



Foto: Daniël H. Stuit

Aan het einde van de tunnel is er licht.

Een verhaal over woede, verdriet en machteloosheid en heling en herstel door het contextueel benaderen van ouders van een kind met een erfelijke aandoening

of

over de manier om therapeutische methoden te integreren binnen de methodiek van het maatschappelijk werk.

Daniël H. Stuit, Msw
Contextueel gezinstherapeut VCW reg

Ik loop met de vader van een net geboren kind met een ernstige erfelijke aandoening de intensive care af en de gang op en dan zegt hij tegen mij, "als u maar niet denkt dat ik in het gesprek met u ook maar iets vertel over mijn eigen vader". Hij wil niets vertellen over zijn vader maar hij heeft er alles over gezegd. Een vader die geen vader is en toch zijn vader blijft en dat voelt hij meer dan ooit aan het bed van zijn ernstig zieke kind.



Aeneas draagt zijn vader het brandende Troje uit, ook al was hij als straf voor zijn gedrag door de bliksem getroffen.

Wat ik met deze impressie duidelijk wil maken is, dat ik elke dag opnieuw waarneem hoe het dagelijks leven van vaders en moeders rauw en vol van emoties is. Zij zijn na de geboorte van hun kind van de spreekwoordelijke roze wolk afgedonderd en in een nachtmerrie terecht gekomen. Hulp van vertrouwensbronnen¹ die zij, als het goed is, al om zich heen hebben verzameld of die door de generaties heen al beschikbaar is, vormt dan een essentiële ondersteuning.

In mijn visie heeft onze identiteit als mens een directe relatie tot de betekenisvolle ander. De vader in mijn korte verhaal heeft zijn eigen vader nodig om zichzelf te kunnen definiëren als autonoom in één van de meest kwetsbare levensperiodes die hij doormaakt. Wellicht is hij aan zijn vader niets verschuldigd maar hij is in existentieel opzicht afhankelijk van de man waar hij van afstamt.

¹ Hierna te benoemen als hulpbronnen.

- Wat zijn de beschikbare of geblokkeerde hulpbronnen, is dan mijn vraag;
 - welke relaties spelen tijdens de opname van het zieke kind;
 - welke plek nemen familie, vrienden en andere relaties in;
 - en vooral hoe kan ik als contextueel therapeut helpen beschikbare hulpbronnen te benutten en waar nodig te deblokken?
1. De kwetsbaarheid van het eigen kind leidt tot hertaxatie van de relaties door een echtpaar;
 2. en tegelijkertijd moet het beginnende ouderschap gezien worden vanuit een ander perspectief dan dat van geluk en geborgenheid.

De rol van de vader in de meest crisisvolle levenssituatie.

Waarom aandacht voor de vader? Is het vaderschap anders dan het moeder-zijn? Krijgt de een wellicht meer aandacht dan de andere partner? In onze Westerse cultuur is in de afgelopen jaren een grote verandering ontstaan in het denken over ouderschap, er zijn voor het eigen kind en de verdeling van taken en het mogen innemen van rollen. Maar is die gelijkwaardigheid er en kunnen verschillen er voldoende zijn? Daarom dus aandacht voor de rol voor de vader, de vader centraal.

Mijn ervaring is dat de moeder van het pasgeboren kind meer aandacht krijgt in het proces van hulp en ondersteuning dan de vader. Hoe komt dat en is dat gerechtvaardigd? Als ik mijn aandacht richt op de behoeften van de vader in relatie tot de verwachtingen van zijn vrouw, van de medisch behandelaars van zijn kind, van zijn collega's en werkgever dan is mijn conclusie dat de vader klem komt te zitten tussen al die verwachtingen vanuit zijn context en zijn eigen behoeften. Dat wat vaders in de eerste dagen na de geboorte van hun kind vooral doen is inhoud geven aan verschillende praktische taken. Denk bijvoorbeeld aan aangifte doen van de geboorte, maar ook zorgen dat er een kolfapparaat is of een rolstoel voor zijn vrouw of simpelweg een parkeerkaart. Hij moet familie, vrienden en zijn werkgever op de hoogte stellen van de geboorte, maar ook van het ziekteproces. Hij krijgt te maken met medische technologie en er doen zich medisch-ethische vraagstukken voor waarover hij een beslissing moet nemen. Hij regelt verzekeringen en huishoudelijke taken en hij voert samen met zijn vrouw de gesprekken met artsen en verpleegkundigen. En bovenal biedt hij steun aan zijn vrouw en het net geboren kind. Maar hoe doorleeft hij zijn gevoelens, ordent die en hoe kan hij zich uiten binnen zijn relatie. Kan hij wel tijd nemen voor zijn eigen emotionele behoeften?

