

5.4. Besluit

Ik stel het gezin geen therapie of behandeling voor waarin ik hun verantwoordelijkheid overneem en de werkende kracht ben in een proces van verandering. Ik stel een actie voor waarin het rondgaan van informatie de essentie is, dit helpt me om meer los te laten. Ik werk voornamelijk als *activator* van het gezinsproces. Ik heb gaandeweg een therapie ontwikkeld die ik procestherapie noem omdat daarin het activeren van het proces de essentie is. Zelfs al weten de leden van het gezin het niet, zij beschikken toch over de mogelijkheid om originele oplossingen te bedenken voor hun specifieke problemen. Als wij de informatie waar zij over beschikken kunnen zichtbaar maken, kunnen zij hun *eigen oplossing* vinden. Ik beschouw het gezin niet langer als pathologisch, ik wijs het op de *eigen competentie* en hoop op die manier dat de familie in de toekomst geen therapeut meer nodig zullen hebben om het proces verder te zetten.

Hoofdstuk 6

Overgang van chaos die tot zelfmoord leidt naar de competentie van het gezin⁷

Het is voor een psychiater, die op de dienst spoedgevallen werkt, niet altijd gemakkelijk om het risico van een nieuwe zelfmoordpoging in te schatten. Zelfs als de patiënt zegt dat hij niet wou sterven zegt hij niet altijd de waarheid; als hij beweert dat hij spijt heeft dat zijn poging mislukt is wil dat ook niet zeggen dat hij zal herbeginnen. De beslissing om de patiënt al of niet te ontslaan impliceert een grote *ethische dimensie*; als daarbij nog een wettelijke dimensie komt, zoals in Noord-Amerika – de zelfmoord van een patiënt kan beoordeeld worden als een zware professionele fout – wordt de beslissing zwaar.

Daarbij verwacht men van de psychiater dat hij de dienst spoedgevallen snel verlost van deze vervelende patiënt die "geen echte zieke is", door hem te ontslaan of te laten opnemen in de psychiatrische afdeling. Je kan je dan natuurlijk tegen deze regels verzetten, maar dat is inefficiënt en geeft een gevoel van onzekerheid. Men kan ook opmerken dat deze strikte regels een bron van innovatie kunnen zijn.

In deze context heb ik een manier van interventie ontdekt die tegelijk eenvoudig en efficiënt is – in drie jaar tijd had ik geen recidieven – al is ze niet altijd even gemakkelijk toe te passen.

Systemische benadering betekent niet automatisch gezinstherapie. Op de dienst spoedgevallen impliceert het dat je rekening houdt met de context voor de therapeut, dat je de patiënt als een competent iemand beschouwt, dat je goed beseft dat de patiënt en zijn omgeving de informatie bezitten die de oplossing inhouden. Onze manier van interveniëren kan ik beter illustreren met een praktisch voorbeeld dan met lange theorieën.

7. Deze tekst is voorheen in verkorte vorm verschenen in *Le Journal européen de l'urgence* (Ausloos, 1990).

6.1. Een netelig probleem...

Albert werd door zijn zeventienjarige zoon naar de dienst spoedgevallen gebracht; hij was op een avond vroeger thuisgekomen dan verwacht en had zijn vader gevonden met een geweer in de handen. Er volgde een kort gevecht waarin de zoon de vader kon ontwapenen en hem overtuigen om hem te vergezellen naar spoedgevallen. Albert had een briefje nagelaten waarin hij verklaarde dat hij er een eind aan wou maken, dat hij niet langer voor iedereen een last wou zijn, hij vroeg om vergiffenis.

