



COMPETENTIES EN OPLEIDINGSPROGRAMMA BEGELEIDER EN FACILITATOR VAN MULTIFAMILIE PSYCHOANALYSE



"Competenties van, en opleidingsprogramma voor de begeleider en facilitator van multifamilie psychoanalyse" is het resultaat van het onderzoek naar de componenten die een opleidingsprogramma voor de psychoanalytische multifamiliegroep in Italië, België, Spanje en Portugal karakteriseren. Dit volume bundelt de documenten die zijn ontwikkeld in de tweede fase van het project "*Multifamily Groups in Mental Health*" (FA.M.HE.), financieel ondersteund door de Europese Unie via het Erasmus+ programma.

Vijf projectpartners werkten mee aan de ontwikkeling ervan: het Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare in Rome als projectcoördinator, de Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina in Lissabon, de Azienda Sanitaria Locale Roma1 in Rome, de Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja, Familia y Grupo Multifamiliar in Bilbao en het Universitair Psychiatrisch Centrum Z.ORG KU Leuven.

© 2021-2024 door FA.M.HE. Project "De steun van de Europese Commissie voor de productie van deze publicatie houdt geen goedkeuring in van de inhoud ervan, die uitsluitend de standpunten van de auteurs weergeeft, en de Commissie kan niet verantwoordelijk worden gesteld voor het gebruik dat eventueel wordt gemaakt van de informatie die erin is vervat."

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD	5
DEEL 1 VADEMECUM – KERNBEGRIPPEN BIJ HET BEGELEIDEN EN FACILITEREN VAN EEN PSYCHOANALYTISCHE MULTIFAMILIE GROEP, GEBASEERD OP DE THEORIE VAN JORGE GARCIA BADARACCO	8
INLEIDING	8
1. THEORETISCHE FUNDAMENTEN	13
1.1. Wederkerige (onderlinge) afhankelijkheidsrelaties	13
1.2. Gezonde virtualiteit (Virtualidad Sana)	14
1.3. Therapeutisch proces	15
1.4. Authentieke Ik-sterkte	16
1.5. Identificatieprocessen	16
1.6. Doorleefde ervaring (Vivencia)	18
1.7. Verruimde geest (Mente ampliada)	19
2. ALGEMENE AANBEVELINGEN VOOR HET UITVOEREN VAN PMFG	20
2.1. Over het kader	20
2.2. Meervoudige overdracht	20
2.3. Emotioneel klimaat	21
2.4. Praktisch advies	22
2.5. Genezende factoren	23
SLOTOVERWEGINGEN	24
DEEL 2 COMPETENTIES – VAN DE BEGELEIDER EN FACILITATOR VAN EEN PSYCHOANALYTISCHE MULTIFAMILIE GROEP: VAN COMPETENTIEFAMILIES NAAR COHERENT GEDRAG	25
1. DE PSYCHOANALYTISCHE MULTIFAMILIE GROEP	27
1.1. Theoretische aspecten	27
1.2. Belang van de competenties van de begeleider	33
1.3. Competenties van de MFG-begeleider: een eerste olijsting	35
1.4. Conclusies	36
2. DE COMPETENTIEMATRIX VAN DE PMFG-BEGELEIDER: VAN COMPETENTIEFAMILIES NAAR SAMENHANGEND GEDRAG	38
2.1. Wat we over competenties kunnen zeggen	38
2.2. Domein van strategische competenties	40
2.3. Domein van transversale, therapeutische competenties	43
2.4. Domein van persoonlijke, ethische, sociale en culturele competenties	47
3. DE COMPETENTIEMATRIX	50
DEEL 3 OPLEIDINGSPROGRAMMA TOT BEGELEIDER EN FACILITATOR VAN EEN PSYCHOANALYTISCHE MULTIFAMILIE GROEP	51
1. LIPSIM-OPLEIDINGSERVARINGEN	52
1.1. De afgelegde weg	52
1.2. Tweejarige Master in Multifamilie Psychoanalyse	53
2. THEORETISCH-METHODOLOGISCHE OVERWEGINGEN	54
2.1. Het schema van de "Articulaciones"	54
2.2. De regels van het kader	56
2.3. Opmerkingen over de deelname van hulpverleners	57
3. VOORSTEL OPLEIDING	58
3.1. Begeleider en Facilitator van een PMFG	59
3.2. Het opleidingsprogramma	61

3.3. Competenties van begeleider en facilitator	63
3.4. Doelstellingen en organisatie van activiteiten	65
DEEL 4 PARTNERBIJDAGEN	72
A. SPANJE	72
A.I. Impact van psychoanalyse voor meerdere families in Spanje door Norberto Mascaró Masri	72
A.II. Het opzetten van een multifamilie groep in een openbare instelling door Norberto Mascaró Masri	74
B. PORTUGAL	78
B.I. Geschiedenis van multifamilie groepen in Portugal door Paula Godinho	78
B.II 'Open-deur-syndroom': een diagnose op basis van een multifamilie groep door Maria João Centeno; Paula Godinho; Teresa Fialho; Ana Luísa Teixeira; Isaura Manso Neto	79
C. BELGIË	85
C.I. Multifamilie psychoanalyse in België door Martine Lambrechts	85
C.II. Het opzetten van een multifamilie groep (MFG) voor jonge psychotische patiënten en hun families binnen een systemisch en psychodynamisch kader door Martine Lambrechts en Jef Lisaerde	87
D. ITALIË	99
D.I. De impact van Multifamilie Psychoanalyse in Italië door Andrea Narracci	99
D.II. De belangrijkste concepten van Multifamilie Psychoanalyse door Andrea Narracci en Alessandro Antonucci	100
BIBLIOGRAFIE	109

VOORWOORD

"Competenties van, en opleidingsprogramma voor de begeleider en facilitator van Multifamilie Psychoanalyse" is het resultaat van het gezamenlijk werk van de vijf partners van "FA.M.HE" gedurende bijna twee jaar, waarbij verschillende soorten kennis en ervaringen zijn gekruist en verbonden door middel van:

- De analyse van de kenmerken en verspreiding van multifamilie groepen in de vier betrokken landen;
- De overwegingen en reflecties van de internationale deelnemers aan het project zelf gedurende deze twee jaar;
- De opleidingservaring die de partners in de loop der jaren hebben opgedaan.

Het uiteindelijke doel bestond uit het gezamenlijke ontwerp van een opleidingstraject in Multifamilie Psychoanalyse (MFP) dat, met respect voor het epistemologisch kader, en die de effectiviteit, reproduceerbaarheid en controleerbaarheid van de opleiding in de verschillende Europese sociaal-medische realiteiten garandeert.

Het opleidingsprogramma richt zich naar twee centrale figuren binnen het therapeutische werk met multifamilie psychoanalyse: de begeleider en de facilitator.

De belangrijkste elementen van het Vademecum zijn gericht naar zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg (psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, enz.), alsook naar gezinnen met belangstelling voor geestelijke gezondheidsproblemen. Deze methodologie wordt ook gebruikt in andere contexten voor het oplossen van institutionele conflicten: in het onderwijs, in het rechtssysteem, in sociale diensten, in huisvesting, enz.

In deze inleiding geven we een korte samenvatting van de eerste drie documenten door de partners zijn ontwikkeld als voorbereidend werk voor het ontwerp van een opleidingstraject in Multifamilie Psychoanalyse. Op die manier wordt de voortgang in de ontwikkeling van het methodologische kader van dit opleidingsmodel verduidelijkt.

DEEL 1 bestaat uit een "Vademecum van de kernbegrippen van Multifamilie Psychoanalyse".

Het vademecum is opgesteld op basis van de ideeën van J. Garcia Badaracco en bijdragen van de partnerlanden, gecoördineerd door de partner uit Bilbao "*Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja, Familia y Grupo Multifamiliar*". De inhoud van dit Vademecum is ontwikkeld door de vijf projectpartners tijdens een transnationale workshop in Rome in november 2022. Het eindresultaat werd besproken en goedgekeurd tijdens drie daaropvolgende internationale onlinebijeenkomsten.

De Multifamilie Psychoanalyse, een nieuw therapeutisch paradigma met betrekking tot psychisch lijden, heeft in de loop der jaren haar theoretische conceptualisering en methodologische inhoud verdiept door middel van een voortdurende dialectiek tussen klinische praktijk (de psychoanalytische multifamilie groep als laboratorium van ideeën) en theorie (verzameling hypothesen als resultaat van die klinische praktijk).

Het vademecum belicht de theorie, methodologie en klinische praktijk, die samen de filosofie van zorg en interventie beschrijven. In feite vormt MFP een origineel en creatief referentiekader dat ons in staat stelt om tegelijkertijd (opnieuw) na te denken over de gezonde ontwikkeling, de

pathologische organisatie van psychisch lijden, en de zorgtrajecten van ernstige en/of chronische patiënten; het vertegenwoordigt een innovatieve manier van werken die het creëren van een emotioneel klimaat van veiligheid, solidariteit en vertrouwen en dialogische en gelijkwaardige interventiemodaliteiten centraal stelt.

Het document beschrijft de theoretische basis van de interventie, de praktische aanbevelingen voor het uitvoeren van een Psychoanalytische Multifamilie Groep (PMFG) en de curatieve elementen van een multifamilie-gerichte interventie.

DEEL 2 beschrijft de "Competenties van de begeleider en facilitator van een psychoanalytische multifamilie groep: van competentiefamilies naar coherent gedrag".

De voorbereiding van dit document omvatte bijdragen van alle partners en werd gecoördineerd door de partner "*Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare*" in Rome. De inhoud werd gedefinieerd en verfijnd tijdens verschillende onlinebijeenkomsten en de definitieve vorm werd goedgekeurd tijdens de transnationale bijeenkomst in Bilbao in oktober 2023.

Het doel van dit document bestaat uit de definitie van een matrix van professionele vaardigheden voor de begeleider van PMFG. Het begint met een beschrijving van het profiel van de begeleider, met aandacht voor de specifieke competenties in vergelijking met andere psychotherapeutische zorgfiguren. De PMFG vertegenwoordigt een krachtige therapeutische benadering, waarbij het belangrijk is om de potentiële risico's en uitdagingen tijdig te herkennen en zorgvuldig te beheren, om zo een effectieve en veilige behandeling voor alle deelnemers te garanderen. Om deze risico's te beperken en het succes van de therapeutische groep te garanderen, is de opleiding en ervaring van de begeleider cruciaal.

Naast het belang van de theoretische achtergrond van de MFG-begeleider, staan de transversale therapeutische competenties centraal. Deze kunnen worden ontwikkeld door alle zorgfiguren die deel uitmaken van het begeleidingsteam.

Vanuit de definitie van het begrip "competentie" worden specifieke "families" van competenties gespecificeerd, d.w.z. een homogene reeks gedragingen die verwijst naar vergelijkbare kennis en vaardigheden, die het gedrag van de begeleider kenmerken, binnen het specifieke "kader".

Vanuit deze "*knowhow*", wordt een competentiematrix van de begeleider van een PMFG ontwikkeld. Het verwerven en ontwikkelen van deze competenties garandeert het goed functioneren van de PMFG.

DEEL 3 beslaat het "Opleidingsprogramma tot begeleider en facilitator van een psychoanalytische multifamilie groep".

De inhoud van dit document werd uitgewerkt tijdens een transnationale bijeenkomst tussen de partners in Bilbao, en vervolgens verder ontwikkeld en goedgekeurd met bijdragen van alle projectpartners tijdens de speciale transnationale bijeenkomsten. De partner "*Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare*" in Rome coördineerde de uitwerking en de uiteindelijke versie.

De ervaring van LIPsiM op het gebied van onderwijs en opleiding werd onderzocht, en vergeleken met de opleidingservaring van de andere projectpartners. Dit resulteerde in een eerste poging om een leer- en ontwikkelingstraject te formuleren in overeenstemming met de fundamentele aannames van MFP.

Vervolgens volgde een systematisering van de reflecties van de uitwisselingen en confrontaties tussen de partners, die plaatsvonden zowel binnen het formele programma van de bijeenkomsten als tijdens spontane "*brainstorming*" en ervaringsverhalen. Het geheel van deze uitwisselingen vormen de waardevolle voedingsbodem waarop alle producten van het project zijn geconstrueerd.

Uitgaande van de definitie van de zorgverleners voor wie de opleiding bedoeld is, met name de begeleider en facilitator van PMFG, wordt het opleidingstraject beschreven. Het is gestructureerd in drie opeenvolgende jaren, die elk de mogelijkheid bieden om specifieke vaardigheden/competenties te verwerven voor beide functies. De meest kenmerkende competenties staan centraal in de eerste fase van de opleiding, die wordt gedeeld door alle zorgverleners binnen de Geestelijke Gezondheidszorg. Daarnaast staat de deelname aan een multifamilie groep met een didactische functie centraal tijdens de gehele duur van de opleiding. Het laatste deel is gewijd aan de beschrijving van een modulair opleidingsprogramma, aanpasbaar aan de sociaal-medische realiteit van elk land, en dat tegelijkertijd effectief, controleerbaar en reproduceerbaar is.

DEEL 1

VADEMECUM – KERNBEGRIPPEN BIJ HET BEGELEIDEN EN FACILITEREN VAN EEN PSYCHOANALYTISCHE MULTIFAMILIE GROEP, GEBASEERD OP DE THEORIE VAN JORGE GARCIA BADARACCO

INLEIDING

Een psychoanalytische multifamilie groep (PMFG) is een doeltreffende therapeutische ruimte, die de benadering en behandeling van een heterogene doelgroep, bestaande uit gezinnen met verschillende pathologieën, mogelijk maakt door een gedeelde ervaring.

In een psychoanalytische multifamilie groep zijn er minstens twee generaties aanwezig, inclusief de persoon die specifieke geestelijke gezondheidszorg ontvangt.

Het is een grote open of halfopen groep, die zich geleidelijk vormt, en 10 tot meer dan 100 mensen kan samenbrengen.

De groep vormt een afspiegeling van onze samenleving (een mini-samenleving), waarin gezinnen uit verschillende culturen en met verschillende sociaal-economische achtergronden deelnemen aan een gemeenschappelijke ervaring, waardoor ze hun angsten en zorgen kunnen delen en hun moeilijkheden onder ogen kunnen zien in een klimaat van veiligheid en vertrouwen.

De groep wordt geleid door zorgverleners uit de geestelijke gezondheidszorg die samenwerken in een multidisciplinair therapeutisch team.

De groepssessie vindt over het algemeen één keer per week of één keer per twee weken plaats en duurt tussen de 90 en 120 minuten.

Aan het einde van de jaren 1950, na zijn terugkeer naar Argentinië, begint psychiater en psychoanalyticus J. Garcia Badaracco te werken op een afdeling voor chronische patiënten in het neuro psychiatrisch ziekenhuis José T. Borda in Buenos Aires.

Na het voltooien van zijn psychiatrische en psychoanalytische opleiding in Parijs, beïnvloed door de ideeën van Maxwell Jones over de therapeutische gemeenschap en de Franse institutionele psychotherapie, wijdt hij zich aan het toepassen van psychoanalytische kennis op ernstige psychische ziekten.

Dit doet hij aan de hand van een methodologie die hij 'recontextualisering' noemt: bijdragen uit de verschillende psychoanalytische scholen tracht hij te observeren en toe te passen in een bredere context (de therapeutische gemeenschap en de multifamilie groep). Gebrek aan middelen, organisatorische problemen en uitzonderlijke omstandigheden brengen hem ertoe om alle

patiënten van de afdeling, hun familieleden en de professionals die met hen werken dagelijks samen te brengen.

De eerste psychoanalytische MFG wordt een sociaal-ervaringslaboratorium, waarbij de interactie tussen de deelnemers van de groep het mogelijk maakt om psychologische fenomenen te observeren die nog niet eerder beschreven werden in de psychoanalytische klinische ervaring.

De psychoanalytische MFG maakt het mogelijk om de drie dimensies van de geest te observeren - het individu, de familie en het sociale - en genereert een analyse-eenheid die een breder begrip mogelijk maakt van de innerlijke psychische wereld en de interactie met de buitenwereld, die zich manifesteert in wederzijdse afhankelijkheden.

Het concept 'wederzijdse afhankelijkheid' wint in de loop der tijd aan relevantie en geeft samen met 'gezonde virtualiteit', 'authentieke Ik-sterkte', het therapeutische proces, het 'gekmakend object' ('gekmakende aanwezigheid'), naast andere, aanleiding tot een nieuw paradigma: Multifamilie psychoanalyse.

Gedurende meer dan zestig jaar heeft de theoretische conceptualisering en methodologie van dit paradigma zich verdiept door middel van een voortdurende dialectiek tussen de klinische praktijk, d.w.z. de psychoanalytische multifamilie groep als laboratorium, en de theorie, opgevat als een reeks hypothesen als product van deze klinische observatie.

Deze inleiding belicht de theorie, methodologie en klinische praktijk, die samen een nieuwe zorgfilosofie definiëren.

Multifamilie psychoanalyse biedt een origineel en creatief referentiekader dat toelaat om gezonde ontwikkeling, de pathologische organisatie van psychisch lijden en de behandeltrajecten van ernstige en/of chronische patiënten te (her)denken.

In tegenstelling tot andere psychoanalytische werkvormen heeft deze werkwijze een specifieke methodologie op het vlak van kader, het omgaan met de overdracht, het creëren van een emotioneel klimaat van veiligheid, vertrouwen en solidariteit en het interveniëren door middel van de gespreksvoering. Dit alles is het resultaat van een complexe denkwijze, die we in dit Vademecum proberen uitéén te zetten.

Een behandelingsoptie

In tegenstelling tot psychiatrische richtlijnen die uitgaan vanuit de bio-organiciteit, en die het 'managen' van symptomen beogen met het oog op een min of meer gedeeltelijke 'normalisatie' van de 'patiënt', stelt de multifamilie psychoanalyse voor om met mensen en relaties te werken in een transformatieve zin, uitgaande van een onuitgedrukt potentieel - de *gezonde virtualiteit* - in plaats van de pathologische elementen.

Iedereen wordt beschouwd als potentieel gezond in plaats van ziek, de mogelijkheid tot behandeling bestaat in zelfs de meest ernstige en/of chronische situaties.

De manier waarop we naar iemand kijken, is nauw verbonden met hoe we ons de ander voorstellen. De manier waarop we naar iemand kijken gebeurt 'vanzelf'; het dringt door in het onderbewustzijn en geeft een emotionele connotatie aan de relatie.

De angst, verbijstering of onbeduidendheid in de blik van de ander, vooral van een behandelaar, kunnen een enorm pathogeen effect hebben op een persoon die al bang en gedesoriënteerd is door wat er gebeurt. Daarentegen kan het gevoel bekeken te worden als een persoon met 'onuitgedrukt potentieel' hoop en vertrouwen genereren, van waaruit het mogelijk is om te beginnen met genezen.

Veel lijden is het resultaat van onbegrip, misverstanden en onbewuste wreedheid in de relatie met de ander, vooral met hen die het meest nabij zijn; een crisis kan gezien worden als een wanhopige poging om het gezonde, individuele en relationele potentieel naar boven te halen, een kans om verandering en transformatie te introduceren binnen de valstrikken waardoor het gezin lijdt.

Op dezelfde manier kunnen diverse symptomen beschouwd worden als een concrete uitdrukking van onverwoordbare noden en emotionele stemmingen, als een uitvergroting van normale processen en als een uitdrukking van een onzichtbaar potentieel.

De mogelijkheden tot genezing en herstel zijn afhankelijk van het vermogen om de complexe overgang tussen zekerheid en onzekerheid, orde en wanorde, samenhang en tegenstrijdigheid te verdragen: regressies en terugvallen zijn geen teken van 'ongeneeslijkheid', maar vertegenwoordigen onvermijdelijke momenten van bevestiging in het licht van nieuwe situaties.

Mentaal lijden komt voort uit relaties tussen twee of meer mensen

Psychisch lijden komt steeds voor in de relatie tussen twee of meer mensen. Het lijden ontwikkelt zich binnen onderlinge patronen, die meestal onbewust, geheim en verborgen blijven, en die een wederzijdse afhankelijkheid zichtbaar maken.

Het is mogelijk om de aanwezigheid van deze patronen te detecteren in alle menselijke conflicten; in deze zin kan psychisch lijden worden beschouwd als de bijzondere uitdrukking van een wederzijdse, pathogene en pathologische onderlinge afhankelijkheid.

Als we aan psychische aandoeningen denken, verwijzen we over het algemeen naar psychopathologie als iets dat tot de individuele sfeer behoort, waarbij we de interactieve uitwisseling tussen de geest en de omgeving, met andere woorden de relationele werkelijkheid, ontkennen.

Het potentieel voor groei en ontwikkeling van de persoonlijkheid is altijd aanwezig in de mens en vertegenwoordigt de gezonde virtualiteit; het zijn de pathogene en pathologische onderlinge afhankelijkheden, die opereren vanuit de externe of geïnternaliseerde werkelijkheid ('de anderen in ons'), die de subjectiviteit verstoren en de ontwikkeling van een authentiek Ik-sterkte verhinderen.

Met andere woorden, de externe en interne werelden beïnvloeden de mogelijkheid om een volwaardige individu, gelegitimeerd en erkend in de eigen subjectiviteit, te worden. J. García Badaracco heeft gezegd: "... in die zin zouden we kunnen zeggen dat waanzin altijd en uiteindelijk een 'folie à deux' is".

Therapeutisch proces

De algemene notie van het therapeutische proces omvat het idee van hoe iemand en zijn familie ziek worden en het pad dat ze moeten volgen om te herstellen.

We beschouwen psychische aandoeningen als een stagnatie in de groei en ontwikkeling van de persoonlijkheid, waarbij biologische, psychologische en sociale factoren een rol spelen.

Het therapeutisch proces is een klinisch concept waarmee we verwijzen naar de reeks transformaties die de persoon en zijn familie kunnen ervaren door een psychotherapeutische behandeling. Het idee van 'proces' verwijst naar de opeenvolging van psychische veranderingen, die zich voordoen als uiteenlopende uitingen met een interne samenhang, en die progressief evolueren in de richting wat we aanduiden als maturatie, emotioneel evenwicht, enz.

Deze veranderingen kunnen worden geobjectiveerd in concrete verwezenlijkingen, zoals in interpersoonlijke relaties en subjectieve ervaringen die de innerlijke wereld transformeren, en die zich vertalen in structurele veranderingen in de persoonlijkheid.

De opeenvolging van deze veranderingen is niet lineair, heeft niet één enkele oorzaak en wordt gekenmerkt door momenten van deconstructie en heropbouw van delen van een geheel.

Het doel van het therapeutische proces is om het normale groei- en ontwikkelingsproces van het individu, dat door verschillende factoren in de loop van zijn of haar ontwikkeling is onderbroken en vervormd, te herstellen

Tijdens het therapeutische proces moet de patiënt fasen doorlopen die hij in zijn gezinsleven nooit heeft kunnen meemaken.

Deze nieuwe ervaringen zullen - doorheen identificatieprocessen - het authentieke Ik verrijken en aansterken, en zo toelaten om de persoonlijkheidsstructuur te veranderen.