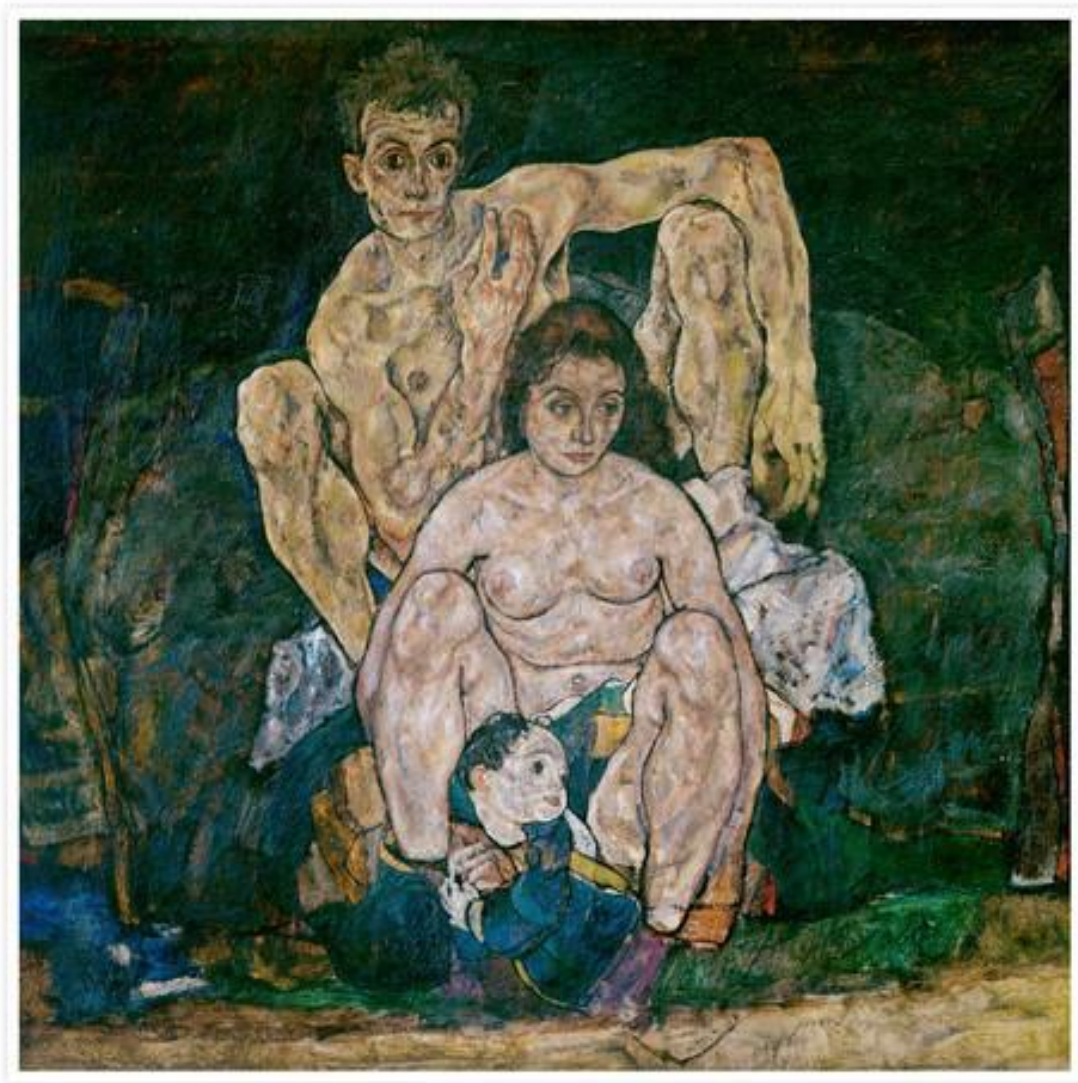
Maar hoe verhoud ik mij in professioneel opzicht tot die ander, de vader van het opgenomen kind? Als maatschappelijk werker was ik gehouden aan een generalistische manier van werken. Als medisch maatschappelijk werker werd ik gezien als een gespecialiseerd-generalist. Een generalist in de wereld van specialisten. Maar als contextueel therapeut waag ik mij op het terrein van psychotherapeuten. Het contextuele gedachtegoed voegt een heel nieuwe dimensie aan de psychotherapie toe. Mijn dagelijks werken kent dus een gedachtegoed dat een meerwaarde heeft in het proces van behandelen. Maar tegelijkertijd word ik als contextueel therapeut ook weer niet als gelijkwaardig gezien door de groep psychotherapeuten om mij heen.

Wat is dan daadwerkelijk mijn contextueel gereedschap waardoor ik vaders erkenning geef en hen help zicht te krijgen op hun betrokkenheid en loyaliteit naar hun pasgeboren kind, maar ook naar het gezin-van-herkomst en hoe hun spreekwoordelijke rugzak hierdoor is gevuld. Hoe werk ik aan optimale communicatie en hoe herstel ik diverse verticale en horizontale relaties?

Waar ik mij in die eerste ontmoetingen bewust van ben is dat nergens de grens tussen *hulp verlenen* en *therapie geven* zo dun is als in een kinderziekenhuis en dan vooral tijdens het lange proces van intensieve risicovolle medische behandelingen. Wat mijn therapeutisch werken anders maakt is dat ouders genezing zoeken voor hun kind, maar in eerste instantie geen hulp voor zichzelf. Niemand komt als vader of moeder naar een kinderziekenhuis met de verwachting dat er een therapeutisch proces van herstel wordt aangeboden. Als therapeut moet ik dan ook de vaardigheid hebben om in te voegen, present te zijn, aan te voelen wat ouders aan kunnen en aan willen gaan.

In ieder geval is de stap die ik als therapeut zet dat ik mij niet langer inperk tot de feiten, de feitelijke dimensie, maar de relationele werkelijkheid van ouders en hun familie bespreekbaar maak. Ik realiseer mij weliswaar dat mijn intellectuele afstamming niet die van Freud en Jung is en ook niet van de grote roergangers uit de systeemtheorie. Maar ik heb ook geleerd dat het juist maatschappelijk werkers waren die lang geleden oog hebben gehad voor gezin en familie. Zij hebben meer dan alleen het individu betrokken in hun hulpverlening en zagen dat spanningsbronnen een relatie hebben met de bredere context. Mijn intellectuele afstamming is die dan ook van Heleen ter Meulen, de eerste zuster van het maatschappelijk werk die in 1913 een begin heeft gemaakt met maatschappelijk ziekenhuiswerk. Maar vooral zie ik mij in intellectueel opzicht als afstammeling van Ivan Nagy en Martin Buber die de relationele werkelijkheid en de ontmoeting met de ander centraal hebben gesteld in ons werk. Mijn dagelijks werken is dus een integratie van de individu-gerichte psychotherapie en de systeemgerichte gezinstherapie. Alleen om die reden al intervenueer ik als behandelaar in gezinssituaties en familienetwerken.

Het contextueel denken is voor mij dan ook een waardevolle bijdrage geworden, een gepaste methodiekontwikkeling voor het werken met kwetsbare ouders en hun familie. Een ontwikkeling die ik binnen de wereld van de kinderpsychiatrie en klinische psychologie ervaar als een waardevolle specialisatie. Mijn kracht als contextueel therapeut is dat ik mij niet richt op louter en alleen de psychologie -hoe verwerkt een individu- of dat ik communicatie analyseer -hoe spreken partners met elkaar- maar mij concentreer op vier dimensies, de relationele werkelijkheid van een gezin, een vader en moeder met generaties ervoor en erna ontmoet. De contextuele theorie die zich richt op de menselijke relationele werkelijkheid is voor mij dan ook een kostbaar gegeven in de familietherapie. Misschien omdat ook als ik alleen ben in de spreekkamer met één moeder of één vader ik ervaar dat er toch steeds weer een kamer vol mensen om ons heen zit. Maar waarom voer ik al die gesprekken met ouders, maak ik hun verhalen bespreekbaar die zij uiteindelijk gaan delen met de mensen om hen heen?



Dit kunstwerk van Egon Schiele geeft voor mij betekenis aan de kwetsbaarheid van ouders tijdens de opname van hun kind en zorgt er wellicht voor, door hun naaktheid, dat een ongemakkelijk gevoel bij de beschouwer ontstaat. Een gevoel dat kan ontstaan bij het behandelteam als zij de naaktheid van het bestaan van ouders waarnemen.

