was op het einde van de sessie. Dat was op het einde van de sessie. Dan keek hij zo op zijn horloge.

En hoe is hij dan geëindigd? Hebben jullie dan terug een afspraak gemaakt?

Ja, daar ligt het kaartje.

Dus weer volgende week donderdag? Vind je dat te snel, als er maar één week tussen is?

Nee, dan is het sneller gedaan.

Zou je liever meerdere keren per week gaan?

Nee, dat is te veel.

Dat is te veel? Dus je gaat liever één keer per week, over vijf weken dan?

Dat vind ik nog niet zo erg. Dat is dan maar één keer per week dat ik die even moet zien en dat ik even moet praten. Als dat twee of drie keer per week zou zijn, dan zou dat te veel zijn.

Denk je dat je dan nog minder zou zeggen en helemaal zou dichtklappen?

Dan zou ik denk ik veel minder zou zeggen. Ik weet niet hoe ik het zou aanpakken. Ik vind dat gewoon te veel.

Moest het maar één keer om de twee weken zijn, vind je dat te weinig?

Dat vind ik niet te weinig, maar dat duurt dan zolang tegen dat die vijf sessies gedaan zijn. Ik denk ook dat het voor elke week was voorzien vanuit W.

En heb je nu het gevoel dat die gesprekken met L u kunnen helpen op de ene of de andere manier? Zou dat kunnen?

Ik weet dat niet, maar ik denk van niet. Ik denk dat die mij totaal niet kunnen helpen. Als je problemen hebt, help je enkel uw eigen. Je moet zelf nadenken, dat kan niemand anders voor je doen. Praten kan wel helpen, maar ik zeg het, over mijn problemen ga ik niet met L praten, dat doe ik met mijn maatje. Zo los ik dat op. Ik denk dus niet dat hij mij kan helpen. Misschien kan hij raad geven over bepaalde dingen. Dat kan wel zijn, ik weet dat niet, maar echt helpen toch niet.

Moest L u raad geven, hoe zou je je daarbij voelen?

Ik zou dat appreciëren. Als iemand raad geeft, is dat wel tof. Dat is altijd wel tof om te weten hoe iemand anders dat zou oplossen. Raad neem ik wel altijd aan van eender wie. Daar sta ik wel heel open voor.

Het feit dat L een man is, maakt dat voor u iets uit?

Nee, niet echt. Ik ben wel niet zo echt gepakt op de mannen. Er is echt vanalles gebeurd met die vieze venten. Dat doet er niet echt toe of dat een man is of een vrouw. Met vrouwen kom ik niet zo heel goed overeen. Met een man kom ik wel goed overeen, maar van sommige ben ik echt nog schuw. Ik ben verkracht geweest en als die dan zo'n beetje hetzelfde figuur hebben of als die toevallig dezelfde parfum aanhebben, dan ben ik daar schuw van. Dat is bij L totaal niet het geval.

Dus voor je naar L ging, had je niet het idee dat je liever een vrouw had gehad?

Nee, want mijn begeleidster heeft ook nog gevraagd of dat de reden was waarom ik niet in therapie wou. Ik heb toen gezegd dat dat totaal niet zo was. Ik had L al één keer gezien en oké, ik vond dat een arrogante zak, maar dat heeft er niets mee te maken. Zolang dat ik er mij niet bang bij voel of schuw van ben, dan is dat oké voor mij. Het is niet omdat dat gebeurd is, dat ik niet meer met een vent mag praten. Dan zou ik als een kluizenaar moeten gaan leven. Dat is ook niet de bedoeling. Je moet voort gaan met je leven. Dat is ook één van de dingen die ik zelf heb opgelost, want ik kan er ook over praten. Het is alleen juist zo dat als die vent er een beetje op lijkt, of dezelfde parfum heeft of een aantal kenmerken dezelfde zijn, dan neem ik er een beetje afstand van.

Dan zouden die gesprekken totaal niet gaan?

Nee. Dan zou dat totaal niet gaan. Dan zou ik wel iemand anders vragen.

Dat zou je dan wel zeggen?

Ja, maar dat is totaal niet het geval.

Dus het is niet zo dat je je bij L ongemakkelijk voelt?

Nee.

Stel nu dat L jonger zou zijn, echt maar tien jaar ouder dan jij, zou dat een rol kunnen spelen? Zouden de gesprekken dan vlotter kunnen verlopen?

Ik denk dat dat er niets mee te maken heeft. Ik vind dat eigenlijk niet erg, want dan heeft die ook meer ervaring. Een jong iemand heeft niet evenveel ervaring als iemand die al twintig jaar in het vak zit. Dus ik vind dat totaal niet erg. Ik vind dat zelf een voordeel dat die wat ouder is.

Heb je het gevoel dat door, misschien zelf over kleine problemen te gaan praten met L, dat dat zou kunnen helpen?

Nee, dat helpt mij totaal niet. Dat zou gewoon een test zijn voor L.

Zijn er een aantal zaken die nog niet aan bod zijn gekomen, dat je nog zeker zou willen vragen of vertellen aan L?

Ik zou het niet weten.

Je hebt niet echt nog bepaalde verwachtingen?

Nee, niet echt.

Hoe zou je het liefst hebben dat de volgende sessie verloopt? Wat is een ideale sessie voor u?

Gewoon dat die sessie vlot verloopt, zonder dat ik er slecht buitenga. Ik wil met geen gevoel, of toch een beetje een goed gevoel, dat doet er nu niet toe, buitenkomen. Niet met een slecht gevoel. Dan is dat goed voor mij.

Ben je gisteren met een slecht gevoel buitengekomen?

Nee, met geen gevoel. Als dat zo is, dan is dat goed voor mij, eenderd wat het onderwerp dan is. Zolang ik er met een goed gevoel buitenga, of met geen gevoelens, dan is dat goed voor mij. Dan is dat ook een goede sessie geweest. Als ik slecht gezind zou buitenkomen of met een slecht gevoel, dan is dat geen goede sessie geweest, want dan voel ik mij slecht. Zo zou ik toch niet willen buitenkomen van een sessie.

Heb je daar schrik van dat, wanneer je je problemen zou vertellen, je je slecht zal voelen?

Dat weet ik gewoon, dat ik mij dan slecht ga voelen. Als ik over echte problemen zou beginnen, dan zou ik mij echt slecht voelen.

Zou dat dan de fout van L zijn?

Nee, dat komt gewoon omdat ik dat nog niet verwerkt heb. Dat ligt aan mezelf. Ik wil geen slecht gevoel hebben als ik buitenkom, want dan is heel mijn dag “verkloot” en wie weet is

dat dan een hele week zo. Dat kan zo één dag zijn of twee dagen, maar dat kan ook voor één maand zijn en dat wil ik niet.

Je wil er niet continu weer aan denken?

Vanaf ik iets verwerkt heb, dan kan ik erover praten. Dan praat ik er nog niet echt over, maar dan kan ik dat wel. Dan is dat geen probleem. Dan voel ik mij er ook niet zo slecht bij. Als die problemen nog niet zijn opgelost en ik er dan over praat, dan voel ik mij weer slecht.

Dat wil je echt wel vermijden?

Ja.

Heb je schrik dat L te veel vragen zal stellen over je problemen en dat je daarom bijna niet luistert en stil blijft?

Die vraagt wel veel. Als we over een bepaald onderwerp beginnen, neem nu over Frankrijk, dan zal die wel veel vragen stellen.

Over Frankrijk wil je wel vertellen? Dan is het geen probleem?

Nee. Als hij te veel vragen stelt, dan zal ik dat wel zeggen. Ik houd niet van te veel drukte. Op zich praat ik helemaal niet veel. Ik ben een heel rustige. Onder mijn vrienden ben ik ook de rustigste. Ik praat bijna nooit, ik zit gewoon neer. Als ze tegen mij beginnen, zal ik ook antwoorden. Ik ben redelijk gesloten en redelijk stil.

En dat ben je dan ook eigenlijk gisteren geweest?

Ja. Ik ben eigenlijk niet over iets bepaald begonnen. Gewoon over die drugs om over iets te beginnen. Ik heb eigenlijk niet veel gepraat. L heeft veel verteld en ik heb er een beetje op geantwoord. Niet alleen met “ja” of “nee”, ik heb ook een beetje een verhaaltje verteld van wat er eens is gebeurd.

Vond je dat moeilijk om zo 'n dingen te vertellen?

Nee.

Ben je over drugs beginnen praten omdat je het gevoel had dat het gesprek anders was stilgevallen?

Nee, ik denk dat L er dan wel iets had op gevonden. Ik weet niet. Dat is op de één of andere manier ter sprake gekomen.

Wat vind je daarvan, dat L altijd wel zorgt dat er over iets gepraat wordt?

Langs een kant is dat wel tof, zodat we niet één uur stil over elkaar zouden zitten. Dat zou maar heel saai zijn. Dan zou ik wel met een slecht gevoel naar buiten zijn gegaan.

We gaan bijna afsluiten, N, maar als je in grote lijnen kijkt, hoe heb je je dan gevoeld tijdens het gesprek?

Tijdens dit gesprek?

Nee nee, dat met L.

Sorry hé.

Dat is niks hoor.

Gewoon ik was kalm. Ik zeg het ik heb er mij niet slecht bij gevoeld, maar ook niet echt heel goed. Die morgen was ik ook al kwaad. Over het algemeen, was ik rustig. Ik ben er niet echt met een slecht gevoel buitengekomen, dus dat was een goede sessie. Ook al hebben we het niet echt gehad over de problematiek. Ik vond het wel oké.

En blijf je nu nog met vragen over?

Nee.

Dingen die onduidelijk waren gisteren?

Nee. Alles was wel heel duidelijk. Als ik iets niet begrijp, dan vraag ik dat wel. Ik zal nooit met vragen blijven zitten, tenzij ik van mezelf iets ben vergeten vragen.

Zijn er dingen tijdens dit gesprek die je nog zou willen zeggen, waarvan je zegt “Dat had je mij nog moeten vragen of dat wil ik nog kwijt”?

Nee. Het was volledig.

Oké. Bedankt!

Dat is niks. Dat is graag gedaan.

2 Interview van therapeut A na zijn eerste sessie met cliënt A

Hoe is N (cliënt A) bij jou terechtgekomen?

Bedoel je van het project enzovoorts?

Ja.

N is één van de meisjes die een tijd lang opgenomen is geweest, of laat ons zeggen verbleven heeft, in Beernem. Dat is een gesloten instelling voor meisjes in het kader van de Bijzondere Jeugdzorg. Ze is daar terecht gekomen door allerlei problemen, zowel thuis als in de instellingen. Er loopt, zoals je eigenlijk weet, een project waarbij het de bedoeling is om een herstel van relaties te bewerkstelligen binnen de familiekring of om iets op te bouwen van een nieuwe toekomst voor deze meisjes, vanuit een positief geloof dat dat mogelijk is. Hetgeen niet vanzelfsprekend is binnen de Bijzondere Jeugdzorg, want meisjes zoals N worden gezien als vogeltjes voor de kat. De bedoeling is dus herstel van relaties in ruim familieverband en het opbouwen van een nieuwe toekomst, ook voor N dus. Dat is de grondslag van het project, dat dan uit verschillende fasen bestaat. Moet ik u dat allemaal uitleggen?

Normaalgezien hoeft dat niet. We hebben dat al eens allemaal overlopen bij een eerste kennismaking.

Dat ken je eigenlijk, denk ik. Dat wil dus zeggen dat we bij N te doen hebben met een kader van verplichte hulpverlening. Deze verplichting gaat uiteindelijk uit van de Jeugdrechtbank, want de Jeugdrechtbank moet haar zegen geven over de opname van N in het project. Dus dat is een heel andere context, dan een context waar de mensen zelf, al dan niet op verwijzing van een huisarts, een psychiater, een centrum of via welk kanaal dan ook, terecht komen bij een therapeut met een duidelijke hulpvraag. Daar kan je dus beginnen met het verkennen van de problemen die zich stellen en wat die hulpvraag is en wat de doelstellingen zijn van de cliënt. Dat heb je binnen het kader van verplichte hulpverlening niet op die manier.

En had je N al eens eerder gezien, binnen het kader van het project?

Ja, ik heb haar één keer ontmoet, namelijk net voor de ontheemdingsfase, wat ik een bizarre naam vind, dus net voor het moment dat ze voor zes weken naar Frankrijk vertrokken is. Ze is daar gaan werken in de context van een familie. Net daarvoor was er een grote bijeenkomst gepland in Beernem met de familieleden of een aantal van de familieleden, dus inclusief N, en al de betrokken hulpverleners. En ik heb haar daar heel eventjes ontmoet.

Wat was je indruk toen van N?

Ik vond ... Ik moet even teruggaan in mijn geheugen ...

Het is al een tijdje geleden.

Ja ja, oké, dat is even geleden ... Ik herinner mij twee dingen. Wat mij opviel, was de strijdbaarheid van N tegen de instanties in de wereld die, ofwel haar vrijheid belemmerden, ofwel probeerden te dicteren hoe ze haar leven moest leiden. Ze had iets van zich hier niet zomaar bij neer te leggen. Tegelijkertijd had ze ook een besef dat ze niet wild te keer kon gaan, hoe frustrerend die interventies van de buitenwereld ook waren. Met andere woorden, er waren ongetwijfeld verschillende stemmen bij haar aan het werk. Er was een strijdbaarheid,

maar toch nog op een aanvaardbare manier. Dat is één iets dat ik mij herinner. En het tweede dat ik mij herinner, was het gevoel dat ik had dat N verstandig en zelfs wijs was. Dus met andere woorden, een aantal competenties van N vielen mij vrij snel op. Ik heb ook gemerkt dat de verbondenheid met haar familie heel belangrijk was. Verbondenheid in de betekenis dat ze ook graag wilde terug thuis wonen om terug iets te kunnen creëren of mee creëren van hechte banden, een soort van liefde tussen vader en dochter. Verbondenheid leek mij een soort centraal begrip in haar levensvisie, zonder dat ze dat woord zelf gebruikt. Dat was opvallend.

Was er nog iemand anders van de familie aanwezig?

Haar vader was er nog, maar er was niemand anders meer. Ze heeft ook nog één zusje, S, die was er waarschijnlijk niet omwille van praktische redenen. Voor de rest was er ook niemand van de familie, maar dat heeft te maken met het feit dat er nauwelijks banden zijn in de familie. Langs vaders kant helemaal niet en langs moederskant is er alleen maar een tante K, met wie ze contact heeft, die ze haat als de pest.

Dat heeft ze echt zo gezegd?

Ja, dat heeft ze gezegd.

Kunnen jullie die verbondenheid tussen N en haar vader ook echt waarnemen? Of is het iets dat je meer afleidt uit de gesprekken?

Het is iets dat ik meer afleid uit dingen die ze zeggen. Het is niet iets dat ze non-verbaal hebben getoond, maar daar leende de context zich zeer moeilijk toe.

Met wie volgt ze nu therapie? Gaat het hier om individuele therapie?

Waarschijnlijk zal het een combinatie zijn. Dat hangt er een beetje vanaf hoe het zal evolueren. De bedoeling was om therapie te doen met vader, N en zelf S erbij. Maar door een plotse opname van vader enkele weken geleden in het ziekenhuis, waarbij men vastgesteld heeft dat vader aan de ziekte van Parkinson lijdt, hebben we dat voorlopig even moeten aanpassen en zijn we gestart met individuele begeleiding. Niets sluit uit dat vader en S daarbij betrokken zouden raken.

Ziet N dat ook zitten?

Zo ver zitten we nog niet.

Dat zou op lange termijn zijn?

Ja, dat zou op lange termijn zijn. Zo ver zitten we nog lang niet. N verzet zich of verzette zich tegen het verplichte karakter van de therapie. Ze kwam hier met een kwaad gezicht binnen, achtervolgd door haar individuele begeleidster. Ze hadden duidelijk ruzie gemaakt op straat of onderweg. Die begeleidster belde dan twee minuten later aan. Die moet haar achterna gehold zijn. Die individuele begeleidster komt binnen en het eerste en ook het enige wat die tegen mij zegt is: "Is N binnen?". En ik zeg: "Ja, in de spreekkamer". En ze zegt: "Ja, dan zal ik maar teruggaan. Het is niet meer nodig dat ik hier nog blijf". En die is vertrokken, zonder zich voor te stellen, zonder wat dan ook te doen.

Je wist eigenlijk niet wie er voor je neus stond?

Ik wist eigenlijk niet wie er voor mijn neus stond. Ik vraag dan aan N: "Zeg, N, wie was dat eigenlijk?". "Controle!", zegt ze. Dat was het eerste woord dat ze gezegd heeft en dan is het gesprek begonnen.

Om even terug te gaan, ze is dan binnengekomen en heeft ze zich toen ook voorgesteld? Of hoe is dat juist gebeurd?

Ze moest zich niet meer voorstellen, want we kenden mekaar.

Jullie zijn dan naar binnen gegaan. Waar is ze dan juist gaan zitten?

Ik heb een spreekkamer, waar vier zeteltjes staan. Het is een relatief vrij grote spreekruimte. En zij is in een zeteltje gaan zitten.

En waar ben jij dan gaan zitten?

Ik ben recht tegenover haar gaan zitten.