Het therapeutische proces is noodzakelijkerwijs individueel en daarom uniek voor elke persoon; de kenmerken ervan hangen af van het klinische toestandbeeld, het begin van de ziekte en de evolutie ervan. Familie en sociale omstandigheden zijn daarbij ook zeer invloedrijke factoren.

1. THEORETISCHE FUNDAMENTEN

1.1. Wederkerige (onderlinge) afhankelijkheidsrelaties

Mensen worden geboren, groeien op en ontwikkelen zich binnen een netwerk van wederkerige, onderlinge afhankelijkheidsrelaties, die de sleutel vormen van sociale interacties en aanleiding geven tot de processen van persoonlijkheidsgroei en -ontwikkeling die zich gedurende het hele leven voordoen.

Het netwerk van wederkerige afhankelijkheidsrelaties (WA) krijgt een bijzonder belang in het klinische werk van de PMFG.

De menselijke psyché is zeer gevarieerd en moeilijk te vatten in een eenduidige psychologische theorie; deze complexiteit verkrijgt een grote relevantie, ze biedt ons een caleidoscopische visie op psychische gebeurtenissen.

Het concept van WA maakt het mogelijk om deze complexiteit te bevatten, die begint bij de geboorte en doorgaat gedurende het hele leven. Binnen de WA vinden de identificatieprocessen, die aan de oorsprong liggen van de persoonlijkheidsstructuur, plaats.

Aan de ene kant stellen WA ons in staat om de pathologie van de innerlijke wereld te visualiseren als een "innerlijke dialoog" tussen het Ik en de "anderen in ons" (levende aanwezigheden). Deze 'aanwezigheden' 'spreken' tot het individu, bedreigen, verachten, bekritisieren en mishandelen hem (*pathologische en pathogene onderlinge afhankelijkheden*).

Aan de andere kant worden WA tegelijkertijd geëxternaliseerd in relaties. Het wordt dan mogelijk om te observeren hoe deze WA zich structureren en zich in stand houden doorheen de tijd, resulterend in lijden en frustratie.

Deze theoretische positie overstijgt gehechtheid, omdat de studie ervan de interne wereld ('psychische realiteit'), de relatie met de significante ander (intersubjectiviteit) en de sociale factoren die het leven van mensen beïnvloeden (trans-subjectiviteit) integreert, met de nadruk op de interactieve dimensie ('materiële realiteit').

J. García Badaracco heeft de WA in twee categorieën ingedeeld: zij die de groei en ontwikkeling van de persoonlijkheid bevorderen (normogene) en zij die dit proces verstoren (pathologische en pathogene WA). De kwaliteit van de WA heeft impact op de ontwikkeling van de Ik-sterkte, waarvan op zijn beurt de oplossing van de interne of externe conflicten afhangt.

Het werken met WA brengt ons bij de patronen en de onderlinge relaties waarin een individu is ondergedompeld, bij de dilemma's en conflicten, en bij de "levende aanwezigheden" die hem bevolken en in zijn interne wereld blijven acteren, en op die manier de kwaliteit van de relaties met anderen bepalen.

De PMFG wil patiënt en familie bevrijden uit de situatie waarin ze beiden gevangen zitten, die de ziekte in stand houdt en het pessimisme over een beter leven versterkt.

1.2. Gezonde virtualiteit (Virtualidad Sana)

In de theorie van J. García Badaracco is gezonde virtualiteit een sleutelbegrip dat verwijst naar het potentieel voor persoonlijkheidsgroei en -ontwikkeling.

Het is gebaseerd op H. Maturana's concept van "autopoiesis" (1973), als de basiseigenschap van levende systemen om zichzelf te reproduceren en in stand te houden, waarbij de reactie op het externe afhangt van de structuur zelf.

Voor J. García Badaracco is "gezonde virtualiteit" gerelateerd aan het vermogen om de "gekmakende aanwezigheden" binnen de interne wereld te neutraliseren en te ontwapenen, en om de "ziekmakende WA" van de externe wereld op te heffen ("authentieke Ik-sterkte").

De psychiatrie concentreert zich vaak op de symptomen van "waanzin", ziet de patiënt dan als een "gek of ziek" persoon, en reproduceert zo in veel gevallen de houding van de familie die, om verschillende redenen (angst, vrees, frustratie en soms agressiviteit) haar familielid ook zo ziet.

Daarbij wordt diens "gezonde virtualiteit" genegeerd, dat wil zeggen: het potentieel voor groei en ontwikkeling in ieder mens aanwezig is ongeacht hoe ziek hij/zij is.

J.Garcia Badaracco benadrukt de kracht van de blik in het psychotherapeutische werk, waarbij de kracht van de blik een speciale betekenis krijgt: "de patiënt zal zich voelen zoals wij naar hem kijken".

De blik gebeurt vanzelf; hij dringt door in het onbewuste en geeft een emotionele betekenis aan de relatie.

Daarom kan de blik van de therapeut een enorme pathogene kracht hebben door het 'niet zien' van de potentie voor groei en persoonlijkheidsontwikkeling.

Het wel 'zien' van dit potentieel genereert de hoop die nodig is om zich toe te vertrouwen aan de behandeling en het therapeutische proces te starten, als een weg naar genezing.

Hierdoor kan ook de familie de situatie vanuit een "ander perspectief" bekijken en beleven.

Het concept van "gezonde virtualiteit" vormt de kern van een diepgaande herziening van zowel 'een succesvolle ontwikkeling' als van het ontstaan van mentale ziekte. Het concept kan ons helpen begrijpen hoe de normale levenscyclus van het individu en zijn familie verloopt, alsook welke interventies nodig zijn in de behandeling van de meest invaliderende psychiatrische stoornissen. "Gezonde virtualiteit" leidt tot de ontwikkeling van een authentieke Ik-sterkte, waardoor psychische verandering mogelijk en aanvaardbaar wordt.

Het concept doet beroep op een beeld van een 'oorspronkelijke en primordiale matrix van potentialiteiten' die zich kunnen tonen, mits herkend en gevoed in een gunstige emotionele en relationele omgeving. Het complexe transgenerationale netwerk van WA speelt een fundamentele rol in het creëren van een omgeving die bevorderlijk is voor het ontstaan van authentieke Ik-sterkte. Deze complexiteit kan worden teruggevonden binnen een PMFG, gericht op een correctie van de pathologische organisatie binnen een familiecontext.

Met het 'potentieel van een niet-uitgedrukte gezonde virtualiteit' verschuift de focus van de therapeutische interventie van de zorg voor de individuele en familiale tekorten naar het stimuleren van gezonde hulpbronnen door het creëren van een natuurlijke groeicontext.

1.3. Therapeutisch proces

De algemene notie van het therapeutische proces omvat het idee van hoe iemand en zijn familie ziek worden en het pad dat ze moeten volgen om te herstellen.

Een psychische aandoening is een onderbreking in de groei en ontwikkeling van de persoonlijkheid, waarbij biologische, psychologische en sociale factoren een rol spelen. Het therapeutisch proces is een klinisch concept dat gebruikt wordt om alle transformaties aan te duiden die een persoon en zijn of haar familie kunnen ondergaan als gevolg van een psychotherapeutische behandeling.

Het idee van 'proces' verwijst naar de opeenvolging van psychische veranderingen, die zich voordoen als uiteenlopende uitingen met een interne samenhang, en die progressief evolueren in de richting wat we aanduiden als maturatie, emotioneel evenwicht, enz.

Deze veranderingen kunnen worden geobjectiveerd in concrete verwezenlijkingen, zoals in interpersoonlijke relaties en subjectieve ervaringen die de innerlijke wereld transformeren, en die zich vertalen in structurele veranderingen in de persoonlijkheid.

De opeenvolging van deze veranderingen is niet lineair, heeft niet één enkele oorzaak en wordt gekenmerkt door momenten van deconstructie en heropbouw van delen van een geheel.

Het doel van het therapeutische proces is om het normale groei- en ontwikkelingsproces van het individu, dat door verschillende factoren in de loop van zijn of haar ontwikkeling is onderbroken en vervormd, te herstellen.

Tijdens het therapeutische proces moet de patiënt fasen doorlopen die hij in zijn gezinsleven nooit heeft kunnen meemaken.

Deze nieuwe ervaringen zullen - doorheen identificatieprocessen - het authentieke Ik verrijken en aansterken, en zo toelaten om de persoonlijkheidsstructuur te veranderen.

Het therapeutische proces is noodzakelijkerwijs individueel en daarom uniek voor elke persoon; de kenmerken ervan hangen af van het klinische toestandsbeeld, het begin van de ziekte en de evolutie ervan. Familie en sociale omstandigheden zijn daarbij ook zeer invloedrijke factoren.

1.4. Authentieke Ik-sterkte

Het concept 'Authentieke Ik-sterkte' verwijst naar een essentieel aspect van geestelijke gezondheid: de maturiteit van de persoonlijkheid. Het zijn de noodzakelijke voorwaarden opdat de Ik-functies kunnen ontwikkelen (symbolisatie, representatie, taal, realiteitszin, impulscontrole, etc.) en het Ik zijn doelen kan realiseren.

Het gebrek aan Ik-sterkte of het begrip 'structureel tekort' stelt ons in staat om een belangrijke dimensie van de pathogenese te begrijpen. De belangrijkste doelstelling van het therapeutische proces is de vorming en maturatie van een nieuwe, authentieke Ik-sterkte.

De toestand van weerloosheid en hulpeloosheid waarmee we geboren worden, kan gedefinieerd worden als een toestand van schaarse Ik-sterkte.

De psycho-biologische ontwikkeling van de persoonlijkheid bestaat uit, onder andere, het verwerven van Ik-sterkte.

Op biologisch vlak spelen de opbouw en de rijping van het zenuwstelsel een belangrijke rol, maar de belangrijkste rol is weggelegd voor het psychologisch-relatieve aspect, waar levenservaringen bepalend zijn voor de ontwikkeling van het Ik, door middel van identificatieprocessen.

Sommige van deze levenservaringen leiden tot een positieve structurering van het Ik, terwijl andere de ontwikkeling juist belemmeren door veranderingen in het Ik aan te brengen die aanleiding geven tot diverse pathologieën.

Vanuit therapeutisch perspectief bevinden dergelijke patiënten zich buiten het domein van de conflictpathologie, en hebben ze een andere behandeling nodig, waarbij gezonde emotionele ervaringen dienen als nieuwe hulpbronnen voor de ontwikkeling van Ik-sterkte, die noodzakelijk is voor een herstructurering van de persoonlijkheid.

1.5. Identificatieprocessen

Zoals diverse psychoanalytische auteurs hebben aangetoond, is 'identificatie' één van de fundamentele processen in de ontwikkeling van de persoonlijkheid.

'Identificatieprocessen' grijpen in vanaf de eerste momenten van het leven, vooral in de vroege relatie van het kind met zijn verzorger, en vormen, zoals S. Freud beweerde, de meest primitieve vorm van affectieve gehechtheid, waarbij ze langdurige veranderingen veroorzaken in het psychisch functioneren van het individu.

De term 'identificatie' staat voor een reeks operaties bepalend voor de complexe taak van de vorming en organisatie van het 'zelf'.

Tijdens ieders leven kunnen identificatieprocessen positieve elementen aandragen voor de groei en ontwikkeling van de persoonlijkheid, of integendeel, negatieve incorporaties aandragen die resulteren in de vorming van pathologische structuren.

Op basis van hun eigenschappen maakt J. García Badaracco een onderscheid tussen normogene en pathogene processen.

Deze processen vinden plaats in de intimiteit van de WA, waarbij het emotionele klimaat en de Ik-sterkte van de ouders bepalend zijn voor de kwaliteit van deze identificaties.

In (normogene) "structurele identificaties" spelen mechanismen van assimilatie en accommodatie tussen de leden met WA. Er is een creatieve uitwisseling die, met het verstrijken van de tijd, toelaat dat een inter-subjectieve dimensie zich ontwikkelt tot een gezonde wederzijdse afhankelijkheid, die het mogelijk maakt dat het Ik zich kan onderscheiden van de "ander". Dat wil zeggen dat vanuit een primitieve symbiose, via een proces van de-symbiotisering, een groeiende individuatie en autonomie wordt bereikt en deze normogene identificaties deel gaan uitmaken van de persoonlijkheidsstructuur.

Als er in plaats van het hierboven beschreven proces een afwijkende ontwikkeling optreedt door een gebrek aan structurerende identificaties, blijft het individu gevangen zitten in een pathologische wederzijdse afhankelijkheid, zal de symbiose niet succesvol worden opgelost en zal er een gebrek zijn aan Ik-sterkte of is er een structureel tekort.

Deze identificaties brengen in de psyché elementen binnen die afgesplitst blijven bestaan. Ze fungeren als opdringerige aanwezigheden die de psyché dwingen zichzelf op een disfunctionele manier te organiseren. Deze pathologische identificaties zijn georganiseerd als afgesplitste delen, die J. García Badaracco "gekmakende objecten" noemt. In deze gevallen vinden we altijd een geschiedenis terug van traumatische gebeurtenissen en psychisch lijden. De aanwezigheid van de ander "bewoont" de psyché van het subject, verhindert hem om "zichzelf te zijn" en zijn eigen leven te leiden.

1.6. Doorleefde ervaring (Vivencia)

De term 'vivencia' werd in de Spaanse taal geïntroduceerd door de Spaanse filosoof José Ortega y Gasset. Opgeleid in Duitsland, kon hij bij zijn terugkeer naar Spanje geen woord vinden om het Duitse woord "Erlebnis" te vertalen, dat verschilde van het woord "Erfahrung" (ervaring).

Dit laatste verwijst naar de kennis of het vermogen om een taak uit te voeren.

"Vivencia" is een bepaalde ervaring die het Ik verandert en de persoonlijkheid 'markeert'. Ortega y Gasset (1913) beschrijft dat "alles wat het Ik met zo'n onmiddellijkheid bereikt dat het er deel van gaat uitmaken, is een levenservaring". Vanuit het oogpunt van de psychologie is het een levenservaring die wordt beleefd met een emotionele intensiteit die een stempel drukt op het leven van het subject.

Vanuit ons perspectief is *vivencia* een fundamentele ervaring die optreedt in de intimiteit van wederkerige onderlinge afhankelijkheden (WA) en fungeert als een kader voor de identificatieprocessen.

Normaal gesproken geven de kalmerende en beschermende ervaringen binnen het gezin aanleiding tot de ontwikkeling van een "authentieke Ik-sterkte", die voortkomt uit normogene identificaties en die essentieel is voor het doorlopen van bevredigende groei- en ontwikkelingsprocessen.

Tesamen met de geruststellende en beschermende *vivencias*, vinden we ook afgesplitste, traumatische *vivencias* terug, die de opname van deze hulpbronnen voor het Ik bedreigen, die de groei en ontwikkeling van de persoonlijkheid verstoren, en die aanleiding geven tot psychisch lijden en geestesziekte.

In de laatste jaren van zijn leven wees J. García Badaracco (2020) bij M. E. Mitre op de relevantie van het thema van *vivencia*: de geest is in wezen "*vivencial*". De baby ervaart de relatie met de ouders in termen van *vivencia's*, binnen "wederkerige onderlinge afhankelijkheden". Deze emotionele uitwisseling resulteert in een gezonde of ongezonde verwerving van authentieke Ik-sterkte.

In de psychotherapeutische praktijk merken we dat intellectueel begrip niets verandert aan de emotionele lading van traumatische situaties die de patiënt ervaart.

We weten dat de lijdende persoon meer nodig heeft dan interpretaties, zoals veel auteurs – bekommerd om de mogelijkheid tot behandeling van "moeilijke" patiënten - hebben opgemerkt.

De aanwezigheid van de therapeut als een echt persoon creëert een echte ervaring die de patiënt geeft wat hij of zij miste in de vroegere stadia.

De grotere symmetrie in de behandeling bevordert de emotionele nabijheid tussen de patiënt, de familie en de leden van het therapeutische team, waardoor een emotioneel klimaat ontstaat dat zal fungeren als een stimulans voor normogene identificaties, die nodig zijn voor het verwerven

van een nieuwe Ik-sterkte, en die het eerder verstoord proces van groei en ontwikkeling herstellen.

1.7. Verruimde geest (Mente ampliada)

De PMFG functioneert als een 'verruimde geest', "een groot denkende geest" (J. García Badaracco, 2000).

Elke deelnemer verrijkt het geheel door zijn of haar standpunt in te brengen; elke individuele bijdrage kan associaties opwekken bij anderen die het geheel verrijken. Er kan een creatieve spiraal worden gecreëerd die bijdraagt aan de wijziging van starre structurele patronen (pathogene onderlinge afhankelijkheidsrelaties), die in de geest van mensen functioneren als 'galmende circuits' die hen kwellen en ziek maken.

In staat zijn om samen met anderen te denken stelt je in staat om je geest te verruimen zonder autonomie te verliezen, en creëert een kennis met een hoog therapeutisch potentieel. Het klimaat van veiligheid, vertrouwen en solidariteit vergemakkelijkt het "samen denken" over wat je alleen niet kunt denken.

Door in anderen verschillende manieren om het leven te begrijpen te observeren, kan men beginnen na te denken over zichzelf, en eigen "manier van zijn" ontdekken vanuit de uitwisseling met anderen.

2. ALGEMENE AANBEVELINGEN VOOR HET UITVOEREN VAN PMFG

2.1. Over het kader

De MFPG creëert een natuurlijke, flexibele context, een brede sociale bijeenkomst met een spontane en authentieke deelname.

Flexibiliteit is inherent aan deze groep, en deelname is dus niet gekoppeld aan een formele verbintenis tot voortdurende aanwezigheid (afhankelijk van of het een open of langzaam open groep is).

De vereisten voor een sessie zijn minimaal: plaats, dag en tijd. De duur varieert van 90 tot 120 minuten, en de groep vindt over het algemeen wekelijks of tweewekelijks plaats gedurende het hele jaar.

Teamwerk is essentieel om te kunnen omgaan met de complexiteit van de situaties die zich voordoen binnen een PMFG; meer dan een keuzeoptie, is het een noodzakelijk voorwaarde om psychische verandering te bevorderen.

Het team functioneert op een onbewust niveau, en staat in voor *containment* en bijstand van de regressieve momenten die op verschillende manieren voortkomen uit intense emotionele situaties, soms met veel lijden, extreem geweld of intense terugtrekking.

Deze houding van *containment* en bijstand van het team maakt het mogelijk om de pathologische regressie – gekenmerkt door een gebrek aan Ik-sterkte om de interne en externe realiteit te beheersen, door destructieve impulsen en grote angst – om te zetten in een regressie die nuttig is voor het therapeutische proces, waar de gezonde aspecten – die vastzaten in de groei en ontwikkeling van de persoonlijkheid – worden hersteld.

Deze manier van werken kenmerkt deze filosofie van zorg.

2.2. Meervoudige overdracht

De meeste hedendaagse psychoanalytische schrijvers zijn het erover eens dat alle psychoanalytische therapieën - of het nu gaat om individuele, groeps-, koppel- of gezinstherapieën - moeten voldoen aan één allesoverheersende voorwaarde: werken met overdracht. Wat de verschillende methoden van analytisch werk van elkaar onderscheidt, is het begrip en de toepassing ervan.

S. Freud beschouwde overdracht nooit als een gevolg van psychoanalytische behandeling, maar iets dat zichtbaar onthuld en zichtbaar wordt gemaakt door de behandeling. Bovendien karakteriseerde hij het als een algemeen en universeel fenomeen, met andere woorden, vanuit ons perspectief, als een sociaal fenomeen.

De PMFG, als een voorbeeld van een bredere sociale realiteit (mini-samenleving), stelt ons in staat om te observeren hoe we allen vervat zitten in het overdrachtveld en er een "psychologisch veld van multifamilie structuur" wordt gecreëerd.

Het is belangrijk om op te merken dat elk formeel kader, met vooraf vastgestelde regels en normen, bijdraagt aan het ontstaan van overdracht, maar tegelijkertijd de analyse ervan partieel

maakt en denaturaliseert, waardoor over het algemeen de gezonde aspecten van psychisch functioneren die essentieel zijn voor het therapeutische proces worden uitgesloten.

De ervaring van het PMFG als een sociale omgeving laat ons zien dat dit de natuurlijke context is waarin overdracht volledig tot uitdrukking komt en die ons in staat stelt er adequater mee te werken, vooral met ernstig zieke patiënten die lijden aan structurele tekorten, degenen die J. García Badaracco heeft gedefinieerd als patiënten die authentieke Ik-bronnen missen.

Het concept van wederzijdse afhankelijkheid (WA) in klinisch werk laat duidelijk de betekenisvolle relaties tussen mensen zien. Het omvat 'de overdracht' als een uitdrukking van de onbewuste aspecten van relaties, en 'interacties' als het gevolg van de acties van sommigen op anderen.

Deze interactie strekt zich uit over de tijd en is de essentie van pathologische interdependentie.

De overdracht is *meervoudig* omdat alle deelnemers, inclusief de begeleiders, bijdragen aan het structureren van een 'psychologisch klimaat van multifamilie structuur'. Tegelijkertijd wordt de overdracht *verspreid* (Mascaró Masri, N., 1990) omdat de projectie zich verdeelt over de leden van de groep, het team, het kader en de instelling. Hierdoor vermindert de emotionele belasting, en wordt het mogelijk om effectiever te werken met de meest schadelijke elementen die het onderliggende psychologische lijden verbergen.

Deze bredere sociale context biedt meer *containment*, waardoor de emotionele impact van traumatische situaties die tijdens de therapeutische activiteit worden gereactiveerd, aanzienlijk wordt verminderd.

2.3. Emotioneel klimaat

We benadrukken dat de verscheidenheid aan gebeurtenissen die zich voordoen in een PMFG een psychologische omgeving genereert met een multifamilie structuur, waarvan de complexiteit door de begeleiders op gepaste wijze in rekening moet worden gebracht.

Eén van de belangrijkste taken van de begeleider is het creëren van een gepast emotioneel klimaat waarin pijnlijke ervaringen gedeeld kunnen worden en dat dient als 'prikkel' voor nieuwe identificaties die kunnen bijdragen aan psychische verandering.

Dit emotionele klimaat wordt gecreëerd en verzorgd door het therapeutische team, is gebaseerd op vertrouwen, en bevordert veiligheid, solidariteit en hoop.

2.4. Praktisch advies

Er wordt geen specifieke techniek genoemd, maar de nadruk ligt op het ervaringsleren dat begeleiders moeten uitvoeren op basis van hun persoonlijke ervaring. Zo komt de nadruk op de creativiteit en het ervaringsleren van de begeleider, die in staat moet zijn om te gaan met nieuwe en onvoorziene situaties. Dit praktisch advies is gericht op het bijzondere, erkent de uniciteit van elk menselijk wezen en bevordert een houding van ontdekking en overleg.