Aan het willen of moeten nadenken over de generaties ervoor en doet het besef ontstaan wat jij als vader of moeder door wilt geven aan jouw kind. In een wereld van angst en moedeloosheid, bang voor de dag van morgen, zoek ik met vaders naar de ruimte die zij nodig hebben voor emotionele steun, dialoog, zorg krijgen en zorg geven. Relationale ethiek houdt voor mij dan ook in hoe zij oordelen over zichzelf en de ander, de kwaliteit van hun leven, wat kan en wat niet kan in hun samen-zijn met hun kind.

Mijn ervaring is dat in de eerste weken van de opname², na de geboorte van het kind, vaders over het algemeen geen concrete hulpvragen hebben. Zij verkeren in verwarring, angst en machteloosheid. In mijn gesprekken met hen wil ik dan ook niet probleemoplossend te werk gaan en veelmeer mij onder dompelen in het mysterie van het totale gezin en in de ontmoeting daarmee. De pijn, het verdriet, de woede en machteloosheid wordt opgeslagen in verhaalvorm, verhalen die ontstaan in de dialoog met de sociale context. Alles wat mensen doen, doen ze in dialoog met elkaar.

Als therapeut kan ik alleen een relatie met het gezin aangaan door de dialoog aan te gaan. Vaders laten spreken door hen verhalen te laten vertellen, is voor mij aandachtig kunnen luisteren naar hun verhaal. Mijn grootste verantwoordelijkheid ligt dan in het creëren van een context waarin het *nog-niet-gezegde, gezegd kan worden* (Anderson & Goolishian, 1988; Anderson, 1997).

Ik denk in dit kader aan een vader die elke middag naast zijn kind zit, maar zijn kind niet aanraakt. De zorgen voor arts en verpleegkundigen nemen toe. Kan hij zich niet hechten, was hij bang dat zijn kind alsnog zou overlijden? Eén simpele vraag die ik stelde; waarom raak jij jouw kind niet aan? Gaf begrip; hij dacht -afkomstig uit een ander land- dat dit niet mocht, *want alleen de dokter en zuster mogen toch aan mijn kind komen?* Hij straalde dat hij veel meer mocht doen met zijn kind en ook de afdeling komt tot rust.

Maar om vaders meer dan alleen te begrijpen, betekenissen met hen te creëren, geeft de contextuele benadering meerwaarde aan mijn therapeutisch proces. Ik heb ervaren hoe hulpbronnen eerder aangeboord worden dan voorheen het geval was. Vaders krijgen rust door zicht te hebben op datgene wat er speelt en heeft gespeeld in hun context. Wat de opname moeilijk of juist beter hanteerbaar maakt is gelegen in de mate van steun die ouders ervaren vanuit de sociale omgeving. Sociale-netwerksteun, het helpende privé-domein, is essentieel om structurele steun te ervaren in de kwetsbare omstandigheden van het ziek-zijn en opgenomen worden van het eigen kind. De relationele balans moet in evenwicht zijn.

Ik kies dus voor de contextuele benadering omdat ik hierdoor in staat ben om positieve relationele hulpbronnen te katalyseren. Omdat therapeutisch werken vanuit het contextueel denken, wederzijdse erkenning geeft aan familie onderling en relaties betrouwbaar maakt. Maar vooral omdat de contextuele benadering eist dat mensen *verantwoordelijkheid* opnemen voor de consequenties van hun gedrag.

² Ziekte roept per definitie negatieve connotaties op, het is verbonden met leed, aftakeling en de dood (Hendriks, 2008). Een rode draad in het leven van ieder mens is de zoektocht naar duiding van het onvermijdbare in combinatie met de behoefte controle te behouden. Een structurele ziekte van een familielid heeft hoe dan ook impact op het familieleven. Vooral wanneer het een erfelijke ziekte betreft kampen ouders met schuldgevoelens. Wat ik merk is dat veel jonge ouders zich niet bewust zijn van de nabijheid van hun familie, tot het moment dat hun kind wordt geboren met een erfelijke aandoening. Dat zet hen aan het denken over wie zij zijn, het waarom van de aandoening en hun familie.

En daar in kan ik vaders meekrijgen, het gaat over verantwoordelijkheid opnemen, niet uitsluitend bezig zijn met eigen emoties, daar zij veel vaders huiverig voor, maar er daadwerkelijk kunnen zijn voor het kind. Als je als vader ervaart dat jouw rol wezenlijk is en niet minder van belang dan die van jouw vrouw, de moeder, dan durf je er te zijn. Dan voelt een vader zich geroepen in zijn rol. En dat verantwoordelijkheidsbesef hernemen is tijdens de opname van het eigen kind essentieel.

De immense druk van langdurige behandelingen, zware chemokuren en operaties maakt dat ouders zich vaak niet begrepen voelen door hun context. Meteen al in het eerste gesprek besteed ik daarom veel aandacht aan het voorkomen van isolement. Vooral is mijn vraag waar en bij wie ouders terecht kunnen voor steun en hulp, nu en straks na het ontslag van hun kind uit het ziekenhuis.

Concreet betekent dit dat vaders zich bewust worden van hun besef van verantwoordelijk-zijn. Maar ook dat zij tijd mogen nemen voor onderlinge gesprekken en wederzijdse dialoog. Steeds is mijn doel dat zij uiteindelijk het eigen sociale netwerk kunnen en durven gaan benutten als kostbare hulpbron. Mijn aandacht richt zich op het zoeken naar de wederzijdse balans van geven en ontvangen tussen de vader en de moeder en hun kinderen, tussen grootouders en hun kleinkind(eren).

Ook plaats ik vanaf het begin het ziek-zijn van het kind binnen de contextfactoren van het gezin, de familie, generaties ervoor, maar maak ik ook de context van het kinderziekenhuis bespreekbaar. Artsen, verpleegkundig specialisten en paramedici gaan deel uit maken van het leven van alledag en dat tot aan het achttiende levensjaar van het kind dat -als ik ouders voor een eerste keer ontmoet- net is geboren.

Ik denk aan een vader en een moeder waarvan het kind zes maanden lang was opgenomen op onze intensive care. Hun kind overlijdt en éénmaal thuis was er niemand van hun vrienden, buren en kennissen die het kind had gezien. Zij kwamen met lege handen thuis. Jullie ziekenhuismensen zijn onze familie, zeiden zij, jullie die om ons heen stonden, de dokter en de verpleegkundigen en al die paramedici.

