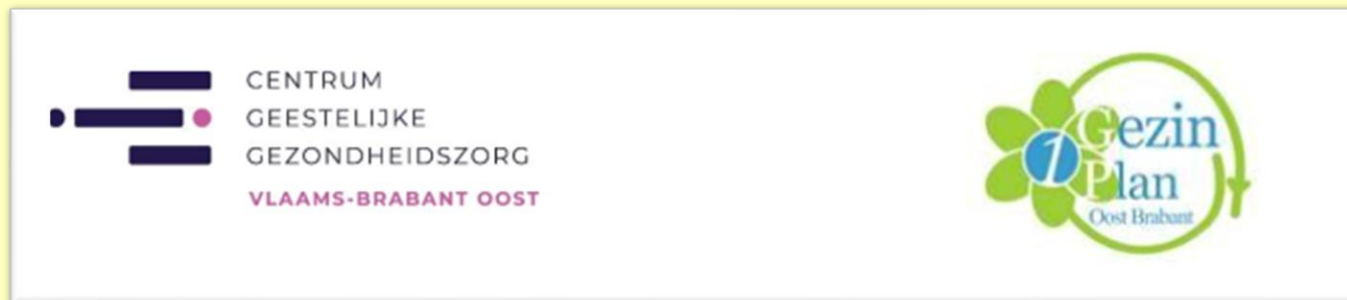


# Geënte therapie

Ervaringen in het werkveld schoeien op een theoretische leest

# Oproep!

- Welwillendheid om mee te denken, in te voelen en straks een vraag/opmerking/reflectie/resonantie te formuleren.
- Meerlagigheid – eenvoudbalans: we zijn professionals dus ik ga uit van welwillendheid en competenties om meerlagig complex te denken.



# Korte geschiedenis

- Oog voor elkaar, Ook met elkaar 2012-2014: voor de eerste keer ‘geënte therapie’ (Vits, 2014), toen veel presentie in verhouding tot een klein beetje specifieke interventie: eerste ervaringen opdoen (kader aanbieden waarin de vraag kan komen: vb. 2<sup>e</sup> lijns interventies aan de deur vd kinderopvang, oudergroep (opvang, praktisch) of dagprogramma gezin.
- Nieuwe kans 2018 opstart 1G1P: nadruk veel meer op de specifieke interventie én theoretisch kader AMBIT biedt enkele fundamentele aangrijpingspunten (triangulatie en epistemic trust)
  - ➔ centraal is 2x hoe brengen we het denken van de geestelijke gezondheidszorg van de 2<sup>e</sup> lijn dicht bij mensen die door dit aanbod nu (bvb. CGG) niet bereikt worden (om welke reden ook) en waarbij het wellicht toch relevant is.
  - ➔ tweedelijnsdenken is gericht op onderliggende dynamieken, doorwerking – handhavingsbalans bij beperkingen of tekorten binnen een ontwikkelingsdenken.

# Laagdrempelige vorm in een complex kader

- In zijn vorm is het eenvoudig: de psycholoog-therapeut (CGG) werkt mobiel op de plaats die het gezin kiest (1G1P).
  - ➔ Mensen die om een of andere reden – welke ook – niet bij de ggz geraken en toch lijkt de psycho-dynamiek een belangrijke rol te spelen.
  - ➔ het betreft gezinnen die op meerdere levendomeinen moeilijkheden hebben (indicatie voor 1G1P).
  - ➔ Het is belangrijk deze dynamiek in beeld (benoemd/doorvoeld) te krijgen om tot een beter plan van aanpak te komen (= taak gezinscoach).

# Praktisch

- Plaats die cliënt kiest (cf. ambit) → wel ‘randvoorwaarden’ bekijken, wat is nodig ivm privacy, veiligheid maar ook wat ondersteunt het proces.
- Duur: 1-1,5u sessie, met binnenkomen en afronden, nieuwe afspraak etc. tegen de 2u vaak (zonder verplaatsingstijd).
- Cliënt en gezinscoach bepalen de aanwezigen in de sessie. Maar er wordt ook steeds toegelicht welke invloed dit heeft op de sessie. (bvb. sessie met kinderen 0-18 of zonder).