Ik zou heel concreet willen weten wat er allemaal gebeurd is, wat er gezegd is geweest, wie het woord heeft genomen, wie er begonnen is met het gesprek, hoe daarop gereageerd is geweest, ...? Dus een beetje chronologisch...

Ik ga proberen om het proces te beschrijven. Ik zal elke fase in dat proces heel concreet proberen te beschrijven. Is dat goed?

Oké, dat is goed.

In de eerste fase: een sterk uitgedrukt verzet van N tegen de verplichting van de therapie. Tweede fase: het overwinnen van de “weerstand” van N. Fase drie: een conversatie over verschillende thema’s van algemeen veilig en neutraal naar meer en meer persoonlijk. We zijn begonnen met te praten over haar sigaretten verslaving. Zij is daar eigenlijk over begonnen. We zijn overgegaan naar drugs en haar vroegere verslaving aan drugs. We zijn beginnen praten over haar ADHD. We hebben ook gepraat over de traumatische ervaringen in haar leven: pesterijen op school en verkrachtingen, die er geweest zijn in haar leven. En zo zijn we geïndigd bij de betekenis van haar moeder, waarvan ze zegt: “Dat is een hoer, mijn moeder”, maar zonder dat het verwijtend klinkt. We hebben ook een beetje gesproken over de verwaarlozing van S en de mentale handicap als gevolg en haar gemis aan een moederfiguur.

Dat is al een hele boterham!

Ja, dat is een hele boterham voor een meisje die begint met: “Je moet niet denken dat ik hier iets zal zeggen”.

Zo is ze begonnen?

Ja.

En wat dacht je op die moment?

Ik ben al het één en ander gewoon in mijn leven. Ik maak mij daar allemaal zoveel zorgen niet over. Ik word niet meer nerveus. Ik begin mij geen zorgen te maken. Ik lig mij niet af te vragen wat ik moet doen. Ik accepteer dat gewoonweg, maar ik kom daar nog op terug. Dus, in fase nummer één gaat het over een sterk uitgedrukt verzet van N tegen het feit dat men het haar aangedaan heeft om in therapie te moeten komen. Wat zegt ze allemaal: “Ik ben hier niet uit vrije wil! Ik haat verplichtingen!”. Ik pik er nu een aantal dingen uit en ik zal zeggen hoe ik daar mee ben omgegaan. “Ik haat verplichtingen!”, met een zeer kwade toon en een boze gelaatsuitdrukking. “Ik ben geen psycho! Ik heb geen therapie nodig! Ik los mijn problemen zelf op en ik heb dat ook altijd zo gedaan! Ik ben niet zwak!”. Oké, ze heeft dat allemaal gezegd. Ik heb daar heel rustig op gereageerd. Als ze zegt: “Ik ben hier niet uit vrije wil”, dan zeg ik: “Nee N, ik weet het, we zijn hier alle twee verplicht. Jij moet in therapie en ik moet therapie geven aan u. Dat is lastig, hé? Hoe gaan we dat oplossen?”. Dus ik probeer dat al een beetje collaboratief te benaderen. En we hebben hier een gezamenlijk probleem. “Hoe gaan wij dat aanpakken?”. Door het feit dat ik daar rustig bij blijf en eigenlijk haar verzet accepteer, kan ze ook zeggen: “Ik haat verplichtingen!”. En ik kan ook zeggen: “Dat lijkt mij heel gezond. Ik heb dat ook niet graag, maar enfin, dat doet verder niet ter zake. Maar ja, we zitten ermee”. Ik kan ook vragen: “Heb je al dikwijls in je leven te maken gehad met verplichtingen?”. In deze fase reageert ze hier nog niet veel op. “Ja, ik ben geen psycho”, zegt ze. “Ik heb geen therapie nodig!”. “Therapie dat is volgens u voor psycho’s?”, vraag ik. “Ja”, zegt ze en ze begint een verhaal over iemand die ze gekend heeft in psychiatrie. Ze is dus ooit

opgenomen geweest, minstens één keer. Ze begint dus te vertellen over iemand die verschrikkelijke diepe wonden in zijn lichaam maakte en dat die verward was. En ze zegt “Dat is een echte psycho!”. En ik vraag aan N of dat volgens haar allemaal “psycho’s” waren in de psychiatrie. En ik zeg dat ze er bovendien ook was opgenomen en dat ik niets zie door het feit dat ze een “psycho” is. Ik merk zo al een klein beetje dat ze wat afkoelt. En dat was gewoon door het feit dat ik zeg dat ik niets vind van het feit dat ze een “psycho” is. Ze voelt zich al een beetje aangesproken als, gezien als, bekeken als een gewoon, normaal meisje. Dat hoop ik toch. Ze voegt er nog iets aan toe. Ze geeft dus zelf steeds meer betekenissen. Ze geeft meer betekenissen, die het verplicht volgen van therapie, voor haar heeft. Dit doet ze door te zeggen dat ze haar problemen zelf oplost en niet zwak is. Dus eigenlijk geeft ze op dat moment zeer veel informatie. Ze zegt: “Ze verplichten mij om in therapie te gaan, omdat ze mij zien als een “psycho”, omdat ze mij zwak vinden, namelijk iemand die zijn problemen niet zelf kan oplossen”. Ze zegt eigenlijk, zonder dat zo letterlijk te doen, “Zo zie ik mijzelf niet”. Dus dit is vanuit een communicatie-theoretisch standpunt gezien, ook een relatievoorstel van haar kant. En het is heel belangrijk dat ik als therapeut dat relatievoorstel oppik. Ik moet haar vraag horen: “Zie mij, zoals ik mezelf zie, namelijk als iemand die normaal is en die sterk is”. Dat heb ik dan ook geprobeerd in de verdere loop van de conversatie. Ik ben dan begonnen om in een tweede fase te proberen die weerstand van N te overwinnen. Ik heb opgeschreven hoe dat ik denk dat ik dat gedaan heb. Er zou eigenlijk iemand moeten komen bijzitten om echt te kunnen zien wat ik doe. Ik accepteer, zoals ik al gezegd heb, de weerstand van N. Ik benoem dat als moeilijk: “Hoe gaan wij dan samen onze tijd gebruiken?”. En ik benoem ook de verplichting of sommige verplichtingen, bijvoorbeeld die van kamertraining. Deze kamertraining wenst ze niet. Ze is verplicht geworden om daar in de V-straat te gaan wonen. Ik benoem dat als een soort onrecht.

Hoe reageert ze daar dan op?

Ik merk dat ze dat eigenlijk leuk vindt, dat ik het onrecht dat haar wordt aangedaan zie en herken. Ze zegt ook van: “Ja maar, eigenlijk woon ik niet in de V-straat. Ik woon thuis. Ik sta nog altijd officieel ingeschreven op het adres van de Pastoor huppeldepupstraat”. Dat is het adres waar haar vader woont. “Ik woon daar niet. Ze hebben mij daar gestoken, maar ze moeten niet denken dat ik dat ga veranderen op mijn paspoort”, zegt ze. Ik vraag haar: “Mag je naar huis gaan als je naar huis wil? Kan je uw vader zien zo vaak als je wil?”. Daarop antwoordt ze: “Ze moeten maar eens durven om mij een steen in de weg te leggen!”. Het is nog altijd de strijdbaarheid, die terug naar boven komt. Dus dat is het eerste: accepteren van de weerstand en het benoemen van sommige verplichtingen als een soort onrecht. Ik beklemtoon de verbondenheid die zij wil met vader en met S. Ik doe dat door te vragen naar vaders gezondheid en ook door te vragen naar haar kennis over de ziekte van Parkinson.

Dus het onderwerp van de vader, heb je zelf ter sprake gebracht?

Ja, dat heb ik zelf ter sprake gebracht. En ze vertelt me dan inderdaad wat ze weet over Parkinson, waarbij ze de klemtoon legt op het feit dat je daar 200 jaar mee kan worden. Ze drukt ook opnieuw haar verlangen, om thuis te kunnen zijn, uit. Ik heb twee dingen gedaan. Ik heb een verhaal verteld van een vriend van mij, Peter Lang, een bekende therapeut, die al vijftien jaar aan de ziekte van Parkinson lijdt en die nog altijd de wereld rondreist om workshops te geven. Ik heb dat alleen maar verteld om te zeggen van: “Kijk eens, als het goed gevolgd wordt en je neemt de goede medicatie en je verzorgt de andere aspecten van je gezondheid, dan kan je daar inderdaad relatief oud mee worden”.

Dus eigenlijk ondersteun je hetgeen ze gezegd heeft?

Ja, ik bevecht niets. Ik ondersteun dat, dus ik doe niet wat sommige anderen doen. Ik weet dat sommige anderen haar thuis weg willen halen, omdat vaders gezondheid te slecht is en omdat hij pedagogisch N niet aan kan. Ik zeg: “Als jij verbondenheid met thuis, uw vader en S belangrijk vindt, dan wil ik uw doel volgen. Uw doel is belangrijk, niet mijn doel”. Ik heb een tweede ding gedaan. Ik heb geprobeerd het sociaal perspectief in te brengen, omdat mijn vermoeden was dat zij, wanneer ze niet in een familie woont, maar op kamers woont, dat ze gezien wordt door de buitenwereld als abnormaal. Wie niet in een gezin leeft, is niet normaal. Daar heb ik ook iets over gezegd. Ik heb haar gevraagd: “Het zou kunnen dat je daar een beetje bang voor bent. Heb je dat al meegemaakt dat mensen, vriendinnen, daar iets over zeggen?”. En dan heeft ze verteld dat ze bijna geen blanke vrienden en vriendinnen heeft, maar dat ze altijd met Afrikanen optrekt. Ze is gefascineerd door Afrika. Ze heeft allerhande maskers van Afrika. Ze speelt djembé. Ik heb toevallig drie djembés en twee conga's in mijn ruimte staan. En ik heb gezegd dat we misschien eens samen konden djembé spelen, dat dat misschien eens leuk zou zijn.

Wat vond ze van dat voorstel?

Ze was zo fier als een gieter. “Dat zit bij ons in de familie”, zegt ze. Ik vertelde haar dat S hier samen met mij djembé had gespeeld. Haar vader en S zijn hier eens geweest toen ze nog in Frankrijk was. S zag die djembé staan en pakte er direct ene vast en begon erop te spelen. S is een meisje met een mentale handicap, maar ik merkte daar eigenlijk niet veel van. We hebben dan even samen djembé gespeeld. En dan is N tijdens ons gesprek beginnen vertellen dat dat in de familie zit en dat ze dat geleerd heeft van een Afrikaan.

Hoe heeft ze daar dan op gereageerd toen je haar vertelde dat je met haar zus had zitten spelen?

Laat ons zeggen dat dat eigenlijk het ijs deed smelten. Op een bepaald moment is ze zelf begonnen met vanalles en nog wat te vertellen, maar daar kom ik straks op terug. Op een bepaald moment, vroeg ze mij: “Mag ik hier roken?”. Ik zeg: “Ja, N, als je er geen bezwaar tegen hebt dat de deur dan even openstaat, zodat het hier niet begint te stinken”. Dan is ze beginnen vertellen dat ze van de sigaretten af wou en dat ze over een boek had gehoord dat haar zou kunnen helpen om er vanaf te raken. Ze vertelde ook dat ze al dikwijls geprobeerd had, maar dat het niet gelukt was. Ze vertelde een heel verhaal over de sigaretten.

Dat was het eerste dat ze zelf begon te vertellen?

Ja, ze begon dat zelf te vertellen. Ze heeft dat zelf een beetje verder gezet door te vertellen over drugs. Dus eigenlijk was ze aan het praten en aan het praten op die moment. Over drugs vertelde ze, dat ze zelf serieus verslaafd is geweest aan de weed. Ze zei dan ook dat haar geheugen niet meer zo goed functioneert en dat ze de dingen nogal gemakkelijk vergeet. En ze vertelde dat ze denkt dat haar geheugen waarschijnlijk is afgebrokkeld als een gevolg van die verslaving van vroeger. Ze vertelde een hele hoop dingen. Ik ga dat niet allemaal vertellen, want dat is inhoudelijk niet zo relevant. Wat wel belangrijk is, is dat ze zei dat ze begonnen roken is toen ze negen was en een beetje later is ze jointjes beginnen smoren. Dan is ze beginnen uitleggen dat ze vond dat jonge kinderen moeten beschermd worden en dat ze een verbod moeten krijgen om drugs te gebruiken. Ik kan de context niet meer helemaal terughalen, maar één van de dingen die ze vertelde. Dan vertelde ze “Ik ga waarschijnlijk wel terug af en toe beginnen smoren als ik 18 ben. Dan mag het volgens de wet”. Ze gaf ook een hele uitleg hoe belachelijk ze die wet vindt. Je mag hash in huis hebben, je mag het smoren, maar je mag het niet vervoeren. “Hoe kan je die dan thuis brengen?”, vraagt ze. Dat is een perfect logische vraag. Ik heb haar dat niet gezegd, maar het is zo idioot als je je maar kan

voorstellen. Je mag er niet gaan kopen, maar je mag er wel thuis hebben. Je mag er niet met de tram of te voet naar huis brengen, maar je mag er wel thuis hebben. Je mag er ook niet kweken, want eigen kweek is verboden.

Wat heb je dan gezegd tegen haar? Hoe heb je gereageerd?

Ik heb op die moment geluisterd. Ze zei: “Ik ga terug smoren als ik 18 ben, enkel in het weekend. En ik stop er direct mee als ik kinderen zou krijgen”. Ze heeft ook verteld dat harddrugs mensenlevens vernietigen en ze gaf hier een hele uitleg bij. Ik heb geprobeerd te zoeken wat daarachter zit. Wel, als iemand mij vertelt dat die tegen harddrugs is, omdat dat mensenlevens vernietigt, dat die alleen maar in het weekend een jointje zou smoren, dat die ermee zou stoppen als die kinderen zou hebben, dat jonge kinderen beschermd moeten worden en het verboden zou moeten zijn voor hen om drugs te smoren, dan zit daar in mijn gevoel een groot verantwoordelijkheidsgevoel achter. Dat heb ik haar gezegd. Ik heb gezegd: “N, het valt mij op, dat jij voor jouw leeftijd een groot verantwoordelijkheidsgevoel hebt”. Ze vond dat prettig om te horen. Dan heeft ze mij een paar dingen gezegd die mij deden denken aan ADHD. Ik heb haar een paar vragen gesteld. Ik heb gezegd: “N, mag ik je een paar vragen stellen, want ik zit met een idee. Ik zal je straks vertellen wat dat is. Is dat zo dat je soms of heel vaak een onrustig gevoel hebt vanbinnen? En was het misschien zo dat je als kind moeilijk kon stilzitten of je moeilijk lang met hetzelfde kon bezighouden?”. “Ja”, zegt ze, “dat was heel vaak zo”. Ik heb haar gevraagd of ze concentratieproblemen had en dat ze dingen gemakkelijk vergat. “Ja”, zegt ze. Ik heb haar gezegd dat dat dikwijls de reden is dat verstandige kinderen, die concentratieproblemen hebben, het niet zo ver brengen op school. Ze was direct akkoord. Er was onmiddellijk ook een identificatie hiermee, zo van “Ik ben verstandig, maar ik had concentratieproblemen, dus heb ik het een beetje verknald”. Ik heb haar ook gevraagd of het soms gebeurt dat ze een beetje impulsief is. Er verscheen een hele grote glimlach op haar gezicht. Ze zei: “Ja, dat klopt wel, ik ben soms heel impulsief. Ik doe eerst iets en dan denk ik pas”. Ik zeg haar dat waar we het nu over gehad hebben, dat dat drie kenmerken zijn van ADHD en ik vraag haar of ze daar al van gehoord heeft. Ze zegt: “Is dat niet hetzelfde als hyperkinetisch zijn?”. Ik zeg haar dat dat juist hetzelfde is en dat we dat vroeger het hyperkinetisch syndroom noemden, maar nu ADHD. Ze herkende dat heel duidelijk en dan heb ik haar vertelt dat ADHD op adolescentie leeftijd en op de leeftijd van jong volwassenheid, vaak ook andere kenmerken heeft. Ik vroeg haar of het haar interesseerde of ik daar kort iets zou over vertellen, omdat ze er misschien iets zou van herkennen.

Wat heeft ze daarop gezegd?