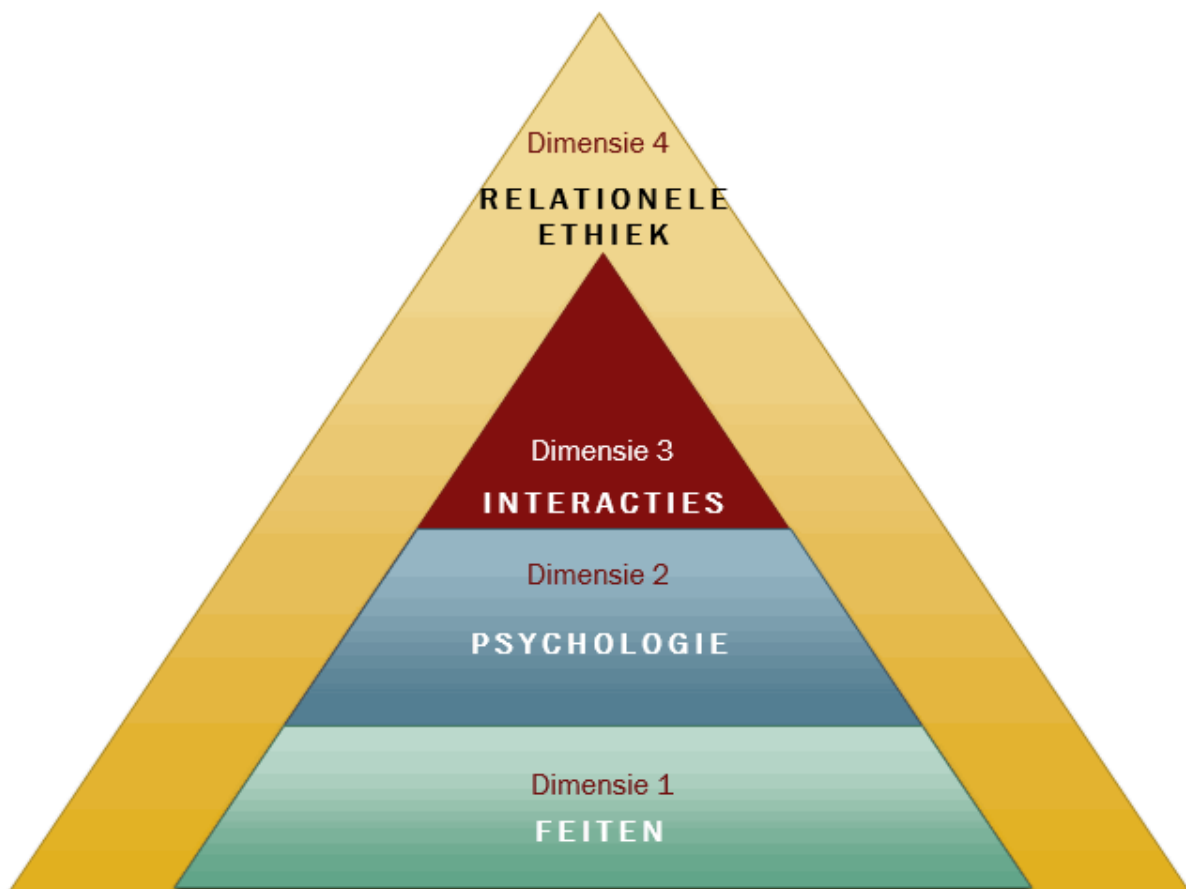
In mijn opdracht ligt besloten dat ik ouders van een ziek kind actief benader. Ik wacht niet af, maar ik investeer in contact met hen maken. Ik wil in korte tijd een beeld krijgen van de leef- en belevingswereld van een vader en een moeder, hun gezin van herkomst, de hulpbronnen die zij kunnen inzetten en waarvan zij zich vaak niet bewust zijn en ik wil daar doelgericht maar ook zorgvuldig op aansluiten. Dat kost tijd maar is ook effectief, werken aan een wederkerige vertrouwensrelatie. Ouders van een ziek kind zoeken naar zekerheden, herstel van controle. Mijn doel is dat ouders auteur worden van hun verhaal. Grip hervinden -van metastagnatie naar metapositie- lukt niet wezenlijk in die eerste periode op een intensive care. Maar het besef dat ouders keuzes hebben over wat zij kunnen en willen doen helpt hen. Ouders ontmoeten lukt mij door present te zijn, zichtbaar voor hen, maar ook en vooral door middel van communicatie. Alleen dan vang ik in die eerste dagen van de opname een glimp op van hun binnenwereld.

Een vader luistert naar wat zijn vrouw vertelt, haar onzekerheid en de angst voor de dag van morgen. Toch lijkt het dat hij weinig zin heeft in een gesprek met mij, hoe kan ik hem er bij ons gesprek houden? Ga ik hem niet verliezen?

Hij steunt zijn vrouw, legt zijn arm op haar knie en misschien is dat ook wel voldoende voor hen. Onzeker vraag ik of hij zelf een eerdere ervaring heeft met de medische wereld, die van het ziekenhuis. Strak kijkt hij voor zich uit en dan richten zijn ogen zich op mij; "als pasgeboren kind was ik bijna dood geweest". Ik vraag naar zijn ouders of zij nog leven en hoe zij de opname van het kleinkind ervaren. "Niet", zegt hij, "Zij hebben mij afgestaan, zij konden niets met mij". Een vader die na zijn geboorte een tekort heeft aan zuurstof, volgens algemene normen niet heel slim is, maar er kan zijn voor zijn vrouw en zijn kind.

Mijn therapeutisch gereedschap.

Ik wil het tot slot nog hebben over mijn therapeutisch gereedschap: de fundamenten van de contextuele therapie. Die fundamenten zijn voor mij; (1) de balans van geven en ontvangen, (2) de vier dimensies van de relationele werkelijkheid, (3) de meerzijdige partijdigheid als sleutel tot herstel en (4) het erkennen van loyaliteit en verbondenheid. Die fundamenten zijn voor mijn dagelijks werken met kwetsbare gezinnen en families helpend en die ga ik nu met jullie doornemen. Ik wil om daadwerkelijk naast ouders te staan het levensverhaal van hen horen.



De feiten die hun bestaan beïnvloeden wil ik begrijpen. Omdat die feiten worden doorgegeven, niet alleen maar bevroren zijn in de vorige generaties maar leven en invloed hebben hoe ouders het ziek-zijn van hun eigen kind beïnvloeden. Hoe verwerk je dat je kind ondraaglijk lijdt, wat voel je en hoe denk je en beleef je in die periode jezelf. Hoe je beleeft heeft voor mij ook een basis in de wijze waarop je durft te spreken over datgene wat je doormaakt. Hoe beïnvloed je elkaar door vastgeroeste communicatie en kan je in dialoog staan met de ander, jouw meest nabije mens; de partner.

Die dimensies heb ik ontdekt op zoek naar een methode hoe ik ouders zou kunnen motiveren in die weken na de geboorte van hun kind die oneindig veel angst en machteloosheid kennen, gekleurd worden door de donkerste kleur, de angst dat hun kind sterft. In de wereld van heling en herstel wil ik meewerken aan herstel.

