

Moving out of the closed room

Mieke Hoste

Samenvatting

Dankzij maatschappelijke ontwikkelingen hoeft therapie niet enkel meer beperkt te worden tot de therapiekamer. Therapie kan aan huis en zelfs via het internet gebeuren. Deze nieuwe ontwikkelingen doen nadenken over het belang van de therapieruimte en de grenzen van de therapeutische relatie. Naast de techniek of houding van de therapeut, kan het ook belangrijk zijn de setting af te stemmen op het cliënt-systeem. Het therapeutisch proces en de noden van het gezin kunnen ons hierin richting geven. De verschillende therapie-settings kunnen elkaar ook afwisselen, waardoor we meer mogelijkheden creëren binnen de intermediaire ruimte van een therapie. Het verhaal van de poes Oscar illustreert de zinvolheid om ook als systeemtherapeut te participeren in de beweging uit de therapiekamer.

Bewegen uit de therapiekamer komt voort uit een eeuwenoude traditie van vrijwilligers, en later ook van sociaal werkers, die thuis kwamen bij burgers die in kwetsbare omstandigheden verkeerden. Vroeger gingen hulpverleners in hoofdzaak toe naar cliënten die moeilijk bereikbaar waren, zoals gezinnen waar sprake was van huiselijk geweld, jeugdzorg, mensen met een psychiatrische achtergrond, armoede. De laatste jaren verschuift de outreachende aanpak steeds meer van het oplossen van acute problemen naar preventie en het versterken van sociale netwerken. Outreachend werk wordt steeds meer ingezet aan de 'voorkant' van sociale kwesties (Van Doorn et al., 2013) waarbij onder meer ziekenhuizen bedden op non-actief zetten om te investeren in psychiatrische hulp aan huis. Met een breed, systemisch perspectief en de vroege interventie die outreachend werk vaak realiseert, kan men dwangmaatregelen vermijden, de prognose verbeteren en erger voorkomen (Vandenbergh, 2010). De gezinsbegeleiders met deze outreachende traditie kunnen makkelijker familieleden en mantelzorgers betrekken, informeren en ondersteunen.

De context van de gezinsbegeleiders verschilt van de context waarin systeemtherapeuten in een therapiekamer aan de slag kunnen. Vooral als een gezinsbegeleiding start vanuit een meer verplichtend karakter (zoals vaak bij jeugdzorg) zal machtsongelijkheid onvermijdelijk zijn, zelfs al probeert de begeleider die weg te werken. Systeemtherapeuten in een praktijkruimte missen daarentegen vaak de inschatting van het thuis- en woonmilieu. Het leereffect in de thuissituatie wordt ook makkelijker overgedragen naar het dagelijkse leven (Vandenbergh, 2010).

De locatie waar de therapie of begeleiding plaatsvindt, hangt nu in hoofdzaak af van de voorziening waar een begeleider of systeemtherapeut werkt. Gezinsbegeleiders werken meestal aan huis en systeemtherapeuten met een zelfstandige praktijk werken vanuit hun eigen praktijkruimte. In een vrijwillige hulpverlening beweegt de therapieplek zelden mee met het therapeutische proces. Cognitieve gedragstherapeuten hebben al langer de traditie op gepaste tijden de therapieruimte te verlaten (Vandenbergh, 2010). In deze bijdrage hoop ik wat overwegingen te verwoorden die relevant zouden kunnen zijn voor de eventuele keuze om de therapiekamer te verlaten. De locatie waar therapie zich afspeelt verdient ook een afstemmingsproces, net als de inhoud van een therapie.

Ik reflecteer in dit artikel vanuit mijn eigen perspectief, een systeemtherapeut die aan systeemtherapie doet in een eigen praktijkruimte. Systeemtherapeuten maken 'van nature' al veel ruimte binnen hun eigen werkkader om de belevingswereld van het cliëntsysteem te verruimen. We maken gebruik van allerlei creatieve technieken die een extra ruimte creëren waarin het systeem aan de slag kan. Maakt het dan verschil uit als de gezinstherapie aan huis zou gebeuren? Heeft deze gezinstherapie aan huis een andere identiteit dan de gezinsbegeleidingen die nu al vaak thuis plaatsvinden? Waarop kan ik mij baseren om deze afweging te maken?

Om hierop een antwoord te bieden, ontvouw ik in het eerste luik van deze bijdrage de uitnodiging van Tom Andersen. Tom Andersen werkte in het ziekenhuis van Tromsø in Noorwegen, maar voor hem was de werkruimte bij de mensen thuis. Zo ontstonden de *living meetings* (woonkamerontmoetingen). Andersen werd geraakt door de ontmoeting met mensen in hun eigen context en moedigde zijn collega-gezinstherapeuten aan om zich uit de *closed room* te bewegen (Andersen, 1991; Hillewaere, 2007). Hij ondervond dat de betekenis van gedrag en woorden duidelijker werd in de context van het gezin zelf. Ook het streven naar gelijkwaardigheid en de gelijkere verdeling van deskundigheid weerklinken in zijn uitnodiging. De uitnodiging is ook gericht aan de systeemtherapeut met een eigen praktijkruimte.

In het tweede gedeelte, 'To move or not to move' sta ik stil bij de goede

redenen om in een therapiekamer te blijven, maar ook bij de goede redenen om daaruit te vertrekken. In dit afwegingproces is het belangrijk aan te sluiten bij noden van het gezin, hun grenzen te respecteren en vooral ook naar je eigen stem te luisteren.