Ja, dat was allemaal oké. Ik zei haar dan dat mensen met ADHD heel veel last kunnen hebben van stemmingsschommelingen. En dan zei ze direct dat ze soms rondliep met een gezicht tot op de grond en dat ze op andere momenten heel vrolijk en blij kon zijn. Ik zei: “Oké, dus dat herken je”. Ik zeg: “Mensen met ADHD hebben ook de neiging om snel een verslaving te ontwikkelen. Vaak gebruiken ze weed als een soort van zelfmedicatie, dus als een medicament om rustiger van te worden”. Dat herkende ze ook heel duidelijk. Ik vertel haar ook dat mensen met ADHD soms een negatiever zelfbeeld krijgen, omdat ze er niet altijd in lukken om de dingen te bereiken dat ze willen bereiken. “Ja”, zegt ze, “maar je kan toch ook een negatief zelfbeeld krijgen door andere ervaringen”. En dan is ze beginnen vertellen dat ze als kind in de lagere school, en ook in het middelbaar onderwijs, vaak gepest is geworden. Dit kwam omdat ze wat dikker was en op jongere leeftijd een grotere borstontwikkeling had. Ze heeft me dan een paar voorbeelden gegeven van de scheldwoorden die men tegen haar riep. “Ze noemden mij dan de dubbele airbag. Nu kan ik er wel mee lachen, maar toen was dat niet

zo plezant”, zei ze. Dan zei ze dat een andere ervaring die slecht is voor je zelfvertrouwen, bijvoorbeeld verkrachting is. Verder is daar niks over gezegd geweest. Ik heb dat gewoon daar gelaten. Ik wil haar absoluut niet forceren om daarover te praten. Op de ene of de andere manier, ik denk dat ik het een beetje gelanceerd heb, is haar moeder dan ter sprake gekomen. Daar was een aanleiding voor. Ze vertelde dingen die op de ene of de andere manier bij mij de vraag oproep hoe het nu met haar moeder zit. Ik vroeg op een bepaald moment: “Ik heb zoiets gehoord, N, dat men een soort moraliteitsonderzoek begonnen is naar je moeder? Men vermoedt blijkbaar dat je moeder een prostitué zou zijn”. Ik moest verder niet spreken, want ze zei direct: “Ja, mijn moeder is een hoer. Ze denkt dat ik dat niet weet. Ze werkt zogezegd als kuisvrouw”. Ze gaf dan voorbeelden, dat daar waar ze mekaar ontmoetten, dat er een man was die iets gezegd had van pijpen ofzo. In ieder geval zei ze dat ze dat goed genoeg weet dat haar moeder nog altijd een hoer is en da ze daar wel ontgoocheld door is. Dan is ze zelf spontaan beginnen vertellen, dat er vroeger heel veel gebeurd is. Ze heeft daar dan nog een beperkt aantal voorbeelden van gegeven. Ze zei dan ook: “Mijn moeder is verantwoordelijk voor de handicap van S, door het feit dat ze haar verwaarloosde en afsloeg”. S kreeg soms lange periodes geen eten, moeder sloeg haar, ... en dat heeft allemaal geleid tot een hersenbeschadiging en die mentale handicap. Dan heeft ze ook nog wat verteld over het feit dat ze altijd een moederfiguur heeft gemist. Ook zei ze dat haar hoop is dat moeder zich zou verontschuldigen, ook ten aanzien van haar, voor wat er vroeger allemaal gebeurd is, opdat ze als dochter en moeder met elkaar zouden kunnen omgaan. Dat is haar hoop. Ook dat thema is lang niet verder besproken. Die dingen die ze genoemd heeft, zijn natuurlijk stof voor meerdere gesprekken. Zo heeft dat gesprek een uur en 20 minuten geduurd, terwijl ze eigenlijk bij het begin gezegd had dat ze haar mond niet zou opentrekken.

Had je dat op die moment verwacht dat ze eigenlijk, tegen het einde, toch wel vrij open zou zijn over een aantal zaken? Had je dat verwacht op het moment dat ze binnenkwam?

Ik heb geen verwachtingen op voorhand. Dat klinkt misschien heel raar. Als een cliënt bij mij komt, is er een soort leegte, een zen boeddhistische leegte. Er zijn geen concrete verwachtingen. Ik stel mij open voor alles wat komt en voor alles dat op die moment gebeurt. In dat opzicht is de houding van een postmoderne therapeut nogal vergelijkbaar met die van een zen boeddhist.

Heb je ook nooit een bepaald idee dat je je vormt? Bijvoorbeeld, ik zou graag hebben dat deze dingen ter sprake worden gebracht?

Als ik al een hoop koester, dan is het om van de cliënt te kunnen horen welke onderwerpen relevant zijn om te bespreken voor hem of haar. Ik wil ook graag weten welke doelen hij of zij nastreeft, wat hij met de therapie wil bereiken. Maar dat is bij N in dat eerste gesprek nog niet mogelijk geweest, omdat zij het gesprek ook niet wenste te definiëren als een therapie. Wij hebben wel een conversatie gehad over verschillende dingen, maar we hebben nog geen overleg gehad over waar zij verder wil over praten en met welk doel. Ze heeft al wel een aantal doelen gesignaleerd, zoals bijvoorbeeld dat moeder zich verontschuldigt en dat er een soort binding zou kunnen ontstaan ten opzichte van haar. Ook dat ze terug thuis zou kunnen gaan wonen. Dat zijn doelen voor haar. Ik moet wel nog uitdrukkelijk vragen of dat mijn indruk klopt en of ze dat ziet zitten, om met mij te zoeken, hoe wij die doelen zouden kunnen nastreven.

Denk je dat die doelen bereikbaar zijn door die therapie of dat die doelen gemakkelijker bereikbaar zijn door die therapie? Uiteindelijk gaat het om doelen, die afhankelijk zijn van andere personen?

Ja, ik kan niet beoordelen of die doelen bereikbaar zijn. Ik heb geen flauw idee of haar moeder ooit mee een gesprek zou willen hebben. Ik heb nog minder een idee of de rechtbank dat zou toestaan. Als zou blijken dat dat doel niet haalbaar is, dan is de vraag door welk ander doel dat vervangen zou kunnen worden. Hoe kan N leren leven met het feit dat haar moeder haar zo zwaar teleurgesteld heeft? En zou er iemand kunnen zijn die de rol van een moederfiguur kan vervullen voor haar? Een doel hoeft niet vast te blijven liggen. Een doel kan veranderen en verschuiven, naargelang de dingen waarmee je geconfronteerd wordt.

Je hebt dus toch al een aantal indrukken gehad, over bijvoorbeeld mogelijke doelen. Heb je daar al iets over gezegd tegen haar?

Over wat doelen betreft niet, nee.

Is dat dan gepland voor de volgende sessie? Of wil je daar eerst nog even over nadenken, vooraleer je dat meedeelt?

Ik moet daar nu niet meer over nadenken. Dat gaat allemaal redelijk snel. Het is wel een soort plan dat ik dan heb. Het is geen verwachting, maar een plan. Wat dat betreft is timing van heel groot belang. Ik zal intuïtief en door ervaring moeten zien te weten te komen wanneer ik dit kan voorstellen of vragen aan haar. De kans is groot dat dat in de loop van het volgende gesprek is. Dan is er nog de vraag, of dat in het begin van het gesprek mogelijk is, of na tien minuten of na twintig minuten. In die zin is timing erg belangrijk. Dat is niet te voorspellen.

Op een bepaald moment was ik niet goed mee. Je bent zelf begonnen over het onderwerp ADHD. Was dat met een bepaalde achterliggende idee?

Ik ben daarover begonnen omdat ze een aantal dingen verteld had, die duidelijke symptomen waren van ADHD. Als je mij de vraag zou stellen waarom ik daar heb over gesproken, dan is dat omdat ik denk dat het nuttig zou kunnen zijn om een kader te scheppen, waarbinnen zij haar eigen ervaringen kan plaatsen zodanig dat die ervaringen betekenis beginnen krijgen. Zo moet ze dan niet met het gevoel zitten vanwaar dat nu eigenlijk komt en zodat er geen verdedigingsmechanismen in het leven moeten geroepen worden, om die ervaringen te rechtvaardigen. Ik wou haar dus gewoon een kader geven waarbinnen ze die ervaringen een plaats kan geven. Zo kan ze zeggen dat haar stemmingsschommelingen blijkbaar iets te maken hebben met ADHD. Een volgende stap zou kunnen zijn, als we het daar verder over zouden hebben, ik weet niet of dat het geval zal zijn, dat we ons de vraag kunnen stellen of ze last heeft van die stemmingsschommelingen. Zo nee, dan is er niets aan de hand. Indien wel, dan kan men haar de vraag stellen of het haar interesseert om die stemmingsschommelingen te verminderen. Indien ja, dan kunnen we misschien eens praten hoe dat dat kan. Ik kan een beetje vertellen over mijn ervaringen en zij kan vertellen wat voor haar relevant en aanvaardbaar is.

Op het moment dat ze zelf een aantal thema's naar voor bracht, wat dacht je toen juist over haar? Vond je dat verrassend?

Nee, ik vond dat niet echt verrassend. Het is ook niet de eerste adolescent met wie ik spreek, die aanvankelijk niet in therapie wou. Ik heb al meer met adolescenten te maken gehad, die dan niet zozeer verplicht waren door een jeugdrechtbank, maar wel door hun ouders. Dan is het probleem echter identiek hetzelfde. Ik heb dat al dikwijls meegemaakt dat wanneer je daar zo op reageert, zoals ik daarstraks heb proberen vertellen, dat dat een vrij constructief contact wordt, waarin je nieuwe betekenissen kan creëren.

Je hebt nu zelf een aantal thema's aangebracht. Ik heb de indruk dat ze daar vrij positief op heeft gereageerd. Zijn er een aantal zaken waar ze negatief tegenover stond? Of waren er

zaken waarbij ze de indruk gaf dat je daar niet mocht aankomen en dat je misschien te ver was gegaan?

Ik heb zo niet het gevoel, ook omdat ik heel voorzichtig ben geweest. Thema's die, denk ik tenminste, zij kan u dat beter vertellen dan ik, mogelijkwijze delicateser zijn of wat gevoeliger liggen, daar heb ik ook geen verdere vragen over gesteld. Ik heb die niet verder verkend, zoals bijvoorbeeld de verkrachtingen.

Daar ben je eigenlijk afgebleven?

Ja, ik ben daar afgebleven.

En die thema's, had je die op voorhand al bedacht? Wou je het daarover zeker hebben of zijn die vanzelf gekomen?

Ik heb niks op voorhand bedacht, in de verste verte niet. De thema's die besproken zijn geworden, zijn ofwel door N aangebracht of in de mate dat ik ze een beetje benadrukt heb, komen ze toch nog voort uit de dingen die zij verteld heeft.

Wat vond jij zelf het belangrijkste uit heel die sessie?

Ik denk dat het belangrijkste is dat het grootste deel van die weerstand verdwenen is, hoewel ze voor de buitenwereld waarschijnlijk nog altijd de indruk zal geven dat ze nog altijd heel kwaad is. Afhankelijk van welke partij luistert of toehoort, zal haar verhaal wat verschillend zijn. In ieder geval is de weerstand in het contact tussen haar en mij, in grote mate afgebroken. Ik ben er met nogal wat zekerheid van overtuigd dat het volgende gesprek van bij het begin heel vlot zal verlopen. Er is ook geen probleem meer geweest om met haar een nieuwe afspraak te maken.

Dat was aanvankelijk wel zo?

Je zou kunnen zeggen dat indien de weerstand niet afgebroken zou zijn, ze nog altijd moeilijk zou gedaan hebben op de ene of de andere manier om een afspraak te maken voor volgende week. Het was geen enkel probleem.

Wat vind je zelf van het aantal sessies die gepland zijn?

Ja ... Wat vind ik daarvan?

Dus wat vind je van de frequentie en dat het wekelijks is, en niet twee keer per week of tweewekelijks? En dan van het aantal vijf?

Ja ... Ik weet het niet goed wat ik daarvan moet denken. Aan de ene kant is er iets in mij dat zegt, dat gegeven het verplichte karakter van de therapie, dat goed is dat het om een beperkt aantal sessies gaat. Dat houdt het geheel overzichtelijk. Het creëert dan toch een soort van relatieve vrijheid. Dat is één stem in mij. Een andere stem in mij zegt dat er meer sessies nodig zijn om echt therapie te doen met N. En dan is er een derde stem in mij die zich afvraagt of het zal en kan lukken om binnen vijf sessies tot een nieuwe afspraak te komen dat we meer gesprekken gaan hebben op volkomen vrijwillige basis dan. Dat weet ik niet.

Heb je daar nog geen idee over?

Ik heb daar nog geen idee over. Ik denk dat die kans bestaat, maar ze is lang nog niet gegarandeerd. Het kan best zijn dat N na die vijf keer zegt dat het allemaal wel is meegevallen, dat we leuk gebabbeld hebben, maar dat meer voor haar niet hoeft. Dat weet ik dus niet. Dat zou ik eigenlijk ook geen enorm probleem vinden. Iemand moet voor mij niet in therapie. Het is niet omdat zij seksueel misbruikt geworden is en omdat zij traumatische ervaringen heeft gehad, dat zij in therapie moet. Trouwens, het traumatiserende gaat vaak veel meer uit van hoe er gereageerd wordt door de omgeving na het trauma, dan door het trauma zelf. Als je iemand die wegloopt uit een instelling of die op de dool gaat omdat er thuis grote conflicten zijn, en als je die dan naar de jeugdrechter brengt, en in een instelling plaatst, dan

denk ik dat de juridische context, de strafmaatregel en de plaatsing veel traumatiserender zijn of eigenlijk meebrengen dat de ervaringen traumatiserend worden. We mogen niet vergeten dat één derde van de vrouwen die seksueel misbruikt zijn, tot en met incest toe, zonder therapie erin lukken om normaal te functioneren. Die zien wij natuurlijk niet. Die komen niet in therapie. Ze zijn er wel. Het is misschien veel interessanter dat we ons afvragen hoe het komt dat die vrouwen daarin lukken. In welke mate speelt de omgeving en hun reactie daarbij een rol?

Stel nu dat N zou zeggen: “’t Is goed, ik ga nog een aantal sessies plannen”, zou je je daar anders bij voelen dan moest ze zeggen dat ze ermee stopt?

Nee, eigenlijk niet, denk ik. Ik zou mij wel anders gedragen. Op dat moment wordt het heel duidelijk dat we doelen kunnen nastreven en een collaboratief plan kunnen maken met waarover we het gaan hebben. Ik zou mij niet opgeluchter voelen. Of ik zou niet het gevoel hebben van “’t Is gelukt!”. Ik heb geen doel. Het enige dat voor mij belangrijk is, is het doel van mijn cliënten. Ik verdien mijn kost toch. Mijn zelfwaardering of mijn zelfvertrouwen als therapeut is ook niet afhankelijk van zo’n dingen als dat het mij moet lukken om N voor één jaar in therapie te krijgen. Dat is niet zo. Dat is een beetje het voor- of het nadeel van al iets langer op deze aardbol rond te lopen.

Je hebt dus geen bepaalde verwachtingen van de volgende sessies. Je gaat alles van N laten afhangen?

Ja.

Heb je ook geen bepaalde thema’s die je echt nog aan bod wil laten komen, die je zelf nog zou willen introduceren?

Waarschijnlijk zal ik in het begin van het volgende gesprek, na een beetje small talk, tegen N zeggen: “N, we hebben het vorige keer daar en daar over gehad. Zijn daar eventueel dingen bij waarop je graag terug zou willen komen”.

Om te weten wat ze eigenlijk belangrijk vindt?

Ja. Ik ga, om het een beetje karikaturaal voor te stellen, niet zeggen: “N, vandaag gaan wij nu eens daar en daar over klappen”.

Hoe zwaar schat je haar problemen in? Denk je echt dat het essentieel is dat N in therapie gaat? Of is het echt omdat het kadert binnen het project dat ze in therapie is?

Wel, vroeg of laat zal N toch in therapie gaan. Ik heb te veel jonge vrouwen in mijn praktijk of in het CGG gezien met een voorgeschiedenis zoals die van N. Die vrouwen hebben dan emotionele problemen, relationele problemen en soms nog andere problemen op de leeftijd van 23, 25, 30 jaar. Die blijven dan een aantal jaren in de “shit” zitten tot ze dan uiteindelijk van iemand te horen krijgen: “Zou je niet daar of daar eens gaan klappen?”. En dan zijn ze op een leeftijd waarop ze minder met die ambivalentie geconfronteerd worden dan waar adolescenten mee zitten. Het gaat hier om een ambivalentie met aan de ene kant een uitgesproken behoefte aan onafhankelijkheid en aan de andere kant een sterke behoefte aan emotionele ondersteuning. Daar zitten ze niet meer mee. Die onafhankelijkheid speelt niet meer zo’n grote rol. Met andere woorden, hun bereidheid vermeerdert om naar een buitenstaander, die laat ons hopen een deskundige is in zijn vak, te gaan. Ik heb in mijn vak zo een heleboel vrouwen gezien. Ik bedoel daar ook mee dat de praktijk toch een beetje uitwijst dat de ervaringen en de, laat ons zeggen, kwetsende ervaringen, die N heeft meegemaakt, toch niet mogen onderschat worden. De manier waarop zij door haar moeder bejegend is geworden, ook al weet ik daar nog niet zoveel vanaf, maar alleen de manier waarop ze het zegt, getuigt ervan dat het voor haar heel moeilijk is geweest. Ook de moeite die ze toch wel

af en toe lijkt te hebben om relaties vol te houden, om zich te hechten aan iemand. Alsook de verwerking van het seksueel misbruik, wat nu nog niet aan de orde is, maar dat waarschijnlijk naar boven zal komen op het moment dat ze een vaste vriend krijgt of vooral als ze zwanger zal zijn of een kindje op de wereld zet. Vaak is dus de eerste zwangerschap van een seksueel misbruikte vrouw, een ervaring die al de herinneringen weer naar boven brengt: de angst, het wantrouwen, de flashbacks, de depressieve gevoelens, Dat moet dan allemaal nog komen. Soms heb ik een beetje het gevoel dat, weten is niet het goede woord, maar dat ik toch beseft dat N nog met al die moeilijkheden gaat geconfronteerd worden en dat ze nu nog een beetje in een fase zit waarop ze de verwerking van al de ervaringen kan uitstellen. Mij doet dat er niet toe, of ze in therapie gaat als ze moeilijkheden krijgt of dat ze nu in therapie gaat. Trouwens, adolescenten in therapie sturen is altijd een slecht gedacht. In een zeker opzicht is dat altijd een slecht gedacht, behalve wanneer ze er zelfs naar verlangen. Moesten ze mij op de leeftijd van zestien jaar verplicht hebben om naar een therapeut te gaan, dan hadden ze met mij nogal wat ruzie meegemaakt.