Wanneer ik hem ontmoet heeft hij de tranen in de ogen, dit in fel contrast met zijn stoer uiterlijk. Zijn vrouw heeft hem anderhalf jaar verlaten na achttien jaar huwelijk. Een jaar voor de scheiding had hij reeds gedreigd om zelfmoord te plegen. Een jaar geleden heeft hij een poging ondernomen toen zijn jongste zoon van twaalf jaar besloot om in een andere stad bij zijn moeder te gaan wonen. Drie maanden geleden ging hij een intense relatie aan met een vriendin, maar ook zij heeft hem vijftien dagen geleden verlaten nadat zijn vijftienjarige dochter ook een zelfmoordpoging ondernam. Die vriendin verkoos een scheiding boven een gezinssituatie die ze niet begreep.

Albert heeft zijn scheiding nog niet aanvaard; de zelfmoordpoging van zijn dochter en het verlies van zijn vriendin namen voor hem de laatste hoop weg. Na haar eigen zelfmoordpoging is zijn dochter, die tot dan toe bij hem woonde, bij haar moeder ingetrokken. Die heeft hem gebeld om hem uit te maken en te verwijten dat hij nooit een goede echtgenoot was, zijn verantwoordelijkheden niet opnam en geen echte vader kon zijn. Daarenboven zit hij in financiële moeilijkheden en is hij een gematigde alcoholist. Hij voelt zich schuldig en verantwoordelijk voor alles en heeft spijt dat zijn poging mislukt is. Hij wil terug naar huis en een laatste poging doen slagen.

Hij is met geen argumenten te overtuigen; wanneer ik zeg dat ik hem in deze toestand niet kan laten vertrekken reageert hij agressief: "Ik ben niet gek en u hebt het recht niet om me hier te houden, het zal toch tot niets dienen".

Soortgelijke situaties doen zich alle dagen – in verschillende toonaarden – voor op de dienst spoedgevallen en de psychiater staat er dikwijls ongewapend bij.

Wanneer we deze patiënten opnemen is dit bij wijze van spreken een stap terugzetten, maar dan wel om nadien harder te kunnen springen, want het is onwaarschijnlijk dat de context binnen een paar dagen zal wijzigen. Wanneer we ze laten vertrekken met een voorschrift voor antidepressiva en afspreken voor een externe consultatie zal het risico niet erg afnemen. Wat we ook doen, de twee alternatieven maken het probleem alleen maar groter want ze bestempelen de patiënt als een zieke die niet voor zichzelf kan zorgen, en rechtvaardigen alleen maar zijn zelfmoordpoging.

6.2. Voor wie?

Laten we het probleem eens door een andere bril bekijken: wie heeft er eigenlijk een probleem? Zeker de patiënt niet want die heeft een oplossing gevonden: hij zal sterven en alles is opgelost. Maar de therapeut zal hoe dan

ook terecht komen in een niet comfortabele situatie: wanneer hij de patiënt hospitaliseert, krijgt hij een paar dagen later een probleem; wanneer hij hem ontslaat loopt hij het risico dat de patiënt hervalt.

Het is juist die moeilijke situatie die kortbij de *double bind* komt die me de aanzet zal geven tot het vinden van een oplossing. Laten we eraan herinneren dat *double bind* een ingewikkeld relationeel schema is – dit wil zeggen een interpersoonlijke situatie – dat wederzijdse, paradoxale bevelen bevat die onderling discordant en niet te verenigen zijn.

Zoals ik al zei kan je pas goed voor de patiënt zorgen als je je eerst om jezelf bekommert. In een *double bind* situatie is het wel degelijk hij of zij die uitzendt die de oplossing voor het probleem bezit; in dit geval is dus ook de patiënt diegene die me uit deze benarde situatie kan halen. Ik ontwikkelde een strategie die ik in soortgelijke situaties, soms met enige variatie, gebruik. Ik zeg aan de patiënt dat ik voor een probleem sta omdat ik juridische vervolging riskeer, en dat alleen hij mij kan helpen.

6.3. Terug naar de dialoog

Ther.: "Ik kan grote professionele risico's lopen als ik u naar huis laat gaan terwijl ik niet zeker ben dat u niet herbegint. Anderzijds ben ik het met u eens dat het geen oplossing biedt als ik u hier houdt en dat het meer op een "straf" zou lijken dan op een behandeling. Ik wil u wel geloven als u me zegt dat u niet zal herbeginnen, en ik weet dat u eerlijk bent, maar niemand zegt dat u binnen een paar dagen niet van idee zult veranderen. Om u te ontslaan zou ik eigenlijk een waterdichte garantie willen."