Dit zijn de belangrijkste aanbevelingen:

- De begeleider/facilitator moet een gedeeld, open en inclusief gesprek aanmoedigen. Door de dialogen en de overdracht te observeren en te begrijpen, maakt hij hypothesen over de onderlinge relaties en hoe ze zich ontwikkelen. Wederzijdse erkenning en acceptatie van verschillen maakt het mogelijk om het "beste van de ander" naar boven te halen. Dit is vaak een ongekende situatie, die betekenis kan geven aan identiteit. Zowel diegene die spreekt, als diegene die luistert kan baat hebben bij deze uitwisseling.
- De interventies van de begeleider/facilitator kunnen zeer gevarieerd zijn (cf. interpretatieve activiteit van Zimmerman). Ze moeten bijdragen aan het bevorderen en handhaven van een gepast emotioneel klimaat waarin het delen van levenservaringen mogelijk wordt gemaakt, en de therapeutische processen van de deelnemers worden ondersteund.
- De deelnemers worden uitgenodigd om te luisteren met respect, te vermijden om te oordelen, en te overwegen dat het spreken van de ander de eigen kennis kan verbreden en aanvullen.
- Er wordt aan de deelnemers uitgelegd dat het niet gaat om 'gelijk' hebben, en ze worden ontmoedigd om te discussiëren met de bedoeling om de begeleider te confronteren en te isoleren.
- De begeleiders/facilitators zijn verantwoordelijk om het lijden van de betrokkenen te verlichten. Ze dienen zich ervan bewust te zijn dat het emotionele klimaat ertoe kan leiden dat traumatische ervaringen naar boven worden gebracht, soms voor de eerste keer.
- De begeleiders/facilitators dienen de onzekerheid en verwarring die gepaard gaan met "het niet weten" te tolereren, en te vermijden om geruststellende verklaringen aan te bieden. Het is de groep zelf die de juiste antwoorden zal formuleren.
- De begeleiders/facilitators dienen moeilijke situaties te ontmijnen, waarbij de normale processen van groei en ontwikkeling als referentiepunt kunnen gebruikt worden.
- De begeleiders/facilitators dienen gevoelens van kwetsbaarheid en machteloosheid, verscholen in verdedigingsmechanismen, te kunnen verdragen en zich erin in te leven.
- De begeleiders/facilitators dienen aandachtig te zijn voor het ervaringsgerichte, zowel het emotionele als het affectieve, die samen de grondlaag vormen waarin pathologische wederkerige afhankelijkheden ontstaan.
- De begeleiders/facilitators dienen ieders eigen ritme te respecteren, zodat de gedeelde ervaring kan leiden tot psychische verandering. Elke deelnemer zal zijn of haar eigen "helende" reactie moeten vinden, zonder de behoefte aan suggesties en interpretaties. Dit is een unieke en niet-overdraagbare ervaring.
- De begeleiders/facilitators werken bij voorkeur met wat actueel is, met wat er in elke ontmoeting gebeurt en met wat dit bij anderen wakker maakt. Persoonlijke

geschiedenissen kunnen gereconstrueerd worden tijdens de behandeling van pathologische en pathogene onderlinge afhankelijkheden.

- De begeleiders/facilitators hoeven de problemen niet op te lossen, maar scheppen de gepaste voorwaarden die de groei van nieuwe Ik-sterkte stimuleren, zodat het leven beter en met minder lijden tegemoet kunnen treden.
- De uitwisselingen tussen deelnemers moeten een ont-spannend effect hebben. Iedereen, ook de zorgverleners, moet toegang hebben tot, en kunnen leren van de ervaringssituaties die in de groep ontstaan en die hun persoonlijke (en professionele) leven zullen verrijken. De begeleiders 'genezen' samen met de patiënten. Op deze manier groeit de groep en wordt deze horizontaler en democratischer.
- Er zijn verschillende manieren om het spreken te begeleiden: er kan gewerkt worden met handopsteking, of met een meer spontane dialoog. De begeleiders moeten zich bewust zijn van de implicaties van de verschillende vormen, en een gelijke verdeling van de spreektijd stimuleren.

2.5. Genezende factoren

Het belangrijkste therapeutische doel van PMFG is om, door middel van een gedeelde ervaring, de authentieke Ik-sterkte te herstellen. Dit draagt bij aan een herstructurering van de persoonlijkheid. Deze 'psychische verandering' gaat hand in hand met het doorbreken van het netwerk van pathogene wederzijdse afhankelijkheidsrelaties, die het individu gevangenhouden. Dit leidt tot een meer coherente identiteit en een grotere psychische autonomie.

De belangrijkste genezingsfactoren zijn:

- De verschuiving van pessimisme over de ongeneeslijkheid van psychische ziekte naar optimisme over de mogelijkheid van herstel. Dit genereert hoop, wat de drijvende kracht is achter de behandeling en het therapeutische proces.
- Door de blik te richten naar de gezonde virtualiteit van een patiënt, zal deze zich beter begrepen voelen en adequater functioneren.
- De verschuiving van een passieve houding ('zij zorgen voor mij') naar een actieve houding ('ik zorg voor mezelf') zorgt ervoor dat patiënten en hun familie zich meer betrokken voelen bij de behandeling.
- Door het delen van traumatische situaties die intens psychisch lijden veroorzaken in een groep, kan de ervaring worden verbreed en veralgemeend. Dit creëert opluchting, empathie en solidariteit.
- Gedeelde gesprekken gebaseerd op respect (niet oordelen), erkenning (verschillen accepteren), verantwoordelijkheid (zorgen voor degenen die lijden) en nieuwsgierigheid (leren van anderen) hebben een groot therapeutisch potentieel.
- De bredere context waarin PMFG tot stand komt is de beste garantie voor veiligheid, *containment* en solidariteit, en biedt de mogelijkheid dat het ware Ik tot uiting komt.
- Het delen van levenservaringen genereert groepscohesie, waardoor het mogelijk wordt om anderen te gaan vertrouwen en op hen te kunnen rekenen.

SLOTOVERWEGINGEN

Na vele jaren te werken met PMFG wordt het duidelijk dat deze sociale bijeenkomsten een groot therapeutisch potentieel hebben.

Het emotionele klimaat speelt hierbij een sleutelrol. Het team moet een klimaat van vertrouwen en veiligheid creëren en handhaven, participatieve communicatie/dialoog stimuleren, solidariteit tussen de deelnemers ontwikkelen en hoop genereren op een beter leven.

Een leven dat de moeite waard is om te leven, vanuit een creatieve uitdrukking van het 'authentieke Ik' en niet vanuit een gehoorzaamheid aan wat wordt opgelegd. Dit genereert de vitaliteit die nodig is voor een gezond leven.

De specifieke dynamiek van deze groepen wordt bepaald door de aanwezigheid van minstens twee generaties (ouders en kinderen), waar ook andere familieleden en goede vrienden kunnen aansluiten.

PMFG in zorginstellingen krijgen een centrale plaats binnen het therapeutisch kader en dragen ook bij tot diepgaande veranderingen in de instelling zelf.

Tot slot moet worden opgemerkt dat PMFG een hulpmiddel zijn met een sterk preventief effect, die kunnen worden ingezet op verschillende medische afdelingen (interne geneeskunde, oncologie, pediatrie, dermatologie), maar ook in niet-gezondheidsinstellingen voor conflictoplossing (onderwijs, bedrijfsleven, justitie, enz.).

DEEL 2

COMPETENTIES – VAN DE BEGELEIDER EN FACILITATOR VAN EEN PSYCHOANALYTISCHE MULTIFAMILIE GROEP: VAN COMPETENTIEFAMILIES NAAR COHERENT GEDRAG

INLEIDING

Uit een maandenlange, gedeelde reflectie tussen de partners over de competentiematrix voor de PMFG-begeleider en -facilitator is een "competentieveld" voortgekomen. 'Veld' is een geschikte uitdrukking om dit dynamische en evoluerende terrein aan te duiden, dat specifieke connotaties kan hebben onafhankelijk van de elementen waaruit het is opgebouwd, omdat de competenties verschillend kunnen worden toegepast in diverse contexten.

In het geval van de competenties van begeleiders en facilitators van psychoanalytische multifamilie groepen, bestaat het competentieveld uit 18 families van competenties die met elkaar verweven zijn in functie van het vergemakkelijken van het luisteren naar en de communicatie tussen de deelnemers, en die worden toegepast in functie van de situaties die zich voordoen.

Om deze competenties te ontwikkelen en te implementeren, mag de begeleider de relatie met de aanwezigen niet inkleuren vanuit zijn kennisbasis, of hun realiteit niet vastpinnen door vooraf vastgelegde interpretaties. Hij moet bereid zijn om de suggesties en aanwijzingen die uit de groep naar voren komen zonder vooroordelen te verwelkomen.

Deze onbevangenheid wordt een *conditio sine qua non* bij elke reflectie over en benadering gericht op het definiëren van competenties. Deze capaciteit omvat eveneens Freuds aanbeveling wanneer hij spreekt over het "opschorten van een oordeel over de werkelijkheid" in relatie met patiënten.

Aan de basis van een reflectie over competenties liggen dus de voorafgaande voorwaarden die de ontwikkeling van de competenties waarborgen.

Reeds in het "Europees kader van sleutelcompetenties" van 2008 werd het belang van de competentie "leren leren" benadrukt, een boodschap die sinds het einde van de vorige eeuw in de opleidingssector en elders wordt verspreid. Deze competentie is fundamenteel voor het verwerven van andere vaardigheden, en voor de ontwikkeling van vaardigheden die reeds vanaf de eerste levensjaren verworven zijn, in formele, informele en niet-formele contexten en opleidingsomgevingen.

"Leren leren" is de vaardigheid die ten grondslag ligt aan de autonomie van het individu, en is fundamenteel voor het begeleiden van psychoanalytische multifamilie groepen. Maar het scala van vaardigheden van de begeleider omvat ook de voorafgaande reflectie over de noodzaak van de capaciteit van 'leren afleren', voorafgaand aan de analyse en ontwikkeling van elke vorm van competentie.

Toen Garcia Badaracco deelnam aan familiegroepen, nodigde hij zijn collega's uit om deel te nemen aan "*Vamos a aprender*".

In deze uitnodiging is "Leren leren" onlosmakelijk verbonden met "Leren ont-leren", en deze twee voorwaarden vertegenwoordigen de voorwaarden voor de ontwikkeling van vaardigheden en zijn vervat in dit "*Vamos a aprender*" dat de bereidheid impliceert om zichzelf in te zetten, om te leren van de groep maar ook om af te leren en nieuwe kennis op te bouwen, samen met de groep.

"Leren leren" en "Leren ont-leren" worden goed vertegenwoordigd door de competenties die zijn opgenomen in het domein "Persoonlijke, ethische, sociale en culturele competenties", vaardigheden die verband houden met de cultuur en ethiek van het gedrag van de begeleider en de noodzaak om te leren hoe kennis over te dragen naar verschillende gezins- en/of therapeutische contexten.

Het vermogen om nieuwe competenties te ontwikkelen die voortkomen uit het vergelijken van individuen en culturen, het vermogen om ethisch en respectvol gedrag aan te nemen afhankelijk van de omstandigheden, en de aanleg voor emotioneel leren zijn de basisvoorwaarden die het werk van de begeleider en facilitator van multifamilie groepen kenmerken, en die worden overgebracht door deze uitnodiging uit Garcia Badaracco's "*Vamos a aprender*".

1. DE PSYCHOANALYTISCHE MULTIFAMILIE GROEP

De psychoanalytische multifamiliegroep (PMFG) werd bedacht door de Argentijnse psychiater en psychoanalyticus professor Jorge Garcia Badaracco in de jaren 1960, en opende een nieuwe fase in de behandeling van psychose. De PMFG is een therapeutische omgeving die de benadering en behandeling van een heterogene groep patiënten met verschillende ziekten en hun families mogelijk maakt.

In een PMFG komen patiënten en familieleden samen, zodat er minstens twee generaties aanwezig zijn. Meestal bestaat een bijeenkomst uit 10 à 50 mensen, in zeldzame gevallen kan het aantal oplopen tot 100 deelnemers. De PMFG bestaat uit families met verschillende culturele en socio-economische achtergronden die samenkomen om een gemeenschappelijke ervaring te delen. Op die manier is de PMFG een kleine versie van onze samenleving, waarin deelnemers hun angsten kunnen delen en uitdagingen kunnen aangaan in een veilige en vertrouwde omgeving.

Naast patiënten en familieleden nemen ook andere hulpverleners deel aan de groep. De begeleiders van de groep, met een onderscheid tussen de begeleiders en facilitators, werken samen als een therapeutisch team door middel van co-therapie om de groep te leiden.

De PMFG is ontstaan uit het idee dat iedereen aanwezig moet kunnen zijn, wanneer en hoe ze maar willen. In tegenstelling tot andere groepen waar min of meer strikte regels voor deelname zijn opgesteld, zijn die er hier niet. Hoewel continuïteit in aanwezigheid de voorkeur heeft, hoeft een occasionele afwezigheid niet nadelig te zijn. Wat de duur betreft, hebben verschillende nationale experimenten het aantal deelnemers, de duur van de sessies of de frequentie ervan niet precies vastgelegd.

1.1. Theoretische aspecten

Doordat de PMFG is samengesteld uit verschillende families met ten minste één lid met een psychotische gevoeligheid, biedt de groep een uniek en universeel kader voor het begrijpen van psychische aandoeningen en de behandeling ervan. Het valse dilemma tussen systemische of cognitieve gedragstherapieën, die werken met het heden, en traditionele psychoanalytische behandelingen, die werken met het verleden, wordt binnen deze methodiek opgelost.

Deze methode leidt tot de creatie van een nieuwe blauwdruk waarbinnen patiënten en familieleden tot nu toe onuitsprekelijke ervaringen kunnen confronteren. Zo kunnen fundamentele interacties tussen pathogene en pathologische factoren, die resulteerden in de ontwikkeling van psychisch lijden doorheen de tijd, verschijnen *in realtime*, ten overstaan van een grote groep.

Dit kan resulteren in een proces van substantiële verandering van een pathologisch gezinsklimaat,

- wat de patiënt toelaat om uit de rol van ongeneeslijk zieke te stappen, en
- familieleden actieve deelnemers worden aan de behandeling.

Dit laat iedereen toe om

- zich het verleden te herinneren en te begrijpen zonder daar verantwoordelijkheid voor te hoeven nemen, en
- om samen na te denken over wat nu de beste bijdrage aan de ontwikkeling van het behandelproces kan zijn.

Het sleutelbegrip in het denken van J. García Badaracco betreft het potentieel voor groei en ontwikkeling van de persoonlijkheid, en is gebaseerd op H. Maturana's (1973) concept van '*autopoiesis*'. Dit is de fundamentele eigenschap van levende systemen om zichzelf te reproduceren en in stand te houden, waarbij de respons op het externe afhankelijk is van de structuur zelf.

Volgens J. García Badaracco is deze eigenschap, die hij 'gezonde virtualiteit' noemt, gekoppeld aan de groei en ontwikkeling van de persoonlijkheid. Hij wijst op het psychische vermogen om de 'gekmakende aanwezigheden' in de *interne* wereld te neutraliseren en te ontwapenen, en de pathologische en pathogene onderlinge afhankelijkheidsrelaties in de *externe* wereld op te heffen of op zijn minst te beperken (door de herontdekking van authentieke Ik-sterkte).

J. García Badaracco benadrukt de kracht van de 'blik' vanuit een klinisch perspectief. Over het algemeen richt de psychiatrie zich op de 'symptomen van waanzin' en beschouwt ze patiënten uitsluitend als 'gek'. Daarom repliceert ze de mentaliteit van de familie, die om verschillende redenen (frustratie, angst, angst en soms haat) patiënten als 'gek' beschouwt en hun 'gezonde virtualiteit' negeert, ongeacht de ziekte.

De PMFG biedt een natuurlijke en flexibele omgeving die een brede sociale bijeenkomst reproduceert waaraan deelname spontaan en authentiek verloopt. Flexibiliteit is inherent aan de groep. Deelname is niet afhankelijk van een formele verplichting tot voortdurende aanwezigheid, maar men neemt deel op basis van de eigen behoeften en interesses.

Het therapeutische team is flexibel en bestaat uit een aantal experts met een vergelijkbare methodologische achtergrond (bijv. begeleider, facilitator, en soms ook een supervisor). Het team functioneert op een onbewust niveau, en staat in voor *containment* en bijstand van de regressieve momenten die op verschillende manieren voortkomen uit intense emotionele situaties, soms met veel lijden, extreem geweld of intense terugtrekking.

Deze houding van *containment* en bijstand van het team maakt het mogelijk om de pathologische regressie om te zetten in een regressie die nuttig is voor het therapeutische proces.

De PMFG als sociaal veld vormt een natuurlijke context waarin overdrachten in hun volheid tot uitdrukking kunnen komen, en biedt de meest geschikte mogelijkheid om daarmee aan de slag te gaan. Het is vooral een aangewezen behandelmethode bij ernstig zieke patiënten met een structureel tekort, dat J. García Badaracco herdefinieerde als een tekort aan Ik-sterkte.

Het concept van wederzijdse (onderlinge) afhankelijkheidsrelaties, centraal in het denken van García Badaracco, wijst op het belang van betekenisvolle relaties tussen mensen. Het omvat zowel

- 'overdracht', de uitdrukking van onbewuste aspecten van relaties, als
- 'wederzijdse afhankelijkheid', wijzend op de gevolgen van de acties van de één op de ander en vice versa.

Deze wederzijdse interactiepatroon wordt in de loop van de tijd in stand gehouden en vormt de essentie van een mogelijke pathologische wederzijdse (onderlinge) afhankelijkheidsrelatie.

Als we kijken naar de evolutie van de psychoanalytische theorie en de gebruikte behandelmethode in relatie tot de effectiviteit van de behandeling, zien we hoe de methode van groepstherapie is voortgekomen uit de moeilijkheid om diepgaande, betekenisvolle en blijvende

psychische veranderingen te bewerkstelligen binnen de klassieke methode van therapeut - patiënt.

Vervolgens heeft de groepssetting de opkomst en verspreiding van succesvollere benaderingen mogelijk gemaakt, zoals therapie gebaseerd op een multifamilie benadering.

Volgens J. Garcia Badaracco¹:

“Een multifamilie groep creëert een psychologische omgeving die geschikt is voor een vorm van samenleven die persoonlijke reflectie, conflictoplossing en wederzijds leren aanmoedigt.

Met andere woorden, ze bieden de mogelijkheid om de reguliere communicatie te hervatten in een authentieke menselijke context, waardoor de onderliggende krachten die individuen binden aan hun familie en sociale omgeving worden geactiveerd en hun vermogen om conflicten op te lossen wordt verbeterd. Deze krachten worden geassocieerd met de affectieve betrokkenheid die ontstaat bij het communiceren van gevoelens en woorden met andere familieleden en degenen die, zelfs met verschillende achtergronden, soortgelijke conflicten hebben meegemaakt” (p.28).

(...) “Door de patiënten van mijn afdeling samen te brengen met hun familieleden en het ondersteunend personeel, zoals in een therapeutische gemeenschap, kon ik een manier vinden om sturing uit te oefenen dat, systematisch werkend vanuit de-idealiserende, het mogelijk maakte om het sociale weefsel te gebruiken om gedragsveranderingen, verbeteringen en genezing te bevorderen.

Door de psychoanalytische lezing van het individuele onbewuste te integreren met de mogelijkheid om de invloed te neutraliseren van de pathogene factoren, werkzaam binnen wederzijdse afhankelijkheidsrelaties waarin geestesziekten zich manifesteren binnen de familie-eenheid, werd het mogelijk om de gezonde groepsinteracties en reconstructieve sociale ervaringen te herstellen die kunnen plaatsvinden in de context van de grote groep, met zijn eigen traditionele connotaties, zoals die van tribale omgevingen.”.

(...)“De ervaring heeft geleerd dat één van de moeilijkheden die overwonnen moet worden bestaat uit de angst van de therapeut of begeleider, die zich veel meer blootgesteld voelt in een multifamiliale context dan in kleine groepstherapie of individuele psychoanalyse. Maar in werkelijkheid had ik niet te maken met de angst dat oncontroleerbare groepskrachten zouden worden losgelaten, een situatie die des te waarschijnlijker leek naarmate de groep groter was; integendeel, het tegenovergestelde deed zich voor, alsof de aanwezigheid van veel mensen de emotionele veiligheid van elke deelnemer vergrootte” (p.35).

In deze context maakt de PMFG:

(...) “het mogelijk om het onbewuste te lezen in de gesprekken van de deelnemers, die daar, en spontaan hun conflict laten verschijnen.

¹ Garcia Badaracco J. (2004) 'Meerfamiliepsychoanalyse. De anderen in ons en de ontdekking van onszelf' Bollati Boringhieri, Turijn.

Als we het gezin beschouwen als een overgangscontext voor de groei van het individu, moet de PMFG het openen van nieuwe mentale ruimten te vergemakkelijken. Zo kunnen patiënten ontwikkeling ervaren door middel van therapeutisch handelen."

(...) "De ervaring die ik heb opgedaan in multifamilie groepen heeft, zoals we in dit boek zullen zien, talloze originele ontwikkelingen mogelijk gemaakt. Onder andere: de mogelijkheid zien om de verschillende benaderingen en theorieën te integreren in een brede virtuele eenheid, die de individuele psychoanalytische dimensie, de groepsdynamiek en de pathologie van het gezin omvat, zodat verschillende benaderingen en vele andere therapeutische middelen kunnen worden gebruikt door de deelnemers, in de mate van wat elk van hen kan, zonder te vervallen in een verarmend eclecticisme."

(...) "Het is de multifamilie groep waar alle fenomenen die in andere contexten beschreven worden, gezien en therapeutisch bewerkt kunnen worden. In sommige gevallen biedt deze context de beste mogelijkheden. In het algemeen kunnen we zeggen dat ieder mens een of andere waardevolle ervaring kan opdoen die een impasse kan doorbreken in het therapeutische proces dat in een andere context plaatsvindt. Het kan een stagnatie doen herleven, een gestagneerd proces versnellen en mogelijkheden bieden voor de psychische verandering die nodig is tegen bijzonder moeilijke pathologieën, wanneer de gebruikelijke technieken geen resultaten opleveren.

Het is in zoveel opzichten een andere manier van werken dat het moeilijk wordt om te specificeren. In plaats van de reden voor bepaalde veranderingen en de aard van de gebruikte techniek in twijfel te trekken, is het vaak beter om uit te gaan van de therapeutische resultaten die zijn behaald" (p. 36-37).

Dr. Andrea Narracci², een van de meest vooraanstaande therapeuten in Italië, promotor van de multifamilie psychoanalyse, en een persoonlijke vriend van Jorge Garcia Badaracco, is het met hem eens:

"De PMFG is de enige plaats waar psychose zich op zijn typische manier manifesteert," zei Jorge Garcia Badaracco. Noch in individuele therapie, noch in groepstherapie voor psychotische patiënten, noch in nucleaire gezinstherapie kunnen we het functioneren van psychose observeren zoals in de PMFG. We gaan altijd uit van het idee dat we menselijk gedrag bestuderen door te bedenken dat de mensen voor ons vergelijkbaar zijn met ons en, als ze niet vergelijkbaar zijn, dat ze in meer of mindere mate aangetast kunnen zijn door pathologie.