Heb je haar dat ook gezegd?

Nee, dat heb ik niet gezegd. Dat houd ik voor mezelf.

De eerste keer dat je N gezien hebt, had je een indruk over haar. Is die gewijzigd?

Haar strijdbaarheid heeft ze wel getoond. En ik vind nog altijd dat ze verstandig is. Ik heb natuurlijk meer kanten van N leren kennen.

Het is vollediger.

Het is vollediger. Het is niet zozeer verschillend of een correctie ten opzichte van vroeger.

Om nu heel algemeen te weten, hoe heb je je gevoeld tijdens die eerste sessie? Je bent heel rustig en ondersteunend geweest, maar zijn er dingen waardoor je nerveuzer bent geworden of iets anders? Ik zou echt graag je gevoel willen weten.

Het is niet gemakkelijk om mij zenuwachtig te krijgen.

En zijn er dingen waarvan je bent geschrokken?

Nee, er is niets waarvan ik geschrokken ben. Laat ons zeggen dat als ik al een ander gevoel dan rust heb gekend, dat het meer iets hoopvol is, een soort van optimisme. Het gaat hier om een optimisme omwille van het feit dat ik toch wel zie dat N inderdaad over “resources” en innerlijke krachten beschikt, om zich te handhaven en om te kunnen blijven functioneren. Dit kan ze zonder in al te grote moeilijkheden te geraken. Ze overtreedt wel eens regels, maar niet alle regels van een home of een instelling zijn even wijs gekozen. Ze heeft bijvoorbeeld eens de regel overtreden van W dat je geen vreemden en zeker geen vreemde jongens mag binnenbrengen of op uw kamer mag laten slapen. Ik versta die regel, maar aan de andere kant is dat iets waarvan ik zeg dat de hemel er niet van zal invallen. Ik heb ook zo’n dingen gedaan vroeger, maar met meisjes dan. Het is niet omdat ik het gedaan heb dat het gerechtvaardigd is, maar het kan allemaal gerelativeerd worden. Ze overtreedt dus soms wel eens regels, maar eigenlijk handhaaft ze zich vrij goed en blijft ze vrij goed functioneren. Dus die innerlijke krachten waarover ze beschikt, die stemmen mij hoopvol, alsook die evolutie van dat eerste gesprek en van een uitgesproken verzet in het begin tot een grote openheid naarmate het gesprek vorderde.

En het doel van het project is toch om te zorgen voor een gezinshereniging?

Vooraf herstel van relaties wordt beoogd. We willen ze niet per sé allemaal samen krijgen op dezelfde plek. Het kan ook zijn dat een meisje van 17 of 18 jaar alleen gaat wonen, maar herstel van relaties is het doel.

Denk je dat therapie daar ook zijn bijdrage kan in hebben?

Ja, dat geloof ik zeker.

Ook als het gaat om individuele therapie?

Zelfs als het gaat om individuele therapie. Je kan ook systemisch werken en toch maar met één gezinslid bezig zijn. Er is niets dat uitsluit dat de vader of de moeder daarbij betrokken worden. De vader en de moeder terug samen krijgen zou nooit lukken. Dat zou ook een dwaas doel zijn. Dus ja, ik zie dat haalbaar. Het grootste struikelblok is niet de familie zelf, maar de contexten daar rond, zoals bijvoorbeeld het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg. Ze hebben duidelijk een geheime agenda, wat N maar al te goed doorheeft. Ze is daar haarscherp in. Het geheime agenda van het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg is ze uit mekaar halen en eerst N, dan S ergens anders plaatsen. Zo kan de thuisbegeleidster rustig haar werk doen met de vader, want daar komt ze goed mee overeen en dat heeft ze in de hand. Ze willen dus S plaatsen en ze vinden dat N dan ook maar ergens anders moet wonen. Dat is een belasting voor de vader, die mens kan dat niet aan en dat is slecht voor zijn gezondheid.

Blijf je na die eerste sessie nog met heel veel vragen in je hoofd zitten? Zijn er veel dingen die je haar nog zou willen vragen, buiten haar doelen? Of hangt alles gewoon van haar af?

Wel, ik kan dat niet op voorhand zeggen, misschien is dat moeilijk om u dat voor te stellen. Mijn nieuwsgierigheid is in mijn leven genoeg bevredigd. Laat ons zeggen dat er ongetwijfeld vragen zullen opkomen in de loop van het gesprek op grond van wat zij zegt. Dus het is niet dat ik vragen op mijn eentje construeer. We construeren die samen op het moment dat zij iets vertelt.

We zijn aan het einde gekomen van het interview. Dank je wel.

Graag gedaan.

Bijlage 5

1 Resultaten van de verticale analyse van casus B

1.1 Cliënt B

1.1.1 Beleving van het gedwongen kader door cliënt B

Toen cliënt B in Beernem werd geplaatst, haatte ze het daar. Achteraf vond ze echter dat het haar goed had gedaan. Nu is ze blij dat ze geplaatst is geweest, daar ze anders is beginnen denken en alles op een rijtje heeft kunnen zetten. Het heeft haar een beetje wakker geschud, waardoor ze nu eerst zal nadenken voor ze iets doet. *“Dat (Beernem) is eigenlijk ook een soort therapie”*.

Toen ze in Beernem was, heeft ze de therapie aanvaard, omdat het bij het project hoorde. Ze hadden haar echter nooit een reden gegeven waarom ze in therapie moest, enkel dat ze dan haar problemen kon bespreken. In het begin dacht ze wel: *“Een therapeut? Ik ben niet zot!”*. Therapie was voor zotte mensen en voor mensen met zware depressies, en zo zwaar zat ze er niet onder. Na het vijfde gesprek zegt ze dat therapie eerder is voor mensen met een probleem, die het een beetje moeilijk hebben. Ook geeft ze aan dat ze tegenwoordig iedereen aanraden om in therapie te gaan. Ze zegt: *“Misschien moeten we het allemaal maar eens doen hé”*.

Na het eerste gesprek heeft ze niet het gevoel dat de therapie verplicht is, daar ze kan gaan wanneer ze wil en dit ook wel wil doen. Na het vijfde gesprek vindt ze het wel beter dat het wordt aangeraden. Het moet je eigen keuze zijn: *“Eigenlijk, zo erg is het niet hé, maar je moet maar eens tegen iemand zeggen dat je naar een therapeut gaat en die lacht u gewoon uit in je gezicht. Weet je? Ik heb er zelf geen problemen mee hé. Echt, zo nodig was dat nu ook weer niet. Dat vind ik dan voor mezelf. Terwijl het wel heeft geholpen voor veel dingen. Ik was er sowieso zelf achter gekomen. Dat weet ik ook van mezelf. Misschien door iemand anders, maar ik zou er wel achter hebben gezocht”*.

Vijf gesprekken vindt ze niet veel, al denkt ze wel elke keer dat ze iets anders kan doen dan daar gaan zitten. Na het eerste gesprek weet ze nog niet of ze de therapie wil verder zetten. Na het vijfde gesprek weet ze het nog steeds niet: *“Misschien als ik het eens nodig heb, dat ik eens langs zal gaan”*. Ze had niet het gevoel dat het de laatste keer was en ze geeft aan dat de therapeut haar de aanleiding heeft gegeven om nog eens terug te komen. Dat vond ze slim gedaan van hem. Ze vindt ook dat als er meer tijd is tussen twee gesprekken, dat er dan meer is gebeurd en er meer gespreksonderwerpen zijn.

Cliënt B heeft reeds gesprekken gehad met een psychologe toen ze in het ziekenhuis lag. Ze had echter geen tijd voor haar, werd continu gestoord en raadde haar aan om thuis weg te gaan (terwijl cliënt B daar zelf niet achter stond).

1.1.2 Beleving van de therapie door cliënt B

Vóór het eerste gesprek was ze vrij zenuwachtig. Ze voelde zich depressief en dacht: *“Wie weet kan erover spreken mij helpen. Ik denk van niet, maar je kan altijd eens proberen. Je hebt niets te verliezen”*. Ze had niet veel verwachtingen: *“Gewoon, je hart een beetje uitstorten”*. Haar zenuwachtigheid is in de loop van het gesprek verminderd en ze had het gevoel dat de therapeut echt iemand is die naar haar luistert. Van de verdere gesprekken verwacht ze dat hij haar opnieuw ideeën zal geven. Vóór het derde gesprek had ze heel veel twijfels. Alles ging goed en het was precies bijzaak. Ze ging, omdat ze moest. Cliënt B geeft aan wel veel gepraat te hebben tijdens het derde gesprek, maar niet echt over problemen: *“Ik wil het er eigenlijk gewoon allemaal niet meer over hebben. Ik wil het allemaal een beetje achterwege laten”*. Ze vindt dat ze zich altijd druk maakt om kleine dingen, terwijl er veel ergere dingen in de wereld zijn. Ze heeft geen verwachtingen wat de volgende gesprekken betreft: *“Eigenlijk gedurende een uur de tijd verdrijven”*. Dit blijft ook zo tijdens het derde interview. De laatste keren had ze geen verwachtingen meer dat de therapeut haar zou kunnen helpen.

De individuele begeleidster van cliënt B was aanwezig tijdens het eerste gesprek. De cliënte wou dat ze meeging, omdat ze veel weet over haar. Aanvankelijk zat haar individuele begeleidster er gewoon bij, maar nadien heeft ze wat uitleg gegeven over een moeilijk en gevoelig onderwerp voor cliënt B. Dit was op vraag van de cliënte: *“Gewoon die vragen, daar heb ik het moeilijk mee. Ik wil er niet meer over praten en wil er ook niet meer aan denken”*. Ze heeft het de therapeut niet kunnen vertellen, waarschijnlijk omdat ze hem nog niet zo goed kent. Ze vraagt zich ook af wat hij dan over haar zou denken, al is dat niet zo belangrijk. Wat van belang is, is wat ze zelf denkt. Haar individuele begeleidster was er ook tijdens het tweede gesprek bij, daar cliënt B liever niet alleen ging. De rest van de gesprekken is ze echter individueel in therapie gegaan, hetgeen ze eigenlijk niet slecht vond.

Ze geeft aan dat ze tijdens het eerste gesprek heel veel heeft verteld. *“Je begint te vertellen. Dan denk je ineens aan iets anders en dan begin je daarover”*. Na het gesprek had ze geen slecht gevoel, hetgeen ze goed vindt.

Na het derde gesprek zegt ze dat ze zelf dingen aan bod heeft laten komen en dat het een tof gesprek was. Ze vond het echter nutteloos. De dingen waar ze mee inzate, zijn opgelost. Ze heeft iets aan de gesprekken, maar ze ging met tegenzin en omdat het moest. Vooral de eerste twee gesprekken hebben haar op ideeën gebracht over wat ze zou moeten doen. Ze geeft aan dat de therapeut gelijk heeft wanneer hij dingen zegt, maar dat ze daar ook zelf kan achterkomen door met iemand anders te praten. Door een dodelijk ongeval in haar familie, is ze wakker geschud en beseft ze dat ze niet enkel naar zichzelf moet kijken, maar ook rondom haar.

1.1.3 Beleving van de therapeut door cliënt B

Aanvankelijk vroeg ze zich af of ze wel alles ging durven vertellen tegen een mannelijke therapeut, maar het is vrij goed verlopen. Wat de leeftijd van de therapeut betreft, heeft ze

graag iemand van een zekere leeftijd: *“Die mensen hebben veel meegemaakt, hebben een heel leven gehad en zijn ook al ervaren”*.

Cliënt B heeft de indruk dat de therapeut heel los en tof is, graag praat en er vriendelijk uitziet. Tijdens het eerste gesprek heeft de therapeut gevraagd over welke onderwerpen ze het wou hebben. Ze heeft dan een aantal thema's aangehaald. De therapeut stelde vragen en zij is dan beginnen vertellen. Door met de therapeut te praten, heeft ze beseft dat hij gelijk heeft wat bepaalde gespreksonderwerpen betreft. Hij heeft haar aan het denken gezet, hoe ze bepaalde zaken kan oplossen, hetgeen ze absoluut niet had verwacht. Ook heeft hij haar ideeën en inzichten gegeven in wat ze zou kunnen en willen doen. De therapeut weet veel, heeft veel ervaring, heeft zelf ook verhalen verteld over andere meisjes en gezegd dat die er geraakt zijn, dus dat zij dat ook kan. Hierdoor kreeg ze het gevoel dat ze niet de enige is in die situatie en het heeft haar een beetje moed gegeven. Ze is blij dat ze over een aantal thema's is begonnen en ze realiseert zich nu dat ook andere meisje hetzelfde hebben meegemaakt.

De therapeut vertelt ook veel over zichzelf en geeft voorbeelden. Ze vindt het leuk dat hij zichzelf probeert voor te stellen hoe hij is. Zo heeft ze het gevoel hem een beetje te kennen. Ze wil geen therapeut die enkel luistert en zwijgt. Ze wil zijn persoonlijk leven niet kennen, maar wel de gewone zaken: *“Niet dat het echt iets uitmaakt, maar het is plezanter om dat te weten. (...) Het is een vriendschapsband die je maakt”*. Ook staat de therapeut neutraler tegenover problemen die ze vertelt. Ook na het derde gesprek, zegt ze: *“Als ik iets vertel aan mijn vriend, is dat niet hetzelfde dan als je dat vertelt tegen iemand die de mensen niet kent. (...) X (de therapeut) kan nuchter oordelen”*.

Reeds vanaf het eerste gesprek, heeft ze aan de therapeut gezegd wanneer ze liever niet over iets wou spreken, zoals over haar relatie met haar broer. Hij heeft haar dat in het begin ook gezegd dat ze dat zeker mocht doen. De therapeut houdt hier rekening mee en begint dan over iets anders. Dit doet ze ook in de volgende gesprekken wanneer hij persoonlijke of gevoelige vragen stelt: *“Als ik niet wil spreken, ga ik niet spreken hé”*.

Tijdens het derde gesprek heeft ze gelachen met de therapeut, want hij vertelt heel veel over zijn jeugd en over eigen keuzes die hij heeft gemaakt. Ook vertelt hij nog steeds verhalen over andere meisjes en vraagt dan haar mening. Ze vindt het leuk dat hij daar rekening mee houdt. Hij was ook heel vriendelijk: *“Hij heeft mij iets aangeboden om te drinken en een sigaretje”*. Ook na het vijfde gesprek komt ze hier op terug. Ze apprecieert het dat de therapeut er geen probleem mee heeft als ze eens rookt, want dit kan helpen tegen stress als ze net een probleem aan het vertellen is.

Het derde gesprek vond ze heel interessant, maar het was meer een vriendschappelijk gesprek voor op café met een vriend. Toch zou ze niet graag een therapeut hebben die enkel vragen stelt. Ze omschrijft de relatie met haar therapeut als volgt: *“Ik kan er zoveel blijven tegen vertellen en hij ook tegen mij over van alles. (...) X is echt iemand die veel weet over mij en erover wil praten. (...) Als iemand naar mij luistert, dan geeft dat een gevoel dat ik niet alleen ben. Dat heb ik bij X (de therapeut) ook. (...) Dat ik over mijn privé leven kan spreken met een buitenstaander, dat is er wel. (...) X (de therapeut) vind ik eigenlijk een geschikte therapeut. Een vriend is dat niet van mij. Er ontstaat wel een band. Je kan er tegen spreken.*

Je kan er af en toe mee lachen. Je kan er serieus tegen doen. Hij praat mee". Ook na het vijfde gesprek spreekt ze over een afstandelijke vriendschap.

Wat haar bijblijft na het derde gesprek is de manier waarop hij de deur open doet, blijft wachten en haar groet als ze binnenkomt. *"Het is elke keer hetzelfde"*. Tevens gaat ze steeds op dezelfde stoel zitten. Na het vijfde gesprek geeft ze aan dat ze het vriendelijk vindt dat hij helemaal naar beneden komt om open te doen, terwijl hij dat ook kan via de parlofoon.

Wanneer de cliënte over bepaalde personen vertelt, beschrijft de therapeut de persoon waarover ze het heeft: *"Eigenlijk conclusies trekken uit mijn verhalen. Een samenvatting van maken"*. Hij geeft haar zo een duidelijker beeld, maar dat heeft hij daarvoor ook altijd gedaan. Hij heeft haar ook een duidelijk beeld gegeven over de persoon die ze is en ze heeft zich hierin herkend. Ze zegt veel te vertellen, de therapeut stelt vragen en dat leidt dan tot een onderwerp.

1.2 Therapeut B

1.2.1 Het proces

Terwijl er aanvankelijk meer veiligheid nodig was voor de cliënte om over bepaalde onderwerpen te spreken, werd dit later wel mogelijk. De cliënte stelt zich doorheen de gesprekken opener en meer ontspannen op.