Daarna volgt een lange onderhandeling die niet langer draait rond zijn redenen om zelfmoord te plegen, maar waarin hij naar middelen zoekt om me te overtuigen dat hij niet zal herbeginnen.

Ik maak het hem niet gemakkelijker wanneer ik eraan toevoeg dat ik als *persoon* geen meningen heb over het gerechtvaardigd zijn van zijn zelfmoord, maar dat ik als *hulpverlener* alles in het werk moet stellen om hem ervan te weerhouden.

Dit moment in het gesprek is eigenlijk een metacommunicatie over onze respectievelijke rollen en over de definitie van de relatie: ik ben geen dokter die een zieke zal verzorgen, maar een professioneel iemand die aan een competente partner vraagt om hem een oplossing aan te reiken. De patiënt wordt actief en competent in plaats van passief en afhankelijk.

6.4. De competentie van de patiënt

In dit stadium van het gesprek belooft de patiënt me gewoonlijk dat hij niet zal herbeginnen op korte of middellange termijn; ik weiger die belofte te aanvaarden en zeg de patiënt dat ik in zijn plaats hetzelfde zou beloven ter-

wijl ik goed zou weten dat de belofte me tot niets engageert als ik toch zelfmoord pleeg.

Meestal begint hij spontaan over de familie die zouden kunnen beamen wat hij zegt. Ik maak van de gelegenheid gebruik om hem voor te stellen dat hij tegen de volgende dag al de betrokken familieleden zou bijeen roepen. Het betreft familieleden die betrokken geweest zijn bij zijn poging, ofwel omdat ze er rechtstreeks bij betrokken waren, ofwel omdat ze vrezen dat hij zal herbeginnen. Ook de familieleden die hem vertrouwen willen geven en voor hem willen borg staan worden gevraagd.

Deze strategie heeft vele voordelen:

- de patiënt is actief betrokken bij het proces omdat hij er moet voor zorgen dat er een uitweg gevonden wordt;
- hij weet beter dan de therapeut wie hem kan helpen om niet te herbeginnen en wie bang is dat hij herbegint;
- wanneer hij iedereen opbelt mobiliseert hij niet alleen zijn familieleden, maar ook zichzelf want hij moet uitleggen waarom het belangrijk is dat ze komen;
- hij start een voorafgaandelijk proces omdat ieder voor zich moet uitmaken wat ze tijdens de vergadering zullen zeggen, wat de patiënt zelf zal zeggen, wat hij ervan verwacht. Zijn telefoon zorgt er ook voor dat iedereen mekaar begint op te bellen om te overleggen;
- omdat de patiënt zelf belt verandert de context van de vergadering: het is niet de therapeut die iedereen bijeenroept om hen in vraag te stellen, het is de patiënt die vraagt om hem te helpen.

Drie opmerkingen:

1. Men maakt dikwijls de opmerking dat deze strategie in de praktijk niet werkt omdat er te weinig tijd is om heel de familie te ontvangen. Dit is een voorwendsel om de context van de familie te vergeten. Daarom zorg ik er van tevoren altijd voor dat ik één uur vrij houdt om de familie te ontvangen van de patiënten die in de dienst spoedgevallen terechtkomen. Wanneer ik dat uur niet nodig heb, is het een welkome verpozing in een drukke dag.
2. In het begin riep ik zelf de familie bijeen, wat me veel tijd kostte; ik moest ze zelf op de hoogte brengen van de zelfmoordpoging waardoor ik altijd het risico liep dat hun eerste reacties tegen mij gericht werden. Dikwijls moest ik er ook hard voor vechten om ze allen samen te zien. Sinds ik die taak aan de patiënt overlaat, win ik tijd en heb ik het voordeel dat hij het is die de familie inlicht en onderhandelt over hun komst. Daardoor is de interventie al voor de helft afgewerkt.
3. De ervaring heeft me geleerd dat de patiënten zeer goed weten wie ze moeten uitnodigen en dat ze het spel meespelen. Dit voorkomt ook dat de therapeut zich vragen begint te stellen waar hij niet kan op antwoorden. Zoals in dit specifiek geval: is het nodig dat de zoon uitgenodigd wordt voor deze bijeenkomst van twee generaties? Moet ik de vriendin uitnodigen: zij was de druppel die de emmer deed overlopen wanneer ze hem vertelde dat ze de relatie wou stopzetten? Het antwoord van de thera-