De studie van psychose wordt meestal benaderd vanuit een gedeeltelijke en inadequate observationele context: in individuele therapie wordt slechts een deel van het geheel dat waanzin vormt bekeken; in groepstherapie voor psychotische patiënten is de context zeker niet de natuurlijke, en daarom kan wat er gebeurt slechts een reproductie zijn die op de werkelijkheid lijkt, maar niet de werkelijkheid is.

In de therapeutische context van gezinstherapie wordt de mogelijkheid van reflectie rond één pathologische context toegevoegd, maar dit laat de confrontatie van ervaringen en 'mogelijke' psychosen niet toe. In gezinstherapie belemmert de pathologische spanning de poging om een gedeeld klimaat van zelfobservatie en dus een therapeutisch proces te

² Narracci A. (2011) "Il nuovo contesto di curai peri pazienti psichiatrici gravi" in Garcia Badaracco J., Narracci A. "La Psicoanalisi Multifamiliare in Italia" Antigone Edizioni, Turijn.

creëren. In al deze benaderingen gaan we echter uit van de mogelijkheid om het gezinssysteem experimenteel aan het werk te zien, d.w.z. een paar of trio van personen zonder afgebakende grenzen die een geheel vormen en afzonderlijk worden geconfronteerd met andere gezinssystemen of met leden van andere gezinnen. We kunnen voelen en begrijpen dat de normale levenstoestand van schizofrenen en hun gezinsleden verschilt van de onze door de enorm grotere intensiteit waar te nemen waarmee het fenomeen van 'anderen in ons' ('los otros in nosotros'), d.w.z. de projecties en projectieve identificaties die voorkomen in de context van gezinstherapie, zich manifesteert. Voor therapeuten bestaat de mogelijkheid om de werkelijkheid niet alleen te ervaren vanuit hun gebruikelijke gezichtspunt, met grenzen, maar ook vanuit het gezichtspunt van anderen, zonder grenzen, alleen in de PMFG" (p. 27-28).

In die zin is de PMFG een plek om echte dynamiek te observeren. Het is een plek om te leren maar ook, zoals we zullen zien, om te ont-leren.

Deze benadering heeft aanzienlijke implicaties met betrekking tot de vaardigheden van de begeleiders van de PMFG's, waar onze analyse zich op richt. In de PMFG-context worden deze competenties in verband gebracht met het juiste professionele, persoonlijke en therapeutische gedrag. De begeleiders moeten zich bewust zijn van ontstaansgeschiedenis, dynamiek en effecten die voortkomen uit de onherhaalbaarheid van de *gestalt* die hen, op een specifiek en onherhaalbaar moment, voor de deelnemers van de multifamilie groep plaatst.

Om dit verder uit te leggen, gebruiken we een metafoer die fotografen dierbaar is, namelijk die van de afstemming van hart, oog en hoofd, door Cartier-Bresson opgevat als een fundamenteel kenmerk van een goede foto. Op dezelfde manier gaat het in de PMFG om de bevordering om het ontstaan, analyse en begrip van momenten waarop hart, verstand en hersenen perfect op één lijn zitten.

Wanneer deze momenten zich voordoen, wordt er een leermogelijkheid gegenereerd voor de deelnemers van de MFG. Vanuit de ervaring van mogelijke transformatie in de richting van de uitlijning die de foto vastlegde, wordt er een glimp opgevangen van een werkelijkheid die voorheen niet bestond.

Deze ervaring (zoals de fotograaf zegt: een nieuwe manier om zichzelf te zien, een unieke en onvoorziene momentopname) kan dan gebruikt worden als een stimulans die energie vrijmaakt voor verandering, zodat men kan beginnen aan een reis om zich bewust te worden van het bestaan van een Ik (de 'mogelijke' realiteit van de momentopname) dat aanwezig is, leeft en in staat is om therapeutische transformatie te genereren binnen de PMFG-context. De mogelijke verwarring die wordt veroorzaakt door de perceptie van een actief Ik, die verwarring kan opwekken die grenst aan niet-zelfherkenning, is gerelateerd aan de verrassing die wordt opgewekt door de perceptie van een levend Ik.

Uiteraard is het in dit soort situaties van het grootste belang om te weten welke vaardigheden de begeleiders moeten gebruiken. De mogelijke verwarring die wordt veroorzaakt door de perceptie van een actief Ik, die verwarring kan opwekken die grenst aan niet-zelfherkenning, is gerelateerd aan de verrassing die wordt opgewekt door de perceptie van een levend Ik.

Zoals Antonio Maone betoogt³ :

³ Narracci A (a cura di) (2015) 'Psicanalisi Familiare come esperanto', 2015, Antigone Edizioni, Turijn.

"Het gaat er niet alleen om te interpreteren wat er gebeurt, maar om actief ingrijpen in het verlamdende kader, de pathogene wederzijdse, onderlinge afhankelijkheidsrelaties te ontrafelen, en de therapeutische middelen aan te reiken die de zelforganiserende mechanismen activeren die de mens in staat stellen om te handelen. (...) [Patiënten] ontdekken dat deze processen van de-identificatie, die worden ervaren als diepgaande depersonalisatie, niet destructief zijn. (...) maar dat het juist deze processen zijn die hem in staat stellen om in contact te komen met zijn 'ware Ik'. Ze beginnen te beseffen dat er iemand in hen zit, het 'ware Ik', die een nieuwe kans kan krijgen om de virtuele potentialiteiten te benutten die tijdens hun ontwikkeling zijn geblokkeerd: we kunnen spreken van een ware wedergeboorte."

Net als in een dorp stelt de groep de deelnemers in staat om niet alleen na te denken over zichzelf en hun eigen familiecontext, maar ook over het functioneren van verschillende familie-eenheden die vergelijkbaar zijn met hun eigen familie.

Op deze manier biedt de groep creatieve middelen om te beginnen met het eindeloos herhalen van dezelfde fouten en om de pathologische onderlinge afhankelijkheidsrelaties die persoonlijke groeiprocessen in specifieke familiecontexten blokkeren, te ontrafelen (bijvoorbeeld in de ouder-kind dyade/triade).

Juist hier worden de verschillen duidelijk tussen een PMFG en een individuele of gezinstherapie, waar de focus ligt op het individu of de familie-eenheid en het doel is om de interne dynamiek en problemen die specifiek zijn voor dat gezin te onderzoeken en op te lossen. In deze context werken therapeuten voornamelijk met leden van één gezin, waarbij ze proberen disfunctionele interactiepatronen te identificeren en veranderingen in het gezinsfunctioneren te bevorderen.

In een PMFG komen onbewuste processen die medeverantwoordelijk zijn voor lijden spontaan naar boven en kunnen geanalyseerd, verwerkt, begrepen en mogelijk getransformeerd worden. De groep waardeert momenten van ontmoeting, die momenten van meervoudige empathische aanpassing kunnen worden. Meer dan enige andere psychoanalytische context biedt de multifamilie groep de mogelijkheid om zowel normale als pathologische aspecten te observeren van communicatie, verbaal of non-verbaal, logisch of primitief, die het leven van alle mensen doordringt.

Het werken met een groep bestaande uit meerdere families en professionals, opent nieuwe perspectieven in de behandeling van psychose en biedt een aantal significante verschillen met klassieke individuele of gezinstherapieën:

- **De betrokkenheid van meerdere gezinnen:** bij de PMFG zijn meerdere gezinnen betrokken, elk met hun eigen dynamiek en problemen; dit biedt de mogelijkheid om verschillende ervaringen en modellen van gezinsfunctioneren bloot te leggen, wat de weg vrijmaakt voor meer wederzijds begrip en leren.
- **Gezamenlijk reflecteren en leren:** in de PMFG kunnen leden van verschillende gezinnen samen reflecteren en leren. Dit proces van delen en vergelijken stelt hen in staat om nieuwe perspectieven te verwerven en hun bewustzijn van de interne dynamiek van elk gezin te verbreden.
- **Fouten vermijden:** de mogelijkheid om de dynamiek en fouten van andere gezinnen te observeren stelt elke deelnemer in staat om te leren van de ervaringen van anderen om te voorkomen dat dezelfde disfunctionele patronen worden herhaald.

- **Werken aan pathologische wederzijdse afhankelijkheidsrelaties:** de multifamilie groep vergemakkelijkt het ontstaan, de observatie en het begrip van disfunctionele onderlinge afhankelijkheidsrelaties tussen leden van verschillende families. Bewustwording hiervan stelt therapeuten in staat om te werken aan het begrijpen en veranderen van deze pathologische dynamieken en om de gezondere groei van de betrokkenen te bevorderen.
- **Versterking van het groeiproces:** de PMFG biedt een context waarin gezinnen samen uitdagingen aangaan en elkaar kunnen steunen. Dit draagt bij aan het verbeteren en versterken van het groeiproces van het individu en het gezin.

De groep wordt gekenmerkt door andere speciale eigenschappen:

- Mensen die lijden voelen zich beter begrepen en hun gedrag verbetert wanneer er rekening wordt gehouden met, en verbeelding gegeven aan hun gezonde virtualiteit.
- De verschuiving van een passieve houding ('*zij genezen mij*') naar een actieve houding ('*ik genees mezelf*') zorgt voor een directe betrokkenheid en inzet voor behandeling bij patiënten en hun families.
- Door traumatische situaties met groepsdeelnemers te delen, wat intens psychisch lijden veroorzaakt, worden problemen universeel gemaakt en worden verlichting, empathie en solidariteit gecreëerd.
- Een gedeeld gesprek gebaseerd op respect (afwezigheid van oordeel), erkenning (acceptatie van verschillen), verantwoordelijkheid (zorg voor degenen die lijden) en heroverweging (leren van anderen) heeft een sterk therapeutisch potentieel.
- De grote groepscontext van de PMFG is de beste garantie voor veiligheid, insluiting en solidariteit en geeft het 'ware Ik' de kans zich uit te drukken.
- Het delen van levenservaringen genereert solidariteit en een groepscohesie die mensen in staat stelt op anderen te gaan vertrouwen.

Samengevat is de PMFG een evolutie van de traditionele gezinstherapie die de samenwerkingsvaardigheden van professionals, patiënten en hun families sterk verbetert. De PMFG biedt een allesomvattende en inclusieve benadering die confrontatie, wederzijds leren en het mogelijk overwinnen van pathogene wederzijdse, onderlinge afhankelijkheidsrelaties die het vermogen tot groei en genezing belemmeren, bevordert, in het bijzonder in de context van psychose.

1.2. Belang van de competenties van de begeleider

De PMFG kan een effectieve behandelingsoptie zijn. In sommige situaties kan het echter ook een aantal potentiële risico's en uitdagingen met zich meebrengen die overwogen moeten worden:

- **Overdracht, tegenoverdracht en onbewuste mentale processen in de groep:** begeleiders moeten zich bewust zijn van overdracht en tegenoverdracht, die beide complexer en zichtbaarder zijn dan in individuele psychotherapie. Begeleiders moeten veel aandacht besteden aan overdrachtsverschijnselen die gericht zijn op henzelf, andere teamleden en deelnemers.
- **Conflicten en complexe dynamieken:** omdat er verschillende families in de groep zijn, kunnen er conflicten en complexe dynamieken ontstaan tussen groepsleden. Om te

voorkomen dat geschillen escaleren en het therapeutische proces belemmeren, moet de begeleider in staat zijn om productief met deze omstandigheden om te gaan.

- **Vertrouwelijkheid en privacy:** het delen van informatie tussen verschillende gezinnen kan hun vertrouwelijkheid en privacy in gevaar brengen. Begeleiders moeten zorgen voor een veilige omgeving. Ze moeten vertrouwelijkheid aanmoedigen en duidelijke regels opstellen voor het delen van informatie binnen de groep.
- **Beperkingen van generalisatie:** hoewel het nuttig kan zijn om verschillende gezinnen met elkaar te vergelijken om van verschillende ervaringen te leren, is het belangrijk om te onthouden dat elk gezin uniek is en dat de dynamiek aanzienlijk kan verschillen. Daarom is het mogelijk dat modellen of benaderingen die bij sommige gezinnen worden gebruikt, niet geschikt of effectief zijn voor andere gezinnen.
- **Ongelijke betrokkenheid van gezinnen:** sommige gezinnen kunnen actief deelnemen en ten volle profiteren van de groep, anderen kunnen passiever zijn of het moeilijk vinden om voordeel te halen uit de groepsdynamiek. De begeleider moet zich bewust zijn van deze heterogeniteit en proberen om alle gezinnen gelijkwaardig en effectief te betrekken.
- **Omgaan met noodsituaties:** psychose kan een complexe ziekte zijn en soms kunnen er noodsituaties of crisissituaties optreden binnen de groep. Begeleiders moeten voorbereid zijn om op de juiste manier met deze situaties om te gaan. Ze moeten een ondersteunend netwerk en middelen beschikbaar hebben om met elke crisis om te gaan.
- **Afhankelijkheid van de groep:** in sommige gevallen kunnen gezinsleden te afhankelijk worden van de groep of de begeleider, en het moeilijk vinden om het geleerde toe te passen buiten de context van de groep. De begeleider moet *empowerment* en autonomie van het gezin aanmoedigen om blijvende verandering te bevorderen.
- **Negatieve effecten van confrontatie:** confrontatie met andere families kan helpend zijn, maar het kan ook spanning of onzekerheid veroorzaken bij de deelnemers. De PMFG-begeleiders kiezen voor een zorgvuldige afweging van de mate van confrontatie en gaan alleen de confrontatie aan als dit constructief is voor het therapeutische proces.
- **Blootstelling aan traumatische inhoud:** deelnemers aan de groep kunnen worden blootgesteld aan mogelijk traumatische inhoud, zoals verhalen over geweld, misbruik of dood. Dit kan vooral moeilijk zijn voor groepsleden die al traumatische ervaringen hebben gehad. Begeleiders moeten weten hoe ze met deze situaties moeten omgaan en hoe ze de stabiliteit van de groep kunnen bewaren zonder de waarheid te verbergen.
- **Vergelijking met anderen:** groepsleden kunnen zich vergeleken voelen met anderen, vooral als ze ernstiger symptomen hebben of niet in hetzelfde tempo verbeteren als anderen. Dit kan leiden tot gevoelens van schaamte, ontoereikendheid en isolement, die de begeleider moet proberen te verminderen en te beheersen, terwijl hij *empowerment* en autonomie aanmoedigt.
- **Affectieve banden met andere groepsleden:** groepsleden kunnen banden ontwikkelen met andere groepsleden, waardoor ze de groep moeilijk kunnen verlaten. Dit kan vooral moeilijk zijn als groepsleden een positieve ervaring in de groep hebben gehad. Begeleiders moeten autonomie en gezond beheer van de affectieve banden die in de groep ontstaan, aanmoedigen.

Samengevat is PMFG een therapeutische methode die een hoog curatief potentieel heeft maar ook uitdagingen en moeilijkheden met zich meebrengt die zeer complex kunnen zijn. Om ervoor te zorgen dat elke deelnemer een veilige en effectieve behandeling krijgt, is het essentieel om eventuele risico's of obstakels te identificeren en zorgvuldig te beheren.

De achtergrond en opleiding van de begeleiders zijn essentieel om deze risico's te verminderen en de effectiviteit van de therapeutische groep te garanderen.

1.3. Competenties van de MFG-begeleider: een eerste oplijsting

Wat zijn de specifieke competenties van een MFG-begeleider?

De begeleiders van de PMFG moeten over andere competenties beschikken dan de gezinstherapeut, groepstherapeut en individuele psychoanalyticus. In feite wordt van de begeleider verwacht dat hij of zij de vaardigheden van alle drie de professionals bezit en deze op verschillende en creatieve manieren integreert, zonder dat hij of zij een vastomlijnd plan hoeft te volgen.

De vaardigheden die worden gedeeld met andere therapeuten zijn:

- **Psychoanalytische deskundigheid:** de psychoanalytische opleiding verschilt van de andere in zoverre dat de toekomstige psychoanalyticus, die een persoonlijke analyse ondergaat, ook het gezichtspunt van de patiënt ervaart.
- **Klinische vaardigheden:** de begeleider moet een specifieke klinische opleiding hebben gevolgd met een focus op gezins- en relatietherapie.
- **Groepsvaardigheden:** de begeleider moet een goede kennis hebben van groepspsychologie en de dynamiek die in een groep ontstaat.
- **Leiderschapsvaardigheden:** de begeleider moet de groep effectief kunnen leiden en managen.
- **Relationele vaardigheden:** de begeleider moet in staat zijn om vertrouwensvolle en ondersteunende relaties op te bouwen met groepsleden.
- **Communicatieve vaardigheden:** de begeleider moet duidelijk en beknopt kunnen communiceren, zowel met groepsleden als met andere professionals die betrokken zijn bij de behandeling.

Daarnaast moet de begeleider natuurlijk over een goede luistervaardigheid, empathie en begrijpende vaardigheden beschikken. Hij/zij moet kunnen omgaan met de emoties van de deelnemers en effectief kunnen ingrijpen bij conflict- of crisissituaties.

De begeleiders spelen een sleutelrol in de PMFG. Ze zijn verantwoordelijk voor het creëren van een veilige en beschermende omgeving waarin groepsleden vrij hun gevoelens kunnen uiten en hun ervaringen kunnen delen. Ze moeten de groepsdeelnemers helpen de relationele dynamiek waarin ze betrokken zijn te begrijpen, nieuwe coping strategieën te ontwikkelen en de communicatie te verbeteren. Begeleiders moeten ook gedragsregels opstellen die, zoals we zullen zien, overeenkomen met specifieke competentiegebieden.

Enkele van de belangrijkste zijn:

- Luister met respect, vermijd waardeoordelen en bedenk dat wat anderen zeggen een verrijking van de eigen kennis kan zijn.

- Het gaat niet om 'gelijk hebben'. De neiging om ruzie te maken zonder te luisteren, gericht op confrontatie en isolatie van de ander, wordt ontmoedigd.
- Neem verantwoordelijkheid voor het verlichten van het lijden dat door traumatische ervaringen wordt veroorzaakt.
- Tolereer de onzekerheid en verwarring van het 'niet weten' en vermijd geruststellende verklaringen. Het is de groep zelf die de antwoorden zal geven.
- Probeer normale groei en ontwikkeling als referentiepunt te houden en overdrijf negatieve omstandigheden niet.
- In staat zijn om gevoelens van hulpeloosheid en verslagenheid achter verdedigingen en acties te verbinden en te tolereren.
- Probeer het ervaringsgerichte, zowel het emotionele en het affectieve, naar boven te halen, wat de grondlaag vormt waarin pathologische wederkerige afhankelijkheidsrelaties ontstaan.
- Respecteer ieders tempo, zodat de gedeelde ervaring kan leiden tot psychische verandering. Elke deelnemer moet zijn eigen 'helende' reactie vinden. Suggesties of interpretaties zijn niet nodig, het is een unieke en niet-overdraagbare ervaring.
- Concentreer je op het heden, op wat in elke ontmoeting naar voren komt en wat het bij anderen oproept. In de behandeling van pathologische wederkerige afhankelijkheidsrelaties is de reconstructie van persoonlijke geschiedenissen niet gericht op het oplossen van problemen, maar om de voorwaarden te scheppen voor het verwerven van nieuwe Ik-sterkte om het leven effectiever en met minder lijden tegemoet te treden.
- Zorg voor open communicatie zodat iedereen, ook de hulpverleners, kunnen leren en begrijpen van de ervarings situaties die in de groep worden gecreëerd. Dit zal ieders professionele en persoonlijke leven verrijken.
- De begeleiders/facilitator 'genezen' samen met de patiënten. Op deze manier groeit de groep en wordt deze horizontaler en democratischer.

1.4. Conclusies

Het is duidelijk dat PMFG-begeleiders competenties moeten bezitten die grotendeels gemeenschappelijk zijn met andere therapeuten.

Wat ze "uniek en specifiek" maakt is hun gebruik in het moment, zodat sommige competenties, die deel uitmaken van de culturele achtergrond en kennis van de begeleider, relevanter worden dan andere.

Dit is een van de redenen waarom ons meetmodel gebruik maakt van de mogelijkheid om individuele competenties te wegen binnen meer algemene competentieclusters. Want een specifieke vaardigheid kan waardevol zijn, maar de toepassing ervan kan in een gegeven context beperkt zijn, of een specifieke betekenis krijgen.

Gegeven de specifieke structuur van de therapeutische setting kan het gewenste basis- en gespecialiseerde profiel van de PMFG-begeleider samenwerken met die van zowel professionele functies op dezelfde professionele lijn (begeleider, facilitator, supervisor) als met die van profielen buiten het strikt psychotherapeutische maar met erkende technisch-relatieve ervaring verworven in de dagelijkse praktijk.

In dit geval hebben we het niet alleen over de theoretische referentieachtergrond, zoals hierboven genoemd, maar ook over transversale competenties die deel uitmaken van de persoonlijke achtergrond en die effectief ingezet kunnen worden, zodra ze transparant gemaakt en geactiveerd worden door de persoon die ze bezit en in praktijk brengt.

Dit is niet in tegenspraak met het huidige document, met een formalisering van een specifieke technische matrix van competenties voor begeleiders. Het onderzoek gaat immers ook over voorbeelden waarbij het erkenningsproces anders zou kunnen verlopen.

Op deze manier is er ook sprake van een "democratisering" van participatie en kennis die, als ze de impliciete en expliciete "regels" van de therapeutische behandeling respecteren, alle ervaringen relevant maakt.

Dit betekent niet dat iedereen dezelfde dingen kan doen of dezelfde taken heeft.

Zoals we zullen zien, moeten min of meer alle betrokken hulpverleners dezelfde dingen kunnen doen, zelfs als dat op verschillende verantwoordelijkheidsniveaus is (redundantie van competenties en gemeenschappelijke kennis). Ze dienen een gemeenschappelijke ruimte te creëren waarin er geen behoefte is aan toewijzing en/of hiërarchie van rollen en functies, maar alleen aan het delen van ervaringen, waarbij geen tegenstrijdige signalen worden uitgezonden en/of disfunctionele positieconflicten worden gegenereerd.

Inderdaad, de inclusie en/of empowerment van de begeleider in een multifamilie groep is een van de meest fascinerende aspecten van de reflectie op de rol van begeleider en de kenmerken van de therapeutische setting.

Tot slot heeft het hier gepresenteerde werk tot doel om bepaalde aspecten van de professionele ervaring van de begeleider/facilitator te systematiseren en te ordenen om ze leesbaar, transparant en overdraagbaar te maken.

2. DE COMPETENTIEMATRIX VAN DE PMFG-BEGELEIDER: VAN COMPETENTIEFAMILIES NAAR SAMENHANGEND GEDRAG

Voordat we overgaan van de identificatie van de 18 belangrijkste competentie-families naar de beschrijving van de competentiematrix, staan we even stil bij de beschrijving van het concept competentie.

Deze beschrijving zal de ontwikkeling van de karakteristieke gedragingen van elke familie gemakkelijker maken, en toelaten de verbanden tussen de concepten te verduidelijken.

2.1. Wat we over competenties kunnen zeggen

In de afgelopen twee decennia heeft het concept 'competentie' strategische relevantie gekregen in het beleid op het gebied van onderwijs, bijscholing en levenslang leren, evenals in de ontwikkeling van strategieën voor menselijk kapitaal in ondernemingen en, meer in het algemeen, in publieke en private beroepen.