Het verhaal van de poes Oscar krijgt het laatste woord in deze bijdrage. Het geeft een inkijk in wat 'woonkamertherapie' concreet betekent en hoe zinvol het kan zijn om de therapieplek te verhuizen.

De uitnodiging van Tom Andersen

We worden door het postmodernisme en sociaal-constructionisme aangemoedigd gevoelig te zijn voor multiple 'realiteiten' en onze eigen 'realiteit' gedeeltelijk op te schorten. We worden ook als therapeut immers deels gedetermineerd door onze context. Sociale constructen scheppen mede onze ervaring (Hardham, 1996). We zien niet de dingen zoals ze 'zijn', we zien dingen zoals we ze verwachten te zien vanuit onze eigen achtergrond.

Empathisch begrijpen is niet alleen een preliminaire activiteit voordat er taken of andere interventies worden verricht. Het voortdurend weer aansluiten bij de realiteit van de cliënten is een van de essenties van therapie en dat vergt iets van een therapeut. Er zijn evenveel valide realiteiten als mensen, maar we kunnen niet overal zijn (Hariri, 1996). Al proberen we dat vaak uitermate goed vanuit een therapiekamer. We knippen mensen uit hun dagdagelijkse realiteit en kleven ze in een therapiekamer. Staan we er bij stil dat ons begrijpen ook beperkt wordt door de ruimte waarin we werken?

Tom Andersen ondervond dat de betekenis van gedrag en woorden duidelijker werd in de context van het gezin zelf. Het scherpt de bewustwording van de relationele context aan (Hoffman, 1996). Het gedeeltelijk opschorten van de eigen realiteit lukt beter als je als therapeut werkelijk in een andere realiteit vertoeft. Het aan huis gaan brengt verhalen tot leven die anders nooit of misschien veel later in het oor van de therapeut zouden kruipen. Cliëntsystemen gaan immers vaak uit van een impliciet weten bij de therapeut en soms wordt iets te klein verteld of als irrelevant gezien om te bespreken. Dankzij de verhaallijnen die in de thuiscontext worden verteld kan de therapeut het cliëntstelsel beter begrijpen. Het verhaal wordt ruimer doordat de thuissituatie onderdrukte of verwaarloosde stemmen toelaat. De betekenis van een verhaal wordt daardoor veelzijdiger en er zijn alternatieve uitkomsten mogelijk (Hariri, 1996).

In de koppelgesprekken in de therapiekamer is Loes erg verwijtend naar haar schoonouders. Ze vindt dat ze haar man Kevin vaak tekortdoen. Als ik bij dit gezin thuis kom merk ik de vele ingebouwde kasten op. Loes brengt me een uitgebreid verhaal over haar schoonvader, die na nauwgezet opmeten en veel werkuren de kasten voorzag voor zijn zoon, die zelf niet zo handig is.

Deze kasten bieden me de mogelijkheid om het (voor Loes nog onzichtbare?) geven van haar schoonvader toch te kunnen benoemen. Al tijdens het uitspreken van het kastenverhaal verandert bij mij en haar de betekenis van het tekortgedaan worden. De inzet van schoonvader voor het bouwen van de kasten kan voortaan naast de verhalen staan waarbij Loes en haar man zich tekortgedaan voelen.

De realiteit van het cliëntsysteem kan de therapeut ook in zijn lijf raken. Het verhaal van een man die klaagt over zijn vrouw in een partnersprek - 'Zij heeft alleen maar oog voor de honden' - komt meer binnen als je tussen de hondjes op de gescheurde zetels zit. In de therapiekamer zijn dit vaak maar woorden, in de woonkamer komen ze echt tot leven voor de therapeut.

De weerspiegeling van de innerlijke belevingswereld in het lichaam kent vele vormen. Ook Andersen (1991) had bijzonder veel oog voor de lichamelijke taal. We moeten ervan uitgaan dat voor ons veel verloren gaat als mensen in een vreemde stoel in een vreemde context geplaatst worden. Men oefent immers meer controle uit op wat anders automatisch verloopt. Als eft-therapeut ben ik in het bijzonder gericht op de interactiecirkels van het paar (Palmer & Johnson, 2002). Ik merk op dat deze interactiecirkels volledig zijn in hun eigen woonkamer. In de therapiekamer houden mensen zich vaak in, vanuit de idee 'zich te moeten gedragen'.

Telkens als Huub begint voor zich uit te staren en Els niet meer aankijkt, merk ik op dat ze even naar de keuken moet (een glas water, een zakdoek). Als ik dit stukje van hun interactie benoem en bevrraag of dit anders ook zo is, beaamt Huub dit ten volle. Els voelt zich niet belangrijk en opzij gezet als hij wegstijgt van haar. Dat maakt haar verdrietig en ze wil zich niet zo voelen, niet opnieuw, ze vlucht ervan weg, ze kan de spanning niet meer aan. Als Els wegloopt krijgt Huub het gevoel dat hij niet snel genoeg kan denken volgens haar, dat hij niet voldoet.