peut op deze vragen zou een willekeurige beperking gevormd hebben voor het systeem; het antwoord van de patiënt daarentegen vormt belangrijke informatie en laat hem aanvoelen dat we hem vertrouwen.

6.5. De hulpbronnen voor het gezin

Meestal dezelfde dag nog ontmoet ik de familieleden die door de patiënt uitgenodigd werden (de patiënt verblijft voorlopig op de dienst spoedgevallen), soms doe ik dat de volgende dag. Ik eis niet systematisch dat iedereen tegelijk aanwezig is, maar ik zoek wel naar de redenen waarom enkelen niet komen. Ik ben telkenmale verrast wanneer ik merk hoe efficiënt de patiënt zich van zijn taak gekweten heeft

Albert is heel actief geweest: zijn zestigjarige ouders zijn aanwezig, en ook zijn vier broers en drie zussen, zijn zeventienjarige zoon en een vertrouwde collega die hem tijdens de laatste maanden gesteund heeft, in totaal twaalf personen.

Nadat ik iedereen bedankt heb voor hun komst, verklaar ik de reden van deze bijeenkomst: te weten komen of we Albert naar huis mogen laten terugkeren, ofwel of we hem voor een tijdje in de psychiatrische afdeling moeten opnemen.

Daarna vraag ik aan ieder van hen om zich voor te stellen en hun relatie tot de patiënt toe te lichten.

Dit is een belangrijk moment omdat ik de gemoedstoestand in de familie kan polsen, omdat ik kan zorgen voor een ontspannen sfeer binnen de kamer en me met ieder van hen verbonden kan voelen. Dit is des te belangrijker omdat binnenkort de spanningen zullen toenemen. Men denkt te vaak dat men het gezin in een ongemakkelijke sfeer moet brengen om daarna de ontstane crisis te kunnen aanpakken. Ik denk eerder dat er een vertrouwenssfeer moet gecreëerd worden opdat iedereen echte emoties zou kunnen beleven.

Daarna doe ik de informatie rondgaan en vraag wie vermoedde dat de patiënt een poging zou ondernemen, met wie ze daarover gesproken hebben, wat ze gedaan hebben om hem dat te verhinderen, wat de aanleiding was, enzovoort.

Iedereen vermoedde het en vreesde ervoor, ze hadden er onder mekaar over gesproken, maar niemand had Albert er durven over aanspreken uit schrik om het proces te activeren. Albert is de oudste in de familie, hij is iemand waar iedereen altijd kon op rekenen. Iedereen was uit zijn lood geslagen door hem zo gedepimeerd te zien. Nu had hij de anderen nodig en niemand wist hoe hem te helpen of hem aan te spreken. In de familie had men niet geleerd om over emoties te spreken.

Albert is zeer verwonderd over al wat hij hoort en zijn broers geven toe dat ze met hem alleen maar spraken over "vissen en jagen". Dit onderwerp zal nog dikwijls aangehaald worden om aan te tonen dat ze spijt hebben dat in de familie nooit over emoties gesproken werd. De zeventenzestigjarige moeder, een klein en verlegen vrouwtje, benadrukt dit onderwerp en zegt dat, indien ze kon

herbeginnen, ze haar kinderen heel anders zou opvoeden en ze zou toelaten om hun emoties te tonen. Achteraf zal blijken dat dit een belangrijke interventie was voor het verdere verloop van het gesprek.