We kunnen 'competentie' definiëren als de conceptuele (en operationele) dimensie van de analyse waarrond de volgende aspecten het meest ontwikkeld zijn:

- De leer-/onderwijsprocessen die plaatsvinden op scholen van alle niveaus, in het beroepsonderwijs, in het hoger onderwijs en in bij- en nascholing.
- De processen voor het definiëren en verrijken van het menselijk kapitaal van individuele ondernemingen, die essentieel zijn voor het werven en in dienst nemen van personeel.
- De trajecten voor de invoering van opkomende en niet-gecodeerde beroepen (in ons geval), opgebouwd uit de observatie van de meest effectieve gedragingen, voornamelijk van ervaringsgerichte aard, zoals ze zich manifesteren in de beroepspraktijk.

Het is de moeite waard om de impulsen voor een algemene beschouwing over 'competentie' te vernoemen die voortkomen uit de Europese regelgevingscontext. Hier verwijzen we naar:

- De aanbeveling van het Europees Parlement en de Raad van 23 april 2008 tot vaststelling van een Europees kwalificatiekader voor levenslang leren, waarin zowel competenties, beschreven in termen van autonomie en verantwoordelijkheid, als hun verbanden met kennis en vaardigheden worden gedefinieerd om hun correcte contextualisering te voltooien.
- De aanbeveling 'Een agenda voor nieuwe vaardigheden voor Europa' - COM(2016) 381;
- De aanbeveling van de Raad van 22 mei 2018 inzake een nieuwe definitie van sleutelcompetenties voor levenslang leren - COM 2018/C 189/01.
- De discussienota over het beheer van de globalisering - COM(2017) 240.
- Een Europese agenda voor vaardigheden ten behoeve van een duurzaam concurrentievermogen, sociale gelijkheid en veerkracht 2020 - COM(2020) 274.

Naar onze mening zijn de volgende dimensies de bindende elementen van het competentiedebat:

- **Waarneembaarheid:** een competentie bestaat als iemand haar kan herkennen. Het is daarom een "observeerbaar" gedrag dat alleen kan worden herkend in een sociale relatie.
- **Modulariteit:** competenties zijn modulair, dat wil zeggen dat ze gecombineerd kunnen worden met andere competenties om complexe resultaten (families) te produceren die nuttig zijn om te handelen in specifieke uitdagende contexten. Dit is de methode die we

hebben gekozen om meer dan één competentie te combineren tot sets van gedragingen (competenties) die kunnen worden gegroepeerd onder dezelfde familie.

- **Autonomie:** een competentie is essentieel om de zelfbesturingsdimensie van individuen te ondersteunen binnen een context waar actie en/of verandering vereist is.

Met andere woorden, competentie kan gedefinieerd worden als:

"herkenbaar organisatiegedrag waarin stilzwijgende en expliciete kennis, vaardigheden en technieken samenkomen, die het individu gebruikt om min of meer complexe taken en activiteiten in een bepaalde context uit te voeren".

Met andere woorden, 'competentie' kan worden gedefinieerd als

"een zichtbaar georganiseerd gedrag waarin impliciete en expliciete kennis, vaardigheden en technieken samenkomen, die het individu gebruikt om min of meer complexe taken en activiteiten in een bepaalde context uit te voeren".

Zo opgevat heeft 'competentie' niet zozeer de functie om de kennis, vaardigheden en/of competenties aan te duiden die het individu bezit, maar om de feitelijke zichtbaarheid ervan binnen een bepaalde context aan te geven.

Deze zichtbaarheid heeft een hoge sociale en relationele waarde, omdat alleen degenen die de competentie niet bezitten het werkelijke bestaan ervan kunnen aanwijzen wanneer deze tot uiting komt in specifiek en effectief individueel georganiseerd gedrag.

Vanuit dit oogpunt lijkt competentie een zeer subjectief, dynamisch, procesmatig en relationeel karakter te hebben.

'Competentie' verwijst naar het vermogen van elke persoon/zorgverlener - in dit geval de PMFG-begeleider - om zijn resources te "mobiliseren" om bepaalde taken op zich te nemen in relatie tot de context, waarbij kennis (algemene en technische kennis) en vaardigheden dynamisch worden gecombineerd.

Zo begrepen bevordert en stelt 'competentie' ons in staat om nauwkeuriger te zijn in de oefening die we willen maken.

Ten eerste zorgt 'competentie' ervoor dat het analytische werk niet wordt ingesloten in een vooraf vastgesteld schema, maar laat het open door het te beschouwen als een manier van observeren wat er gebeurt in de concrete therapeutische ervaring.

Ten tweede helpt 'competentie', door de nadruk op de contextgevoelige en in wezen individuele eigenschappen, eerder dan individuele vaardigheden, ons om het te observeren begeleidingsgedrag met voldoende precisie te identificeren, en om de effecten ervan in de tijd te verifiëren.

Het proces van het beschrijven van het waarneembare gedrag in elke competentiefamilie is gebaseerd op een tussenstap. Dit leidt tot een precieze en specifieke definitie van elke competentiefamilie.

Deze worden gedefinieerd als begeleidingsgedragingen waarmee de persoon met (herkenbare) beheersing kan handelen in elke werk-/beroepscontext, en worden samengevat in de uitdrukking "*knowhow*".

De geselecteerde competentiefamilies vormen de basis voor de beschrijving van het individuele gedrag dat hen kenmerkt.

2.2. Domein van strategische competenties

In dit onderdeel definiëren we de competenties die de begeleider moet bezitten als een professionele technische basisachtergrond, zowel theoretisch als praktisch, die nodig is om familiedynamiek en de onderlinge relaties van gezinsleden binnen het familiesysteem te begrijpen.

1. In staat zijn tot coherente, psychoanalytische reflectie: de erkenning van de centrale rol van concepten als psychose en pathologische identificatie in de structurering van pathogene wederzijdse afhankelijkheidsrelaties die in de PMFG worden geactualiseerd. Om van daaruit de verbinding te kunnen leggen tussen wat er gebeurt in de individuele psyché met wat er gebeurt in de relatie tussen individu en ouderfiguren.

De PMFG-begeleider kent en handhaaft de geldigheid van deze begrippen, en hercontextualiseert consequent het gebruik ervan in de PMFG, waardoor de articulatie van de innerlijke wereld/relationele dimensie wordt vergemakkelijkt en de erkenning en het begrip ervan wordt aangemoedigd.

2. In staat zijn om systemisch denken te bevorderen: begrijpen hoe individuele acties en gedragingen het hele gezin beïnvloeden en hoe het gezinssysteem individuele gedragingen beïnvloedt.

Verandering als een systemisch proces: De PMFG-begeleider is zich ervan bewust dat verandering binnen het familiesysteem een uitdaging kan zijn en een systemische aanpak vereist. Als de gezinsdynamiek onveranderd blijft, leidt het geïsoleerd aanpakken van individuele problemen mogelijk niet tot blijvende verandering.

3. In staat zijn om een multigenerationele focus te nemen: omdat er meerdere generaties betrokken zijn bij multifamilie therapie, kunnen therapeuten werken met problemen en dynamieken die door de tijd heen zijn overgedragen. Dit kan waardevolle inzichten opleveren in intergenerationele patronen en hun impact op het functioneren van het gezin.

In PMFG is de multigenerationele benadering een waardevol aspect van het therapeutisch proces. De PMFG-begeleider probeert te begrijpen hoe de moeilijkheden die het individu (aangewezen

patiënt) vandaag ervaart hun oorsprong vinden in problemen die in vorige generaties werden ervaren, maar nooit werden aangepakt.

4. In staat zijn om te werken met een benadering gericht op het delen van emoties: het potentieel van een PMFG kan gepast worden ingezet in functie van de containment en verwerking van elke expressie van emotie, ongeacht hoe deze zich manifesteert. Deze competentie staat centraal, omdat een te intense verschijning van diverse emoties er vaak toe leidt dat interventie in andere therapeutische contexten onmogelijk wordt.

De PMFG-begeleider is in staat om een veilige emotionele context te creëren, waarin intense emotionele toestanden die gerelateerd zijn aan lijden kunnen worden verwelkomd in plaats van vermeden. Op die manier wordt een gepaste en duurzame expressie ervan aangemoedigd en ondersteund. Door verschillende emotionele toestanden (inclusief die van zichzelf) te legitimeren en te delen, beoogt de PMFG-begeleider dat vroegere pijnlijke ervaringen kunnen verschijnen, en de verwerking ervan ondersteunen.

In wat volgt maken we enkele algemene overwegingen om bovenstaande omschreven competenties te schragen, en die ons helpen om deze strategische competenties in een nauwkeurig theoretisch kader te plaatsen.

De originaliteit van het werk van Jorge Garcia Badaracco is gelegen het feit dat hij verschillende gezichtspunten uit verschillende conceptuele werelden bij elkaar heeft gebracht, iets wat aan het eind van de jaren 60 heel moeilijk voor te stellen was.

Geïnteresseerd in het begrijpen van de menselijke psyché en gedrag, voltooide hij zijn medische studies in Argentinië en woonde hij acht jaar in Frankrijk, waar hij zijn kennis van psychiatrie, neurologie en psychoanalyse verdiepte.

Na zijn terugkeer naar Argentinië won hij een openbare wedstrijd en werd hij hoofd van één van de opnameafdelingen van het BA Psychiatrisch Ziekenhuis voor Mannen, waar hij begon te leren over ernstige zieke patiënten en de manier waarop ze behandeld werden.

Zijn eerste indruk was dat ze niet als mensen werden behandeld; wat hij wél begon te doen, tot afkeuring van de hoofden van de andere afdelingen. De patiënten begrepen de boodschap en hun toestand begon te verbeteren.

Op dat moment besloot García Badaracco een bijeenkomst te organiseren met de familie van de patiënten om de mogelijkheid te bespreken dat sommige patiënten naar huis zouden gaan.

De groep, die bestond uit patiënten, familieleden en verzorgers, kwam regelmatig bijeen.

Daarbij zei García Badaracco: "Er waren drie actoren die me hielpen zin te geven aan wat ik zag: de patiënten, de ouders en het psychoanalytische denken".

a) Een eerste duidelijk element kwam naar voren: de patiënten verschilden niet van één of beide ouders, zoals deze laatsten beweerden. Dit deed hem denken dat er in elk psychotisch gezin een symbiotische band bestond tussen een kind en een ouder.

Het probleem zat hem niet in de schizofrene patiënt – 70% van degenen die op de afdeling waren opgenomen werd als zodanig gediagnosticeerd - maar in de relatie tussen de patiënten en de persoon die tot op dat moment in hun leven het meest voor hen had gezorgd.

De behoefte om te begrijpen wat hij waarnam, bracht hem tot:

1. Het gebruik van het psychoanalytische gedachtegoed met betrekking tot het begrip symbiose.
2. De verschuiving, opnieuw in het kader van het psychoanalytische denken, van de focus van wat er *binnen* het individu gebeurt naar wat er gebeurt *tussen* het individu en de persoon die altijd voor hem/haar gezorgd heeft, en dus naar de relatie tussen die twee.
3. Het gebruik van het systemisch denken, dat wil zeggen, pathologische situaties lezen in de context waarin ze zich voordoen; in diezelfde jaren, precies in 1956, had het werk van Gregory Bateson en anderen het mogelijk gemaakt om een nieuwe epistemologische orde te vestigen die gebaseerd was op de overweging dat het gedrag van schizofrene patiënten ook verbonden was met de context waarin het zich voordeed, en dat het mogelijk was om er betekenis aan toe te kennen.

b) Een andere bevinding die García Badaracco en zijn collega's bijzonder opviel, was dat sinds de reorganisatie van de afdeling als een therapeutische gemeenschap, patiënten lieten zien dat ze zich beter voelden tijdens de opname dan wanneer ze terugkeerden naar hun familie thuis.

Dit leek te bevestigen dat de problemen verband hielden met de manier waarop werd omgegaan met de patiënten: in opname werd men benaderd als individu en voelden ze zich beter; thuis werd men omringd door het systeem van relaties dat hen ziek had gemaakt, en verslechterde hun toestand snel.

Het begon duidelijk te worden dat de problemen zich voordeden binnen belangrijke relaties, vaak binnen één in het bijzonder, en dat therapeutisch werk moest bestaan uit het bevragen hoe deze relatie door beide leden werd ervaren. Dit betrof elke patiënt met een ouder, binnen elk gezin.

Tegelijkertijd leek het erop dat een groep van meerdere families, met ten minste één of meer familieleden van elke patiënt, de beste context was om deze kwesties te bespreken.

(Competenties 1 en 2 definiëren de gemengde dimensie van de interventie)

Een PMFG maakt het mogelijk problemen te kaderen in intergenerationele termen.

Het is geen kwestie van het reconstrueren van de oorspronkelijke relatie door middel van overdracht, noch van het beschouwen van slechts één ernstig pathologische familie tegelijk.

Het gaat erom een grote groep op te bouwen waarin patiënten en families (minstens één lid per familie) kunnen participeren, samen met verschillende zorgverleners.

De aanwezigheid van meerdere families, volledig of gedeeltelijk, maakt een taak mogelijk die anders moeilijker zou zijn met slechts één gezin: het reconstrueren van de familiegeschiedenis van alle betrokken deelnemers, d.w.z. elke deelnemer doen beseffen dat ze tegelijkertijd deel uitmaken van een familie 'in de huidige ruimte', én van een geheel van relaties tussen bloedverwanten 'doorheen de tijd'.

Op deze manier kunnen deelnemers beginnen te begrijpen dat de problemen die zich in het heden in gezinnen voordoen en die zich uiten in het lijden en het gedrag van een van de leden, de

zogenaamde 'aangewezen patiënt', lang geleden begonnen zijn, in de relaties die één of beide ouders hadden met hun ouders, d.w.z. de grootouders van de patiënt, of zelfs eerder.

(Competentie nr. 3)

Het geleidelijke inzicht in hun eigen toestand is een zeer pijnlijk en moeilijk proces voor alle PMFG-deelnemers, maar juist omdat ze voelen dat ze op een plek zijn waar hun lijden niet wordt vermeden maar verwelkomd, beginnen ze zich in te zetten voor het werk dat gedaan kan worden, daar, samen.

Het lijden dat door alle deelnemers wordt geuit, geparticipeerd en gedeeld, wordt de lijm die hen in staat stelt zich minder alleen te voelen en "de mouwen op te stropen" om te doen wat nodig is om uit de situatie te komen waarin ze zich bevinden.

Het is het gedeelde lijden van alle betrokkenen - patiënten, ouders, andere familieleden en professionals - dat hen ertoe brengt een alliantie te vormen.

Op die manier kan iedereen het vertrouwen en de kracht terugvinden om een eigen bijdrage te leveren zodat patiënten, gezinnen en professionals zich beter voelen.

(Competentie nr. 4)

2.3. Domein van transversale, therapeutische competenties

Dit betreft de kerncompetenties met betrekking tot de specifieke competenties nodig voor het uitoefenen van rol van begeleider van een PMFG.

De competenties die deel uitmaken van dit domein zijn:

5. In staat zijn om uitstekende communicatieve vaardigheden te gebruiken: effectieve communicatievaardigheden zijn cruciaal in een PMFG. De PMFG-begeleider moet vaardig zijn in actief luisteren, empathie tonen, en open en eerlijke communicatie tussen familieleden faciliteren.

Communicatievaardigheden zijn essentieel voor PMFG-begeleiders. Het legt de basis voor het opbouwen van vertrouwen, het begrijpen van familiedynamiek en het faciliteren van positieve verandering binnen het familiesysteem.

6. In staat zijn tot conflicthantering: gezinnen in een PMFG kunnen conflicten en spanningen ervaren. De PMFG-begeleiders moeten ervaren zijn in het helpen van gezinnen bij het navigeren en constructief oplossen van conflicten.

Conflictoplossing is een belangrijke competentie voor de PMFG-begeleider. In een PMFG kunnen er conflicten en spanningen ontstaan door verschillende perspectieven, behoeften en

communicatiestijlen. Conflict oplossende vaardigheden stelt de begeleider in staat om gezinnen te helpen om op een constructieve manier met deze uitdagingen om te gaan.

7. In staat zijn tot niet-intrusief groepsleiderschap en het handhaven van een klimaat van steun en empathie: het is noodzakelijk om een psychologisch veilige omgeving te creëren waarin niemand de plaats van de ander inneemt en iedereen zich beschermd en begrepen voelt in zijn spontane zelfexpressie.

Bij het definiëren van het emotionele klimaat van een PMFG leggen non-verbale boodschappen meer gewicht in de schaal dan verbale inhoud, dus is het essentieel om aandacht te besteden aan zowel 'hoe het gezegd wordt' als 'wat er gezegd wordt' en te zorgen voor consistentie tussen de twee niveaus. Het is cruciaal om de gelijkwaardigheid van de uitwisselingen te waarborgen door wederzijds empathisch te luisteren.

8. In staat zijn om groepsdynamieken te begrijpen en aan te wenden, en bewustzijn van 'metaforische spiegeling', 'meervoudige overdracht', 'enactments': in een PMFG nemen verschijnselen die aanwezig zijn in de bi-persoonlijke dimensie een 'meervoudige' vorm aan; de begeleider moet daarom in staat zijn deze te gebruiken als een verrijking van het therapeutische werkveld, waarbij hij de functie van 'derde bemiddelaar' toekent aan de groepsdimensie.

De begeleider moet in staat zijn om 'het collectief' een vermogen te laten ontwikkelen om de overdrachtdimensie in elke interpersoonlijke relatie te ontdekken, zodat alle deelnemers eerst in anderen iets kunnen herkennen en wat ook henzelf aangaat. Alle deelnemers kunnen bijdragen om deze fenomenen naar boven te halen en hanteerbaar te maken in deze nieuwe helende context.

9. In staat zijn tot flexibiliteit en aanpassingsvermogen: de PMFG-begeleider kan werken met gezinnen met verschillende behoeften en uitdagingen. Aanpassingsvermogen en flexibiliteit in therapeutische benaderingen zijn essentieel om effectief met verschillende problemen om te gaan.

Aanpassingsvermogen en flexibiliteit in therapeutische benaderingen zijn essentieel om verschillende problemen effectief aan te pakken. Gezinnen die deelnemen aan een PMFG hebben vaak een verschillende achtergrond en een breed scala aan behoeften en uitdagingen. Aanpassingsvermogen en flexibiliteit van therapeutische benaderingen stelt de PMFG-begeleider

in staat om interventies en strategieën op maat te maken om effectief tegemoet te komen aan de unieke behoeften van elk gezin.

10. In staat zijn tot faciliteren: de PMFG-begeleider moet een veilige en ondersteunende groepsomgeving creëren voor meer gezinnen om samen te werken en therapie te volgen. Dit vereist sterke vaardigheden om te faciliteren om zo de groepsdynamiek te beheersen, deelname aan te moedigen en ervoor te zorgen dat alle stemmen worden gehoord.

Faciliteren is een belangrijke vaardigheid voor de PMFG-begeleider. Omdat de groep verschillende families samenbrengt, spelen de vaardigheden van de begeleider een cruciale rol in het creëren van een veilige en ondersteunende therapeutische omgeving.

11. In staat zijn om veerkracht te bevorderen: De PMFG-begeleider kan de deelnemers in staat stellen om probleemoplossende vaardigheden en coping strategieën op basis van samenwerking te ontwikkelen. Dit kan veerkracht bevorderen en het potentieel voor positieve verandering binnen elke familie vergroten.

Veerkracht is een cruciaal aspect van Multifamilie Psychoanalyse. Een PMFG-begeleider kan, door de kenmerken van een PMFG op creatieve manieren te gebruiken, deelnemers in staat stellen nieuwe vaardigheden te ontwikkelen door problemen aan te pakken met een flexibele houding en door samen te experimenteren met coping strategieën. Dit kan veerkracht bevorderen en het potentieel voor positieve verandering binnen elke familie vergroten. Deze aanpak biedt een adaptieve ondersteuning in de richting van een groter vermogen om met gespannen en stressvolle situaties om te gaan, waardoor het potentieel voor positieve verandering toeneemt.

12. In staat zijn om een open therapievorm te gebruiken: over het algemeen heeft een PMFG een open formaat, waardoor verschillende families of familieleden samen kunnen komen in een groepscontext afhankelijk van hun persoonlijke behoeften en/of mogelijkheden. Elk gezin of gezinslid kan specifieke hulpvragen of zorgen hebben die in de context van de grotere groep behandeld kunnen worden.

Een PMFG-sessie heeft vaak een open formaat, wat voor de PMFG-begeleider impliceert dat hij in staat is om tegelijkertijd tegemoet te komen aan en te werken met meerdere individuele en familiale noden. Dit formaat biedt het voordeel van een flexibele, niet-beperkende context die kan

worden aangepast aan verschillende behoeften; het helpt ook om onzekerheid te tolereren, en onvoorspelbaarheid om te zetten in creatieve verrassing.

13. In staat zijn om gezamenlijke exploratie aan te moedigen: De PMFG-begeleider moedigt gezamenlijke exploratie van problemen en zorgen tussen de deelnemers aan. Hierdoor kunnen zij van elkaar leren, ervaringen delen en steun bieden, waardoor een rijke en diverse therapeutische omgeving ontstaat.

Gezamenlijke exploratie is een belangrijk kenmerk van de PMFG. De PMFG-begeleider moedigt deelnemers actief aan om deel te nemen aan gezamenlijke discussies, om persoonlijke problemen en zorgen te onderzoeken, en zo te leren van elkaars ervaringen. Deze gezamenlijke aanpak creëert een rijke en diverse therapeutische omgeving.

14. In staat zijn om gedeeld leren te bevorderen: de PMFG-begeleider stelt de deelnemers in staat om te profiteren van gezamenlijk leren door het observeren van, en interactie met andere gezinnen die voor dezelfde of andere uitdagingen staan. Dit kan een gevoel van universaliteit bevorderen en gevoelens van isolatie of stigmatisering verminderen.

Gedeeld leren is een krachtig aspect van de Multifamilie Psychoanalyse. De PMFG-begeleider stelt deelnemers in staat om te profiteren van gedeeld leren door het observeren van, en omgaan met andere gezinnen die met soortgelijke of andere uitdagingen worden geconfronteerd. Deze ervaring van gedeeld leren bevordert een gevoel van universaliteit, vermindert gevoelens van isolatie of stigmatisering en draagt bij aan een ondersteunende en verrijkende therapeutische omgeving.

Deze set van transversale therapeutische competenties vormt de kern van de therapeutische acties die een begeleider en facilitator moet beheersen om de oprichting en groei van een PMFG te bevorderen. Het vermogen om van deze vaardigheden gebruik te maken is enerzijds een kwaliteitsmaat voor het werk van psychiaters en psychologen. Zij worden gevraagd om, uitgaande van om hun diepgaande studies - psychoanalytische, systemische en groepstheorie –, de PMFG waaraan zij als 'begeleider' deelnemen te creatief te herdenken. Anderzijds is het een kwaliteitsmaat voor het werk van maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en psychiatrische revalidatietherapeuten, die gewend zijn aan een systematische ontmoeting tussen theorie en praktijk bij de uitoefening van hun specifieke professionele functie. Van daaruit kunnen ze een originele bijdrage leveren aan de implementatie van PMFG in de rol van 'facilitator'.