De gast is de gastheer en de gastheer ook de gast

Harlene Anderson benoemt de therapeut als de gastheer of -vrouw die de cliënt als gast uitnodigt in de conversatie, maar tegelijkertijd ook gast is in het leven van de cliënt (Sermijn, 2014). We staan er vaak niet bij stil dat mensen – zelfs als we ze vanuit een collaboratieve houding en gelijkwaardigheid benaderen – toch verwachtingen koppelen aan de ruimte waar de therapie plaatsvindt (Scharf & Scharf, 1991). De verwachtingen zijn onder andere gericht op de fysieke en psychische werkruimte.

Vaak wordt een zekere deskundigheid verbonden aan de therapiekamer en de therapeut. Dat geldt trouwens niet alleen voor het systeem, ook de therapeut heeft een overdracht naar de therapiekamer.

In mijn eerste praktijkruimte deelde ik een kamer met een kinderpsycholoog. Hierdoor was de ruimte volledig bedolven onder speelgoed en creatief materiaal. Koppels die bij mij in relatietherapie kwamen, zeiden me nadien vaak dat ze zich daardoor soms minder op hun plaats voelden of angst hadden niet serieus te worden genomen.

Tom Andersen gaat met zijn cliëntsystemen een realistische vriendschap aan. Hij heeft een ongelooflijk positieve blik op mensen; door mensen in hun eigen context vanuit een ‘niet-wetende’ positie te benaderen geef je ze meer ruimte (Hoffman, 2002). Het loslaten van de *closed room* en aanbellen bij een nieuw, onbekend gezin, zorgt ervoor dat de therapeut en het cliëntstelsel meteen een gelijkwaardigheid voelen in dat eerste herkenbare gevoel van ‘angst voor het onbekende’. Elkaar opzoeken in eender welke ruimte staat ook symbool voor gelijkwaardigheid. We zijn immers beiden gast in elkaars ruimte, los van de fysieke plek. Het geloof in de expertise van het systeem versterkt hierdoor nog meer.

De verborgen schatten in de woonkamer

Schatten ontdekken in de woonkamer helpt ons om voorbij het vastzittende, probleemverzadigde verhaal van mensen te kijken en laat de rijkdom van de verhalen tot zijn recht komen (Andersen, 1991). Het begint al bij de manier waarop een gezin zich aankondigt op de deurbel (enkel de ouders, de familienaam of alle namen bijeen gepropt op dat kleine papiertje), wie me ontvangt en hoe dat gebeurt. De diverse inrichtingen van de kamers (slordig, eigentijds, clean, gedateerd) zijn dikwijls een veruitwendiging van de innerlijke leefwereld. In *closed room*-therapie leek een vrouw me heel afstandelijk en koel te zijn. Toen ik deze vrouw in

haar eigen woonkamer ontmoette, werd ik omringd door kaarsen, haardvuur en talrijke kussens.

De aanwezigheid van foto's en uitgestalde voorwerpen brengt belangrijke relaties aan het licht. Er zijn tantes en overleden opa's die je gedurende het ganse gesprek blijven aankijken. De foto's bieden een rijke contextuele blik, met vele ingangspoorten. Het genogram (inclusief de afwezige elementen ervan) blijft zich immers etaleren doorheen de begeleiding.

Er worden je veel manieren aangereikt om contact te maken met het gezin. Insoo Kim Berg voegt zich in door opmerkzaam te zijn over iets moois, aantrekkelijks of iets waarvoor de cliënt zich duidelijk heeft ingespannen (De Jong & Berg, 2004). Dergelijke observaties en vragen geven de rol van expert aan de cliënt, het getuigt van respect en het legt zijn of haar sterke kanten bloot.

In het gezin X was de dochter van vijftien jaar de geïdentificeerde patiënt. Ik was even bij haar op de kamer gaan zitten. Het kleine hokje bevroop me, hoewel het gezin de ruimte nooit als klein of benauwend had benoemd. De kamer was een broeihaard van fantasieverhalen waar de dochter in vluchtte en zich aardig mee in de nesten had gewerkt. De grootte van de kamer was omgekeerd evenredig met haar fantasieën. Het meisje voelde zich weinig geïntegreerd in het gezin, het was niet mogelijk om haar betekenisgevingen met die van de anderen te verweven. Na het volgende gesprek, waarin we een huis-tekening hadden gemaakt, trof ik een tafel met een nagelstudio aan in de woonkamer. Moeder en dochter waren samen op zoek gegaan naar fantasiegedachten die wel een integratie konden kennen. Dochter volgde nu een cursus nagelstyling, ze kochten de toebehoren aan. Het was tevens een manier om het sociaal contact en de zelfzekerheid te verhogen. Ik was verstomd door de competentie van dit gezin.

To move or not move?

Geldt deze uitnodiging ook voor systeemtherapeuten met een eigen praktijkruimte? Het valt in het huidige landschap vast te stellen dat weinig systeemtherapeuten hun eigen praktijkruimte verlaten. Bij de uitnodiging om zich uit de *closed room* te bewegen wordt duidelijk dat therapie aan huis ook heel waardevol kan zijn voor deze systeemtherapeuten.