1.2.2 Het therapeutisch handelen

Tijdens het eerste gesprek is de therapeut beginnen praten. Hij beschouwt zichzelf als een soort gastheer, die het gesprek opent. Hij is gestart met te vragen aan de cliënte wat ze zinvolle gespreksonderwerpen vindt. Cliënt B heeft vooral een vraag met betrekking tot relationele thema's.

Hoewel de motivatie aanwezig is om dingen onder ogen te zien, vindt de cliënte het idee van in therapie te zijn, een bevreemdende gedachte. De therapeut zegt zelf: *"Het gaat over een gesprek met een man en het gaat over persoonlijke thema's, of over dingen die zij toch als zeer persoonlijk ervaart. Het is met een man die de leeftijd van haar vader heeft. Dat is allemaal niet evident hé"*. De therapeut geeft ook aan dat niet enkel verschillen in geslacht tussen therapeut en cliënte, maar ook verschillen in leeftijd, wereldbeelden, persoonlijke stijl, ... altijd een rol spelen. Het belangrijkste is om zich als therapeut bewust te zijn van die factoren en om ze niet te negeren. Cliënten hebben immers altijd beelden, die afhankelijk zijn van hun voorgeschiedenis, ervaringen, familiale herkomst, verwachtingen, doelstellingen,

De therapeut had voorgesteld dat ze de eerste keer haar individuele begeleidster mocht meenemen, als haar dat meer veiligheid zou geven. De individuele begeleidster was erbij, niet zozeer als een drukke of heel betrokken gesprekspartner, maar meer als iemand die er was om steun te bieden of om haar tenminste het gevoel te geven dat er steun zou kunnen gevraagd worden als ze het nodig vond. De therapeut denkt dat de cliënte het geapprecieerd heeft dat haar individuele begeleidster erbij mocht zijn en dat daarmee het ijs voor de volgende keer

voor een flink stuk gebroken was. Ze hebben dan de afspraak gemaakt dat ze de volgende keer alleen zou komen. Met het woordje afspraak bedoelt de therapeut dat ze samen iets zijn overeengekomen. Iets opleggen is niet zijn stijl. Het tweede gesprek is ze toch samen met haar individuele begeleidster in therapie geweest, maar vanaf het derde gesprek is ze alleen geweest. Ze was gedurende het derde gesprek heel ontspannen en open, hetgeen de therapeut verbaasde. Hij had dit niet verwacht, omdat ze er die twee eerste gesprekken zo sterk aan gehouden had dat haar individuele begeleidster erbij was. Daar ze op het einde van het tweede gesprek afgesproken hadden dat haar individuele begeleidster de volgende keer niet zou meekomen, dacht de therapeut dat ze zich misschien een beetje ongemakkelijk, zenuwachtig of onveilig zou voelen. Daar was niets van te merken. *“Ze gaf mij de indruk, want ik kan natuurlijk alleen maar mijn indrukken geven, dat ze zich op haar gemak voelde. En ze was heel spontaan”*. De therapeut denkt dat cliënt B een heel loyaal meisje is.

Tijdens het eerste gesprek hebben ze thema per thema bekeken en hebben ze telkens een doel per gespreksonderwerp geformuleerd. De thema's zijn aan bod gekomen door een wisselwerking van de talige interactie: *“ (...) van het één komt het ander. Een uitspraak van haar, leidt tot een reflectie of een idee van mijn kant, waar zij dan weer op reageert. Zo krijg je een conversationele flow, waarvan je niet meer kunt zeggen vanwaar het begonnen is”*. De therapeut vindt het een goed teken als hij niet meer weet hoe ze op een bepaald thema zijn gekomen, want dat wil zeggen dat het gesprek spontaan en vrij vlot verlopen is.

Over de meeste thema's heeft de cliënte zich tijdens het eerste gesprek heel open getoond. Ze heeft wel duidelijk aangegeven dat ze nog niet over haar relatie met haar broer wilde praten. De therapeut vindt dat geen enkel probleem, ook niet om het te accepteren. Cliënten mogen niet geforceerd worden en respectvol geduld is het minste dat hen geboden kan worden. Ze zal daar pas over praten, wanneer ze intuïtief een gevoel van veiligheid heeft en als ze zal voelen dat ze zelf kan bepalen over wat en hoe ze praat.

De therapeut heeft aan de cliënte verteld wat hij weet over haar cultuur. Zijn eerste zorg is niet wat ze ervan vindt dat hij kennis heeft over haar culturele achtergrond. *“Mijn hoop is veel meer van haar op steeds meer manieren, via steeds meer invalshoeken, over die culturele gegevens na te kunnen laten denken. (...) Dat doel wordt gemakkelijk bereikt als ze sommige dingen kan herkennen”*. De therapeut, hiermee de stelling van Tom Andersen volgend, zegt dat een reflectie best een beetje verschillend is van de opvatting van de cliënte, maar de verschillen mogen niet te groot zijn. De cliënte vertelde in het derde gesprek nog een aantal interessante dingen, namelijk dat in therapie gaan, niet gedaan wordt in haar cultuur. Dit was ook de reden waarom ze aanvankelijk nogal weigerachtig stond tegenover therapie. Dit was een vorm van deloyaal gedrag naar haar cultuur en moeder toe.

De therapeut omschrijft de ideeën van de cliënte over bepaalde thema's soms als stemmen. Ze is met een aantal zaken bezig en hij vindt dat ze voor haar leeftijd verstandige ideeën heeft. De therapeut heeft vooral geluisterd en heeft ook wat vragen gesteld, bijvoorbeeld of ze bepaalde zaken herkende. Wanneer dit het geval was, begon ze opnieuw te vertellen en dan heeft hij weer geluisterd. Ook na het derde gesprek geeft hij aan dat ze in veel dingen een vrij goed inzicht heeft. Ze kan er over nadenken, reflecteren en zelfs een beetje analyseren. Hij heeft haar ook gezegd dat die kwaliteit hem opviel. De therapeut geeft dus soms zijn idee of

zijn reflecties. *“Dat kan op verschillende manieren. Dat kan gewoon zijn door te zeggen wat er bij mij opkomt, dat als zij dit en dat vertelt, dat ik dan dat en dat meen te horen. Je zou kunnen zeggen dat dit een soort van emphatische reflectie is. Soms is het een reflectie die meer de aard of het karakter heeft van, laat ons zeggen, iets wat ik inbreng of voorstel op grond van mijn ervaring met andere vrouwen. Dan zeg ik: ‘Kijk eens, dat heb ik allemaal van vrouwen gehoord. Herken jij dat ook?’.* Zo zijn er nog wel andere vormen. Enfin, ja, ik zit niet te denken als ik aan het praten ben met cliënten: *‘Welke vorm van reflectie ga ik nu eens gebruiken?’.* Nee, dat zijn van die analyses achteraf. Het is natuurlijk één van de elementen die de innerlijke dialoog, het denkproces van de cliënt inbegrepen, mee bepalen kan, mee richting geeft. Anders zou ik daar zitten als een oude psychoanalyticus. Achter haar, als een spiegel, zonder iets te zeggen. *Dat is het niet hé”.* De therapeut heeft haar ook op het einde van het vijfde gesprek gevraagd of ze iets aan de gesprekken heeft gehad. Ze vertelde dat het niet zo erg was om te komen en dat haar ideeën soms helderder werden door hun gesprek.

Hij heeft na het eerste gesprek geen grote vragen meer wat betreft de aangekaarte thema's, met uitzondering dan van haar verhouding met haar oudste broer. Hij heeft wel nog kleine nieuwsgierigheden. Op grond van wat ze in het tweede gesprek verteld heeft over haar broer, heeft hij nu ook geen grote vragen meer wat dit thema betreft. Voorlopig wil ze ook niets meer met haar broer te maken hebben en de therapeut vindt het ook niet nodig dat ze het contact moet herstellen. *“Niet alles in het leven moet hersteld worden”.* Hij vraagt zich enkel nog af wat voor haar nog belangrijk is naar de toekomst toe, wat haar grote verwachtingen en dromen zijn in het leven. Na het vijfde gesprek geeft hij echter aan dat hij de tijd, de mogelijkheid en de aanleiding niet heeft gehad om haar dit te vragen. *“Het gesprek is zodanig bepaald geworden door de dingen die zich onmiddellijk aandienden, dat ik dat niet kon onderbreken”.*

Vóór het eerste gesprek heeft de therapeut altijd verwachtingen, zoals de hoop dat het vlot zal gaan, dat de cliënte zich op haar gemak zal voelen, dat een veilige cultuur gecreëerd kan worden en dat ze zal nadenken over het gesprek. Hij voegt er wel aan toe dat zelf nadenken over een sessie niet altijd nodig is. *“Soms misschien wel, soms niet. Ik weet niet wanneer wel en wanneer niet. De cliënten weten wanneer wel en wanneer niet. De bescheidenheid van de rol van een therapeut, kan nauwelijks klein genoeg worden ingeschat”.* Het minste dat de cliënte kan verwachten van de therapie, anders zou het tijdverlies zijn, is dat het een aantal relationele zaken zal vergemakkelijken in de toekomst. Concrete verwachtingen heeft de therapeut echter nooit, zoals om het over een bepaald onderwerp te hebben of om op een bepaalde manier te kunnen communiceren. De therapeut volgt de modernistische gedachte niet en heeft een uitgesproken geduld en geloof in de generatieve kracht van de dialogische conversatie. Het generatieve betekent dat conversatie niet alleen maar communicatie is, maar ook dialoog. *“Dat wil zeggen dat de cliënt het gevoel heeft van beluisterd te worden en dat hij of zij zijn of haar verhaal kan doen op de manier zoals hij of zij het wil vertellen, ongestoord door de interventies of de hypothesevorming van de therapeut. Hierdoor kunnen er een beetje vanzelf nieuwe perspectieven ontstaan, door de afwisseling van vertellen en luisteren, van beide kanten, van de cliënt en therapeut. Dit kan ook door de afwisseling van vertellen en reflecties. Hierdoor ontwikkelen zich nieuwe perspectieven, nieuwe manieren van kijken, en daardoor nieuwe betekenisgevingen en daardoor nieuwe verhalen. Dat is het*

genereren van iets nieuws en dat alles wordt dus voortgebracht door die dialogische conversatie”.

De cliënte is bereid om conversaties aan te gaan. De therapeut denkt na het eerste gesprek dat de mogelijkheid bestaat dat ze meer dan vijf gesprekken zal willen. Aan de andere kant denkt hij ook dat haar vragen duidelijk kaderen in een kortdurende therapie, die focaal van aard is. Tevens is het een verstandig meisje met vrij veel sociale vaardigheden. Na het derde gesprek is bij de therapeut ook het idee gekomen van de zin van mediatietherapie. Hiermee bedoelt hij dat de therapeut zou fungeren als counselor tussen het meisje en haar individuele begeleidster. Over de cliënte zegt hij: *“Mensen moeten niet voor dat soort dingen in therapie komen, vind ik. Dan moet de hele wereld in therapie”*. De therapeut is dus niet geneigd om de therapie veel langer te rekken, tenzij ze duidelijke afspraken kunnen maken over een thema en hij meer als counselor kan optreden. Hij hecht ook veel belang aan timing. Misschien is ze er nu wel aan toe om over een aantal zaken te praten, maar nog niet om daar aan te werken. De therapeut hoopt wel dat de cliënte beseft dat therapie niet pijnlijk hoeft te zijn en dat deze gesprekken de drempel naar therapie, indien dit later nodig zou zijn, verlagen.

De therapeut denkt dat ze, ondanks de onwennigheid tijdens het eerste gesprek, gerustgesteld is en ervaren heeft dat het niet verschrikkelijk is om met een therapeut te praten. Hij hoopt ook dat ze heeft ervaren dat ze veel kan bepalen waarover al dan niet wordt gesproken en dat ze daarin wordt gerespecteerd. Ook na het derde gesprek haalt hij het collaboratieve principe aan, namelijk dat de cliënte in belangrijke mate kan meebepalen wat de gespreksonderwerpen zijn. *“Als dat voor haar een thema is dat op dit moment in haar leven een grote relevantie heeft, waarom zouden wij dan moeten beginnen zeuren over andere dingen, waarvan ze zegt dat het haar niet erg interesseert op dit moment”*. Ook wat de format betreft, dus wie aanwezig is, heeft ze haar eigen inbreng. In het derde gesprek heeft ze aan de therapeut gevraagd of haar vriend eens mocht meekomen. Hij heeft haar de vrijheid gegeven om het hem voor te stellen. Dit idee heeft ze echter vrij snel verlaten. Na het vijfde gesprek geeft de therapeut ook aan dat ze het over bepaalde zaken niet gehad hebben. *“Ze heeft nooit een aanzet gegeven tot dat onderwerp. (...) Dan brengt mij dat ook niet op het idee om daar vragen over te stellen”*. De therapeut herhaalt dat de inhoud niet enkel door de cliënte bepaald wordt. Zij draagt aan wat op een welbepaald moment relevant is in haar leven, dus datgene wat haar bezighoudt op dat ogenblik. De reflecties van de therapeut bepalen echter evengoed het verloop van de gesprekken. Er is met andere woorden sprake van een co-constructie.

Het derde gesprek is, zoals elk gesprek, begonnen met het creëren van gemoedelijkheid. De therapeut stelt dan gewone, alledaagse vragen. In tegenstelling tot het tweede gesprek, dat wat gespreksonderwerpen betreft heel divers was, wou de cliënte nu heel veel kwijt over haar nieuwe vriend. Ook in het laatste gesprek hebben ze het lang over hem en haar partnerkeuze, in meer algemene termen, gehad. Ze hebben samen een aantal zaken verkend en veel ervan herkende ze duidelijk. *“Ik was zelf een beetje verbaasd over het feit dat ze dat zo gemakkelijk kon herkennen. Ook gezien haar leeftijd. Alé ja, dat is misschien een vooroordeel van mijn kant. Misschien is het net dankzij haar leeftijd dat ze het zo goed herkennen kan”*. De therapeut heeft haar ook voorgesteld dat ze dit onderwerp verder kunnen verkennen als ze er ooit zin zou in hebben. Ze hebben geen concrete afspraak gemaakt, maar de cliënte heeft wel gezegd dat het heel waarschijnlijk is dat ze de therapeut nog eens zou opbellen.

De therapeut geeft ook zijn theoretische visie weer over de afstand tussen therapeut en cliënt. Wat onder afstand, samenwerking en de effecten ervan verstaan wordt, zijn sociaal

geconstrueerde begrippen. Opvattingen daarover zijn zeer sterk door de cultuur meebepaald. Er wordt daar geen soort van ware kennis over gehanteerd, daar het altijd lokaal is. Een andere cultuur zal andere opvattingen hebben, die echter niet minderwaardig zijn, hoe verschillend ook.

1.3 Besluit

Terwijl ze aanvankelijk aangaf dat ze zich niet echt verplicht voelde om in therapie te gaan, daar ze zelf de keuze had om te gaan wanneer ze wou, zegt ze na het derde gesprek dat ze met tegenzin ging en ook omdat ze moest. Na het tweede gesprek had ze geen problemen meer en alles ging goed. De cliënte geeft aan dat ze iedereen tegenwoordig aanraden om in therapie te gaan. Zelf vindt ze dat ze therapie niet echt nodig heeft. Ook de therapeut sluit zich hierbij aan. Mensen zoals cliënt B moeten niet in therapie, want dan zou de hele wereld in therapie moeten.

Haar individuele begeleidster is naar de eerste twee gesprekken meegegaan, omdat die haar goed kent en de cliënte liever niet alleen ging. De therapeut interpreteert dit als loyaal gedrag. Na het derde gesprek geeft de cliënte wel aan dat het goed was dat haar individuele begeleidster er niet meer bij was.

De therapie heeft cliënt B wel geholpen, haar op ideeën gebracht en haar aan het denken gezet, maar ze zegt dat zelf ook tot deze inzichten zou zijn gekomen, hetzij later. Ze vindt het wel leuk dat de therapeut veel over zichzelf vertelt en voorbeelden geeft. Zo krijgt ze het gevoel dat ze hem leert kennen. Ze herkent zich ook in dingen die hij vertelt. Een therapeut die enkel luistert, zwijgt en vragen stelt, is niet aan haar besteed. Ze vindt haar therapeut dan ook de geschikte therapeut, omdat er een band, een soort van afstandelijke vriendschap, ontstaat. De therapeut geeft zelf ook aan dat hij de modernistische gedachte niet volgt en geen psychoanalyticus is. Hij wil meer dan enkel spiegelen en zwijgen en heeft veel geduld in de generatieve kracht van de dialogische conversatie. Hij merkt op dat de cliënte met een aantal zaken bezig is. Ook cliënt B geeft aan dat ze veel meer nadenkt dan vroeger.

Tijdens het eerste gesprek geeft de cliënte zelf aan dat ze niet over haar broer kon praten, omdat ze de therapeut onvoldoende kende. Hij houdt hier ook rekening mee en had haar in het begin van het gesprek gezegd dat ze dit zeker mocht zeggen. De therapeut vindt het inderdaad belangrijk dat de cliënte de gespreksonderwerpen mee bepaalt en dat ze ervaart dat het niet verschrikkelijk is om met een therapeut te praten. Hij geeft ook aan dat meer veiligheid nodig is om het over gevoelige dingen te hebben. De cliënte vertelt na het vijfde gesprek dat ze het niet zo erg vond om in therapie te gaan en dat ze in een later gesprek wel over haar broer kon praten.