# Finaliteit

- Ambitieus: het lege midden, de olifant in de kamer, de onbewuste maar sterk bepalende dynamiek(en) benoembaar en bewust voelbaar maken. (welk conflict, welk verlangen, welke verstrikkingen nu of vanuit het verleden: steeds onvolledig...). Milder: het bewuste, reeds gekende maar niet bespreekbare, bespreekbaar maken. = betere doorvoeling en hantering (mentalitie) van kerndynamieken die spelen.
- Beter bewust kunnen kiezen welke plaats dit in het totale plan krijgt (= taak gezinscoach in regie gezin).
- Beter beperkingen van iedere keuze kunnen (ver-)dragen, weten dat elke oplossing onvolledig is, niet alles tegelijkertijd kan en toch niet in de onmacht verzinken maar kiezen en verder timmeren aan je levenspad. (Willen-kunnen balans en acceptatie-verantwoordelijkheid versus berusting).

# De weg ernaartoe: aard van de interventies

- Soms psycho-educatief: bvb. ontwikkelingsdenken (vaak voorkomend: ze moeten dat later ook kunnen dus nu... vs. Gedoseerd passend bij de ontwikkelingsleeftijd, vbn. opruimen, plannen, woedeaanvallen peuter)
- Soms indicatief-oriënterend: bvb. bij opmerken onverwerkte rouw of bvb. sterk ADHD functioneren bij een ouder (cf. wachten, afstemmen): benoemen, voorstellen verder OZ (eerste klinische scoring via vragenlijsten).
- Soms therapeutisch: deel traumahantering, stukje oudertherapie verwerking, therapeutische weg zo lang als nodig om in vertrouwen door te geven (de professional kan een situatie wel fileren maar een persoon is één geheel, soms is dit het moment en de plaats dat het 'eindelijk' komt, kan).

# Voorbeelden van aanvragen en onderliggende dynamieken benoemen.

1. Intiële vraag: kan je langskomen want moeilijk om zoon op te voeden en we weten niet wat te doen → blijkt ook energieprobleem bij 1 ouders wegens rouw of 1 ouder blijkt ernstige ADHD te hebben wat sterk speelt in de interactie met de opgroeiende jongere.
2. Initiële vraag: donkere gedachten bij een van de ouders: blijkt link met psycho-dymaniek ouder ivm 'goed doen' en ouderschapsstijl verschil dat onvoldoende gezamenlijk benut wordt.
3. Intiële vraag: zoveel terreinen onder druk (finc, opvd, spcf zorgnood, opname ouder) lijkt hopeloos: in voeling brengen en helpen kiezen waarop inzetten, waar bij stilstaan, welke richting uitgaan. Verdieping: zichzelf beter begrijpen, ontstaan van ander narratief rond situatie en aangrijpen op kleinste element van wat wel in de hand en welke hulp accepteren en wat niet.



# Schoeien op een theoretische leest

- Bestaande kaders gebruiken om flexibel in voeling te treden met wat 'aanslaat' bij dit gezin: ontwikkelingspsychologie, systeemtherapie, psychodynamisch denken, familie- en organisatieopstellingen enz.
- Actieve kaders op de voorgrond:
  - 1. hantering van de triangulatie
  - 2. epistemic trust
  - 3. empowerment, regie bij het gezin.

# Triangulatie: ontluikend: dualiteit 3x, oscillerende dualiteit)

- Gezin-Gezinscoach: een werkrelatie werd opgebouwd onderling, deze werkrelatie vormt nu een bedding waarbinnen ruimte kan ontstaan om een derde binnen te laten.
  - Gezinscoach-psycholoog/therapeut : vertrouwen houden, aanwezig blijven, verbinding houden met psycholoog-therapeut en zijn interventies op momenten waarop we voor het gezin bij het 'lege midden/het onbewuste/de olifant' komen en het oncomfortabel wordt (naar de conflictspanning). Dit uit zich vooral non-verbaal in houding (geen hocus pocus cf. IMH, EMG van spieren, videoanalyse) maar ook verbaal in interventies (als een soort bevestiging).
- ➔ Door het feit dat GC en psycholoog elkaar 'tegenkomen' doorheen de teamwerking ontstaat er vertrouwdheid met ieders stijl en ontstaat ook een vertrouwen en kennis ivm hoe ieder is (cf. ook resonantietheorie).