Een gezinsbegeleiding aan huis ontspruit nu dikwijls vanuit een min of meer opgelegd kader (vanuit bijzondere jeugdzorg, mobiele teams, gehandicaptenzorg, kind en gezin, melding huisarts). De hulpvraag kan daarvoor bij aanvang klein zijn of, als het gezin wel een hulpvraag heeft, kan

die vooral gericht zijn op concrete praktische hulp. Indien een gezinsbegeleiding vanuit een bepaalde opdracht vertrekt, kan de gezinsbegeleider niet zomaar afwachten wat er gebeurt en heeft hij een bepaalde taakspanning; bepaalde thema's moeten besproken worden. Als een systeemtherapeut een therapie aan huis opstart, bij het begin of tijdens het verloop van de therapie, zal de therapie zich door het verschil in aanvang, verloop en methodiek meestal onderscheiden van een gezinsbegeleiding aan huis.

Een 'woonkamertherapie' heeft het voordeel te kunnen starten vanuit een eigen erkende hulpvraag bij het cliëntsysteem. Het verloop is daardoor minder gekoppeld aan noodzakelijk te behandelen thema's, wat ruimte biedt aan de therapeut en het cliëntsysteem om het verhaal te verbreden en de concrete hulpvraag te overstijgen. De complexiteit van de problematiek bij het aangemelde gezin of koppel ligt vaak ook lager dan bij min of meer verplichte vormen van hulpverlening. Woonkamertherapie houdt daardoor ook in dat er meer abstract of op symbolische wijze gewerkt kan worden dan in een gezinsbegeleiding. Een woonkamertherapie wordt vaak met eigen middelen betaald, de duur kan samen besproken worden zoals dat ook bij gezinstherapie in een therapiekamer is (Splingaer, 1999).

De uitnodiging voor woonkamertherapie hoeft natuurlijk niet te betekenen dat we daar altijd op in moeten gaan. Een afwegingsproces is op zijn plaats. Soms zijn er omstandigheden waardoor therapie best plaatsvindt in een therapiekamer.

Het is belangrijk om te kijken naar de waarde die een therapiekamer heeft voor het cliëntsysteem en de therapeut. Volgens Paterson (1996) moeten de therapeut en de cliënt elkaar niet meer dan nodig storen in elkaars leven om het gemeenschappelijk therapeutisch doel te bereiken. De intense persoonlijke band tussen therapeut en cliënt kan een middel zijn om dat doel te bereiken, maar mag niet het doel op zich zijn. In de beweging die we in de hulpverlening maken om meer aan huis te gaan, dienen we ons dus zeker ook de vraag te stellen of dat nodig is om het therapeutische doel te bereiken. Ook Vandenbergh (2010) pleit voor een begeleiding bij de instelling als het kan, en outreachend waar de hulp anders tekortschiet of waar dat een meerwaarde oplevert. Het afwegingsproces moet blijven gebeuren en daarbij zijn de stemmen van de therapeut zowel als van het cliëntsysteem essentieel.

De waarde van de therapiekamer en zijn therapeut

De waarde van een therapiekamer is vaak beschreven en onderzocht. In de overweging om al dan niet te bewegen uit de therapiekamer kunnen we die waarde niet over het hoofd zien.

De therapieruimte onderscheidt zich op een belangrijke manier van de alledaagse realiteit van de cliënt. Er is een opschorting van het 'reële leven' en zijn concrete eisen in de therapieruimte. Hierdoor ervaren cliënten meer ruimte voor verbeelding, nadenken en experimenteren (Cluckers, 2007). Het is een soort neutrale plek, die een ontwikkelingsplek kan worden. De continuïteit en constantie dragen bij om overgangen en transformaties te laten plaatsvinden (Berkhouwer, 2004). Het proces dat afgelegd wordt, vindt telkens plaats in dezelfde ruimte, met dezelfde therapeut en binnen dezelfde tijdsspanne.

Men kan de therapieruimte ook zien als het verlengde van de therapeut, de verbinding tussen binnen en buiten, een intermediaire ruimte (Winnicott, 1971). Een intermediaire ruimte omvat echter niet alleen de plaats waar therapie plaatsvindt (een concrete en zichtbare ruimte) maar is ook een potentiële ruimte in overdrachtelijke zin. Het is een resultante van wederzijdse afstemming en creatie. Een ruimte om te zijn en te worden. De potentiële of intermediaire ruimte is een ruimte die groei toelaat als men er maar geduldig en niet resultaatgericht in kan verblijven - het eigene van veel vormen van psychotherapie (De Vos, 2008). Systeemtherapeuten zijn vaak erg sterk in het creëren van een intermediaire ruimte; we wenden allerlei creatief materiaal en technieken aan om de ruimte te verbreden waarin betekenis zich kan ontvouwen (duplo, klei, sculpting, gezinsopstellingen, sprookjes).

De therapiekamer biedt ook begrenzing en beveiliging; de kamer maakt deel uit van de *holding environment* (dragende omgeving). Scharf en Scharf (1991) beklemtonen dat de holding-functie deel uitmaakt van de therapeut; zonder de therapeut is de therapiekamer betekenisloos. Stiers (2007) benoemt dat de holding-functie van de therapeut voor het grootste gedeelte gecreëerd wordt door een ruimte te voorzien waarbij men de competentie heeft om in onzekerheden, mysteries en angsten te vertoeven. Alleen al de lijfelijke aanwezigheid van de therapeut op de afgesproken tijd en plaats maakt al dat de therapeut een ruimte van beschikbaarheid creëert (Berkhouwer, 2004). Deze ruimte moet dus zeker mee verhuisd worden als we de *closed room* verlaten.