Hoe kunnen ouders met elkaar contact maken, zijn zij instaat om te spreken over datgene wat zij voelen en ervaren. Maar wat doe ik concreet ik mijn gesprekken? Ik verken en helder de feiten uit de geschiedenis samen met ouders op. Onherroepelijke verschillen tussen mensen mogen duidelijk worden. Ouders krijgen de kans om hun gevoelens, verdriet en boosheid te verkennen. Is er psychische schade ontstaan in het verleden dat doorwerkt naar het heden toe. Hoe is de feitelijke geschiedenis beleefd en hoe is die geschiedenis bespreekbaar binnen de vertrouwde context. Hoe verlopen interacties tussen familieleden, zicht wordt verkregen hoe mensen elkaar bejegenen. Om uiteindelijk het aangedane recht en onrecht te bespreken dat de balans van geven en ontvangen beïnvloed heeft.

Ik luister steeds nauwkeurig om te horen hoe mensen hun samen zijn opbouwen en in belang van het zieke kind wil uitbreiden. Want alleen de relatie tot de ander is de basis die ons bestaan vorm kan geven. De vijf dimensies zijn doorlopen en ouders kunnen verder met een veelal onzekere toekomst wat het ziek-zijn van hun kind betreft maar wel met de gedachte dat zij er niet alleen voor staan. Ik ga er steeds vanuit dat uiteindelijk ouders of een familie zich echt kan gaan ontmoeten.

Vragen die bespreekbaar zijn gemaakt zij; Sparen zij de anderen door te zwijgen, waardoor het elkaar horen verstomd raakt. Ik draag bij aan het herstel van contact op het vlak van de onderlinge interactie, waardoor de één beseft wat de ander geeft en wil ontvangen. Meerzijdig partijdig zijn opent dan het zwijgen, het praten ontstaat daar waar een vader en een moeder weten dat zij gevoelens mogen delen. Datgene durven te zeggen wat zij voelen en ervaren, zonder direct oordeel, want die oordelen zijn er al te vaak. Een goed bedoelde zin; "ga jij nu al naar huis", van een verpleegkundige, knaagt aan het moeder of vader-zijn.

Heling van het zieke kind staat centraal in een kinderziekenhuis. Aan die heling werk ik mee door de balans van geven en ontvangen met ouders bespreekbaar te maken. Een kind dat kan opgroeien tussen zorgzame en betrouwbare ouders, leert te vertrouwen op hun zorg en aandacht en daarmee ervaart het kind het belang van het eigen zijn.

Ook en vooral tijdens de opname betekent dit niet dat ouders, perfecte ouders hoeven te zijn. 'Goed-genoeg' ouderschap betekent hier dat het kind het recht krijgt om meer te ontvangen van zijn ouders dan hij³ hoeft te geven. Tegelijkertijd mag en kan het kind ook geven en heeft hij recht op erkenning van zijn ouders voor zijn geven. Juist in het geven, in het echt ontvangen en gezien worden, neemt het vertrouwen in zichzelf en anderen toe. In mijn visie gaat het dan over een betekenisvolle uitwisseling tussen de generaties.

Als een vader en een moeder met elkaar in relatie staan, zichzelf en hun voorwaarden voor een relatie beschikbaar willen stellen met als doel: de dialoog aangaan, wederzijdse zorg, erkenning en onderhandeling, dan is er meer kans op herstel van het zieke kind. Maar hoe kijk ik, hoe analyseer ik samen met ouders de relationele werkelijkheid van hun gezinssituatie en het verbonden-zijn met de eigen familie.



Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam met op de voorgrond de laagbouw van het Sophia Kinderziekenhuis.

³ Waar hij staat kan dit ook zij zijn.

Bijlage 1: Casus, de vader van Nikki; het contextueel ambacht in de praktijk

De telefoon gaat; of ik direct kan komen er is een vader en hij komt dreigend over. Wij zijn bang voor hem. Ik loop de trap op en vraag mij af waar ik mee bezig ben. Ik ben niet van de beveiliging, maar goed ik stap de intensive care op en een verpleegkundige fluistert, daar staat hij. Een brede man op zijn rug gezien. Bent u de vader van Nikita, vraag ik. Hij draait zich om en ik kijk in een open en vriendelijke blik. U bent de eerste die mij vader noemt, zegt hij.

Mijn cliënt groeit op in een harde wereld waar dominant mannelijk gedrag belangrijk is. Zijn vader heeft een sportschool en op zijn dertiende jaar leert hij wat het is om zich staande te houden in een gevecht. Hans is een dik jongetje en zijn vader geeft een oudere jongen de opdracht om hem in elkaar te slaan. 'Daar word je hard van. En alleen dan kan je staande blijven', zegt de vader van Hans. In het ouderlijk gezin neemt de vader een afstandelijke rol in. Hij is weinig thuis en de opvoeding komt op de moeder neer. Een vrouw die Hans omschrijft als een harde vrouw die haar beide zonen tegen elkaar uitspeelt. 'Om er zelf beter van te worden', zegt Hans. Op school gaat het niet goed. Hans is niet dom, maar hij kan geen structuur aan en aanvaard geen orde. Hans houdt zich niet aan de regels van de school, hij is vaak agressief en een leraar spreekt zijn zorgen uit over het gewelddadige gedrag dat hij naar klasgenoten toe uit. Schuldgevoelens kent hij niet. Ook niet als hij mensen bedrogen heeft, als hij er zelf maar voordeel uit haalt. Vanaf zijn vijftiende levensjaar is hij sterk veranderd. 'Hij steelt en vecht met leeftijdgenoten'. Hans heeft sterk wisselende stemmingen, van het één op het andere moment kan hij veel woede en opgewondenheid tonen. Hans glijdt meer en meer af naar de zelfkant van de samenleving.

Zijn gedrag roept in de groep waar hij deel vanuit maakt bewondering op. En uiteindelijk maakt hij carrière: Hans incasseert bij mensen het geld dat zij in illegale circuits hebben geleend. Zijn werk gaat met veel geweld gepaard en Hans komt in de gevangenis terecht. Zelf ziet hij geen enkele reden om hulp te zoeken voor zijn gedrag. Een gedrag dat hem het nodige oplevert, aanzien en geld.