De oorspronkelijke hypothese van dit Erasmusproject kwam voort uit de volgende overwegingen:

- In een PMFG kan de pathologie die de patiënten treft worden herleid tot het niet erkennen van het belang van traumatische gebeurtenissen en/of onverwerkte rouw in de evolutionaire geschiedenis van relaties tussen leden van verschillende generaties van dezelfde familie.

- De vaardigheid om een PMFG te leiden of te faciliteren bestaat uit zowel praktische als theoretische kennis, die erop gericht is op de ervaring om zichzelf te bevrijden van de zelfverminkingseffecten op belangrijke delen van het zelf, door deze toegankelijk te maken voor degenen die betrokken zijn bij deze complexe mechanismen.
- De ervaring met PMFG heeft geleerd dat de theoretische kennis van 'begeleiders' en de praktische kennis van 'facilitators' naast elkaar kunnen bestaan. Aan de ene kant zijn er 'begeleiders' die te theoretisch kunnen zijn, aan de andere kant zijn er 'facilitators' die te praktisch zijn. Het zou goed zijn als beide aspecten in elke 'begeleider' en elke 'facilitator' aanwezig zouden zijn, zij het in verschillende mate. Het onder woorden brengen van verschillen is altijd een factor voor persoonlijke groei.
- Uiteindelijk gaat het om het resultaat, en het doel is om 'experts in het herkennen van het belang van emoties' te worden met betrekking tot het begrijpen en reconstrueren van de geschiedenis van psychologisch-psychiatrisch lijden waarmee iedereen in zijn leven te maken kan krijgen, in kleine of grote vorm.

2.4. Domein van persoonlijke, ethische, sociale en culturele competenties

Competenties die tot dit gebied behoren hebben betrekking tot de cultuur en gedragsethiek van de begeleider, en tot de noodzaak om te leren hoe kennis over te dragen in verschillende gezins- en/of therapeutische contexten.

De competenties die bij dit gebied horen zijn:

15. In staat zijn tot het uitvoeren van assessments en het stellen van diagnoses: bekwaamheid in het uitvoeren van familie assessments en het diagnosticeren van familieproblemen is belangrijk om de behoeften van de betrokken families te begrijpen, om geschikte behandelplannen te ontwikkelen, en om hen in staat te stellen een actieve rol te spelen in hun eigen genezing en groei.

Assessments en het stellen van diagnoses zijn cruciale elementen van Multifamilie Psychoanalyse. Expertise in het uitvoeren van uitgebreide gezinsanalyses en het diagnosticeren van gezinsproblemen stelt PMFG-begeleider niet alleen in staat om een diepgaand begrip te krijgen van de betrokken gezinnen en passende behandelplannen op maat te maken, maar ook om een effectieve therapeutische alliantie op te bouwen, waarbij persoonlijke verantwoordelijkheid in het genezingsproces wordt aangemoedigd.

16. In staat zijn om nieuwe culturele competenties te ontwikkelen: om inclusieve en effectieve therapie te bieden is het essentieel om gevoelig te zijn voor de culturele achtergrond van de families die betrokken zijn bij PMFG en deze te begrijpen.

Culturele competentie is een essentiële vaardigheid voor PMFG-begeleiders. Het begrijpen van, en gevoelig zijn voor de culturele context van de betrokken families is essentieel om een inclusief klimaat te bevorderen waarin meervoudige diversiteit een bron van verrijking is, en om de PMFG te kunnen verrijken door multiculturalisme.

17. In staat zijn om ethiek en grenzen te handhaven: Zoals in elke therapeutische strekking, is het naleven van ethische normen en het stellen van duidelijke grenzen cruciaal om de veiligheid, het respect en het welzijn van gezinnen te waarborgen en de integriteit en effectiviteit van het therapeutische proces te garanderen.

Om goed gebruik te maken van de dimensies openheid, inclusie en integratie van de specifieke setting, zijn ethiek en het stellen van grenzen van bijzonder belang in een PMFG. Naleving van ethische normen en het stellen van duidelijke grenzen zijn essentieel om de veiligheid, het respect en het welzijn van gezinnen te waarborgen en de integriteit en effectiviteit van het therapeutische proces te garanderen.

18. Openstaan voor affectief leren (door deelname aan PMFG, opleiding, supervisie, therapie): de PMFG-begeleider moet bereid zijn iets nieuws te leren over de eigen emoties, de affectieve dimensie van verandering te bevorderen en de 'vivencias' creatief te gebruiken.

Door hun persoonlijke affectieve leerprocessen bevorderen PMFG-begeleiders de ontwikkeling van nieuwe transformatieve ervaringen van elke deelnemer. Het vermogen om affectief leren in de groep maakt het mogelijk om nieuwe emotionele competenties en relationele vaardigheden te ontwikkelen.

Uiteindelijk is het op het gebied van sociale, culturele en ethische competenties noodzakelijk:

- Om geen genoegen te nemen met de richtlijnen van de psychiatrische analyse. Daarom is het noodzakelijk om de psychopathologie te kennen, maar is het net zo belangrijk om het daar niet bij te laten.
- Veel aandacht besteden aan de 'sociaal-culturele' dimensie van de omstandigheden waarin de te behandelen feiten zich voordoen, omdat deze worden beïnvloed door de context waarin ze zich voordoen.
- Acties zich steeds baseren op wederzijds respect.

Het lijkt misschien vanzelfsprekend, maar dat is het niet: de ontmoeting met de ander is vaak 'verstorend', onvoorzien, het daagt ons uit, het dwingt ons vragen te stellen. Als we bereid zijn deze te stellen, kan dat een wederzijdse verrijking tot gevolg hebben. Anders is het zinvoller om het contact achterwege te laten of te beperken.

Om anderen te begrijpen en te helpen, is het nodig om met hen te leren lijden. Dit brengt onvermijdelijk met zich mee dat je eigen lijden terug naar boven haalt en er opnieuw, of voor het eerst, mee in het reine komt.

3. DE COMPETENTIEMATRIX

1. In staat zijn tot coherente, psychoanalytische reflectie	Strategische competenties
2. In staat zijn om systemisch denken te bevorderen	
3. In staat zijn om een multigenerationele focus te nemen	
4. In staat zijn om te werken met benadering gericht op het delen van emoties	
5. In staat zijn om uitstekende communicatieve vaardigheden te gebruiken	Transversale therapeutische competenties
6. In staat zijn tot conflicthantering	
7. In staat zijn tot niet-intrusief groepsleiderschap en het handhaven van een klimaat van steun en empathie	
8. In staat zijn om groepsdynamieken te begrijpen en aan te wenden, en bewustzijn van 'metaforische spiegeling', 'meervoudige overdracht', 'enactments'	
9. In staat zijn tot flexibiliteit en aanpassingsvermogen	
10. In staat zijn tot faciliteren	
11. In staat zijn om veerkracht te bevorderen	
12. In staat zijn om een open therapievorm te gebruiken	
13. In staat zijn om gezamenlijke exploratie aan te moedigen	
14. In staat zijn om gedeeld leren te bevorderen	
15. In staat zijn tot het uitvoeren van assessments en het stellen van diagnoses	Persoonlijke, ethische, sociale en culturele competenties
16. In staat zijn om nieuwe culturele competenties te ontwikkelen	
17. In staat zijn om ethiek en grenzen te handhaven	
18. Openstaan voor affectief leren (via opleiding, supervisie, eigen therapie)	

DEEL 3

OPLEIDINGSPROGRAMMA TOT BEGELEIDER EN FACILITATOR VAN EEN PSYCHOANALYTISCHE MULTIFAMILIE GROEP

INLEIDING

Binnen de complexiteit van de resultaten van het veldonderzoek dat door de partners is uitgevoerd in kader van de eerste fase van het 'FA.M.HE' project, lijkt het ons nuttig om de toenemende verspreiding van de MFG in de preventie en behandeling van de verschillende vormen van psychisch lijden te benadrukken. Deze wordt echter vaak beperkt door verschillende vormen van institutionele weerstand, zowel cultureel als ideologisch. Bij het ontwikkelen van een opleiding dient daarom ook rekening te worden gehouden met de plaatselijke cultuur en context van geestelijke gezondheidszorg.

Een aspect dat door de deelnemers aan het onderzoek, gaande van familieleden tot begeleiders vanuit diverse theoretische oriëntaties, als zeer belangrijk wordt aangeduid, is de opleiding tot MFG-begeleider. Er wordt benadrukt dat de ontwikkeling van de vaardigheden gebaseerd moet zijn op een degelijke theoretische en technische opleiding, maar ook een ervaringsgerichte, klinische component moet omvatten.

Met betrekking tot de psychoanalytische MFG komt uit het onderzoek naar voren dat er op verschillende manieren gewerkt wordt, waaruit blijkt dat er behoefte is aan een gestructureerde, gezamenlijke opleiding, met betrekking tot zowel de individuele vaardigheden van de begeleider en facilitator, als tot de ondersteuning van het technische team, als tot de voorbereiding op de sociaal-culturele context waarin PMFG worden uitgevoerd.

Dit komt overeen met de dringende noodzaak om een specifieke en degelijke opleiding voor MFG-begeleiders te ontwerpen. Het beantwoordt aan de doelstellingen van dit project, namelijk het versterken van de rol van de MFG-begeleider op de arbeidsmarkt en in de geestelijke gezondheidszorg, door middel van een Europees opleidingscurriculum gebaseerd op de kennis van de sleutelconcepten van MFG en de verwerving van essentiële vaardigheden en competenties.

In de afgelopen jaren hebben alle partners ervaring opgedaan met het geven van opleiding van MFP, maar alleen LIPsiM heeft formele leertrajecten opgezet waarmee in zeven jaar tijd ongeveer veertig nieuwe PMFG-begeleiders zijn opgeleid. De ontwikkeling van deze ervaring wordt hieronder beschreven.

1. LIPSIM-OPLEIDINGSERVARINGEN

1.1. De afgelegde weg

In 2016 startte het *Laboratorio Italiano di Psicolanalisi Multifamiliare* (LIPsiM - Laboratorium voor Multifamilie Psychoanalyse) met opleidingsactiviteiten, gericht op psychotherapeuten geïnteresseerd in de verdieping van de multifamilie methodologie. De eerste opleiding kreeg de vorm van een tweejarige mastercursus, waarin de theorie en praktijk van Jorge García Badaracco centraal staat. Maandelijks werden twee opeenvolgende opleidingsdagen georganiseerd (gedurende 10 maanden per jaar). Tijdens deze dagen nemen de cursisten deel aan:

- Seminarie op LIPsiM – Dit seminarie, dat doorgaat sinds de oprichting van LIPsiM, omvat een theoretische presentatie met daaropvolgend een open discussie met de deelnemers. Het vindt plaats op de derde vrijdagmiddag van de maand en duurt ongeveer 2,5 uur.
- Klinische PMFG – Deze groep werd in 2016 opgericht door de Lab-leden, en wordt begeleid door ervaren multifamilie psychoanalytici. Deze groep komt 2-wekelijks samen op vrijdag en duurt 1,5 uur. Daaropvolgend volgt het *athenaeum* (nabespreking) van een half uur.
- Theoretische lezingen, aangevuld met het bekijken en bespreken van videomateriaal over Multifamilie Psychoanalyse. Deze lezingen vinden plaats op de aansluitende zaterdag, en duren de hele dag (8 uur).

Doorheen de jaren zijn er verschillende aanpassingen gebeurd in het masterprogramma, op basis de groeiende opleidingservaring van het docententeam van LIPsiM:

- Minstens 1 keer per maand nemen Lab-leden deel aan de PMFG. De klinische groep is geleidelijk aan een gedeelde leerplek geworden;
- Daarom werd het tijdstip van het LIPsiM-seminarie vervroegd, zodat de duur van de nabespreking werd verdubbeld naar een uur;
- Er wordt verwacht dat de docenten betrokken bij de opleidingsactiviteit van zaterdag de PMFG van vrijdag en de bijbehorende nabespreking bijwonen, zodat de inhoud van de lessen kan worden afgestemd op wat er de dag voordien had plaatsgevonden.
- Elke student dient een theoretische eindverhandeling te maken over het opstartproces van een nieuwe PMFG.

Deze veranderingen werden uitgevoerd in functie van de sterk klinisch geïnspireerde vorm van werken, van wat samen in de groep werd ervaren, verder aangevuld met de theoretisch-methodologische inhoud van de lezingen.

Daarnaast werd aan elke student een mentor toegewezen. Deze mentor is één van de docenten, en biedt de student periodieke, individuele gesprekken aan (minstens 3 per jaar). De mentor wil de inspanningen van student ondersteunen om tot een diepgaande verandering met betrekking tot de theoretische benadering van ernstige psychische pathologie te komen. Daarnaast is de mentor een referentiepunt bij het opstarten van een eigen multifamilie groep, die van start kan gaan op het einde van de tweejarige masteropleiding.

1.2. Tweejarige Master in Multifamilie Psychoanalyse

De master in MFP is bedoeld voor psychotherapeutische professionals (psychologen of artsen) die hun kennis van de methode willen verdiepen en zich willen bekwamen in het leiden van een psychoanalytische multifamilie groep (PMFG). Het doel van de masteropleiding is om studenten te trainen in het gebruik van een innovatief preventie- en behandelingsinstrument dat toepasbaar is in verschillende contexten.

De opleiding duurt twee jaar, en heeft een theoretisch-klinisch-experimentele structuur.

De didactische methodologie garandeert de theoretisch-klinische-ervaringsdimensie van het model door maandelijkse theoretische seminars die op een interactieve manier worden gegeven, de directe deelname aan een PMFG, het bekijken van video-opnames van klinisch materiaal met opleidingsdoelenden en het zelfstandig opstarten van een eigen PMFG in diverse toepassingscontexten. In de loop van elk opleidingsjaar heeft de student minstens 3 individuele gesprekken met een referentiedocent om zijn opleiding beter te kunnen sturen.

De opleiding vraagt een maandelijkse aanwezigheid (vrijdagnamiddag en ganse zaterdag) op het hoofdkantoor van het Laboratorium in Rome en een tweewekelijkse aanwezigheid bij de LIPsiM MFG. Daarnaast is een week intensieve deelname aan verschillende PMFG binnen het netwerk van het Laboratorium wenselijk.

Het theoretische corpus dat gebruikt wordt als basis voor de opleiding is geworteld in het *Articulaciones*-schema (zie Bijlage 1) van Jorge García Badaracco. De complexiteit van het schema maakt een flexibel en progressief gebruik mogelijk, afgestemd op de vragen en leerproces van de studenten. Door de deelname aan de maandelijkse LIPsiM-seminars wordt de mogelijkheid geboden om kennis te maken met de verschillende multifamilie ervaringen. Dit laat de studenten toe om de implementatie en toepasbaarheid in diverse professionele behandelcontexten te ontdekken. De heterogeniteit van de bijdrages bevordert de ontwikkeling van de methode zelf in nieuwe contexten.

Er wordt een actieve deelname aan de PMFG gevraagd. Dit stelt de student in staat om de werking van het model direct te ervaren, zowel voor didactische doeleinden als MFG-begeleider in opleiding, als voor zelfontwikkeling als groepsdeelnemer.

Na de groep is er een nabespreking, het *athenaeum*, waarin er gereflecteerd wordt op wat er in de groep is gebeurd, zowel met betrekking tot de dynamiek tussen de deelnemers, als met betrekking tot de ervaringen van de begeleiders.

Elke student heeft een individuele mentor, met als doel de student te begeleiden, om eventuele persoonlijke situaties die tijdens de deelname aan de groep naar voren komen te onderzoeken (en eventueel te zoeken welke verdere ondersteuning er geboden moet worden bij kritieke situaties), en te focussen op het eindejaarswerk.

Er zijn minstens drie bijeenkomsten per jaar met de mentor.

Elk jaar moet de student een theoretische paper schrijven, en een projectwerk over het opstarten van een PMFG in een context naar keuze. Het doel van het eindwerk is het ondersteunen van het opstarten van de groep en het stimuleren van netwerken in functie van het eigen project.

2. THEORETISCH-METHODOLOGISCHE OVERWEGINGEN

2.1. Het schema van de "Articulaciones"

Multifamilie psychoanalyse is tegelijkertijd eenvoudig en complex, en moet worden beschouwd als een geheel, een onlosmakelijk geheel gestructureerd door verschillende onderlinge verbindingen.

Dit basisidee inspireerde Jorge García Badaracco tot het formuleren van het schema van de *Articulaciones*.

In dit schema kunnen we een centrale component identificeren: '*sabiduría*' ('wijsheid'), iets om na te streven in plaats van te bereiken.

Vervolgens is het mogelijk om de conceptuele inhoud van het *Articulaciones* diagram onder te verdelen in drie niveaus.

In de eerste groep staan elementen die de "methode" moeten vormen en karakteriseren ('hoe de groep werkt'):

1. Respect: de basishouding van de deelnemers aan de PMFG;
2. PMFG als laboratorium voor het uitwerken van nieuwe ideeën: binnen de groep wordt niets als vanzelfsprekend beschouwd; integendeel, elke groep kan tot nu toe ondenkbare gedachten doen verschijnen. Deze verborgen verrassingen zijn in staat om invloed uit te oefenen op de diepste 'overtuigingen' van alle deelnemers ('*Vamos a aprender*');
3. Centrale rol van dialoog: in navolging van Edgar Morin wordt gespreksvoering opgevat als een manier om het menselijk vermogen te stimuleren om van *actie* over te gaan naar een *commentaar* op een actie. Dit houdt een verandering in van het logische niveau van functioneren van iemands geest;
4. Nastreven van 'kennis'; niet omwille van zichzelf, maar kennis die in staat stelt om te 'weten' en te 'helpen';
5. Bieden van hoop; de PMFG biedt hun, die het geloof hebben verloren om geholpen te kunnen worden, een ervaring waardoor ze opnieuw kunnen geloven dat ze 'op iemand anders kunnen rekenen', op de hulp van iemand anders;
6. Denken over geestelijke gezondheid; nadenken over ziekte dat in de loop van de tijd gestructureerd wordt binnen relaties. We worden allemaal gezond geboren, en we kunnen beschouwd worden als potentieel gezond.

Tot de tweede groep behoort het theoretische kader dat door Jorge Garcia Badaracco ontwierp om de verschijnselen die in een PMFG naar voren komen te conceptualiseren ('waar de groep aan werkt'):

1. Het fenomeen van '*Los otros in nosotros*': we leven niet alleen in relatie tot anderen, maar we leven in anderen, anderen wonen in ons, wij wonen in anderen; dat is prima zolang het een voorbijgaand fenomeen is, maar als het een stabiele manier van leven wordt, zelfs als het voortkomt uit een positieve intentie, kan het aanleiding geven tot:
2. Psychisch lijden dat voortkomt uit het feit dat als iemand anders ons voortdurend bewoont, we geen onderscheid meer kunnen maken tussen onszelf en de ander; dit is noodzakelijk aan het begin van het leven of in uitzonderlijke omstandigheden, maar als het na verloop van tijd voortduurt, voorkomt het dat men het 'subject' van het eigen bestaan wordt.

3. Dit verschijnt in de groep door een diepe gelijkenis tussen de patiënt met één of beide ouders, in tegenstelling tot de zichtbare, onverklaarbare verschillen tussen zoon/dochter en de ouders die gewoonlijk door laatstgenoemden worden voorgesteld. De zoon/dochter lijkt een karikatuur van de ouder, alsof hij/zij probeert de ouder te zijn die het dichtst bij hem/haar staat, te leven in volledige overeenstemming met zijn/haar verwachtingen. Dit in plaats van een ontwikkeling van zijn/haar eigen persoonlijkheid na te streven, en waarbij hij/zij vergeet dat hij/zij die heeft.
4. De innerlijke Ik-sterkte blijft verborgen: de PMFG maakt de (her)ontdekking ervan mogelijk voor beide leden van de ouder/kind dyade. Elk van hen zal in staat zijn ze terug te vinden en zich verder te ontwikkelen:
5. Vanuit de 'gezonde virtualiteit' die aanwezig is in iedereen, maar waarvan men niet wist ze te bezitten. Het omvat een reeks mogelijkheden die gerealiseerd kunnen worden als men de band met de ander loslaat:
6. Pathologische en pathogene wederzijdse (onderlinge) afhankelijkheidsrelaties tussen gezinsleden van twee verschillende generaties, meestal een ouder en een kind. Dit type relatie ontstaat in een situatie waarin de ouder omgaat met het kind alsof het een deel van hem/haarzelf is. Vervolgens heeft het kind, dat alleen dit soort voorbarige relatie heeft ervaren, de neiging heeft om dezelfde relatie te reproduceren met de ouder(s), in een dimensie van wederkerigheid.

In de derde groep wordt het kader gedefinieerd over de 'verwachte resultaten', de doelen waarnaar gestreefd moet worden ('waar de groep naartoe werkt'):

1. Erkenning geven van de hypercomplexe dimensie waarin de traumatische gebeurtenissen worden geproduceerd en geactualiseerd: dit is noodzakelijk in een poging om te begrijpen hoe binnenin een persoon het lijden zich heeft opgestapeld, zo diep dat het hem ertoe brengt om zijn leven op te geven;
2. Het vergroten van het vermogen om te luisteren, om de eigen emoties en die van anderen te herkennen en onder woorden te brengen zonder ze uit de weg te gaan: gecompliceerde emoties worden zelden duidelijk geuit, expliciet gemaakt, er wordt hooguit naar gehint. Daarom moeten deze emoties, wanneer ze verschijnen, worden begrepen en verkend. Immers, voorheen werd vaak ervaren dat het onmogelijk en/of te gevaarlijk was om ermee in contact te komen. Door de emoties ruimte te geven, wordt ervaren dat het niet alleen mogelijk, maar ook belangrijk is om ze volledig te integreren in communicatieve uitwisselingen. Daarbij worden vaak metaforen, beelden gebruikt, die spreken zonder te spreken, zoals dromen die tegelijkertijd onthullen en verhullen, maar 'geïnterpreteerd' kunnen worden;
3. De acceptatie dat we niet alles en altijd weten: het is belangrijk om onzekerheid te tolereren en een onderzoekende houding aan te nemen, in de eerste plaats door de begeleiders van de PMFG. De behandelaar doet afstand van de verengende houding die het als zijn prioritaire taak beschouwt om de patiënt in het juiste diagnostische vakje binnen zijn referentieapparaat te plaatsen. Daarentegen neemt hij een houding aan van luisteren en gegevens verzamelen. Van daaruit probeert hij hypotheses te formuleren, die tegelijkertijd op elk moment kunnen worden gewijzigd. Alle deelnemers worden uitgenodigd om hetzelfde te doen, en worden daarbij geholpen;

4. Zodra deze doelstellingen actief bereikt worden, begint de PMFG te functioneren als een '*mente ampliada*', een verruimde geest. Met dit concept beschrijft Jorge García Badaracco hoe de verschillende meningen van de deelnemers niet tegenover elkaar staan, maar de neiging hebben om geleidelijk aan te integreren in een creatief geheel en zo een complexe gedachte te genereren die alle geuite meningen omvat. Individuele geesten beginnen op een meer open en integratieve manier te functioneren, rijker en verrijkt ten opzichte van het eerdere, individuele functioneren.
5. Als dit gebeurt, wordt de PMFG een multi-familie gemeenschap aan het werk, een kleine samenleving die in staat is moeilijke uitdagingen aan te gaan en complexe problemen het hoofd te bieden.

