



DEEL 1  
ONTMOETING

ik Mik antwoordde: 'Oei, die zien er gevaarlijk uit. Ik zal maar beter voorzichtig zijn, niet?', was ik mij er sterk van bewust dat ook zij er waren, en hoopte ik dat mijn woorden ook voor hen geruststellend zouden zijn.

### **Casus: het gezin Cox – 2**

Mik koos onmiddellijk een stoel dicht bij het speelgoed. Amélie keek eerst waar haar moeder ging zitten en koos dan een stoel naast haar. Zo zat moeder in het midden, met Mik aan haar rechterhand en Amélie links. Ik koos een stoel tegenover moeder. Zo zat ik even dicht bij alle gezinsleden.

Ik heette hen welkom en stelde mezelf voor: "Ik ben Peter. Ik ben gezinstherapeut." Terwijl ik dat zei, keek ik beurtelings naar de drie gezinsleden. "Is het de eerste keer dat jullie in therapie gaan?"

Moeder knikte bevestigend.

"Dan moet ik misschien eerst wat uitleggen..."

Dan keek ik naar Mik en ik zei: "Kinderen hebben me al verteld dat het woord 'gezinstherapeut' een moeilijk woord is. Laat me even kort zeggen wat een gezinstherapeut is. Een gezinstherapeut is iemand die praat met gezinnen, wanneer iemand in het gezin zich zorgen maakt over iets." Ik liet een korte pauze en ging dan verder: "Dus als jullie vandaag naar hier komen, ga ik ervan uit dat iemand van jullie zich zorgen maakt over iets in het gezin..."

Op dat moment keken beide kinderen even naar moeder. Dat bevestigde mijn vermoeden. Meestal zijn het de ouders die zich het meeste zorgen maken en die dan het initiatief nemen om in therapie te gaan. In al die jaren dat ik therapeut ben, heb ik nog niet vaak een gezin ontmoet waarvan een kind aandrong om in gezinstherapie te gaan. Ik ging verder:

"En over die zorgen gaan we vandaag zeker praten, maar eerst zou ik graag met jullie kennis willen maken los van de zorgen. Wie zijn jullie eigenlijk, los van de zorgen?"

## **Kennismaken met het gezin**

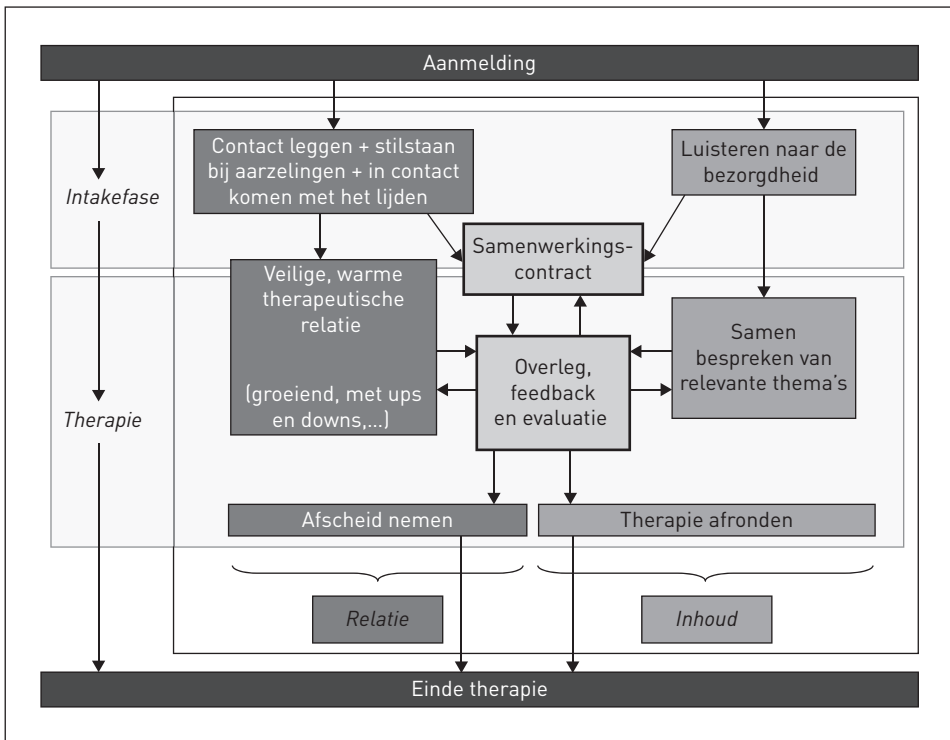
Het doel van de eerste sessie is voor mij niet in de eerste plaats het verzamelen van informatie, noch het stellen van een diagnose. De ontmoeting en de kennismaking staan centraal. De ontmoeting start in de wachtkamer (of soms nog vroeger, als er eerst telefonisch contact is geweest). De kennismaking vindt plaats in de consultatieruimte.