Ik vorm met gebruik van de vier dimensies een contextuele hypothese. Ik zoek naar patronen tussen de verschillende delen in het verhaal van de cliënt. Mijn uitgangspunt is steeds om gericht, open vragen te stellen. Maar vooral wil ik meerzijdig partijdig zijn. Het enige dat ik kan is al die verhalen aanhoren die rondwarren van angst en onzekerheid over en weer en dan vooral zorgen dat verhalen gehoord worden. ik herken het spanningsvel van mijn dagelijks werken, de uiteenlopende belangen, gevoelens en emoties van alle betrokkenen om het bed heen van een kind dat ondraaglijk lijdt en uiteindelijk zal sterven.

1. De eerste dimensie: De feiten in mijn casus

De relatie met zijn partners en het gezin van Hans

Hans heeft een zestien jaar oude dochter. Dit meisje is geboren uit een eerdere relatie, met de vrouw waar hij lang mee was getrouwd. Een vrouw die hij nu omschrijft als een 'geniepige leugenaars'. Zijn dochter heeft lang bij haar moeder gewoond, maar conflicten en hevige ruzies hebben ertoe geleid dat zij naar haar vader is gevluht. Hans heeft zijn dochter opgenomen. Hij ervaart dit als een overwinning op zijn ex-vrouw. Hiermee kan hij haar treffen. Nu is hij de ouder die voor hun dochter zorgt. Uit zijn huidige relatie zijn de beide overleden kinderen Nikita (2006) en Nick (2007) geboren en de nu vier jaar oude Nikki. De moeder van zijn drie kinderen is een stille en wat angstig de wereld inkijkende persoonlijkheid.

Scholing, beroep en werkloosheid

Hans heeft een aantal jaren een tatoeëerstudio gehad, een bedrijf dat failliet is gegaan. Dat faillissement was voor Hans een harde klap. Tatoeëren is zijn lust en leven, maar ook een manier om uit de wereld van criminaliteit te komen. Want Hans wil nu hij een 'echt' gezin heeft, zijn oude vertrouwde wereld achter zich laten. Vanaf zijn negentiende levensjaar is Hans werkzaam in het criminele circuit.

Hij incasseert de openstaande rekeningen die mensen hebben. Dat zijn manier van incasseren met veel geweld gepaard gaat, verteld Hans uitvoerig tijdens de gesprekken die ik met hem voer.

Sociale participatie

De wereld van Hans, kenmerkt zich door een harde macho cultuur. Met zijn vrienden deelt hij dat zij in de gevangenis hebben gezeten. Hans heeft een aantal langdurige gevangenisstraffen uitgezeten. Zijn vergrijpen kenmerken zich door verboden wapenbezit, maar ook door ontvoering van mensen. Zijn wens is dat hij uit die wereld komt, hij is vanuit Rotterdam verhuisd naar een kleine gemeente aan de rand van de stad. "Hier kan ik samen met mijn gezin een nieuw leven opbouwen".

Gezondheid en ziekte

Hans geeft in alle gesprekken aan dat hij gezond is en uit een familie afkomstig van mannen en vrouwen met een sterke gezondheid. Zijn grootmoeder is bijna honderd geworden. De oorzaak van de erfelijke aandoening van zijn kinderen legt hij bij zijn vrouw neer. Onderzoek van de klinische genetica geeft aan dat hij de drager is van het gen waardoor zijn kinderen aandoeningen hebben.

Ouderlijk gezin

Hans heeft weinig contact met zijn moeder, hij veracht haar omwille van haar manipulatieve gedrag. Maar er zijn ook momenten dat hij respectvol over haar spreekt, die momenten zijn er als zijn partner (om hem in bescherming te nemen) iets zegt over de harde opvoeding die hij heeft doorgemaakt. Zijn vader lijkt geen rol van betekenis te spelen, Hans spreekt niet graag over hem en ontwijkt alle vragen die zicht kunnen geven op zijn vader.

2. De dimensie van de psychologie

Ook hier vorm ik een hypothese, maar nog van veel meer belang vind ik om te bevragen, door te vragen, vasthoudend en sturend te zijn en telkens weer terug te keren naar de hypothese.

De dimensie van de psychologie is een zuiver subjectieve dimensie: Hans heeft de objectieve feiten op een eigen manier verwerkt en geïntegreerd in zijn leven.

Door deze dimensie te gebruiken wil ik inzicht krijgen in de wijze waarop de feiten in het leven van Hans, hem hebben beïnvloed en de gevolgen daarvan voor zijn persoonlijkheidsontwikkeling en zijn gezinsleven. Hans heeft een beschadigd verleden, de twee generaties boven hem hebben agressie en achterdocht doorgegeven. Hij heeft tijdens zijn primaire socialisatie, ervaren dat lichamelijk geweld het oncontroleerbare controleerbaar maakt.

Hij heeft manieren ontwikkeld die hem macht geven over de ander (=dreigen). Ook tijdens zijn verdere levensloop (=secundaire socialisatie) ervaart hij dat zijn streven naar geborgenheid wordt gehonoreerd door manipulatie.

De invloed van zijn verleden heeft ertoe geleid dat hij leunt op destructief recht. Wat hij doet en hoe hij handelt, is een echo uit het verleden. Hans heeft als overlevingsstrategie, om sterk op zichzelf gericht te zijn. Hij heeft weinig oog voor anderen en al helemaal niet voor zijn partner. Het lijkt erop dat zij goed moet maken, wat zijn moeder niet heeft kunnen geven. Hij kiest voor partners die stil en teruggetrokken zijn, en hij verlangt van zijn partner steeds dat zij uiterst loyaal aan hem zijn. Ik maak met Hans de gevolgen van de feiten op zijn persoonlijkheidsontwikkeling bespreekbaar.

Tijdens onze gesprekken probeert Hans zijn spanning te verwoorden - en uiteindelijk kan hij zijn woede plaatsen. De zwangerschappen stonden in het teken van dubieuze prognoses en twijfels: Moest hij kiezen voor het leven van het kind? Rekening houden met de beperkte spankracht van zijn vrouw?

De behandelend artsen wilden beide ouders de tijd geven om tot een beslissing te komen, maar Hans ervaart dit als treuzelen en vertragen. De tijd haalt de beslissingsruimte in die de ouders dachten te hebben - en dan hebben ze een kind met ernstige ademhalingsproblemen en zonder apparatuur geen kans van leven.



ECMO behandeling op de intensive care kinderen van het Erasmus Medisch Centrum – Sophia Kinderziekenhuis.

Hans voelt zich alleen staan tijdens de moeilijke bevalling, en de eerste momenten na de geboorte is hij ook letterlijk alleen. Een gevoel dat hij kent; hij voelde zich altijd alleen zonder de steun van zijn moeder en vader. Voor Hans zijn onze gesprekken de eerste keer in zijn leven dat hij stil staat bij emoties in plaats van ze in woede te uiten. Het kost hem zichtbaar moeite om zich te concentreren en om te praten. 'Ik ben een doener', zegt hij. Maar hij luistert goed en probeert alle informatie tot zich te nemen.