2.2. De regels van het kader

Aan dit alles moeten de regels worden toegevoegd die het specifieke kader van de PMFG kenmerken. Zij werden vanaf het begin geformuleerd, en verder geconsolideerd in de loop van de tijd, met de verspreiding van de PMFG en de daaruit voortvloeiende reflecties.

Dit kader wordt als volgt gedefinieerd:

1. Elke deelnemer wordt verzocht om in de eerste persoon te spreken, waarbij zoveel mogelijk wordt vermeden om 'in de plaats van' iemand anders te spreken, meestal de aangewezen patiënt of patiënte;
2. De deelnemers worden aangemoedigd een houding aan te nemen waarin men niet beweert gelijk te hebben, maar te andere meningen te proberen te tolereren.
3. Spreken kan door de beurt te vragen, waardoor er niet onmiddellijk tussenbeide kan worden gekomen om te weerleggen/tegenspreken wat er door een andere deelnemer is gezegd.

Het oppikken van deze regels, die eerst op een standvastige manier worden geïntroduceerd door de begeleiders, wordt vergemakkelijkt door ervaren deelnemers die het voorbeeld geven aan nieuwe leden.

Het lijken eenvoudige regels die het spreken mogelijk maken, maar in werkelijkheid zijn ze een antithetische manier van communiceren dat leden van een psychotische of anderszins verstoorde familie gebruiken.

Zo kan één persoon, meestal een ouder, de neiging hebben om 'in plaats van' een ander te spreken, meestal de patiënt maar niet persé; meestal spreekt deze ouder alsof hij/zij gelijk heeft, en wordt daarbij geïmiteerd door het kind dat zich deze manier van spreken eigen heeft gemaakt.

Ten slotte spreekt iedereen alsof hij/zij ingaat tegen wat de ander zegt en poneert hij/zij zijn/haar eigen 'waarheid'. In deze situatie moet worden benadrukt dat het gewenst is dat iedereen nadenkt over een persoonlijke kijk op de situatie, en deze openlijk mag verwoorden. Als men er bovendien in slaagt om ook de derde regel te volgen, zal men kunnen ervaren hoe alle tussenkomsten, ook al stellen ze verschillende ideeën voor, erin slagen om naast elkaar kunnen bestaan, en hoe ze uiteindelijk allemaal bijdragen tot de vorming van één enkele algemene gedachte waarover die groep kan praten (fenomeen van de "*mente ampliada*").

Voor gezinnen met ervaring met psychose kan het een grote hulp zijn om te ervaren dat je een situatie kan verdragen waarin verschillende meningen naar voren komen zonder dat je deze moet bestrijden, dat er zowel convergenties als divergenties tussen mensen kunnen zijn.

2.3. Opmerkingen over de deelname van hulpverleners

Door de manier waarop er naar psychische pathologie wordt gekeken, beoogt de PMFG het therapeutisch werk te herformuleren. Daarom is het wenselijk dat alle personeel van een instelling/afdeling deelneemt, gaande van artsen, psychologen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en andere therapeuten.

In een PMFG wordt de mogelijkheid geboden om in contact te komen met, te observeren van en te interageren met de uitingen van psychische nood gelijkend op hoe ze zich toont in de familiale realiteit. Dit maakt de multifamilie ervaring bijzonder nuttig en fascinerend, maar tegelijkertijd verrassend en misschien onthutsend. Het is een realiteitsconfrontatie zonder de bemiddeling van de professional, er moet afstand worden genomen van de 'bescherming' die wordt gegarandeerd door machtsrelaties binnen de gebruikelijke professional-patiëntrelatie.

Dit alles heeft gevolgen waarmee rekening moet worden gehouden:

1. Het rechtstreekse contact met het lijden wordt niet bemiddeld door 'kennis', en dit kan moeilijk zijn. Tegelijkertijd kan dit na verloop van tijd een gevoel van grote solidariteit opwekken onder de deelnemers;
2. Het delen van je emoties is directer en authentieker, en dit impliceert een 'zelf-onthulling' die in andere contexten moeilijker plaatsvindt, of in ieder geval niet met dezelfde kenmerken en intensiteit;
3. Om de emoties 'ten volle te kunnen beleven', wordt de professional aangespoord om zichzelf binnen de groep op gelijke voet met anderen te stellen, vrij van alles wat hem gewoonlijk scheidt van patiënten en familieleden: het is een ontmoeting tussen mensen.

3. VOORSTEL OPLEIDING

De rol van de begeleider van een PMFG is bepaald door de specifieke operationele kenmerken van de groep:

Open Groep

De PMFG is een open therapeutische groep met betrekking tot verschillende aspecten van haar organisatie:

- De groep heeft een startdatum maar geen einddatum, waarbij de instroom van nieuwe deelnemers mogelijk is op elk moment.
- De groep is open voor verschillende professionele zorgverleners die deel uitmaken van de institutionele context. De groep integreert verschillende opleidingstrajecten.
- Voortdurende aanwezigheid is weliswaar wenselijk, maar niet verplicht: iedereen neemt deel naargelang zijn behoeften en mogelijkheden.
- De fysieke structuur is ook open: er is bijvoorbeeld een voorkeur voor cirkelvormige zitopstellingen, die noch in aantal noch in positie vastliggen.

De open werking en structuur van de PMFG vereist dat de begeleiders ook flexibel en ontvankelijk zijn voor de prikkels vanuit de groep, die multigenerationeel en multicultureel is. De begeleiders nemen een open en flexibele begeleidingsstijl aan, maar zijn ook vastberaden in het respecteren van de weinige regels van het kader, de ethische en deontologische grenzen, het waarborgen van de privacy, en emotionele veiligheid van de context. Dit impliceert dat de begeleidingsfunctie verder rijkt dan de singuliere bijeenkomst, de grenzen van de groep bewaakt en de continuïteit ervan verzekert.

Zelforganisatie

Als we een MFG beschouwen als een hypercomplex functionerend systeem, kunnen we duidelijk visualiseren hoe mentale fenomenen worden geproduceerd in een interrelationeel veld. Het mentaal functioneren van een persoon is afhankelijk van de anderen, meestal in een subliminale of zelfs heimelijke vorm. Soms neemt deze wederzijdse conditionering de vorm aan van een belemmering in het denken en een verplichting om zich te gedragen alsof men van buitenaf wordt bepaald. García Badaracco schrijft:

"In de werking van MFG gaat het er niet alleen om te interpreteren wat er gebeurt, maar actief in te grijpen in deze verlamdende dynamieken, om de pathogene onderlinge afhankelijkheden te ontrafelen en de therapeutische hulpbronnen (...van de groep...) te laten werken, in functie van een activering van de zelforganiserende mechanismen van zowel individuen als familie- en sociale systemen".

Van zodra in staat om zichzelf te organiseren, differentieert het individu zich van de omgeving en tegelijkertijd bindt het zich er nauwer aan vast. Zelforganisatie vindt plaats in de zin dat elke individualiteit wederzijdse afhankelijkheidsrelaties creëert met de omgeving. Hoe autonomer het individu is, hoe minder geïsoleerd het is. Om Edgar Morin te parafaseren: het individu heeft continu uitwisselingen nodig in termen van voeding, energie, informatie, orde. Gestimuleerd door het begeleidersteam herwint de PMFG het natuurlijke vermogen tot zelforganisatie, wat een krachtig multiplicatoreffect heeft om individuen in staat te stellen hun eigen geest zelf te organiseren.

Doorheen de ontwikkeling van de groep wordt de begeleidingsfunctie een transversale functie waar de gehele groep voor instaat, terwijl de hulpverleners gelijkwaardige deelnemers aan de groep worden. Gaandeweg kunnen zij een gelijke subjectieve bijdragen leveren, die het *'expanded mind'* functioneren van de groep zelf ondersteund.

3.1. Begeleider en Facilitator van een PMFG

De geleidelijke verfijning van het opleidingsvoorstel in de loop van de verschillende fasen van het project maakte het mogelijk om de opleiding ook te oriënteren naar medewerkers uit de geestelijke gezondheidszorg, die - ondanks het feit dat ze geen psychotherapeutische opleiding hebben genoten - een onmisbare rol spelen in het functioneren van de PMFG. Deze ontwikkeling maakte het mogelijk om twee verschillende profielen te definiëren actief zijn in het begeleiderteam, de begeleider en de facilitator, die door de integratie van hun verantwoordelijkheidsniveaus de groep in staat stellen om optimaal te functioneren.

Uit de survey uitgevoerd in de eerste fase van het project blijkt dat meer dan 80% van de MFG functioneerde met een heterogeen begeleiderteam, ongeacht de gebruikte methode. Concreet is de deelname van de verschillende profielen als volgt verdeeld: 89% psychologen, 56% psychiaters, 45% verpleegkundigen, 31% maatschappelijk werkers, 13% opvoeders, 11% ergotherapeuten, 38% andere zorgverleners.

De begeleider en de facilitator zijn nieuwe profielen in het panorama van gezinsinterventies in de geestelijke gezondheidszorg, voortkomend uit een nieuw paradigma/ behandelingsfilosofie van psychose, en uit de specificiteit van de begeleidingsfunctie van een PMFG. Zoals we zullen zien, vertegenwoordigen ze ook een vernieuwende rol in de context van groepstherapieën.

De sterke punten van PMFG ligt in het samenbrengen en integreren van verschillende taken en competenties binnen een begeleiderteam.

De begeleider neemt de verantwoordelijkheid voor het kader op zich: hij staat garant voor de veiligheid van de groep door te signaleren wanneer de regels niet worden nageleefd, en beperkt de destructieve dynamiek wanneer de groep daartoe niet in staat is (bijv. in de opstartfase of in tijden van crisis). Naarmate de groep groeit, is hij in staat zijn om zijn centrale positie op te geven en te verdwijnen naar de achtergrond, zodat directe uitwisselingen tussen deelnemers mogelijk worden. Hij is in feite het klinische, formele en wettelijke hoofd van de therapeutische context.

De facilitator heeft geen directe verantwoordelijkheid voor de groep. Hij kan zijn gevoelens en ervaringen vrijer uiten en de groep helpen haar emotionele en denkveld te verbreden. Hij organiseert zijn interventies vanuit de persoonlijke vaardigheden die hij heeft opgedaan in zijn klinische ervaring.

Gezien de specificiteit van de begeleidingsfunctie in de PMFG is het wenselijk dat beide niveaus elkaar kunnen afwisselen in elke zorgverlener van het begeleiderteam.

Facilitator van de PMFG: verdere overwegingen

Wij definiëren facilitator als elke medewerker in de geestelijke gezondheidszorg die betrokken is bij het begeleiden van een MFG en een actief onderdeel van het begeleidingsteam wordt: verpleegkundige, maatschappelijk werker, psychiatrische revalidatietherapeut, opvoeder, maatschappelijk werker, maar ook psychiaters en psychotherapeuten.

Onze ervaring, opgedaan in verschillende klinische contexten over een periode van twintig jaar, heeft ons geleerd dat de aanwezigheid van deze professionele figuren een fundamentele rol spelen in de begeleiding van een MFG. Ze zijn onmisbaar voor het ontstaan en de verankering van de groep in de institutionele context, voor de coherente werking en voor de transformatieve doeltreffendheid ervan.

Hoewel de functies van de facilitator in veel opzichten overlappen met die van de begeleider, wijzen we op enkele specifieke functies, zowel extern als intern aan de groep:

Extern:

- Vaak vervult hij een 'front-office' functie in de omgang met patiënten en familieleden. Van daaruit bevinden ze zich in een bevoorrechte positie om de filosofie van de MFG vanaf de eerste contacten over te brengen, en deelname aan de groep te vergemakkelijken.
- Deelname van diverse zorgverleners vergemakkelijkt de verspreiding van de multifamilie cultuur binnen de institutionele context.
- Hij beweegt zich in de transversale ruimten van de institutionele organisatie en bewaakt de grenzen van de groep, zowel ten opzichte van de deelnemers (hij garandeert de communicatie-uitwisseling, herinnert aan de bijeenkomsten), als ten opzichte van de institutionele context (hij bewaakt de fysieke en relationele ruimten, garandeert correct gedrag).

Intern:

- Omdat bij MFG meerdere families samenkomen in een groepssetting, spelen de vaardigheden van het begeleidingsteam een cruciale rol bij het creëren van een veilige en ondersteunende therapeutische omgeving.
- Wanneer gezinnen samenkomen in de groep, kunnen er conflicten en spanningen ontstaan door de verschillende perspectieven, behoeften en communicatiestijlen. De conflict oplossende vaardigheden, door zorgvuldige afstemming, van de begeleiders helpen gezinnen om constructief met deze uitdagingen om te gaan.
- Gezinnen die deelnemen aan de MFG kunnen verschillende achtergronden hebben en een breed scala aan behoeften en uitdagingen presenteren. Door het aanpassingsvermogen en de flexibiliteit kan het begeleidingsteam interventies en strategieën op maat maken om effectief tegemoet te komen aan de unieke behoeften van de gezinnen.
- Door creatief gebruik te maken van de kenmerken van de multifamilie context, stellen de begeleiders deelnemers in staat om nieuwe vaardigheden te ontwikkelen door problemen aan te pakken met een flexibele houding en door samen te experimenteren met coping strategieën. Deze aanpak ondersteunt het vergroten van het aanpassingsvermogen om met gespannen en stressvolle situaties om te gaan, waardoor het potentieel voor positieve verandering toeneemt.
- De aanwezigheid van begeleiders stelt deelnemers in staat om te profiteren van gezamenlijk leren door het observeren van en omgaan met andere gezinnen die voor soortgelijke uitdagingen staan, waardoor de actieve empowerment van elk individu in het zorgproces wordt bevorderd. Deze ervaring stimuleert een gevoel van universaliteit, vermindert gevoelens van isolatie of stigmatisering, en draagt bij aan een ondersteunende en verrijkende therapeutische omgeving.

3.2. Het opleidingsprogramma

Het opleidingstraject bestaat uit drie opeenvolgende en onderling afhankelijke jaren. Elke stap garandeert een specifieke beroepskwalificatie, waardoor de zorgverlener vooruitgang kan maken in zijn opleidingservaring in functie van zijn motivatie en aanleg.

Het eerste jaar richt zich naar alle professionals in de geestelijke gezondheidszorg (verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, opvoeders, psychiatrische revalidatietechnici, psychologen, psychiaters, psychotherapeuten) die geïnteresseerd zijn in het verdiepen van hun kennis van MFP. Op het einde van het eerste opleidingsjaar behaalt men de kwalificatie 'facilitator'.

Het tweede jaar is het eerste niveau van de opleiding tot begeleider en is bedoeld voor psychiaters en psychotherapeuten die, na het afronden van de eerste fase als facilitator, hun eerdere psychotherapeutische opleiding willen verbreden door vaardigheden te verwerven in methodologie en MFP.

Het derde jaar richt zich op begeleiders die na het voltooien van de eerste twee opleidingsfasen een bijzondere belangstelling voor MFP hebben ontwikkeld, en geïnteresseerd zijn in het creëren en beheren van PMFG in de publieke of private sector. Ze wensen te experimenteren met het creëren van een nieuwe PMFG, wat een veeleisend proces is in termen van directe betrokkenheid en het nemen van leiding over dit project.

Opleidingsstructuur		
Opleidingsjaar	Gericht naar	Kwalificatie
Jaar 1 140u	Medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg (verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, opvoeders, psychiatrische revalidatietechnici, psychologen, psychiaters, psychotherapeuten)	Facilitator
Jaar 2 140u	Psychiaters, psychologen, psychotherapeuten	Begeleider
Jaar 3 60u	Psychiaters, psychologen, psychotherapeuten	Expert-begeleider

Het opleidingstraject beoogt een geleidelijke toe-eigening van een innovatief paradigma in de preventieve geestelijke gezondheidszorg en in de behandeling van psychisch lijden. Het doel is om de eenheid van complex, integratief en transdisciplinair denken te waarborgen. De uitdaging bestaat eruit om te beoordelen in hoeverre de verschillende elementen, die een onlosmakelijk geheel vormen, niet belemmerd worden door de opleidingsstructuur, die noodzakelijkerwijs wordt gemoduleerd in opeenvolgende reeksen.

De geleidelijke toe-eigening kan worden bereikt door een progressief niveau van deelname aan de opleiding, zowel theoretisch (interactieve overdracht van kennis) als praktisch (leren door te doen).

De doelstellingen van de opleiding zijn:

Het verwerven van de competenties die zijn geïdentificeerd in de “Competentiematrix” waarin van 18 families van beroepscompetenties worden gegroepeerd in drie specialisatiegebieden:

- Strategisch kennisgebied
- Transversale vaardigheden
- Persoonlijke, ethische, culturele en sociale attitudes

Werken aan de verschillende niveaus van *Articulaciones* van Jorge García Badaracco:

- ‘Hoe de groep werkt’
- ‘Waar de groep aan werkt’
- ‘Waar de groep naartoe werkt’

Verdieping van de inhoud van het Vademecum volgens een progressief schema:

- Theoretische grondslagen
- Algemene aanbevelingen voor het uitvoeren van een PMFG
- Therapeutische factoren

Tijdens de drie jaar is er een diepgaande studie van de competentiematrix geïdentificeerd in ‘Competenties van een begeleider en facilitator van een PMFG’, de implementatie van het derde niveau van *Articulaciones*, en maandelijkse, wederzijdse werkbezoeken tussen collega's, gecoördineerd door een opleider.

Doorheen de hele cursus wordt elke student bijgestaan door een mentor, die zorgt voor een grondige analyse en periodieke beoordeling van het leerproces, en die ondersteuning biedt bij het schrijven van het eindwerk.

In het derde jaar, dat gericht is op het opstarten van een nieuwe PMFG, omvat de opleiding enerzijds momenten van directe participatie door de opleider in de nieuwe PMFG en het daaropvolgende *athenaeum*, en anderzijds momenten van 'externe supervisie' van het begeleidingswerk dat de student autonoom uitvoert in samenwerking met het begeleidingsteam.

De opleiding bestaat uit een theoretisch/methodologisch leren door middel van enerzijds maandelijkse seminaries volgens een interactieve/dialogische groepsmodus, en anderzijds ervaringsgerichte workshops door gelijktijdige deelname aan een PMFG geleid door ten minste één opleider en geïntegreerd in de opleiding als een moment van ‘leren door te doen’. Dit zijn twee met elkaar verbonden en onderling afhankelijke leermethoden, die beide essentieel zijn voor de geleidelijke verwerving van de juiste competentieniveaus volgens de patronen van 'weten', 'doen' en 'zijn' die geïdentificeerd zijn in de matrix van professionele competenties.

De jaarlijkse eindbeoordeling gebeurt op basis van een kritische bespreking van het eindwerk, de observaties van de mentor tijdens het opleidingsproces, en op de competenties die de student heeft laten zien tijdens zijn/haar deelname aan de PMFG. De beoordeling wordt uitgevoerd door een team van beoordelaars (ten minste drie, inclusief de mentor), elk met bewezen ervaring op het gebied van kliniek en opleiding.

3.3. Competenties van begeleider en facilitator

Door deel te nemen aan theoretische en praktische opleidingsactiviteiten, aangepast aan de doelstellingen van elk opleidingsjaar, zullen de deelnemers geleidelijk specifieke vaardigheden ontwikkelen om facilitators en/of begeleider te worden.

De 18 competenties maken deel uit van de professionele bagage van de facilitator en begeleider op verschillende niveaus van diepgang.

Bij het analyseren van deze twee profielen binnen de PMFG, is het belangrijk om te benadrukken dat bepaalde vaardigheden belangrijker zijn dan andere.

In het bijzonder is het essentieel dat beiden profielen bepaalde competenties delen uit het Strategische kennisdomein, in functie van het begrip van de gezinsdynamiek en de onderlinge relaties van gezinsleden binnen het systeem. Daarnaast delen ze ook competenties met betrekking tot Persoonlijke, ethische, culturele en sociale attitudes, die nauw verbonden zijn met de noodzaak om te leren hoe kennis over te dragen naar verschillende gezins- en/of therapeutische contexten. Deze competenties vormen de professionele technische basisachtergrond, zowel theoretisch als praktisch verworven, van de facilitator en de begeleider.

De vaardigheden in het domein Transversale, therapeutische competenties zijn fundamenteel voor het gepast en doeltreffend "leiden" van PMFG. De facilitator moet zich hier ook van bewust zijn, maar hoeft, net als bij sommige vaardigheden uit de andere twee domeinen, niet actief tussenbeide te komen of alle vaardigheden die deel uitmaken van dit domein toe te passen: tijdens het eerste jaar zal hij/zij in staat zijn om diepgaande kennis te ontwikkelen, het vermogen om uitstekende communicatievaardigheden te gebruiken, om flexibel en aanpasbaar te werken, in een collaboratief en faciliterend klimaat.

De activiteiten uit het tweede opleidingsjaar zijn gewijd aan het ontwikkelen van de negen andere competenties uit de "Competentiematrix", vaardigheden die een proactieve interventie van de begeleider vereisen, wanneer zich delicate situaties voordoen die vereisen dat er een bekwaamheid in het stellen van een diagnose aanwezig is, naast de vaardigheden gericht op het delen van emoties, conflicthantering, faciliteren vanuit een systemisch denken en het aanmoedigen van veerkracht. Deze vaardigheden moeten worden uitgeoefend in een klimaat van respect voor emoties, en openheid voor emotioneel leren.

Het derde opleidingsjaar is gewijd aan het versterken van de 18 competenties, door ze ook in praktijk te brengen in een creatieve en nieuwe context, zoals de oprichting van een nieuwe PMFG, waarvoor extra vaardigheden nodig zijn die beroep doen op creatie, planning, interactie met de publieke en/of particuliere instanties en verificatie van de verkregen resultaten.