Over de wijze waarop de onderwerpen aan bod komen, zegt de cliënte dat ze begint te vertellen, dan ineens aan iets anders denkt en daarover begint. De therapeut stelt ook vragen wanneer ze vertelt en dat leidt dan tot een onderwerp. De therapeut spreekt over een “conversational flow”.

We kunnen besluiten dat de therapeut positief beleefd wordt door de cliënte. Hij is erin geslaagd om meer veiligheid te creëren en een samenwerkingsrelatie tot stand te brengen.

1.4 Bijkomende informatie

Cliënt B heeft nog een zesde gesprek gehad met therapeut B. Er werden (voorlopig) geen verdere afspraken vastgelegd.

2 Resultaten van de verticale analyse van casus C

2.1 Cliënt C

2.1.1 Beleving van het gedwongen kader door cliënt C

Vanuit Beernem is cliënt C op ontheemdingsfase vertrokken. Ze heeft daar veel kunnen nadenken en alles op een rijtje gezet. Hieruit heeft ze geleerd niet te snel te overreageren en dat het belangrijk is om eerst na te denken vóór ze iets doet. Ze was op de hoogte dat ze bij terugkomst vijf keer in therapie moest. Door een eerste ontmoeting met haar therapeut tijdens een groepsbijeenkomst, wist ze dat het eerste gesprek een kennismaking was en dat ze mocht vertellen wat ze wou. Als ze niets meer te vertellen zou hebben, zou hij vragen stellen. Toch vond ze het een beetje lastig, omdat ze niet goed wist hoe het ging zijn. De begeleiding heeft gezegd dat therapie dient om dingen te vertellen dat ze tegen niemand kan zeggen. Cliënt C kan echter heel veel aan haar moeder of oudste zus kwijt, omdat deze laatste ook in dezelfde situatie heeft gezeten.

Ze is reeds verplicht geweest om met een psychologe te praten. Het was echter geen goede ervaring: *“Die had gezegd dat alles tussen ons zou blijven. Die is uiteindelijk alles gaan vertellen tegen de jeugdrechter en tegen de begeleiding”*. Ze vond het vervelend dat ze opnieuw in therapie moest, maar na het eerste gesprek zegt ze dat het heel goed is meegevallen.

Vijf verplichte gesprekken vindt ze niet veel, maar ook niet weinig. Ze denkt dat het net genoeg zal zijn om elkaar beter te leren kennen en om te zien of ze nog zal gaan. Tenzij ze met een probleem zit, denkt ze echter niet dat ze de therapie zal verlengen, daar ze weldra weer thuis zal wonen. Na het derde gesprek is ze overtuigd dat ze de therapie zal stoppen.

2.1.2 Beleving van de therapie door cliënt C

Er zijn hoofdzakelijk drie dingen aan bod gekomen tijdens het eerste gesprek. Ze vindt het belangrijk dat die ter sprake zijn gebracht, omdat het de zaken zijn waarover ze het meest kan en wil vertellen. Na het eerste gesprek voelde ze zich iets beter, omdat ze alles eens heeft kunnen vertellen en ze echt het gevoel heeft gehad dat de therapeut luisterde. Ze denkt dat de gesprekken haar kunnen helpen: *“Het is sowieso niet gezond om dat voor jezelf te houden. Je moet zo'n dingen aan iemand kunnen vertellen”*. De therapeut kan dan zijn mening geven en zeggen hoe hij iets zou oplossen. We kunnen echter afleiden dat haar visie hieromtrent na het

derde gesprek is veranderd. Ze hebben over dingen gepraat waar ze regelmatig over spreekt en nadenkt.

Ze heeft geen concrete verwachtingen over de volgende gesprekken: *“Als het verloopt zoals tijdens het eerste gesprek, dan is het goed. (...) Ik denk wel dat het zal meevallen”*. Tijdens het tweede interview zegt ze echter dat ze net vóór het tweede gesprek niet meer wou gaan: *“Ik vond dat zo stom. Ik vond het tijdverlies. Ik kan daar toch niets gaan doen”*. Ze is uiteindelijk toch gegaan, omdat ze moest. De therapeut heeft hier met haar over gepraat. Ze heeft verteld waarom ze niet meer wou komen en dat ze weet dat het niet aan hem ligt dat ze moet komen, maar dat het bij het project hoort. De therapeut heeft gezegd dat het maar voor een paar uurtjes is en dat ze er beter het beste van kunnen maken. Enerzijds vond ze de gesprekken saai, anderzijds dacht ze dat het toch maar vijf uurtjes waren. Toen ze naar haar derde afspraak moest, vond ze dat heel vervelend, *“omdat het zo koud was buiten”*. Als ze niet verplicht was geweest, dan was ze zeker niet gegaan.

2.1.3 Beleving van de therapeut door cliënt C

Haar eerste indruk over de therapeut is dat hij sympathiek en vriendelijk is. Leeftijd en geslacht maken haar niets uit. Ze vindt het belangrijk dat een therapeut zijn werk goed doet, luistert en kan meepraten over dingen.

In het begin van het eerste gesprek heeft hij gevraagd of ze al in therapie was geweest. Hij heeft gezegd dat hij niets ging verder vertellen over de gesprekken, enkel na bespreking met haar. Hierover zegt ze: *“Ik vertrouw hem een beetje”*.

Verder heeft hij een paar vragen gesteld en dan is ze beginnen vertellen over haar moeder. Hij heeft geluisterd en heeft zich voorgesteld als haar moeder. Deze voorstelling van de therapeut in andere personen, wordt door de cliënte positief ervaren. Aanvankelijk vond ze het moeilijk om met hem op deze manier te praten, omdat hij haar moeder niet is en ze daar nog niet had over nagedacht. Ze heeft het echter geprobeerd en het lukte. Ook in het tweede gesprek doet de therapeut dit en dit vindt cliënt C grappig: *“We waren eigenlijk een beetje onnozel aan het doen. Hij was met een ik weet niet hoe een hoge stem aan het spreken”*. Tijdens het derde gesprek heeft de therapeut ook woorden op een bord geschreven. Dat gaf haar een duidelijk overzicht over wat ze wel en niet had verteld.

De therapeut heeft gevraagd om tegen de volgende gesprekken een paar dingen te hebben om te vertellen, maar ze wist niets. Hij vond dit niet erg en dan is hij zowel tijdens het tweede als het derde gesprek ingegaan op het vorige gesprek. Dit vindt ze gemakkelijker, want dan moet ze zelf niet veel nadenken over wat ze kan zeggen. De therapeut laat haar wel de keuze om te beslissen of ze op het aangehaalde onderwerp wil ingaan.

Tijdens haar vorige therapie stelde de psychologe alleen maar vragen, luisterde ze ook niet en kwam ze altijd tussen. Wat haar het meest is bijgebleven over het eerste gesprek, is dat haar therapeut goed luistert, nadenkt, zich de situatie probeert voor te stellen en zoekt naar mogelijke oplossingen. Dat vindt ze aangenaam. Ook geeft ze aan zelf te luisteren, maar ze stelt ook vragen en komt op voor haar mening.

Na het derde gesprek zegt ze dat een goede therapeut iemand is met levenservaring. Het moet iemand zijn die zelf ook een aantal zaken heeft meegemaakt en dus weet wat hij zegt. Haar therapeut kan het wel proberen begrijpen, maar het zal nooit hetzelfde zijn. *“Soms zijn er wel dingen die hij zich goed voorstelt en begrijpt, maar soms zijn er wel ook dingen die helemaal niet zo zijn. (...) Sommige dingen, zoals dat opgesloten zitten, begrijpen veel mensen totaal verkeerd, hoe dat dan is. (...) Hij denkt dat het allemaal veel gemakkelijker is”*. Goede therapeuten moeten ook tijdens een gesprek niet zo serieus zijn en een beetje kunnen lachen. *“Hij kan goed luisteren en hij kan ook eens lachen”*.

De therapeut heeft haar ook verteld dat hij het goed vindt dat ze zo veranderd is, maar dat hij het ook raar vindt dat het allemaal zo rap kan gaan bij haar. Hij heeft haar ook gezegd dat ze haar niet mag laten misleiden door anderen. Deze zaken hoort ze van vele mensen.

2.2 Therapeut C

2.2.1 Het proces

Het eerste gesprek kan omschreven worden als een evolutie bij de cliënt van gereserveerdheid naar steeds meer comfort. Het gesprek verliep zeer vlot.

Ondanks het feit dat de therapeut vernomen heeft dat cliënt C niet meer wou komen naar het tweede gesprek en dat ze aanvankelijk terughoudend was, geeft hij aan dat alle gesprekken vlot verlopen zijn.

2.2.2 Het therapeutisch handelen

De therapeut was vóór het eerste gesprek heel afwachtend: zijn ideeën, vermoedens, hypothesen, gevoelens en reacties plaatst hij in het midden en biedt hij eerder aan. Dit doet hij meestal naar aanleiding van iets dat al door de cliënte is aangereikt. De relevantie ligt bij haar. Ze kiest steeds zelf of ze het oppikt en er verder wil over praten. Dat maakt ook dat de verwachtingen van de therapeut over de therapie in eerste instantie minder relevant zijn dan de verwachtingen van de jongere.

Een belangrijke doelstelling voor de therapeut is beveiliging. De persoon moet het gevoel gegeven worden dat die veel heeft te zeggen. Door haar bijvoorbeeld zelf te laten beslissen wanneer ze een nieuwe afspraak maken, voelt ze zich gehoord. Hij is tijdens het eerste gesprek ook enkel ingegaan op hetgeen ze vertelde. *“Ik geloof dat als er in haar verhaal of in haar narratief of in haar kijk, aspecten tussen zitten, die momenteel relevant zijn, dan komen die toch ter sprake”*. Ook tijdens het derde gesprek, heeft hij aan cliënt C nog eens uitgelegd dat hij sterk vertrouwt in het spontaan aanvoelen van mensen omtrent wat op dat moment op de voorgrond staat. Bij de vraag of er zo'n dingen zijn, antwoordde ze telkens van niet. Hij vraagt dan of het goed is als hij zelf iets naar voor brengt. De therapeut kiest dan één thema uit vanuit een subjectief gevoel van nieuwsgierigheid. Na het derde gesprek zijn een aantal thema's niet meer ter sprake gekomen. Dat is vaak zo in deze manier van werken. *“Als je werkt vanuit wat er op dit moment voor de persoon op de voorgrond komt, dan heb je heel*

dikwijls een heel aantal losse draden. Dan zie je soms ineens dat het één draad wordt en bijvoorbeeld heel relevant is geworden. Het wordt niet gestuurd vanuit de hulpverlener”.

Tevens moet er duidelijkheid zijn over zaken waarover ze niets te zeggen heeft, namelijk de vijf verplichte gesprekken. De therapeut vraagt ook steeds naar ervaringen met eerdere hulpverlening. Deze ervaringen en betekenissen brengen de cliënt immers mee naar de therapeutische context. Als het gaat om negatieve ervaringen, zoals dat bij cliënt C het geval was, dan ontstaan negatieve ideeën over wat therapie kan worden. Door hiernaar te vragen, wordt wat verwacht kan worden door de therapeut zo zuiver mogelijk gesteld. Verder is de therapeut heel receptief en hoort hij waarmee ze bezig is. Op termijn tracht hij dan een samenwerking te zoeken om te zien hoe de opgelegde gesprekken toch zinvol kunnen zijn.

Cliënt C was aanvankelijk gereserveerd en niet erg enthousiast tijdens het eerste gesprek. De therapeut heeft haar gezegd dat hij geen moeite heeft om te begrijpen dat ze de verplichting onaangenaam vindt. Hij merkte op dat ze, mogelijks hierdoor, rechter kwam te zitten en een beetje meer glimlachte. Tijdens het eerste gesprek, valt hem op dat ze heel duidelijk was over al hetgeen ze had nagedacht. Hij zegt dit ook en het roept ook vragen bij hem op. Hij vroeg haar of ze die wou horen, wat geen probleem was. Tijdens het derde gesprek vertelt ze ook dat ze tijdens de ontheemdingsfase veel dingen is beginnen beseffen en dat ze sterk is veranderd. Er is ook de overtuiging gekomen dat ze niet meer terug naar een instelling wil. Beernem heeft ze als heel confronterend ervaren. Als ze de dingen zegt, ziet de therapeut aan haar lichaamstaal dat ze heel overtuigend overkomt. Hij heeft het gevoel dat ze over een aantal zaken nadenkt.

Na het derde gesprek vertelt de therapeut echter dat cliënt C na het eerste gesprek tegen de begeleiding gezegd had dat ze niet meer in therapie wou. Het eerste gesprek was volgens de therapeut echter heel vlot verlopen, omdat er veel aan bod was geweest en positief gericht was. Er waren weinig confronterende zaken. De therapeut heeft het daar met haar over gehad, omdat hij geen verborgen agenda wou. Cliënt C heeft verteld dat ze het gevoel niet heeft dat er dingen zijn die ze buiten de therapie tegen niemand kan zeggen. De functie van therapie werd door de begeleiding immers beschreven als een plaats waar ze dingen kan zeggen dat ze in andere situaties of tegen andere mensen niet kan zeggen. Vanuit die functie bekeken, valt het belang van therapie voor haar weg. Toch komt ze nogal gemakkelijk over, is ze relatief spraakzaam en heeft de therapeut het gevoel dat ze zich niet verveelde, waardoor hij zich vragen stelt. De therapeut geeft wel aan dat jongeren heel zelden gaan zeggen of het contact goed is, maar je kan wel merken of het contact in de richting van samenwerking gaat of niet. Hij wil dan ook de samenwerking nog verder onderhouden tijdens verdere gesprekken.

In het begin van het tweede gesprek was ze een beetje, maar niet echt uitdrukkelijk, terughoudender dan tijdens het eerste en derde gesprek. Eens het gesprek op gang kwam, was dit echter minder. De therapeut heeft af en toe vragen gesteld om wat meer voeling te krijgen met bepaalde thema's. Hij probeert dan heel alert te zijn voor signalen, bijvoorbeeld of ze meer of minder gaat zeggen, of ze gemakkelijker op haar stoel komt te zitten, of ze eerder krispeert,

Doorheen de gesprekken, vraagt hij haar ook: *“Stel dat X hier was, wat zou X dan zeggen?”*. Er wordt haar dan gevraagd om in de huid van iemand anders te kruipen en zich voor te stellen wat die persoon zou denken, zonder de eigen visie af te breken. Ze heeft daar geen enkele moeite mee. De bedoeling, die niet altijd zo bewust is, is om tot een verruiming of een verbreding van mogelijke perspectieven op dezelfde situatie te komen. Problemen hebben immers de neiging om de focus op het leven te versmallen. Er is dan sprake van een tunnelvisie.

Af en toe maakt hij opmerkingen, waar ze niet steeds op in gaat, maar dat is niet nodig. Ze heeft het gehoord en dat is voldoende. Hij heeft ook gedachten, die hij niet als hypothesen wil hanteren om te checken door informatie te vragen, maar wel in zijn achterhoofd houdt. Doorheen de tijd is hij steeds minder bezig met het idee dat hij een puzzel moet samen leggen en dus zoveel mogelijk moet weten. *“Ik merk gaandeweg toch meer en meer vanuit een soort vertrouwen dat de stukjes die belangrijk zijn wel zullen komen. Ik moet niet persé met mijn arendsoog gaan zoeken wat er nog ontbreekt. Ik probeer eerder ruimte te creëren waarbinnen dat de andere weer nieuwe puzzelstukjes kan leggen”*. Hij werkt vanuit “curiosity” en probeert “the not-yet-said” tot uiting te laten komen.

Hij vraagt haar ook wat ze gaat doen, om haar aan te zetten tot actie. Bij het stellen van vragen, tracht hij zich solidair te verklaren met haar doelstellingen en haar de boodschap te geven dat hij haar wensen serieus neemt. Indien hij dit niet zou doen, zou het risico bestaan dat wat in haar ogen belangrijk is, overkomt als negeren. Hij is dus vooral bezig met medestander te zijn van hetgeen ze wil bereiken. Hij zoekt mee naar mogelijkheden om de band met haar moeder te herstellen. Dit doet hij ook door samen met de cliënt te onderhandelen en te zoeken naar verbindende thema's, opdat de doelstellingen van de betrokken personen niet in concurrentie gaan met elkaar. Hij neemt noch het standpunt in van de moeder, noch van de maatschappelijke instantie. De therapeut neemt met andere woorden haar doelstellingen over, zonder naïef te zijn naar de context toe. Hij verklaart zich akkoord met hoe ze kijkt. Zo begon ze gaandeweg meer te praten en mee te zoeken. Haar blik werd wat opener. Het eerste gesprek verliep heel vlot, wat wil zeggen dat ze op het goede spoor zitten om een samenwerkingsgevoel te krijgen. De therapeut heeft het gevoel dat ze het in zekere zin aangenaam vond dat hij aandacht besteedde aan haar vaardigheden.