Al gauw lukt dat echter niet meer en verliest hij de greep. Dan schakelt hij weer over: mocht door een fout van een arts zijn dochter overlijden, dan zal hij die arts 'iets aandoen'. Dreigen en geweld waren zijn leven lang bruikbare middelen om zijn doel te bereiken. Om de woede van Hans op een arts of een paar verpleegkundigen om te buigen moet ik mijn woorden op een goudschaaltje wegen. Wanneer hij die opvat als partij kiezen voor 'mijn' behandelteam, neemt zijn kwaadheid alleen maar toe. Zijn kwetsbaarheid, gevoegd bij die van het behandelteam, vormt een emotioneel mijnenveld, en ook ik voel me kwetsbaar.

Mijn strategie is om cliënt zoveel mogelijk te ondersteunen en hem aan te moedigen verder te gaan met het overdenken en uitwerken van zijn thema's. Ik beoog om met hem verder te onderzoeken waar lasten vandaan komen (verleden) en bespreekbaar te maken hoe die lasten uitwerken in het heden.

3. De dimensie van interactie- en communicatiepatronen

Mijn doel is hier om te ondersteunen, te herhalen wat de cliënt heeft gezegd. Ik probeer te begrijpen, en mee te zoeken naar oplossingen. Ik laat de cliënt herinneringen naar voren halen, en vanuit die positie gaan wij opzoek naar kansen. In de derde dimensie gaat het om het onderkennen van patronen van waarneembaar gedrag.

De verschillende leden uit het sociaal systeem van Hans communiceren met elkaar vanuit een dominante houding. Mijn vraag is steeds hoe emoties bespreekbaar zijn en of onderlinge relaties gelijkwaardigheid vertonen. Van belang vind ik hoe de relatie tussen Hans en zijn vrouw is, hoe zij zijn beïnvloed door de eigen ouders, en wat zij willen doorgeven aan hun kinderen.

De relatie tussen de ouders van Hans is slecht en praten, betekent ruzie maken. Hans heeft die houding van zijn ouders overgenomen; hij praat, legt uit en corrigeert zijn echtgenote als zij al een keer iets zegt. Zij is timide, teruggetrokken en lijkt de rol aanvaard te hebben dat zij in de marge van het bestaan leeft. Als ik de moeder aanspreek merk ik dat de vader dit weliswaar toestaat, maar het verhaal van zijn vrouw overneemt. Hij accepteert dan niet dat zijn vrouw opnieuw een vraag beantwoordt. Er is een structuur ontstaan waarin Hans de controle heeft over het gezinsleven. Het lijkt erop of juist hierdoor het gezinsleven in stand blijft. Hans luistert gespannen als ik mijn vragen aan de orde stel. Vanaf het eerste moment dat ik met hem praat over wat kan helpen om zijn woede onder controle te houden, hebben wij het gehad over: uitspreken van gevoelens en tijdig aan de bel trekken als je woede voelt opkomen. Mensen en plekken vermijden die agressie oproepen, zorgen voor voldoende lichaamsbeweging en misschien een begeleidend traject in de nazorg. Hij voelt zich in zijn waarde gelaten: er wordt met respect gepraat over gedrag dat hijzelf als moeilijk ervaart. Ik vraag hem wat hij als vader goed heeft gedaan, en hij noemt dat hij er als vader kan zijn voor zijn kinderen.

Ik laat de moeder eerst de ruimte om er op haar eigen manier te zijn: stil en teruggetrokken, en vertrouwend op de leiding van haar man. Maar ondanks haar stilte wil ik haar positie versterken en nodig ik haar in elk gesprek uit om ook háár mening te geven. Zij gaat heel voorzichtig met haar man in gesprek en hij voelt zich daardoor gesteund: 'Het lijkt wel of wij voor het eerst echt met elkaar praten'.

4. De dimensie van de relationele ethiek

De vierde dimensie is die van de relationele ethiek. Hans geeft aan dat hij van zijn ouders niet heeft kunnen ontvangen wat hij als kind nodig had. Kan ik hem inzicht geven wat de psychologische factoren en relatiepatronen waren die geven en ontvangen in de weg hebben gestaan? Nagy stelt dat de rechtvaardigheid van de relatie verwijst naar loyaliteit, betrouwbaarheid en verantwoordelijkheid. De balans van verworven verdiensten en verschuldigd zijn lijkt in deze context ongelijk, en de vraag van het medisch behandelteam is dan ook of Hans aan zijn kinderen kan geven wat zij nodig hebben.

Wat mij opvalt, is dat hij vanuit zijn mogelijkheden, verantwoordelijkheid toont voor zijn kinderen; zijn woede is zijn manier om te laten zien, *ik vecht voor mijn kind, laat niemand mijn kind iets aan doen*. Hans heeft recht op erkenning daar waar hij geen erkenning heeft gekregen. In de gesprekken maak ik de goede-ouder-ervaringen die hij tijdens de opname heeft bespreekbaar. Zijn kinderen zijn voor hem waardevol, waard om te leven. Als ik hem vraag op welke manier zijn moeder voor hem er als kind was, geeft hij aan dat zij altijd een grote bek opzette als zij dacht dat een ander Hans in de weg zat. Ik probeer met Hans op zoek te gaan naar bronnen van vertrouwen. Heeft hij kunnen ontvangen van zijn ouders en heeft hij de indruk dat wordt gezien wat hij aan zijn kinderen geeft? Kan hij op verhaal komen door te vertellen wat er heeft gespeeld tussen hem en zijn ouders, wat gebeurde er tussen zijn ouders en zijn grootouders? Wat heeft er gespeeld in drie generaties? Lang blijft Hans zijn vader afwijzen en zijn moeder een manipulator vinden, en dat kost hem energie. In nagenoeg alle gesprekken geeft Hans aan dat hij zich niet gehoord voelt door anderen. Alles wat wordt doorgesproken ervaart hij als een opgelegde onwaarheid.

Hij ziet niet in dat anderen zoeken naar fairness en rechtvaardigheid in de relatie die zij met hem willen aangaan. Meer en meer is een situatie aan het ontstaan van wantrouwen, herstel van vertrouwen lijkt geen natuurlijk gegeven. De hulproep van Hans wordt net zo min gehoord, als hij de inzet ziet van het medisch behandelteam of de betrokkenheid van zijn sociaal netwerk. *Ik geef hem erkenning wat hij heeft meegemaakt, erkennen in het hem aangedane onrecht. En juist dat helpt hem om ruimte te geven aan de mensen om hem heen; het medisch behandelteam en zijn gezin van herkomst.*

Hij ziet in dat het medisch en verpleegkundig team zoekt naar fairness en rechtvaardigheid in de relatie die zij met hem willen aangaan. Hans gaat uiteindelijk zien wat zijn vader en moeder hem hebben willen geven: Dat hij zich staande kon houden in hun complexe wereld.