De context die het cliëntstelsel nodig heeft

Als we de waarde van de therapiekamer en de uitnodiging om uit de *closed room* te bewegen meenemen, kan de plek waar een gezinstherapie plaatsvindt afgewogen worden. Niet alleen bij de aanmelding moet men hierbij stilstaan, het is belangrijk om dit gedurende het gehele therapieverloop te bekijken.

We moeten allereerst luisteren naar de stemmen van het cliënt-systeem. Sommige cliënten hebben nood aan een grotere afstand van de therapeut en willen maar een bepaald stuk van hun persoonlijk leven laten inkijken. De hulpverlening is immers buitenwereld die aan de deur komt kloppen (Splingaer, 2014). Indien het gaat om een gedwongen of opgelegde vorm van hulpverlening worden soms deuren ingetrapt die het gezin liever dicht houdt. Deze hulpverlening kan dan als grensoverschrijdend beleefd worden.

Bij vrijwillige hulpverlening kiest het systeem in eerste instantie zelf voor het contact, maar ook hier kan de therapeut deuren openmaken of kamers betreden waarvoor men geen toestemming heeft. De therapiekamer heeft dus zeker meerwaarde wanneer gezinsleden zelf aangeven dat ze liever geen therapie aan huis hebben, om welke reden dan ook. De therapiekamer biedt dan rust en veiligheid om te exploreren en respecteert de grenzen die de gezinsleden op dat moment stellen.

Bij de afweging voor woonkamertherapie zou men de vraag kunnen stellen of de context die gecreëerd kan worden binnen de therapiekamer volstaat om het therapeutische doel te bereiken. Hierbij stem je af op een context die het gezin nodig heeft. In een bijdrage van Perlesz en Furlong (1996) vond ik een illustratie van deze afstemming terug. Er wordt een gezin beschreven waarbij men ook een sessie woonkamertherapie doet. Er is een vader met een fysieke handicap, een moeder en twee zonen. De aanvankelijke aanmelding is voor de oudste zoon, die driftbuien heeft. Al snel wordt echter duidelijk dat het gezin rouwt om de zelfdoding van de oudste zoon, David.

Het was een huisbezoek waarbij de familieleden hun private werelden deelden met de therapeuten. Mama toonde de spullen van David in zijn eigen kamer. Na tien maanden therapie had dit huisbezoek hetgrootste effect op het opbouwen van de therapeutische relatie. Elk kon immers tonen en benadrukken wat voor zichzelf en de ander belangrijk was. De afschuwelijke dingen die werden verteld over de suïcidepoging van David in hun huis, maakten plaats voor liefdevolle herinneringen die David verbonden met zijn gezin. Het huisbezoek was het begin van het einde van de therapie. Het evenwicht werd gevonden tussen autonomie en verbondenheid, zodat de gezinsleden er immers tonen en benadrukken wat voor hem of haar zelf en de ander zeker van waren dat ze alleen verder konden.

De afstemming met het gezin en de context die het nodig heeft, ziet er telkens anders uit. Ik ga vaak over tot het voorstellen van een woonkamerontmoeting als de therapie stagneert en er geen duidelijke rede-

nen gevonden worden bij het systeem of mezelf. Vaak merk ik dan op dat de thuiscontext de therapie terug op weg helpt. Dat kan door de inbreng van de verschillende 'nieuwe stemmen' die thuis worden opgeroepen. De geborgenheid van de eigen context laat mensen zich vaak kwetsbaarder tonen, waardoor defensiemechanismen minder op de voorgrond staan. Soms wordt er ook teruggekeerd naar de therapiekamer.

Sofie en Bjorn willen graag koppeltherapie aan huis. Ze hebben een zontje van vier, Brent. Ze willen hem niet achterlaten met een oppas; daarom laten ze mij bij hen komen. Ik besluit hierop in te gaan omdat ik opmerk dat er hevige conflicten zijn en de angst van Sofie voelbaar is aan de telefoon. Na enige gesprekken blijkt dat Sofie heel nauw verbonden is met Brent en dat ze Bjorn weinig toelaat in zijn ouderrol. Sofie is angstig en kan zichzelf heel moeilijk geruststellen. Bjorn vindt geen toegang tot haar en voelt zich uitgesloten. In het zesde gesprek bespreken we de voortzetting van de therapie in de therapiekamer, zonder Brent. Doordat Sofie kon openstaan voor Bjorns verdriet, kan ze voor het eerst koppeltherapie toelaten. De beweging naar de therapiekamer is voor dit koppel een belangrijk onderdeel in hun therapie geweest. De verhuizing staat hier symbool voor afstand kunnen nemen, loslaten en het terug verbinden met de partner.

De stem van de therapeut

Naast de stem van het cliëntsysteem vind ik de stem van de therapeut ook waardevol. Is het haalbaar voor de systeemtherapeut om de therapiekamer te verlaten?

De keuze kan beperkt worden door financiële of economische redenen, het verplaatsen van de therapeut is soms geen optie. De fysieke werkplek is vaak ook erg verbonden met de overtuiging dat dit de therapeut werkzaam maakt. Het biedt ook veiligheid en herkenbaarheid voor de therapeut: 'Dit is mijn plek.' En daar is niets verkeerd mee. Het comfort voor de therapeut mag er ook zijn.