Hij is nieuwsgierig en geïnteresseerd naar alle zaken in haar leven die het dominante verhaal, namelijk dat ze beïnvloedbaar is, tegenspreken. Hij wil dus voortdurend zoeken in het verhaal naar alles dat eventuele bouwstenen kunnen zijn voor een ander zelfbeeld. Tevens wil hij met haar op zoek naar personen, die er eventueel iets van zien, en naar manieren, dat ze het nog meer zouden zien. Zo wordt het sociaal aspect geïntroduceerd en krijgt ze ook feedback op alle aspecten die buiten het dominante verhaal liggen.

De band met haar moeder zou verbeterd zijn en de therapeut heeft geen redenen om aan haar verhaal te twijfelen. Hij is geen detective. Wat hij wel doet is vragen wat haar moeder zou zeggen rond een welbepaald thema, moest ze hier zijn. Hij maakt soms gebruik van een bordschema, omdat cliënten er vaak spontaan naar terug kijken terwijl ze iets vertellen. *“Soms roept dat andere beelden op en maakt dat het overzichtelijker. Soms roept het ook andere vragen op bij mij”*. Hij vraagt haar ook naar de andere gezinsleden om een soort

verbreding te krijgen, opdat alles niet enkel op haar gericht is en het minder stigmatiserend wordt. Iemand die met de Bijzondere Jeugdzorg betrokken is, draagt immers gemakkelijk betekenissen van “*de slechte zijn*” en “*diegene die het fout gedaan heeft*”. Ook vraagt hij haar of het haar interesseert om over bepaalde theorieën iets te horen. Zijn uitleg kan herkenning oproepen en ontschuldigend werken. Op het bord tekent hij ook een word-spider of linguagram om de voornaamste betekenissen rond een thema in kaart te brengen.

2.3 Besluit

Cliënt C had reeds negatieve ervaringen gehad met een vorige therapeute en vond het vervelend om opnieuw in therapie te moeten. Belangrijke onderwerpen zijn echter tijdens het eerste gesprek aan bod gekomen en ze voelde zich nadien beter. Duidelijkheid en beveiliging zijn dan ook doelstellingen waar de therapeut belang aan hecht. Door te vragen naar vorige therapeutische ervaringen, kon hij duidelijkheid brengen over zijn manier van werken. Tevens is hij enkel ingegaan op hetgeen ze vertelde, om haar het gevoel te geven dat ze veel te zeggen heeft. Mede door deze receptieve opstelling, heeft de cliënte tijdens het eerste interview gezegd dat ze de therapeut een beetje vertrouwt. Ze heeft het gevoel gehad dat de therapeut naar haar luisterde.

De therapeut hecht belang aan een samenwerkingsrelatie en wil geen verborgen agenda. Toen hij vernomen heeft dat ze niet meer naar de therapie wou komen, heeft hij dit ook met haar besproken. Hij had dit niet verwacht. Ook tijdens het eerste interview zei cliënt C dat ze dacht dat het tweede gesprek wel zou meevallen. De cliënte heeft aan de therapeut verteld dat ze de therapie tijdverlies vindt en dat ze steeds bij haar moeder of zus terecht kan. Het begeleidingstehuis heeft de functie van therapie omschreven als een plaats waar ze dingen kan zeggen dat ze in andere situaties of tegen andere mensen niet kan zeggen. Vanuit deze betekenis, valt volgens de therapeut het belang van therapie voor haar weg. Toch wil hij de samenwerking verder onderhouden tijdens verdere gesprekken. Cliënt C heeft echter geen verdere thema's die ze wil bespreken, hetgeen de therapeut niet erg vindt. Hij biedt dan zelf onderwerpen aan vanuit een nieuwsgierige houding en tracht ruimte te creëren voor hetgeen nog niet gezegd werd. Hij vraagt wel steeds aan de cliënte of ze er verder wil op ingaan. Cliënt C vindt het gemakkelijk dat ze zelf niet moet nadenken over wat ze kan zeggen.

De therapeut maakt ook gebruik van bordschema's, die aan de cliënte de nodige houvast geven over hetgeen ze al heeft verteld. De therapeut stelt zich ook voor in andere personen. Alhoewel de cliënte dit aanvankelijk niet gemakkelijk vindt, geeft ze aan dat het haar gelukt is om op deze wijze met de therapeut te converseren. Ook de therapeut zegt dat ze hier geen moeite mee had.

Ondanks het feit dat de cliënte vertelt dat de therapeut zich de situatie tracht voor te stellen en haar probeert te begrijpen, vindt ze dat hij denkt dat opgesloten zijn veel gemakkelijker is. Om dit goed te begrijpen, moet hij het zelf hebben meegemaakt. De cliënte geeft ook aan dat ze haar mening zegt tegen de therapeut, maar de therapeut vertelt dat ze niet steeds op zijn opmerkingen ingaat, al is het voor hem voldoende dat ze het heeft gehoord.

Uit deze bevindingen kunnen we besluiten dat de therapeut overheersend positief wordt beleefd door de cliënte. Het feit dat ze in therapie moet gaan, wordt echter negatief beleefd. Ze vindt het tijdverlies en is naar vier van de vijf gesprekken gegaan.

2.4 Bijkomende informatie

Na het derde gesprek met haar therapeut, is cliënt C opnieuw thuis ingetrokken. Daar het project nog niet was afgelopen, moest ze nog tweemaal in therapie. Een vierde afspraak werd gemaakt, maar ze is toen niet gegaan. Uiteindelijk heeft ze toch nog een vierde gesprek gehad met de therapeut, nadat haar individuele begeleidster haar thuis had opgehaald. Half mei was het project afgelopen en een vijfde gesprek met de therapeut was niet haalbaar.

Door één (of meerdere?) incident(en) in het thuismilieu, is cliënt C weggelopen. Ondanks het feit dat ze tijdens de therapie had gezegd dat ze sterk was veranderd en niet meer terug wou naar een instelling, moest ze opnieuw voor enkele weken naar Beernem. Begin mei mocht ze terug naar het begeleidingstehuis, waar ze op tien dagen tijd echter tweemaal is weggelopen. De eerste keer werd ze opgepakt door de politie. Ze heeft toen een gesprek gehad met haar begeleiding, waartegen ze vertelde dat ze soms plots de drang heeft om weg te lopen. De begeleiding geeft aan dat ze van goede wil is. Het contact met haar moeder verloopt nu echter opnieuw moeizaam. De tweede keer is ze ook teruggevonden, maar toen was ze al langer dan tien dagen op de vlucht. Tien dagen is de toegelaten wettelijke termijn om niet uit het begeleidingstehuis te worden uitgeschreven. Het begeleidingstehuis was toen toch akkoord om haar alsnog in crisis op te vangen, maar na nog geen dag, is ze opnieuw gaan lopen. Waar ze nu is, weten ze niet. De begeleiding vermoedt dat cliënt C wordt beïnvloed door een aantal externe factoren (vriendenkring, ...), die ze niet de baas kan.

3 Resultaten van de verticale analyse van casus D

3.1 Cliënt D

3.1.1 Beleving van het gedwongen kader door cliënt D

Daar cliënt D uit Beernem weg wou, *“Ik werd daar onnozel”*, is ze in het project beland om een nieuw leven en nieuwe toekomst te hebben. Ondanks de aanvankelijke slechte reactie op het feit dat ze in therapie moest, dacht ze nadien: *“Waarom niet? Het kan niets verkeerd zijn hé”*. Ze voelt zich wel slecht dat het verplicht is: *“Het is niet omdat ik iets gedaan heb, dat ik dat nog eens doe”*. De cliënte geeft aan dat ze heeft nagedacht tijdens de ontheemdingsfase. Na het derde gesprek voelt ze zich nog steeds slecht over het gedwongen kader van de therapie: *“Drie keer verplicht, oké, maar vijf keer, zeg!”*.

De cliënte heeft vooraf geen informatie gekregen waarom ze in therapie moest. Ze wist enkel dat ze vijf keren moest gaan en dat ze nadien de mogelijkheid had om de therapie verder te zetten. Dit laatste is ze niet van plan. Na het eerste gesprek zegt ze: *“Als ik een afspraak heb met X (de therapeut), dan kan ik niet veel doen met vrienden hé”*. Ook na het derde gesprek kunnen we besluiten dat haar mening niet is veranderd: *“Als de vijfde keer gedaan is, dan ben*

ik gelukkig. (...) Ik heb er genoeg van, van die therapie". Na het vijfde gesprek is ze blij dat ze geen therapie meer heeft. Vooral het laatste gesprek vond ze te veel. Haar moeder vindt dat ze terug moet gaan, omdat ze denkt dat haar dochter nog problemen heeft. Zowel de moeder als de therapeut laten haar echter de keuze.

3.1.2 Beleving van de therapie door cliënt D

Vóór het eerste gesprek was de cliënte kwaad, maar dit had eerder te maken met een incident net vóór ze in therapie ging, dan met de therapie op zich. Ze had geen zin om te praten en alhoewel het uur snel om was, vond ze het saai. Ze was nog te veel aan het denken aan het voorval net vóór ze in therapie moest (kwaadheid in de weg), waardoor ze totaal niet aan het opletten was. Cliënt D kwam wel een beetje losser en denkt dat het de tweede keer misschien beter zal gaan. Over het derde gesprek zegt ze echter opnieuw dat ze het saai vond en dat het veel te lang duurde.

Ze vindt dat ze geen therapie nodig heeft. Therapie is voor mensen die hulp nodig hebben, *"maar ik heb dat niet nodig. (...) Ik heb zelf geen problemen, de mensen hebben problemen met mij"*. Ze gaat nu tien keer nadenken voor ze iets doet, beseft hoe hard ze haar moeder heeft gekwetst, heeft totaal andere vrienden en is nu meer een meisje geworden. Ook na het derde gesprek zegt ze: *"Ik heb geen therapeut nodig en zeker geen vent. (...) Ik heb een goede familie gevonden. Ik heb een nieuwe vriend. Ik heb goede vriendinnen. (...) Als ik wil praten, dan praat ik met mijn bomma of met mijn moeder"*. Na het vijfde gesprek zegt ze nog steeds dat ze geen therapie nodig heeft: *"Als ik therapie nodig heb, dan zal ik wel zelf gaan en dan zal ik over dat probleem praten dat ik heb, zeker?! Als ik geen therapie nodig heb, over niks"*.

Ze wou niet alleen gaan naar het eerste gesprek en heeft gevraagd aan haar individuele begeleidster om mee te gaan. De cliënte heeft geen verwachtingen van de verdere gesprekken, wel gaat ze de volgende keren met haar moeder in therapie. Dat vindt ze goed, want ze wil haar mening tegen haar moeder zeggen. Ze vindt het positief dat de therapeut er bijzit, want hij kan dan met haar moeder, die alles letterlijk opneemt, praten. Na het derde gesprek hebben ze afgesproken dat ze eens alleen met haar moeder gaat praten over de redenen waarvoor haar ouders uit elkaar zijn gegaan: *"Ze gaat dat uitleggen en dan zal ik zien of ik het kan vergeven"*. Deze afspraak is haar het meeste bijgebleven over het derde gesprek. Na het vijfde gesprek geeft ze aan dat ze het vriendelijk vindt dat haar moeder viermaal is mee geweest. Ze zou er nooit alleen naartoe zijn gegaan. Ze zegt dat ze het in het begin erg vond en tegen haar zin ging, maar dat de wijze waarmee ze met die vijf verplichte gesprekken is omgegaan, is meegevallen. Ze heeft geprobeerd haar best te doen, te luisteren en te antwoorden wanneer het moest.

Wel vindt ze het lastig dat haar moeder nu meer weet over haar dan normaal. Ze hebben over bepaalde onderwerpen gepraat, die thuis niet onmiddellijk aan bod zouden zijn gekomen. Tevens vindt ze het raar om over bepaalde zaken met de therapeut te praten. Ze praat ook niet met andere mensen over het feit dat ze in therapie is, daar die met haar zouden kunnen lachen.

3.1.3 Beleving van de therapeut door cliënt D

Daar cliënt D haar therapeut nog niet lang kent en een hekel heeft aan volwassen mannen, vindt ze het lastig om met hem te praten. Ze zou het gemakkelijker vinden moest het gaan om een vrouwelijke therapeute. Ze heeft dit ook gezegd tegen de therapeut en die vindt dat heel normaal. De cliënte werd vorig jaar begeleid door een vrouw, die ze nu meer beschouwt als een vriendin, en zei veel meer tegen haar. Na het vijfde gesprek voelt ze zich veel beter, nu ze niet meer met een therapeut moet praten. Ze zegt: *“Ik praat liever met iemand die ik vertrouw. Alé, die X (therapeut), ik ken die vijf dagen”*.

Ze heeft liever iemand dat jonger dan vijftig jaar is, iemand van rond de dertig bijvoorbeeld. *“Daar kan je nog tegen klappen en daar kan je af en toe eens plezant mee doen. Met iemand van vijftig moet je stil zijn hé”*. Ideaal zou zijn dat het iemand is die weinig zegt, weinig vragen stelt en weinig haar naam zegt, want dat irriteert haar.

Tijdens het eerste gesprek hebben ze vooral gepraat over de ontheemdingsfase en hoe het nu gaat met haar leven. Ze vindt het goed dat ze daarover gepraat hebben: *“Dan kan je daarover nadenken”*. Het praten kan haar helpen: *“Iedereen zei dat ik het vroeger moest doen, dan was dit misschien niet gebeurd”*. Een uitspraak van de therapeut uit het eerste gesprek is haar bijgebleven. Hij heeft gezegd dat ze moet zien dat ze de juiste vrienden heeft. Dit vindt ze een goede uitspraak, daar ook mensen uit haar omgeving dit al hebben gezegd.

De therapeut stelde niet te veel vragen en praatte niet te veel tijdens het eerste gesprek. Zelf zegt ze niet veel in de gesprekken en begint ze nooit over een welbepaald onderwerp. Het praten valt wel mee, maar het klikt niet echt tussen haar en de therapeut. Na het derde gesprek zegt ze: *“Het is altijd over hetzelfde, dat die bezig zijn. (...) Ja, over problemen hé!”*. Ze heeft aan de therapeut verteld dat ze daar niet wil over praten. Ze vindt dat hij niet alles hoeft te weten. *“Ik ga mijn leven daar niet aan vertellen hé”*. Dit heeft ze hem ook gezegd en hij vindt dat heel normaal. Hij is dan over iets anders begonnen, maar wat juist, dat weet ze niet meer. Het interesseert haar niet: *“Ik was niet aan het luisteren”*. Ze speelt dan met haar gsm en de therapeut laat haar doen. Hij vindt dat normaal en zegt dat ze niet de enige is. Dit doet ze ook tijdens het vijfde gesprek, omdat ze zich verveelt.

Wanneer tijdens het vijfde gesprek een problematisch onderwerp uit een vorig gesprek opnieuw wordt aangesneden, vindt ze dit niet erg meer. Het probleem is immers opgelost. In dit opzicht hebben de gesprekken geholpen, daar ze een aantal zaken heeft kunnen uitpraten thuis, nadat ze van de therapie kwam. Ze wou een goed leven hebben en ze geeft aan dat alle problemen nu zijn opgelost.

Tijdens het vijfde gesprek heeft de therapeut eerst een halfuur met haar moeder gepraat. Ze weet niet waarover ze het hebben gehad: *“Ik heb het niet verstaan”* (...) *“... dat komt het één oor in en het andere eruit”*. Hij vertelt ook verhalen over vroeger en stelt haar vragen, maar ze zegt nooit veel. Haar moeder is ook beginnen praten over haar ex-vriend, waardoor cliënt D kwaad is geworden. De therapeut kwam echter niet tussen, hetgeen ze goed vindt, anders

zou ze op hem zijn beginnen roepen. Ze wou er niet over praten: “*Niet iedereen moet dat weten*”. Ze vond het dan ook goed dat de therapeut hier rekening mee hield.

3.2 Therapeut D

3.2.1 Het proces

Tijdens het eerste gesprek heeft cliënt D, hetzij een beetje moeizaam, een aantal zaken kunnen verwoorden en merkt de therapeut een behoefte bij de cliënte om haar verhaal te vertellen. Ze spreken af dat de moeder naar het volgende gesprek meekomt, hetgeen de cliënte een goed idee vindt.

Aanvankelijk kan de cliënte zich een beetje achter haar moeder verschuilen. In de loop van de gesprekken staat deze laatste dit echter veel minder toe. Meer vertrouwen en veiligheid zijn echter nodig opdat de cliënt meer zou vertellen, hetgeen onder andere kan kaderen binnen haar problematiek.

3.2.2 Het therapeutisch handelen

De therapeut vertelt dat cliënt D, vergezeld van haar individuele begeleidster, kwaad binnenkwam, niet op hem of omwille van het feit dat ze in therapie moest, maar wel omdat er net iets was gebeurd. Geleidelijk aan heeft ze tijdens dat eerste gesprek de aanleiding voor haar slecht humeur verteld. De cliënte heeft dan een aantal zaken kunnen verwoorden. Ze heeft het onder andere gehad over conflicten met haar moeder en haar vader. De therapeut gaat er vanuit dat de belevingen van iemand altijd waar zijn en trekt deze niet in twijfel.