# Triangulatie: ontluikend: Dualiteit 3x, oscillerende dualiteit.

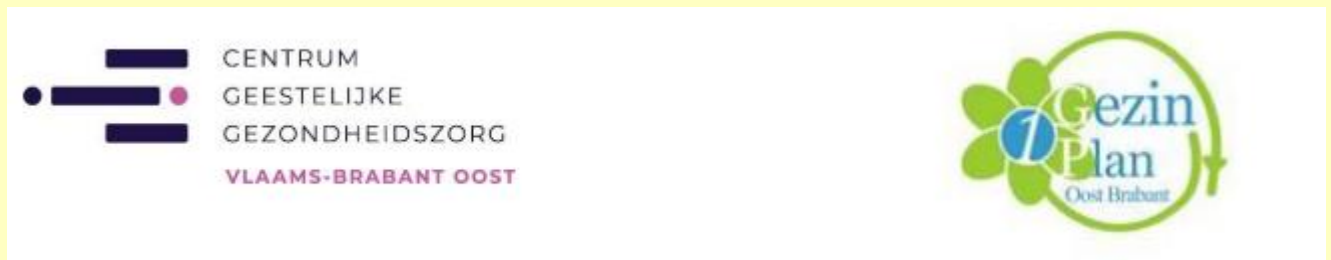
- Gezin-psycholoog/therapeut: het gezin gaf op voorhand toelating aan de GC om een psycholoog te betrekken. In die zin is het 'op vraag van het gezin'. De psycholoog-therapeut biedt zich met zowel zijn klinisch psychologische als met zijn therapeutisch kennis en vaardigheden aan ter beschikking van het gezin.
- → door deze onderlinge verbindingen ontstaat in het midden van deze driehoek een ruimte om nieuwe zaken aan bod te laten komen, die niet of minder krachtig tot stand zouden komen bij uitwisseling tussen 2 van 3 posities.
- → erg van belang dat ieder zijn positie kan en durft nemen. (let erop).

# Triangulatie

→ checking back: gezin-GC-psycholoog: Vanuit de verbinding die het gezin reeds ontwikkelde met de GC gaan zij ook checking-back doen (al dan niet bewust en volgens hun hechtingsstijl en epistemic trust (Verm./Hypera/Ambi/gepast/naïef cf. ambit) hoe de GC zich verhoudt tav psycholoog. Dit vraagt vertrouwdheid en ervaring met de werking van de psycholoog. Door deze 'veilige basis' worden interventies verdragen (gezin) en geprobeerd (psy-th) waar normaal eerst zou moeten geïnvesteerd zijn in een werkrelatie. De psycholoog rekent op het gezin, de GC, hun werkrelatie en op de werkrelatie van de GC met de psy-th om dit mee in goede banen te leiden (indien te moeilijk, te snel, naast de kwestie etc. Dit is geen exacte wetenschap maar juist een erg sensitief afstemmen en vraagt voorzichtig toch doortastend (gezien beperkte werkallianatie met psy-th) optreden.

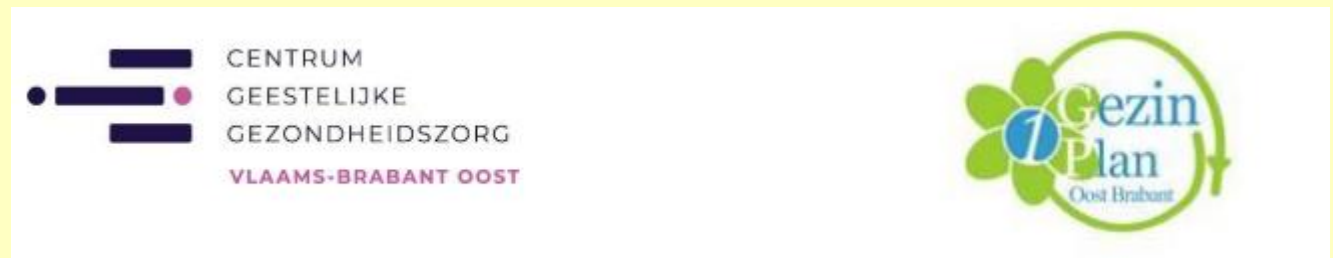
# Triangulatie als dragend veld (achtergrond)