Ik had aanvankelijk veel twijfels om uit mijn praktijkruimte te vertrekken. Ik was er niet zeker van of ik mijn mentale ruimte mee kon verhuizen naar de woonkamers van mijn cliëntsysteem. Ondertussen heb ik ondervonden dat het zeker mogelijk is. Bij de eerste ontmoeting creëer ik samen met het systeem een kader om de verantwoordelijkheid gemeenschappelijk te dragen. Het klassieke kader omvat de begrenzing in tijd, agressie, frequentie en de vergoeding. Ik vraag om een rustige plek te kiezen en grote huisdieren buiten te laten (een aanrader van mijn huis-

arts). We spreken op voorhand af welke gezinsleden betrokken worden in de therapie. Hoewel ik het toeval aanmoedig – het veranderingsproces wordt gevoed door toeval – mag het niet storend zijn (veelvuldig bezoek, muziek, pc-gebruik). Ik vertrek ook altijd met mijn eigen basismateriaal om creatief aan de slag te kunnen gaan.

Gaandeweg leerde ik de eigen context los te laten. Bewegen buiten je vaste stek, je laten verrassen, biedt een enorme ‘burn-in’. Dat staat in contrast met het opbranden (burn-out) die we soms door het ‘lopendebandwerk’ van opeenvolgende therapie sessies in een eigen therapiekamer ervaren. Je eigen fysieke bewegingsvrijheid is dan immers klein en op den duur kan dan ook de psychische en speelse beweging aangetast worden. De ‘psychische ruimte’ wordt dan uitgehold terwijl er eigenlijk veel ruimte moet zijn.

Het verhaal van Oscar

Ik sluit deze bijdrage af met een vignette van Liesbeth, Hans en Oscar. Het is een therapie die aanvankelijk in mijn eigen therapiekamer plaatsvond en opschoof naar hun woonkamer. Het zal de omwenteling betekenen van de therapie, want in de therapiekamer had ik een deelnemer te kort, Oscar.

Ik leerde Hans (40) en Liesbeth (35) twee jaar geleden kennen. Het is een uiterst gekwetst koppel, ze beleefden beiden een moeizame hechtingsgeschiedenis en bleven elkaar doorheen hun partnerrelatie kwetsen door met andere partners iets op te starten. Tot Liesbeth twee jaar geleden een zwaar ongeval overkwam en ze weer een koppel vormden. Het vertrouwen is nu echter compleet zoek. Liesbeth heeft ook een kinderwens maar dat ziet Hans nog niet als haalbaar.

Uit Liesbeths hechtingsgeschiedenis blijkt dat ze zich niet gelieft voelt. Beide ouders drinken te veel, de beste band heeft ze met haar vader maar van hem krijgt ze alleen haar verbeterpunten te horen. Liesbeth voelt zich erg onzeker en heeft veel nood om bevestigd te worden. Hans groeide op als enig kind, hij had wel twee broers maar beiden stierven kort na de geboorte. Zijn ouders hebben hem overbeschermend opgevoed, zegt hij. Hij kreeg weinig vrijheden uit angst dat hem iets zou overkomen.

In het eerste gedeelte van de therapie probeert elk zijn koffertje te tonen van de afgelopen jaren. In deze koffers vinden we veel schaamte rond gedachten en gevoelens die men bij de ‘derde’ had. Om beurten bevroren ze, komt er kwaadheid en sluiten ze zich voor elkaar af. Argwanend wordt de ander afgespeurd op leugens of bedrog. Liesbeth kan

nog steeds niet terug naar hun gemeenschappelijk huis, ze woont voorlopig bij haar ouders in. Als we verkennen waarom de verhuizing niet is gebeurd, blijkt dit door Gismo te komen. Gismo is Liesbeths poes; hij woont bij haar ouders. Liesbeth voelt zich zeker bij Gismo, ze kan niet zonder haar kater. Hem meenemen naar hun huis lukt ook niet, want het is de poes van haar vader. Hans heeft het gevoel dat Gismo bij Liesbeth op de eerste plaats komt. Het maakt hem bang dat ze niet samenwonen, want zo kan er makkelijk weer een derde bijkomen.

Na een korte therapieonderbreking ten gevolge van mijn bevallingsrust blijkt dat Liesbeth is ingetrokken bij Hans; Gismo is overleden.

Ik blij vaststellen dat Liesbeth zich in de therapiekamer nog steeds niet op haar gemak voelt. Zij lacht vaak gespannen, houdt haar stoel vast terwijl ze praat. Ze reageert op de vreemde geluiden buiten de therapiekamer. Ze blijft op haar *qui-vive* naar haar man en naar de praktijkruimte en mijzelf, desondanks de vele pogingen haar op haar gemak te stellen. Op dat moment in de therapie vraag ik of we de volgende sessie laten plaatsvinden bij hen thuis. Ik wil nagaan of Liesbeth zich thuis veiliger zou voelen. Beiden vinden het meteen goed. Achteraf hoor ik dat de beweging naar hun woonkamer voor hen heel betekenisvol was. Het deed hen weer hopen, want voordien voelden ze zich vaak zo hopeloos. Hierdoor was ik voor hen oprecht betrokken. Het is net omwille van de uitzichtloze toekomstperspectief dat het zo belangrijk is dat therapie hoop biedt (Rober, 2004).