Ik heb kunnen invoegen, deze man-die-zich-uitgestoten-voelt aan kunnen spreken als vader van een kind dat is opgenomen. Mijn niet oordelen of beoordelende houding heeft openingen gemaakt waardoor hij kon reflecteren, van metastagnatie tot metapositie kon komen. Mijn houding was die van 'niet weten', steeds was mijn doel dat ik de vader uitnodig tot verder uitleggen en verklaren van zijn denken. Bepaalde thema's heb ik kunnen veralgemeniseren, waardoor de vader de indruk kreeg niet alleen te staan. De problematiek is intergenerationeel, veel van de problemen van Hans vinden hun oorsprong in die van vorige generaties.

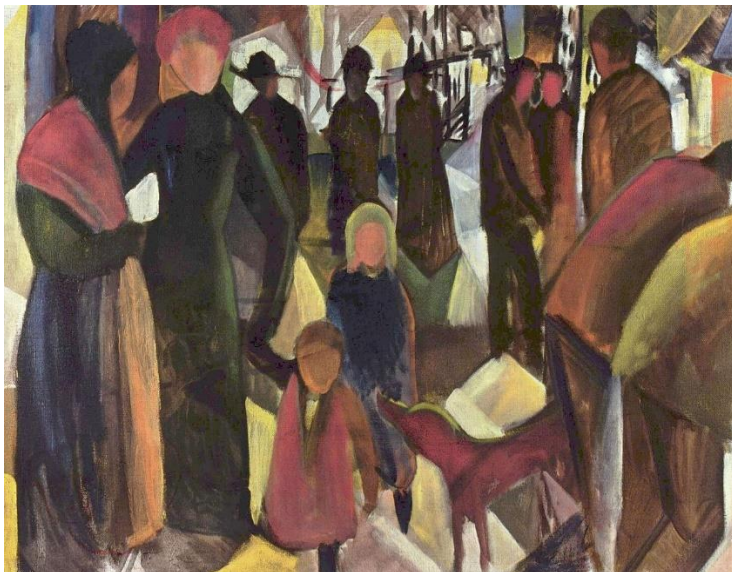
In veel verhalen is Hans negatief gebonden aan de eigen ouders, zijn eigen rotjeugd. Krediet geven aan gezinsleden, erkenning geven voor wat zij als gezinslid ieder op zijn eigen manier hebben bijgedragen, erkent dat ook de moeder en de vader aan het gezinsleven hebben bijgedragen.

Tot slot

Voor mij ligt de kracht in het werken als contextueel therapeut niet uitsluitend in het gegeven dat het de relationele werkelijkheid zichtbaar maakt in de meest kwetsbare situatie voor ouders; het ziek-zijn van hun kind. De kracht is ook dat de contextuele benadering steeds het maatschappelijk en sociaal welzijn van ouders, gezinnen en families centraal stelt. Contextuele hulpverlening of therapie is een antwoord dat zich richt op de sociale en maatschappelijke en sociaaleconomische werkelijkheden van mensen. Hoe overleeft een gezin tijdens heftige levensperiodes waarin zij vaak alleen staan. Het gaat steeds over meer dan pathologie of diagnostiek, machtsstructuren of geschonden communicatie. Centraal staat de mens in relatie tot de ander, het aanboren van hulp- en vertrouwensbronnen werkt helend in de wereld van heelkunde.

In ieder geval is het contextueel denken -het benaderen van ouders meer dan alleen als een op zichzelf staand individu- doorgedrongen in ons chirurgisch team en langzaamaan ook binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Het werken vanuit de contextuele benadering is een mooi hulpmiddel om gedrag van mensen dat als onbegrijpelijk overkomt, beter te verstaan.

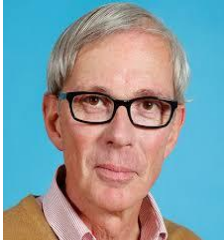
Ik ging op zoek naar concrete toepassingsgebieden en vond door een masterclass in 2007 van Elsemarie van den Eerenbeemt een taal waarin ik mij kon herkennen als hulpverlener, therapeut en vooral als mens. Een taal die ik verder heb leren spreken door mijn opleiding op de Nagy Academie. Ik realiseer mij dat er een onderscheid is tussen een psycholoog-psychotherapeut en een maatschappelijk werker-contextueel therapeut. Maar ik heb ervaren dat wat het contextueel gedachtengoed aanreikt helpend en helend is voor ouders en gezinnen.



Ook al zit ik met een moeder of vader alleen in de spreekkamer ook dan zijn er mensen om ons heen. De generaties voor hen, verhalen over toen, mensen uit het nu en hoe het gaat met het kind morgen en overmorgen.

De ander willen ontmoeten kleurt het samenleven en draagt er aan bij dat relaties in dialoog zijn en blijven en dat vooral ouders tijdens de meest kwetsbare periode van hun leven, het ziek-zijn van het eigen kind, niet nog meer verlies ervaringen doormaken. Ook als het lijkt dat je niets meer hebt, is het weten dat er anderen voor je zijn helpend en helend.

Wat ik wel steeds heb ervaren tijdens het schrijven van dit verhaal dat ik vaders en moeders ook weer moeilijk los van elkaar kan zien. Ik ervaar twee mensen die een relatie met elkaar hebben als een relationele werkelijkheid die verschillend is maar ook weer niet te scheiden. En dat is wellicht de meest uitdagende conclusie van mijn betoog. Ex-ouders zijn er niet, altijd is er een verbonden-zijn met het kind.



Daniël H. Stuit, heeft een masteropleiding social work voltooid en is aan de School voor Intergenerationele Studies en de Nagy Academie Utrecht opgeleid tot contextueel gezinstherapeut. Ook heeft hij opleidingen gevolgd op het terrein van de narratieve therapie en de systemische counseling. Sinds 1999 werkt hij in het Erasmus Universitair Medisch Centrum, aanvankelijk binnen de klinische geriatrie om vanaf 2005 werkzaam te zijn in een chirurgisch lange termijn follow-up team met als specialisatie erfelijke anatomische aandoeningen. Voor zijn aanstelling in het Erasmus Universitair Medisch Centrum was hij onderzoeksprojectleider in probleem cumulatie wijken van Rotterdam en werkzaam in de sociaal geriatrische en gerontologische hulpverlening in stadsvernieuwingswijken.

DHS-Msw/CT-2022.