- door de aanwezigheid van de gezinscoach ontstaat er een grotere tolerantie voor interventies die oncomfortabele gevoelens oproepen. Immers door de aanwezigheid= steun en verzekering en het getuige zijn geeft vertrouwen dat oncomfortabele interventies, gezien zijn, later hernomen kunnen worden met GC, je niet overgave bent want empowering met GC. (regie bij het gezin), de verbinding van de psy.



# Triangulatie als dragend veld (achtergrond)

- De GC gaat vanuit zijn aanvoelen en kennis met het gezin (werkrelatie: hechtingsrelatie) regieaanwijzingen geven aan de psycholoog.
- ➔ Immers de psycholoog deed zelf niet aan relatieopbouw die traditioneel tussen de 3 en de 7 sessies duurt. Vbn. Wacht even, dit lijkt precies moeilijk voor mama/papa. Of dit hebben we al eens besproken, dit ligt erg gevoelig of hier wil men liever niet over spreken nu enz.



# Epistemic trust

- Kort samengevat: welke info, van wie ‘vertrouw’ je om verder te kunnen in het leven x in welke stijl van vertrouwen, vb. jongere in bende
  - Verschillende stijlen: gepast vertrouwen, epistemic hyperwaakzaamheid, epistemic naïviteit, epistemic vermijding (hyperautonoom) → van belang in de geënte sessie (bekijken met GC op voorhand en in de sessie) en super van belang in het plan (ivm effectiviteit). Vb. pedagogisch advies geven en check hoe dit is voor ouder.
- hulp om na te denken over welke hv verhouding deze persoon nu verder kan helpen?

# Specifieke aspecten



## Organisatorisch

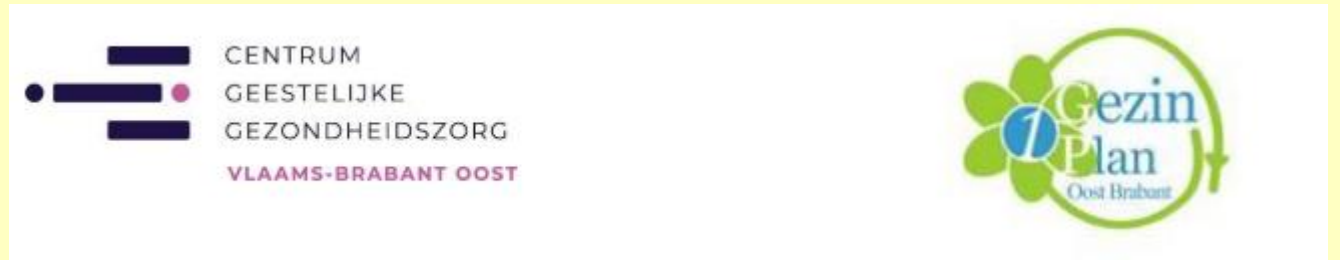
- Planningspuzzel (GC, gezin, psy)
- Dossier-in-werking nodig (tijd ivhd tot effectieve interventie), en rode draad (al dan niet) dynamiek vasthouden.
- Verplaatsingsstress volledig bij HV

## Inhoudelijk

- Vaak overdeterminering van gedrag of symptoom, alles ligt nog op een hoop → mee 'hoppen' (relatie, opvoeding, individueel, sociaal-economisch enz.)
- Zowel klinisch psychologisch als therapeutisch beschikbaar.