6.6. De betrokkenheid van de therapeut

Iedereen heeft nu iets kunnen zeggen, en men begint zich ontspannen te voelen in een vertrouwelijke omgeving. Het is nu mogelijk geworden om te benoemen wat iedereen in het hoofd en op zijn hart liggen heeft maar waarvoor ze allen bang zijn en waar ze nooit zullen over spreken als de therapeut niet de moed heeft om het aan te brengen: schrik voor de dood.

Ik stel de vraag meestal op volgende manier: "Jullie zijn hier allemaal samen omdat Albert bijna dood was. Als hij wat minder geluk zou gehad hebben, zaten jullie nu ook samen... in het dodenhuisje. Ik denk dat Albert een probleem heeft: hij denkt dat het voor iedereen beter zou zijn als hij dood was. Vermits hij nog leeft hebben jullie de kans om hem te zeggen wat jullie zouden gezegd hebben op het kerkhof bij zijn kist, wat hij voor jullie betekend had. Ik weet dat dit heel moeilijk is maar denk dat dit het beste is wat jullie kunnen doen om Albert te helpen. Wie wil als eerste spreken?"

Het is duidelijk dat dit een moeilijke opgave is, elke keer opnieuw komen er trouwens tranen bij te pas. Maar, zoals Whitaker zegt, men moet het onbenoembare benoemen om het *onzegbare* te kunnen zeggen.

Ik denk dat het onontbeerlijk is dat de dood van bij het begin genoemd wordt: iedereen denkt eraan maar niemand durft erover spreken. De therapeut moet het initiatief nemen en daardoor de context van het gesprek bepalen. Het is ook belangrijk om het gesprek te definiëren als een dienst die aan de therapeut bewezen wordt. Het gesprek is zeker geen tribunaal waar we gaan zoeken wie de schuldige is en wie kan genieten van verzachtende omstandigheden.

De patiënt denkt heel dikwijls dat niemand nog om hem geeft, dat hij iedereen ten laste is, en dat zijn dood een grote opluchting zal zijn en dat hij er dus maar beter niet meer kan zijn. Als we hem kunnen doen beseffen wat zijn dood zou berokkenen bij de anderen, is dat waarschijnlijk één van de beste remmen om hem ervan te weerhouden om een nieuwe poging te wagen. Daarenboven heeft iedereen de kans om zijn emoties de vrije loop te laten en te zeggen wat ze niet hadden durven of kunnen zeggen als de therapeut hen er niet de mogelijkheid toe had geboden. Dit is dus een uitgelezen manier om de informatie te laten rondcirculeren.

Zelden bekent elk van hen wat hij of zij diep in zijn/haar hart voelt, maar er is toch telkens iemand die iets vertelt wat de patiënt diep raakt. Hoe dan ook, alleen al maar de vraag overwegen heeft voor ieder van hen een therapeutisch effect.

Eén van de broers vond de juiste woorden: "Was Albert gestorven, dan had ik nooit meer kunnen gaan jagen. In de herfst wisten we allemaal dat het slecht met hem ging, maar niemand durfde erover te spreken. In de toekomst zal ik het zeker over andere dingen hebben dan over jacht en visvangst".

De oude moeder beaamt dit door te zeggen dat het aan de opvoeding ligt en dat, als ze kon herbeginnen,... Eén van de zussen zegt: "Als hij zou gestorven zijn, zou ik nooit meer dezelfde zijn omdat een deel van mezelf zou weggenomen zijn".

Een andere zegt: "Weet je nog hoe erg het was toen mijn baby gestorven is? Het zou voor mij nog erger geweest zijn als jij er niet meer zou zijn".