De kennismaking bestaat uit twee delen: eerst stelt de therapeut zich voor aan de gezinsleden, en daarna nodigt hij de gezinsleden uit om zich voor te stellen.

om de therapeutische relatie zo veilig mogelijk te houden voor alle betrokkenen. Het samenwerkingscontract is daarbij voor iedereen het kader waarbinnen we werken.

## Achterliggend therapiemodel

Mijn werkwijze in de eerste sessie moet gezien worden tegen de achtergrond van een specifiek therapiemodel. Volgens dat model wordt er gelijktijdig aandacht besteed aan de therapeutische relatie en aan de gespreksinhoud. Dit model wordt vereenvoudigd voorgesteld in figuur 1. Essentieel aan dit model is dat therapie gezien wordt als een proces dat zich op twee vlakken afspeelt: de therapeutische relatie en de inhoud.



**Figuur 1.** Therapiemodel met aandacht voor de therapeutische relatie en de inhoud.

We weten uit heel wat wetenschappelijk onderzoek dat de therapeutische relatie het best werkt wanneer ze voldoet aan de voorwaarden die door Carl Rogers zijn gesteld (Rogers, 1961): het moet een warme, authentieke, empathische relatie zijn (Lambert, 2004;

en in een dergelijk protocol stappen, zoals je in de trein stapt. Je stapt in, rijdt langs een aantal tussenstationnetjes en dan stap je uit. Op die manier begonnen de geestelijke gezondheidszorgorganisaties hun activiteiten duidelijk te omschrijven en af te lijnen in de vorm van protocollen, die gemaakt waren met het oog op specifieke diagnoses. Men begon over *diagnose-behandelcombinaties* (DBC) te spreken. Psychotherapeutische producten konden op die manier aan de cliënt aangeboden worden en ook efficiënt uitgevoerd en geëvalueerd worden. Zo paste de GGZ-organisatie zich in een marktdenken in en werd ze productie-eenheid en verkoopseenheid-in-één.

Maar dat had ook perverse effecten. Het leidde er bijvoorbeeld toe dat organisaties zich gingen richten op activiteiten die hun handelen controleerbaar maakten en de opbrengst maximaliseerden: makkelijkere cliënten, kortdurende behandelingen, minder huisbezoeken, afgemeten hulpverleningsprotocollen, meer diagnosestelling, enzovoort.

### Therapie als product

Het concept *commodificatie* komt voort uit de marxistische theorie en verwijst naar het proces waardoor goederen, diensten en ideeën tot handelswaren worden gemaakt (Best, 1994). Iets wat aanvankelijk niet bedoeld was om verkocht te worden, en wat op zich geen economisch gegeven is, wordt door het proces van commodificatie tot een economisch product gemaakt.

Commodificatie veronderstelt dat men dingen die niet telbaar of meetbaar zijn of die onbetaalbaar zijn in een geldwaarde uitdrukt (*valuation*). Verder veronderstelt commodificatie ook dat wat verkocht wordt, losgemaakt wordt uit zijn oorspronkelijke context zodat het overgedragen kan worden aan de koper (*alienation*). In de marxistische theorie was het met name de inzet van de arbeider die 'vergeten' werd bij commodificatie. In de vermarkting van de geestelijke gezondheidszorg zit de vervreemding in het verlies van contact met het menselijke van de psychotherapeutische ontmoeting. Niet de menselijke ontmoeting is de eerste zorg in een marktvisie, maar de kosten-batenanalyse.

In zekere zin is de vervreemding die eigen is aan commodificatie, vergelijkbaar met een psychisch symptoom of een droom, omdat ze los lijkt te staan van de context waarin ze ontstaan is. Men ziet enkel het product (het symptoom), maar waar het product uit voortgekomen is, is onzichtbaar; het wordt zelfs verdrongen (Žižek, 1989).

Het vreemde is dat de intentie om klantvriendelijk te zijn volledig is opgelost in de doorgedreven efficiëntie. De cliënt vormt immers een voortdurende bedreiging voor de efficiëntie. De cliënt heeft vaak vage klachten die moeilijk in een diagnostisch vakje te