Als ik hun woonkamer binnenkom, word ik telkens gewaarschuwd voor een kleine drempel (in het buitengaan ook). Er hangen geen gordijnen aan de ramen waardoor we vaak in het zicht van de drukke straat zitten. Voor de rest staan er weinig foto's, er is wel een grote tv en de hometrainer doet me steeds denken aan de knierevalidatie van Hans. Zijn knieoperatie is van grote invloed op hun relationeel functioneren, en dat wordt pas duidelijk bij de woonkamertherapie. In mijn therapiekamer vermeldden beiden daar nagenoeg niets over.

In de woonkamertherapie zijn we plots met vier, een stoere rossige katten maakt zijn intrede. Ze hebben hem Oscar genoemd. Hij hangt meestal rond in de kamer of kruipt in mijn tas. Oscar heeft namelijk een voorliefde voor handtassen, nooit is mijn handtas veilig.

Als eft-therapeut werk ik met verschillende fasen in de therapie (Palmer & Johnson, 2002). Bij dit koppel zat ik bij aanvang van de woonkamertherapie nog steeds in fase 1, namelijk bij het verkennen en herkennen van de interactiecirkels. Niet te verwonderen na alles wat dit koppel doorstond. De veiligheid was ver zoek. Door de aanwezigheid van Oscar veranderde Liesbeth in de therapie. Als ze het moeilijk kreeg werd Oscar er steevast bij gehaald. Hij werd gestreeld en

geknuffeld en viel dicht bij haar in slaap. Met Oscar kon Liesbeth zichzelf kalmeren, hij maakte haar terug rustig. Liesbeth kreeg het thuis vaak moeilijk doordat Hans iets verzweg, 'haar spaarde van waar hij mee bezig was'. Liesbeth voelde zich dan zo waardeloos dat ze haar rolluiken helemaal naar beneden deed. Hans stond vaak een hele tijd op haar rolluik te kloppen, maar hij was niet nodig voor haar. Zij verbond zich op zo'n moment met Oscar.

Het deed me denken dat Liesbeth zich waarschijnlijk nooit verwaagde in de therapiekamer omdat ze geen of weinig gereedschappen had om zich dan gerust te stellen. Later vertelde Liesbeth dat haar poezen, ook als kind, haar veilige haven waren. De vele discussies thuis, de ervaren pijn, vertrouwde ze toe aan de poezen. Het leek ook een manier om zich te verbinden met haar vader, die zich ook verbond met de poezen – een soort triangulatie dus (Govaerts, 2007).

Telkens als de rolluiken dicht bleven, werd Hans heel eenzaam. Hij zag dat zijn vrouw wel dichtbij kon zijn bij Oscar, die ze wel vertrouwde, die wel mocht genieten van haar verdriet en streling. Er waren ook vriendinnen die gedeeltelijk dit voorrecht hadden, maar Hans was het bijna nooit. Hij wou voor haar belangrijk zijn, hij was bang dat hij weer zou achterblijven. Hij verlangde zo naar haar bevestiging. En dat was bij Liesbeth niet anders. Oscar gaf haar wel zelfzekerheid ('hij geniet van mij, hij zal mij niet verlaten, zijn liefde is onvoorwaardelijk'), maar het heelde niet de wonden.

In het eerste deel van de therapie werd Hans als een 'hondenman' benoemd, nu begon dit te keren. Ik merkte op dat Hans en Oscar het samen goed konden vinden. Ik benoemde dat vaak en zag aan Liesbeth dat ze daar blij mee was. Ik streelde Oscar ook vaak, telkens hij passeerde, ik was blij dat ik hem leerde kennen en zijn baasje. Een huisdier is voor sommigen ook een soort verlengde van zichzelf. Mensen met een (hoofdzakelijk) angstig-vermijdende hechtingsstijl vertellen vaak dat men de nabijheid van de partner aan het beestje wel kan verdragen.

Als de partner kan houden van het beestje, kan hij ook van het baasje houden. Het is een goed voorteken, op een veilige afstand.

Na enige tijd kon het koppel zijn interactiecirkel goed herkennen en werd de woonkamer het decor voor nieuwe interacties en enactments. Fase 2 luidde zich dus in. Oscar werd beetje bij beetje losgelaten, zijn deken lag niet meer klaar naast Liesbeth en als hij nog maar eens in mijn tas kroop werd hij buitengezet. Ondertussen was die kleine kitten ook een stevige kater aan het worden. Soms liep Liesbeth weg naar de keuken als ze het moeilijk had of staaarde ze voor zich uit. Maar daar kon Hans bij blijven, hij verloor niet het gevecht tegen een 'derde'. Hans begreep dat hij haar moest geruststellen en durfde haar terug aan te

raken. Hoewel ze dat al vroeg en soms eiste in het begin van de therapie was dat voor hem toen nog te bedreigend. Ze bevestigde dat ze het fijn vond dat hij haar niet meer 'spaarde' en bij haar bleef.

De scenario's die beiden toelieten, konden ze voortzetten toen ik de woonkamer verliet. In mijn therapiekamer zou het waarschijnlijk nooit gelukt zijn. Het verhaal van Gismo had destijds weinig betekenis voor mij; ook Oscar zou nooit zo uitgebreid aan bod gekomen zijn. Ik kon de betekenis niet zien, zij konden het niet vertellen als ik er niet in levenden lijve was bij geweest.