Op dit ogenblik neemt Albert het woord. "Ik wil het volgende verklaren: ik zal nooit nog een poging ondernemen, ik heb ontdekt wat ik al wist maar waar ik niet meer in geloofde, hoe belangrijk ik voor jullie ben en wat een kracht het me geeft om tot een familie als de onze te behoren. Ik blijf de oudste, maar ik zal nooit meer de rots in de branding zijn, ik weet nu dat ik breekbaar ben en durf het jullie bekennen, maar ik weet dat ik op jullie kan rekenen".

6.7. Het verschil dat het verschil uitmaakt

Na een dergelijk gesprek is het essentiële gezegd. Wat de communicatie binnen deze familie verhinderde is opgeruimd. Alle familieleden, dus niet alleen de patiënt, veranderden. De regel van "jacht en visvangst" heeft grote invloed. Ik vond het toch interessant om de situatie te onderlijnen door een eindboodschap te geven en een ritueel voor te stellen.

Ik ben buitengegaan om me voor te bereiden op de laatste interventie. Wanneer ik terug binnenga zeg ik: "Aan wat Albert zei is niet veel toe te voegen. Alleen wou ik jullie nog zeggen dat ik in het begin nogal gechoqueerd was door wat jullie zeiden over "jagen en vissen", maar ook onder de indruk van de warmte en de eerlijkheid van wat jullie zeiden. Albert zag als oudste in de familie niet meer hoe hij nog een andere rol kon opnemen. Er was een zelfmoordpoging nodig om hem de rijkdom van jullie familie opnieuw te laten ontdekken. Het was misschien niet de juiste manier van doen maar het resultaat loont de moeite. Ik wil nu van jullie weten of jullie geloven in Alberts engagement en of hij al dan niet het ziekenhuis mag verlaten deze avond".

Iedereen is het erover eens dat het kan. Waarop ik zeg: "Ik zou jullie nog één ding willen vragen: we zijn nu donderdag, en als Albert was gestorven zouden jullie zaterdag verenigd zijn voor de begrafenis. De begrafenis is het feest rond de dood. Ik zou willen dat jullie zaterdag samenkomen om het feest van het leven te vieren door een groot diner". Albert onderbreekt me: "Ik ga dit feest zelf organiseren, en ik zou u daarna nog graag gedurende een tijd ontmoeten".

De bedoeling van mijn voorstel is om op het analoge vlak voort te zetten wat begonnen is op het digitale. Ik heb Albert daarna vijf tot zes keer individueel ontvangen. Ik vernam dat het een leuk feest geweest was en dat hij zijn broers en zussen één voor één was gaan opzoeken waarbij ze mekaar dingen hadden kunnen toevertrouwen die vroeger nooit benoemd waren. Dat had hij vooral gedaan met zijn jongste en gehandicapte broer met wie hij bijna nooit gepraat had.

Hij had in een kiosk een boek gekocht in de trant van *Uw wilskracht kan alles oplossen*. Hij las er tien bladzijden per dag in en noteerde alles wat hij

niet begreep. Tijdens die individuele sessies bracht hij telkens zijn schriftje mee en vroeg hij me om uitleg.

Gedurende een maand was hij zonder job en begon te schilderen. Dat was een droom waarvan hij dacht dat hij hem nooit zou kunnen realiseren. Na jaren afwezigheid is hij teruggekeerd naar zijn hockeyclub waar hij zich vrijwillig inzet voor het opleiden van de jongeren. Anderhalf jaar later ontmoette ik hem toevallig, hij zag er goed uit en vertrok op reis. Hij was vakbondsafgevaardigde in het bedrijf waar hij werkte en begaf zich naar een congres.

6.8. Besluit

In dergelijke situaties zijn individuele en familiale tijd dikwijls op een harmonieuze manier complementair. Bateson zegt dat "informatie het verschil is dat het verschil uitmaakt". De manier waarop wij allen aan dit gesprek deelnamen maakt op twee manieren het verschil uit: door de mogelijkheid om emoties te uiten en door de aangekondigde verandering te verankeren in een ritueel. Dit kunnen we samenvatten in drie zinnen:

- *hij* (de patiënt) is bekwaam om zijn probleem op te lossen en kan er ook actief iets aan doen;
- *ik* (de therapeut) ben een spilfiguur om het proces op gang te brengen dat de informatie doet rondgaan, zelfs al ben ik het die een probleem heb;
- de *familie* bezit de informatie die het verschil uitmaakt tussen leven en dood.