Cliënt D vertelt ook tijdens het eerste gesprek een aantal dingen over “*een soort van traumatisch herinneringsbeeld*”. De therapeut dacht hierbij dat hij dit moest onthouden. Hij vroeg zich af wat dit betekende, maar is er niet dieper op ingegaan. Intuïtief vond hij dat het beter was om er later op terug te komen, omdat hij niet te veel ineens wou. Dit heeft hij dan ook in het tweede gesprek gedaan.

Het vertellen verliep tijdens het eerste gesprek een beetje moeizaam, omdat haar kwaadheid soms in de weg zat. Toch is er volgens de therapeut een zekere behoefte om haar verhaal te mogen vertellen. Hierdoor is er de gelegenheid dat de therapeut vragen stelt om dingen te verduidelijken en om het verhaal te verbreden, met nieuwe inzichten, percepties en mogelijkheden voor actie, meer bepaald voor omgaan met elkaar. Dit wordt mogelijk zonder dat de therapeut een interventiestrategie of verborgen agenda heeft. Hij luistert en stelt belangstellende vragen, al geeft hij aan dat deze laatste ook een soort van interventies zijn. Vragen en doelstellingen worden echter geconstrueerd door de dialoog tussen therapeut en cliënt. Al vloeien vragen voort uit de conversatie, ze hebben altijd een bedoeling. Ze worden echter niet gesteld omdat de therapeut met een theorie of een hypothese in zijn achterhoofd zit. Kenmerkend voor deze benadering is volgens de therapeut dat grote veranderingen moeilijk te zien zijn, omdat het allemaal zo eenvoudig lijkt.

Doordat het verhaal dikker wordt, ontstaat een begin van nieuwe perspectieven die mogelijk worden. Een nieuw perspectief in het eerste gesprek is de gedachte die is gegroeid om een volgend gesprek te hebben samen met cliënt D en haar moeder. De therapeut heeft de indruk dat de cliënte dit een geruststellend en relevant idee vond. De conflicten met haar moeder zijn dingen die momenteel haar leven bepalen. Tevens is een gesprek in aanwezigheid van haar moeder gemakkelijker dan een gesprek alleen met de therapeut. De therapeut is ook heel benieuwd naar het verhaal van de moeder van cliënt D en hoe hun verhalen zich tegenover elkaar verhouden.

Ook na het tweede gesprek spreken ze af dat de moeder blijft meekomen. Het motief van cliënt D heeft niet meer alleen te maken met de gespreksonderwerpen, die meer van relationele aard zijn, maar ook met het feit dat ze zegt dat ze geen therapie nodig heeft. Ze vindt het bovendien heel moeilijk om met een man te praten. Wanneer haar moeder erbij is, kan ze zich een beetje achter haar verschuilen. De moeder stond dit echter in de loop van de gesprekken veel minder toe, sloot geen coalitie met haar dochter en was op sommige momenten veel confronterender dan de therapeut.

Vroegere hulpverleners spreken, om het in traditionele diagnostische termen uit te drukken, over hechtingsstoornissen en loyaliteitsconflicten bij cliënt D. In het verhaal van de cliënte kwam hierover tijdens het eerste gesprek nog niets tot uiting. De vraag is of deze perceptie klopt. Het kan echter ook zijn dat mensen, gedreven door de theorie, heel selectief gaan waarnemen, waardoor het lijkt alsof de theorie juist is. Na het derde gesprek denkt de therapeut dat het probleem voor een stuk is dat cliënt D weinig reflectief is ingesteld. Ze ervaart de dingen wel en reageert daarop, maar denkt er weinig over na. De omgeving plaatst echter vraagtekens achter het feit dat de cliënte steeds zegt dat ze geen problemen heeft. Ook de therapeut kan zich niet van de indruk ontdoen dat ze alles een beetje minimaliseert. Cliënt D beseft wel tijdens het vijfde gesprek dat ze moeilijkheden heeft om mensen, vooral volwassen mannen, te vertrouwen. De therapeut heeft hieromtrent vermoedens, gedachten, fantasieën en zelfs in zekere zin hypothesen, die samen met de cliënte zouden onderzocht kunnen worden. De theoretische gedachte van de therapeut, over het feit dat er weinig zelfreflectief vermogen tot ontwikkeling is gekomen, heeft geen enkel statuut van waarheid. Het is een soort van professioneel narratief, waarvan enkel de cliënte het nut of de bruikbaarheid kan bepalen. De therapeut heeft, na haar toestemming, hierover nog een aantal vragen gesteld. Cliënt D beseft dat ze weinig reflectief is. *“Ze zegt wel: ‘Ik doe dat niet’, maar dat is ook alles. Er is dus geen meta-reflectie, van ‘Ah, hoe zou dat nu komen dat ik dat niet doe?’”*. Bij het spreken over het feit dat haar relaties steeds van korte duur zijn, heeft ze zelf wel verteld dat ze vriendinnen van vroeger heeft waarmee ze nu nog contact heeft. Dit kunnen we “unique outcomes” noemen. De therapeut heeft daar nog een vraag over gesteld. Hij stuit echter telkens op haar gebrekkige (zelf)reflectieve vermogen.

Hij merkt wel tijdens het derde gesprek aan haar non-verbale reactie op dat wanneer hij een beetje confronterend is met haar, dat beter helpt dan de pure conversatie. Ze zoekt net de uitwisseling op een gelijkwaardig niveau van vragen en persoonlijke reflecties te vermijden. Het taalspel van de confrontatie, zonder haar echter een waarheid op te leggen, werkt beter bij haar. De therapeut tracht ook haar capaciteiten aan te spreken. Dit alles heeft ze ook nodig. Ze is nog niet toe aan het taalspel van de pure conversatie, maar hij wil het haar wel leren. De

therapeut geeft echter aan dat hij tijdens de laatste twee gesprekken veel minder confronterend is geweest, omdat dit zijn effect niet heeft gehad. Hij is overgegaan van een strategische vraagstelling naar een meer reflectieve vraagstelling. Daar confronterende vragen niet voor meer vertrouwen zorgden, had hij geen redenen om hiermee door te gaan.

De therapeut is tijdens het vijfde gesprek over hechtingsstoornissen beginnen praten, daar dit in het voorgaande gesprek afgesproken was. Ze reageert dan, zoals gewoonlijk, in haar aanvankelijke taalspel door te zeggen dat het allemaal geen probleem meer is. Op deze wijze speelt ze het taalspel van de vermijding. Mits enige hulp van de therapeut, ontstaat een dubbele constructie. Enerzijds een constructie in de richting van conversatie, anderzijds een constructie dat het geen therapie is. Door te accepteren dat de cliënte verkiest om over een aantal zaken thuis te praten, dus zonder de aanwezigheid van de therapeut, ontstaat deze laatste co-constructie. Dit was het geval wanneer de therapeut het voorstel deed aan de moeder om een aantal zaken aan haar dochter uit te leggen, hetgeen de cliënte een goed idee vond, maar dan wel om thuis te doen. Cliënt D wil met andere woorden het taalspel van de therapie niet spelen. Therapie is voor haar meer een verplichting. *“Voor haar was dit louter iets dat ze verplicht was te doen, zonder dat ze dat wou, zeker niet met een man, maar zelfs ook niet met een vrouw, zei ze na een paar gesprekken. Dit was het uitzitten van een soort straf”*. Volgens de therapeut is het niet omdat anderen zeggen dat ze in therapie moet, dat ze leert wat therapie is of dat ze accepteert dat het therapie is. Met andere woorden, hoe de therapie wordt genoemd, wordt lokaal gedefinieerd. Zo krijgen ze een paralogische conversatie: een conversatie, waarbij de definitie van de termen lokaal wordt gevoerd. De therapeut stelt dat tot op het laatste is gebleken dat cliënt D de noodzaak van deze gesprekken niet zag.

Vooraf de moeder is in grotere mate vragende partij geworden. In het laatste gesprek betreft ze het dan ook dat haar dochter de therapie niet nuttig vindt, maar begrijpt dat het weinig zin heeft om haar te verplichten. Wanneer de therapeut vraagt naar wat dit voor de cliënte betekent wanneer ze haar moeder dit hoort zeggen, dan antwoordt cliënt D niet. Waarschijnlijk is dit om een dubbele reden: enerzijds is er een vertrouwensproblematiek, waardoor ze het moeilijk vindt om dingen toe te vertrouwen aan mensen, anderzijds is er soms ook gewoon afwezigheid van gedachten.

De cliënte stelt zich doorheen de gesprekken afwisselend betrokken en niet-betrokken op. Ze is betrokken wanneer ze het gesprek volgt en zelf iets inbrengt. Het niet betrokken zijn kenmerkt zich door er minder geïnteresseerd bij te zitten. Ze luistert wel naar hetgeen wordt gezegd, maar komt niet veel spontaan tussen en doet alsof alles zich buiten haar afspeelt. Ook speelt ze met haar gsm. Op zo'n momenten laat de therapeut haar even doen, maar soms tracht hij haar ook wakker te schudden door het taalspel van de confrontatie. Hij voegt hieraan toe: *“Moest het over iemand anders gaan, die wel wat reflectief vermogen had, (...) dan zou ik gezegd hebben: ‘Ik heb zo de indruk dat je precies twijfelt, dat er zo twee stemmen zijn in u. Een stem die zegt van ‘Het is goed en belangrijk dat ik hoor wat er gezegd wordt’ en een andere stem die zegt van ‘Ze moeten mij gerust laten. Ze moeten mij daar niet mee lastig vallen’. Klopt dat een beetje, die twee stemmen? En, hoe gaat dat tussen die twee stemmen? (...) Ik had echt het gevoel dat het niet veel zin had”*.

De therapeut geeft aan dat een deconstructie van haar taalspel via een transvaluatief proces nodig is opdat de cliënte niet steeds in haar oude taalspel zou terugvallen. Hij vraagt zich af of dit mogelijk zal zijn tijdens de volgende twee gesprekken. Ditmaal heeft de therapeut dus een betrachting, namelijk de transvaluatie, om zo over te kunnen schakelen naar een ander taalspel. Na het vijfde gesprek vraagt de therapeut zich echter af wat de therapie haar heeft opgeleverd. Hij vermoedt dat ze de gesprekken helemaal niet relevant, en zeker niet helpend, heeft ervaren. Het zou hem verbazen moest ze het tegengestelde zeggen. Tevens vraagt hij zich af of het dan wel een goed idee is om zo iemand te verplichten om vijf gesprekken te hebben. Een soort “mediatietherapie” zou in dit geval misschien beter geweest zijn. Hij vindt het wel geruststellend dat moeder en dochter soms over een aantal dingen praten. Ook al geeft de moeder aan dat het heel moeilijk is om de ideeën, belevingen en betekenissen van haar dochter te kennen, lijkt dit alles nu toch al beter mogelijk. De therapie kan hier, volgens de therapeut, een bijdrage in hebben geleverd.

De therapeut hoopte tijdens het eerste gesprek dat ze samen een aantal dingen zouden kunnen veranderen, al moest nog uitgezocht worden wat juist. Hij is voorzichtig met theoretische benaderingen en werkt liever met de verhalen van mensen. Het is bijvoorbeeld niet zo dat hij zich tot doel stelt om de hechtingsproblematiek te behandelen. Concrete doelen heeft hij niet. De moeder van de cliënte had haar eigen programma en verwachtingen, dat ze door mee te komen ook dingen zou kunnen horen, die ze anders niet zou horen van haar dochter. Zo zouden ze de gelegenheid hebben om daarover te praten, waardoor de verhoudingen zouden kunnen veranderen. De moeder heeft aan het einde van het vijfde gesprek gezegd dat ze het gevoel heeft gehad dat er zich een verbetering had voorgedaan in de manier van met elkaar om te gaan. In het begin van dit laatste gesprek, dat met een beetje “small talk” begon, hebben ze het immers voornamelijk gehad over een aantal positieve ontwikkelingen, die zich hadden voorgedaan. De relatie tussen de cliënte en haar ouders verloopt nu beter. De therapeut heeft toen ook gevraagd of dit te maken zou hebben met de afspraak, die gemaakt was, namelijk dat moeder en dochter over een aantal zaken thuis zouden praten. De moeder had inderdaad het gevoel dat dit wel geholpen had. De cliënte zegt dat dit klopt, zonder dat het iets is waar ze verder bij stil staat, over nadenkt of over wil praten.

De moeder is in het vijfde gesprek op de ex-vriend van haar dochter teruggekomen, waarvan de therapeut zich in zijn innerlijke dialoog afvroeg hoe belangrijk het was om hier op in te gaan. Hij merkte aan het non-verbaal gedrag van de cliënte dat ze er niet wou over praten, heeft dit ook gezegd, maar de moeder wou er wel iets over zeggen. De therapeut geeft aan dat naarmate het gesprek hierover vorderde, de cliënte even lossier en fel betrokken werd. Dit was een beetje in tegenstelling tot wat de therapeut zou verwachten. Hij dacht dat ze er niet wou over praten met een vreemde erbij.

De therapeut geeft ook aan dat het creëren van een veilige sfeer en vertrouwensrelatie veel meer tijd in beslag zouden nemen. De timing van de therapie is ook zeer slecht, daar de cliënte nog geen vraag heeft. *“Het is niet dat ze geen problemen ervaart in haar leven, maar ze heeft niet het gevoel dat ze er therapie voor nodig heeft. Het zijn eerder voor haar problemen die ze binnen de kring van vrienden en vriendinnen zou kunnen oplossen”*. Cliënt D was dan ook heel gelukkig dat de therapie voorbij was. De therapeut heeft met de moeder afgesproken dat ze steeds mag terug komen.

3.3 Besluit

Zowel cliënt D als therapeut geven aan dat de cliënte tijdens het eerste gesprek kwaad was omwille van een incident en niet omwille van het feit dat ze in therapie moest. Ze heeft tijdens het eerste gesprek wel een aantal zaken kunnen verwoorden, al vertelt de therapeut dat haar kwaadheid soms in de weg was. Ook de cliënte zegt dat ze nog te veel aan het voorval dacht en geen zin had om te praten. Ze blijft zich wel doorheen de gesprekken slecht voelen omwille van het gedwongen kader van de therapie.

De cliënte wou niet alleen in therapie gaan. Ze vindt het dan ook heel vriendelijk van haar moeder dat ze is meegekomen. Na het eerste gesprek wou ze haar mening kunnen zeggen tegen haar moeder. Ook vond ze het goed dat de therapeut met haar moeder kon praten. Na het vijfde gesprek zegt ze wel dat ze het lastig vindt dat haar moeder nu meer weet dan normaal. Volgens de therapeut was dit ook één van de verwachtingen van de moeder.

De therapeut vraagt zich af of het wel zin had om deze cliënte vijf gesprekken op te leggen. Hij vermoedt dat ze de gesprekken helemaal niet als helpend heeft ervaren. Ook al geeft de cliënte inderdaad aan dat ze geen therapie nodig heeft en zich na het vijfde gesprek veel beter voelt nu ze niet meer met een mannelijke therapeut moet praten, zegt ze toch dat de gesprekken haar geholpen hebben. Ze heeft een aantal zaken kunnen uitpraten thuis naar aanleiding van de therapie en nu zijn alle problemen voor haar opgelost. Na het eerste gesprek geeft ze aan dat ze geen problemen heeft, maar toch vertelt ze na het derde gesprek dat de therapeut steeds over problemen praat en dat ze heeft gezegd dat ze daar niet wil over praten. Wanneer tijdens het vijfde gesprek een problematisch onderwerp uit een vorig gesprek opnieuw wordt aangesneden, vindt ze dit niet erg meer. Het probleem is immers opgelost.

De cliënte vertelt dat ze zich verveelt tijdens de gesprekken, niet veel zegt, steeds met haar gsm speelt en niet luistert. De therapeut laat haar doen en vindt dit normaal. Ook geeft ze aan dat ze niet weet waarover werd gesproken. De therapeut vertelt echter dat ze afwisselend betrokken en niet betrokken is. Tevens heeft hij de indruk dat ze wel luistert naar hetgeen wordt gezegd. De therapeut laat haar inderdaad soms doen, maar confronteert haar ook. Na het vijfde gesprek kunnen we stellen dat de cliënte dit alles iets meer nuanceert. Ze geeft aan dat de wijze waarop ze met de vijf verplichte gesprekken is omgegaan, is meegevallen. Ze heeft geprobeerd haar best te doen, te luisteren en te antwoorden wanneer het moest.

Ze vindt het raar om over bepaalde zaken met de therapeut te praten, al geeft de therapeut aan dat ze net plots meer betrokken werd tijdens een thema waarvan hij verwacht had dat ze er niet zo gemakkelijk zou over praten in aanwezigheid van een vreemde. De cliënte vertelt ook dat ze niet kan praten met iemand die ze nog maar vijf dagen kent en niet vertrouwt. Ook de therapeut heeft de nadruk gelegd op het feit dat er meer gesprekken nodig zijn om veiligheid en een vertrouwensband te creëren.

Uit deze bevindingen kunnen we besluiten dat zowel een aantal parallellen als een aantal tegenstellingen opvallend zijn. Dit is begrijpelijk, daar de cliënte over weinig zelfreflectief vermogen beschikt, waardoor de verschillen in bevindingen gedeeltelijk gekaderd kunnen worden binnen de problematiek van de cliënte.