# Specifieke aspecten



## In de samenwerking

- Stijl x werkrelatie gezinscoach bepaalt mee de sessie: sommige aanleg voor co-therapeutisch, sommige duidelijk taakgericht op het plan, sommige opvoeddeskundige (bvb. auti) soms voldoende mede-aanwezige, getuige enz. Erg belangrijk dat de GC in zijn kracht blijft (wat dat ook betekent, soms net enkel getuige) en 'herkenbaar' voor het gezin.
- Meestal bijna géén verder overleg met de GC nodig (behalve voor 1<sup>e</sup> sessie) enkel bij crisis of scharnierpunten, dan erg beschikbaar zijn als psycholoog-therapeut.

# Psycho-technische aandachtspunten (niet voor dit forum)

- Bij het te snel focussen op 1 terrein, dreigt dit overbelicht te worden én is er een miskenning van het rekening houden met de mogelijk overweldigende omstandigheden van het geheel (vb. uitgebreid behandelplan voor 1 kind als er 3 kinderen zorgnoden hebben...).
- ➔ in voeling brengen met verschillende dynamieken die spelen en het gezin, de balancering laten maken, oa ondersteund door professioneel advies.
- Deze voeling wordt wel ingezet via ingangspoort die het gezin en GC naar voor schuift maar vaak snel verbreding via associatie wegens overdeterminering van 'symptomen' (vb. ouder depressief ➔ eigen dynamiek x gezinsmanagement x partnerrelatie)

# Basisassumpties bij geënte sessies

- Goedbedoelde analyses en hulp die te veel vertrekken vanuit 'preconceptions' about the cliënt's need, hebben het risico van herhaling van verstorende herinneringen van negatie (neglect) en verlatenheid als dit niet afgestemd is op de actueel ervaren noden. (p.11, D. Bevington 2015).
- Welke epistemic trust er is hier en nu rond een thema bepaalt welk soort hulp nu geïndiceerd is. Vb. nog veel op autonomie (verm).-gericht: dan opletten met bemoeienis, bij gepast vertrouwen kan je veel advies geven, bij hyperalert veel aandacht voor de relatie en teleurstellingen, breukjes en hoe er mee omgaan.

# Basisassumpties bij geënte sessies

- Doel: doorleefd/doorvoeld (gementaliseerd v= van generationaliseerd) kader als tegengesteld aan des-integratie, fragmentatie.
- => raap en pluk-cultuur is ok als iemand tot integratie kan komen, anders gevaar van conflicterend, onvoldoende integratie en dus binnen het geheel de weg kwijt geraken, uit balans : cf/ onderzoek: vanaf moment 3 domeinen, veel kans dat je de regie kwijt raakt in je leven... (cf. analogie De Wachter: bij het ontplooiën, tussen de plooien je weg kwijt geraken).
- ➔ dit kan enkel door de cliënt in verbinding te brengen met zijn eigen thema's, dynamieken, ervaren betekenissen en de momentele 'gewichten' ervan. (let op groot gewicht betekent NIET eerst aanpakken!)

# Referenties



- Vits, G. e.a. (2014). Draaiboek: Goed Weekend!
- Bevington, D. et al. Attachment & Human Development. (2015). Applying attachment theory to effective practice with hard-to-reach youth: the Ambit approach. Vol 17, 157-174.
- Wijkstra, J. (2020). Niet alleen ons brein: Een pleidooi voor psychoalfebatisering. Gompel & Svacina.
- Van Audenhove, C. et al (2008). Evaluating a Decision Aid for Patients with Localized Prostate Cancer in Clinical Practice. (in urologia Internationalis)

# Van Audenhove, C. et al (2008)

- ‘When the optimal management of a condition is not unambiguously proven, and different treatment options cause different side effects that impact the patients’ health-related quality of life, it is important to involve the patient in the decision-making process. ‘Preference-sensitive’ choices ... because the best choice depends on the patients’ personal values or preferences.’ P.383.... P 384 This implies that both the practitioner and the patient exchange information and collaborate in the decision itself.... The physician knows... the client knows.... lifestyle....’