6.9. Nawoord

Korte tijd na deze sessies (eind 1988) had ik een boeiend gesprek met Christian Coté die sinds jaren de systeembenadering onderwijst aan de Universiteit van Laval. Wij spraken over de aandacht dat én het proces, én de inhoud moeten krijgen. Ik vertelde hem dat ik me in de praktijk meer en meer was beginnen concentreren op het proces, zelfs al moest ik daarvoor minder aandacht aan de inhoud geven; ik dwong me soms om niet te begrijpen wat men zei om me meer te kunnen richten op wat er gebeurde. Ik gaf hem het voorbeeld van de therapie die ik zojuist beschreven heb.

Ik vertel hem daarna dat ik mijn rol als therapeut vooral zie als de activator van het proces met als doel de informatie te laten kunnen circuleren rond wat er gebeurd is. Dan kan er gesproken worden over datgene wat men zou kunnen doen om ervoor te zorgen dat er geen nieuwe crisis plaatsgrijpt. Dit is veel belangrijker dan het verzamelen van informatie over de patiënt, de familie of de voorgeschiedenis.

Ik benadruk het belang om zich in dergelijk gesprek niet te engageren op basis van vooraf gemaakte hypothesen, maar alleen op basis van strategieën die het proces kunnen activeren. Dit veronderstelt wel een groot vertrouwen in het probleemoplossend vermogen van het systeem. Maar dit vertrouwen wordt beloond omdat de mensen meewerken om de zaken op een veel betere manier te formuleren dan deze die de therapeut zelf had kunnen vinden. Denken we maar aan de formule "over visvangst en jacht" die door de patiënt overgenomen werd om het gesprek te besluiten.

Op dat ogenblik onderbreekt mijn gesprekspartner me: "Het is niet mogelijk dat ge u niet hebt beziggehouden met de inhoud, zoals die over de dood bij voorbeeld". Ik vat niet direct wat hij wil zeggen, maar hij herneemt alle fases die hiermee te maken hadden: de zelfmoord natuurlijk, mijn vraag aan de familie, de jacht en de visvangst die verband houden met dode dieren.

Terwijl ik naar Christian Coté luister realiseer ik me dat dit thema inderdaad heel de tijd vervat lag in het gesprek maar dat ik het niet besepte en zeker niet geprobeerd heb om het te gebruiken. Terwijl u het verhaal las heeft u misschien dezelfde hypothese gemaakt, maar dat is omdat ik mijn verhaal wel op deze manier moest vertellen opdat de lezer zou kunnen volgen.

Tijdens de sessies werk ik hard, maar niet om te proberen te begrijpen: ik activeer het proces maar interesseer me niet voor de inhoud. Dit is een vooraf geplande en moeilijke houding, want er worden me soms heel boeiende verhalen verteld. Laten we niet vergeten dat de familie dit als een centraal probleem aangewezen heeft en ze deze formulering niet heeft kunnen gebruiken om tot een oplossing te komen. Dit wil dus zeggen dat de door hen gebruikte formulering niet relevant was.

Piaget zei: "Elke keer als u iets aan een kind aanleert, verhindert u het dat het dit zelf ontdekt". Ik zou dit willen parafraseren en omzetten naar de systeemtherapie: "Elke keer als u het probleem van een gezin begrijpt, verhindert u dit gezin het zelf te ontdekken".

Natuurlijk bestaat er zoiets als een inhoud, natuurlijk is die soms boeiend, natuurlijk zouden we daardoor veel dingen beter begrijpen, maar kan dat nuttig zijn voor het veranderen van het gezin? Anders gezegd: als therapeut wil ik dingen begrijpen, maar is dat relevant voor het gezin dat moet leven?