Conclusie: andere plekken voor therapie

In het veranderende therapeutische landschap maakt de klassieke therapiekamer vaker plaats voor andere plekken. De woonkamer, een boswandeling of een virtuele plek kan evengoed een plaats voor therapie zijn, als we maar oog hebben voor de meerwaarde en beperkingen.

Afwegen welke context het cliëntensysteem – cliënten zowel als therapeut – nodig heeft om het therapeutische doel te bereiken, is daarbij essentieel. Soms zal de therapiekamer daartoe ontoereikend zijn. Compensatie van de afwezige fysieke ruimte door nog meer oog te hebben voor een veilige psychische of symbolische plek kan helpen om de *closed room* te verlaten. Toen ik mijn expertjasje aan de haak hing en durfde nabij te zijn in gelijkwaardigheid, bood dat mij veel nieuwe goudklompjes om met de cliënten mee aan de slag te gaan.

Mieke Hoste is werkzaam als afdelingspsychologe op de eenheid Ontwenning in kliniek St-Jozef Pittem, zelfstandig relatie- en gezinstherapeute in eigen praktijk en opleider bij het Therapiecentrum Rapunzel te Diest. E-mail: miekehoste@hotmail.com.

Literatuur

- Andersen, T. (ed.) (1991). *The reflecting team – Dialogues and dialogues about the dialogues*. New York: Norton.
- Berkhouwer, A.Y. (2004). *Handboek de psychoanalytische setting – Anatomie van een plek*. Amsterdam: Boom.
- Cluckers, G. (2007). De spelkamer als potentieel 'therapeutische ruimte'. In N. Vliegen & L. Van Lier (red.), *Een spel voor twee spelers – Spel en speelsheid in psychoanalytische psychotherapie* (pp. 55-70). Leuven: Acco.
- De Vos, J. (2008). Een winterjas moet een paar maten te groot zijn... Over intermediaire ruimte in de systeemtherapie. In M. Kinet (red.), *Psychoanalyse en/van het systeem, bij jongeren en hun gezin* (pp.129-154). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Doorn, L. van, Huber, M., Kemmeren, C., Linde, M. van der, Räkera, M. & Uden, T. van (2013). *Outreaching werkt!* Utrecht: Movisie.

- Faskas, C. & Perlesz, A. (eds.) (1996). *The therapeutic relationship in systemic therapy*. London: Karnac.
- Govaerts, J.M. (2007). *Hechtingsproblemen in gezinnen – Integratie van de hechtings-theorie in het systeemtherapeutische model*. Leuven: Lannoo.
- Hardham, V. (1996). Embedded and embodied in the therapeutic relationship – Understanding the therapist's use of self systemically. In C. Faskas & A. Perlesz (eds.), *The therapeutic relationship in systemic therapy* (pp. 71-89). London: Karnac.
- Hariri, E. (1996). Empathy and the therapeutic relationship in systemic-oriented therapies – A historical and clinical overview. In C. Faskas & A. Perlesz (eds.), *The therapeutic relationship in systemic therapy* (pp. 53-70). London: Karnac.
- Hillewaere, B. (2007). Leven en werk van Tom Andersen. *Systeemtheoretisch Bulletin*, 25(3), 271-294.
- Hoffman, L. (2002). *Family therapy – An intimate history*. New York/Londen: Norton.
- Jong, P. de & Berg, I.K. (2004). *De kracht van oplossingen – Handwijzer voor oplossings-gerichte gesprekstherapie*. Amsterdam: Harcourt.
- Palmer, G. & Johnson, S. (2002). Becoming an emotionally focused couple therapist. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 1(3), 1-20.
- Paterson, T. (1996). Leaving well alone – A systemic perspective on the therapeutic relationship. In C. Faskas & A. Perlesz (eds.), *The therapeutic relationship in systemic therapy* (pp. 142-157). London: Karnac.
- Perlesz, A., Furlong, M. & the "D" Family (1996). A systematic therapy unravelled – In through the out door. In C. Faskas & A. Perlesz (eds.), *The therapeutic relationship in systemic therapy* (pp. 142-157). London: Karnac.
- Rober, P. (2004). *Samen in therapie – Gezinstherapie als dialoog*. Leuven: Acco.
- Scharff, D. & Scharff, J. (1991). *Object relations family therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Sermijn, J. (2014). Samen luidop verwonden – In dialoog met Harlene Anderson. *Systeemtherapie*, 26(2), 79-86.
- Stiers, H. (2007). Van steun naar containment – De plaats van advies in het object-relatieel geïnspireerd werk met ouders en gezinnen. In N. Vliegen, P. Meurs & L. Van Lier (red.), *Geduldig gereedschap – De relatie als drager van het psychodynamisch proces* (pp. 235-245). Leuven: Acco.
- Splingaer, G. (1999). Gezinsbegeleiding – Het kleine zusje van gezinstherapie, of toch niet? *Tijdschrift voor Familiotherapie*, 6(2), 3-20.
- Splingaer, G. (2014). Het Ontwikkelingshuis – Een kijk op de co-evolutie van kinderen en gezinnen. *Systeemtheoretisch Bulletin*, 32(1), pp. 13-37.
- Vandenberghe, J. (2010). Ambulant als het kan, outreaching als het moet. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 52, pp. 679-681.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. Londen: Tavistock.