COMPETENTIEFAMILIES EN KERNCOMPETENTIES PER OPLEIDINGSJAAR	1e jaar	2e jaar
STRATEGISCHE COMPETENTIES		
1. In staat zijn tot coherente, psychoanalytische reflectie		X
2. In staat zijn om systemisch denken te bevorderen		X
3. In staat zijn om een multigenerationele focus te nemen	X	
4. In staat zijn om te werken met benadering gericht op het delen van emoties		X
TRANSVERSALE, THERAPEUTISCHE COMPETENTIES		
5. In staat zijn om uitstekende communicatieve vaardigheden te gebruiken	X	
6. In staat zijn tot conflicthantering		X
7. In staat zijn tot niet-intrusief groepsleiderschap en het handhaven van een klimaat van steun en empathie	X	
8. In staat zijn om groepsdynamieken te begrijpen en aan te wenden, en bewustzijn van 'metaforische spiegeling', 'meervoudige overdracht', 'enactments'		X
9. In staat zijn tot flexibiliteit en aanpassingsvermogen	X	
10. In staat zijn tot faciliteren	X	
11. In staat zijn om veerkracht te bevorderen		X
12. In staat zijn om een open therapievorm te gebruiken		X
13. In staat zijn om gezamenlijke exploratie aan te moedigen	X	
14. In staat zijn om gedeeld leren te bevorderen	X	
PERSOONLIJKE, ETHISCHE, SOCIALE EN CULTURELE COMPETENTIES		
15. In staat zijn tot het uitvoeren van assessments en het stellen van diagnoses		X
16. In staat zijn om nieuwe culturele competenties te ontwikkelen	X	
17. In staat zijn om ethiek en grenzen te handhaven	X	
18. Openstaan voor affectief leren		X

3.4. Doelstellingen en organisatie van activiteiten

3.4.1. Eerste jaar

In het eerste jaar wordt prioriteit gegeven aan activiteiten en inhoud die gericht zijn op het ontwikkelen van de basisvaardigheden die zorgen voor een maximaal begrip tussen de facilitator en de begeleider in hun respectievelijke rollen binnen de groep. De opleidingsdoelen richten zich op het ontwikkelen van de negen Transversale vaardigheden die kenmerkend zijn voor het faciliterende werk dat nodig is voor het begeleiden en ontwikkelen van de PMFG, het eerste en tweede niveau van de *Articulaciones* (hoe en waar de PMFG aan werkt) en de belangrijkste concepten uit het *Vademecum*.

Elke student wordt begeleid door een mentor voor begeleiding en individuele ondersteuning bij de ontwikkeling van de opleidingservaring. De presentatie van een theoretisch werkstuk aan het einde van het jaar is verplicht.

Het afronden van het eerste opleidingsjaar stelt iemand in staat om bewust deel te nemen aan de transformatieve ervaring binnen in een PMFG, die gereproduceerd kan worden op persoonlijk, professioneel en institutioneel niveau.

Op het einde van het eerste opleidingsjaar behaalt men de kwalificatie 'facilitator'.

Het eerste opleidingsjaar bestaat uit tien maandelijke bijeenkomsten, met enerzijds theoretische seminars van telkens acht uur, georganiseerd in een interactieve/dialogische vorm, en anderzijds ervaringsgerichte workshops van telkens drie uur bestaande uit onder andere de deelname aan een PMFG, geleid door ten minste één opleider en geïntegreerd in het opleidingsprogramma.

De tien maandelijke bijeenkomsten, plus een dag voor de eindbeoordeling van het individuele opleidingsprogramma en bespreking van het theoretische/experimentele werk, zijn telkens gestructureerd in twee opeenvolgende opleidingsdagen van 14 uur, voor een totaal van 140 uur onderwijsactiviteit. De activiteiten in elke module zijn als volgt gestructureerd:

EERSTE JAAR - ALGEMEEN OVERZICHT			
Doelgroep: zorgverleners uit de geestelijke gezondheidszorg (verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, opvoeders, psychiatrische revalidatietechnici, psychologen, psychiaters, psychotherapeuten)			
10 modules van elk twee dagen	Inhoud van de 10 modules	UREN	DAGEN
	Presentatie/diepgaande analyse van nationale en internationale ervaringen met PMFG, presentatie van werken (artikelen, boeken, video's) met betrekking tot MFP	3	Eerste dag
	Deelname aan de PMFG met een didactische functie	3	
	Presentatie/diepgaande analyse van de "Kernconcepten" beschreven in het Vademecum, in relatie tot de reflecties op wat naar voren kwam tijdens deelname aan de PMFG	2	Tweede dag
	Presentatie/diepgaande analyse van het eerste en tweede niveau van de Articulations (hoe en waar de groep aan werkt)	2	
	Presentatie/diepgaande analyse/ oefening van de negen specifieke en gemeenschappelijke competenties van facilitator en begeleider	2	
	Afsluiting met het bekijken van videomateriaal, bibliografische informatie en praktische oefeningen die verband houden met de inhoud die tijdens de twee dagen is behandeld.	2	
	TOTAAL AANTAL UREN VOOR ELKE MODULE	14	

Het tweede en derde jaar zijn gewijd aan het ontwikkelen van de specifieke vaardigheden van de begeleider.

3.4.2. Tweede jaar

Naast de ontwikkeling van de negen competenties die in de bovenstaande tabel worden beschreven, zijn de opleidingsactiviteiten gewijd aan de thema's gerelateerd aan het tweede niveau van de *Articulaciones*, in het bijzonder met betrekking tot de verbanden tussen de psychoanalytische, systemische en groepspsychodynamische epistemologie. Tot slot is er een diepgaande analyse van de theoretische en methodologische elementen van het 'Vademecum'.

Net als in het eerste jaar zijn er tien maandelijkse bijeenkomsten, met enerzijds theoretische seminaries van telkens acht uur, georganiseerd in een interactieve/dialogische vorm, en anderzijds ervaringsgerichte workshops van telkens drie uur bestaande uit onder andere de tweewekelijkse deelname aan een PMFG, geleid door ten minste één opleider en geïntegreerd in het opleidingsprogramma, als een moment van ervaringsleren.

Elke student wordt begeleid door een mentor die tot taak heeft de methodologische en klinische aspecten te ontwikkelen. Studenten moeten een theoretisch/methodologisch proefschrift indienen.

De afsluiting van het tweede opleidingsjaar impliceert de bekwaamheid van de professional om in therapeutische zin te werken binnen de PMFG, en veronderstelt de introductie van multifamilie methodologie in zijn of haar klinische activiteit.

Hiermee kun je een certificaat van 'begeleider' behalen.

Het is op dezelfde manier gestructureerd als het eerste jaar, met 10 tweedaagse maandelijkse modules van 14 uur, met uitzondering van de presentatie van het werk met betrekking tot het PMFG-opstartproject, dat samengaat met een eindwerk.

TWEDE JAAR: ALGEMEEN OVERZICHT			
Doelgroep: Psychiaters, psychologen, psychotherapeuten			
	Inhoud van de 10 modules	Uren	Dagen
10 modules van elk twee dagen	Presentatie/diepgaande analyse van nationale en internationale ervaringen met PMFG, presentatie van werken (artikelen, boeken, video's) met betrekking tot MFP	3	Eerste dag
	Deelname aan de PMFG met een didactische functie	3	
	Presentatie/diepgaande analyse van "Therapeutische factoren" en "Praktische aanbevelingen" in het Vademecum	2	Tweede dag
	Presentatie/diepgaande analyse van het tweede niveau van "Articulaciones", met bijzondere aandacht voor de verbanden met de psychoanalytische, systemische en groepsanalytische epistemologie.	2	
	Presentatie/diepgaande analyse/oefeningen van de negen specifieke vaardigheden van de begeleider, opgenomen in de drie domeinen van de competentiematrix	2	
	De dag eindigt met twee uur die gewijd zijn aan het uitdiepen van de inhoud die tijdens de twee dagen door de studenten is voorgesteld door middel van videomateriaal, artistieke producties en journalistieke inhoud.	2	
	TOTAAL AANTAL UREN VOOR ELKE MODULE	14	

3.4.3. Derde jaar

In het derde opleidingsjaar is het niet alleen de bedoeling om de kennis en ervaring met betrekking tot deelname aan een PMFG te verdiepen, maar ook om deze om te zetten in de operationele praktijk door middel van het opzetten en beheren van een nieuwe PMFG.

Dit is een specifieke en bijzondere ervaring van 'opleiding op de werkplek'-ervaring, waarbij de student wordt ondersteund door een deskundige opleider die het proces volgt door middel van tweewekelijkse bijeenkomsten, waarin de verschillende aspecten van het ontwerp en de uitvoering van het project worden uitgewerkt, evenals het voorbereiden van de context waarin de PMFG zal opereren, het bijeenbrengen van een begeleiderteam en het lanceren van het creatieproces.

Tijdens deze bijeenkomsten worden de theoretische en methodologische aspecten met betrekking tot de 18 competenties van begeleider, en de implementatie van het derde niveau van *Articulaciones* (waar de groep naartoe werkt) diepgaand onderzocht.

Na de opstart van de nieuwe PMFG wordt het opleidingsproces voortgezet, waarbij momenten van directe deelname van de opleider aan de PMFG en de post-groep worden afgewisseld met momenten van "externe supervisie" op het begeleiderteam dat de student zelfstandig uitvoert in samenwerking met het begeleiderteam. Dit continue monitoringproces omvat specifieke evaluatie-/bijsturingmomenten gekoppeld aan de werking van de nieuwe PMFG.

Het doel is een progressieve verfijning van de (bege-)leidingsvaardigheden, startende bij het herkennen van kritieke situaties, vervolgens het vermogen om van fouten te leren, die gezien worden als een kans voor reflectie, en het vermogen te vergroten om je werk aan te passen op basis van ervaring.

Daarnaast worden er maandelijkse *peer-to-peer* bezoeken/interviews georganiseerd om directe discussie en uitwisseling van ervaringen aan te moedigen tussen alle studenten die betrokken zijn bij het opleidingsproces.

De voltooiing van het derde opleidingsjaar impliceert het vermogen om het bewustzijn van de multifamilie praktijk in een institutionele context te vergroten, een begeleiderteam samen te stellen, en kennis en competenties over te dragen aan de begeleiders/facilitators die deelnemen aan de PMFG. Dit impliceert een specifieke inzet voor de ontwikkeling en verspreiding van multifamilie denkwijzen en ervaringen.

Deelname aan het derde jaar leidt tot het certificaat van expert begeleider.

Het derde jaar omvat de voltooiing van 20 tweewekelijkse leermomenten van elk 3 uur (60 uur in totaal), waarbij elke student wordt begeleid door een opleider, en die verdeeld zijn in fasen met een progressieve modaliteit volgens de evolutie van het project.

De student moet aan het einde van het jaar een paper schrijven waarin hij of zij de uitvoering van het project en de behaalde resultaten beschrijft; hij/zij doet verslag van de zelfevaluatie van het opleidingstraject en de verworven vaardigheden, waarbij de sterke en zwakke punten worden benadrukt.

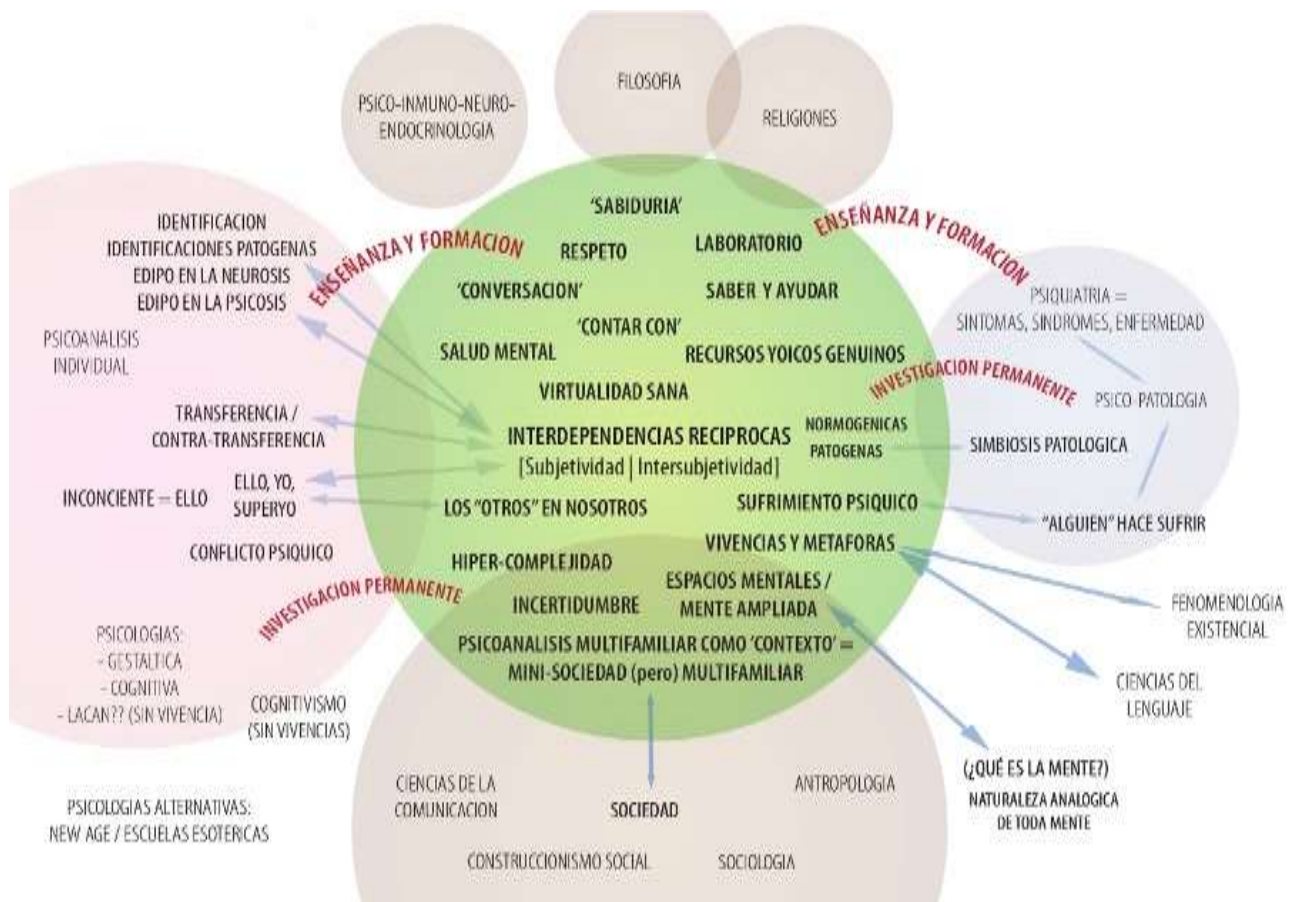
De evaluatie van het project omvat, naast de inhoud van de vorige twee jaar, de uitgevoerde activiteiten en eventuele aanpassingen, de evaluatie van de werking en de tevredenheid van de PMFG, en de evaluatie van de effecten van het project op de klinische context.

DERDE JAAR: ALGEMEEN OVERZICHT			
Fase	Sessie	Inhoud	Uren
Ontwerp	1	Definitie van de institutionele/operationele context	Vijftien uur in tweeënhalve maand
	2	Definitie van doelstellingen en doelgroep	
	3	Definitie van doelstellingen en doelgroep	
	4	Definitie van deadlines en implementatieprocedures	
	5	Ontwikkeling van het project en definitie van de monitoringmethode en -instrumenten	
Vorbereiding institutionele context	6	Bijeenkomsten met relevante partners en presentatie van het project	Vijftien uur in tweeënhalve maand
	7	Definitie van team, de rollen en vaardigheden	
	8	Definitie van de organisatie: locatie, frequentie, tijdschema	
	9	Overdracht van operationele en basisinformatie	
	10	Voortdurende controle	
Opstart van PMFG	11	Presentatie van het project aan de afdeling/instelling	Dertig uur in vijf maanden
	12	Contact opnemen met geïnteresseerde gezinnen	
	13	Opstarten van de PMFG	
	14	Begeleidersteam – Directe supervisie van de opleider aan de PMFG	
	15	Groepsbeheer – Externe supervisie, methodologische begeleiding, evaluatie van de PMFG en doorlopende monitoring	
	16	De groep leiden – Directe supervisie van de opleider aan de PMFG en verificatie van competenties	
	17	Begeleidersteam – Externe supervisie, methodologische inzichten in begeleiding, evaluatie van de PMFG	
	18	De groep leiden – Directe supervisie van de opleider aan de PMFG en verificatie van competenties	
	19	De groep leiden - Collegiaal bezoek/discussie	
	20	Bezoek/collega-uitwisseling en eindevaluatie	
Monitoring beoordeling	5	Definitie van de monitoringmethode en -instrumenten	
	10-15	Voortdurende monitoring van activiteiten en vaardigheden	
	20	Eindbeoordeling van het voltooide project	

STRUCTUUR VAN HET OPLEIDINGSPROGRAMMA

JAAR	Ontvangers	Theoretisch domein	Ervaringsdomein	Eindwerk	Certificaten
Eerste jaar	Medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg (verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, opvoeders, psychiatrische revalidatietechnici, psychologen, psychiaters, psychotherapeuten)	<ul style="list-style-type: none"> - Negen specifieke competenties - Eerste en tweede niveau van "Articulaciones" - Overzicht van de belangrijkste kernconcepten van het "Vademecum" 	Deelname aan een PMFG Begeleiding door een mentor met een begeleidende functie en individuele ondersteuning bij de ontwikkeling van de opleidingservaring	De presentatie van een theoretisch werkstuk is verplicht.	Facilitator
Tweede jaar	Psychiaters psychologen psychotherapeuten	<ul style="list-style-type: none"> - Negen specifieke competenties - Tweede niveau van 'Articulaciones', links met psychoanalytische en systemische epistemologie - Praktische aanbevelingen en therapeutische factoren van het Vademecum 	<ul style="list-style-type: none"> - Deelname aan een PMFG -Ondersteunen van een mentor met begeleiding en individuele ondersteuning bij het ontwikkelen van de opleidingservaring. 	-presentatie van theoretisch werk en formulering van een project voor de opstart van een PMFG zijn vereist	Begeleider
Derde jaar	Psychiaters psychologen psychotherapeuten	<p>Het is gestructureerd als een "on-the-job opleiding", een geïndividualiseerd proces verdeeld in 4 macro-activiteiten</p> <p>A Ontwerp-/planningsfase B- Definitie en voorbereiding van de operationele/institutionele context C - Oprichting en start van de PMFG D- Controle en verificatie</p>			Expert-begeleider

Bijlage 1 Overzicht van " *Articulaciones*" van Jorge García Badaracco



DEEL 4

PARTNERBIJDAGEN

Dit deel bevat de bijdragen die elke partner belangrijk vond om dit document te verrijken. De bijdragen betreffen de verspreiding van PMFG in hun land en een overzicht van bepaalde specifieke aspecten van multifamilie psychoanalyse.

I - Impact van de PMFG binnen het domein van de geestelijke gezondheidszorg

II - Artikel ter aanvulling van het Vademecum

A. SPANJE

A.1. Impact van psychoanalyse voor meerdere families in Spanje door Norberto Mascaró Masri

Aan het einde van de jaren 1950 begon Jorge García Badaracco met een reeks vernieuwende ervaringen in de behandeling van psychose op een afdeling van het José T. Borda psychiatrisch ziekenhuis in de stad Buenos Aires. Gebaseerd op de ideeën van Maxwell Jones over de Therapeutische Gemeenschap, introduceerde hij de psychoanalyse in de behandeling van ernstige psychische pathologie in deze brede sociale context, waar hij begon met het houden van multifamilie bijeenkomsten, waar hij een bijzondere dynamiek in deze groepen waarnam die hen onderscheidde van groeps- en gezinstherapie.

Uit deze ervaring ontstond een manier van denken en behandelen van de ziekte, die de gelijktijdige benadering van de individuele, familiale en sociale dimensie van de geest mogelijk maakte, en die een eigen, integrerend model vormde, dat hij Multifamilie Psychoanalyse noemde. Dit model werd gevoed door concepten van verschillende psychoanalytische scholen en andere stromingen van groeps- en gezinstherapieën, herdacht door de ervaring in multifamilie groepen, een proces dat hij "recontextualisering van de psychoanalyse" noemde.

Deze ideeën van García Badaracco over de behandeling van ernstige psychische pathologie, door middel van brede contexten zoals de Therapeutische Gemeenschap (*Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*, 1990) en de Multifamilie groep (*Psicoanálisis Multifamiliar*, 2000), werden in Spanje geïntroduceerd door middel van conferenties die hij vanaf 1998 in Madrid en Bilbao gaf, en die een bijzondere interesse wekten bij veel zorgverleners en bestuurders in de geestelijke gezondheidszorg.

Na enkele jaren zijn eigen ideeën te hebben verspreid door middel van periodieke bezoeken, kwam Norberto Mascaró, adjunct-directeur van de DITEM-kliniek die in Buenos Aires werd geleid door J. García Badaracco, begin 1984 aan in Guecho, Vizcaya, Spanje. Hij werd aangeworven als consultant voor een Experimenteel Centrum (*Consortio Uribe Costa de Salud Mental*) met de opdracht om een innovatieve psychiatrie te implementeren die de verschillende psychotherapeutische stromingen uit die tijd wou integreren.

Samen met José María Ayerra en José L. López Atienza brachten ze in dat jaar de ideeën van García Badaracco in de praktijk door het dagziekenhuis voor psychotische patiënten om te vormen

tot een Therapeutische Gemeenschap met een multifamilie structuur, en door aan het eind van dat jaar een Multifamilie Psychoanalyse Groep op te richten die vandaag de dag nog steeds bestaat. Deze ervaring gaf aanleiding tot het werk "De oprichting van een multifamilie groep in een openbare instelling" (N. Mascaró Masri, 2000).

Geleidelijk aan werd deze manier van werken verspreid via de jaarlijkse bijeenkomsten van dagziekenhuizen, nationale en internationale conferenties en congressen. Zo werd deze methodiek uitgebreid naar andere publieke en private therapeutische omgevingen, en ook naar de sociale sfeer (scholen, niet-psychiatrische ziekenhuizen, buurtverenigingen, enz.) Al deze ervaringen werden gedocumenteerd en gepresenteerd op verschillende congressen.

In 1979 werd de Baskische Stichting voor Geestelijk Gezondheidsonderzoek (OMIE) opgericht, die kennis bevordert op het gebied van geestelijke gezondheidszorg. In samenwerking met gezondheids- en onderwijsinstellingen biedt het cursussen aan op verschillende gebieden van psychiatrisch/psychologisch werk voor professionals in de gezondheidszorg. Deze instelling maakte het mogelijk om onderzoek te doen naar de familiale en sociale factoren die mentale ziektes beïnvloeden, en om opleidingen te organiseren over de techniek en theorie van multifamilie groepen, die we Multifamiliale Psychoanalyse noemen.

Vervolgens kregen we de steun van een privé-instelling in Bilbao (*Avances Médicos*) waar we aan het begin van het jaar 2000 García Badaracco's ideeën over de therapeutische gemeenschap van de multifamilie structuur in hun dagziekenhuis ontwikkelden en verschillende multifamilie groepen implementeerden. Daarnaast financierde dit bedrijf de realisatie van twee Europese dagen van multifamilie groepen (2009 en 2015).

In 2000 werd in Buenos Aires het *Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar* opgericht, dat zich bezighoudt met opleiding en verspreiding van deze discipline. Als gevolg van de uitbreiding van deze ideeën in Spanje, begonnen artsen, psychologen, psychiatrisch verpleegkundigen en maatschappelijk werkers uit verschillende provincies van Spanje naar Buenos Aires te reizen. In meer dan 20 jaar werden zo ongeveer 600 zorgverleners opgeleid, wat de oprichting van talrijke multifamilie groepen in Spanje mogelijk maakte. Momenteel zijn er meer dan 60 in het hele land, waarvan er 28 deelnamen aan het veldonderzoek.

Zoals we al aangaven in het eindverslag van dit veldonderzoek (van de 28 respondenten), zagen we een ongelijke geografische spreiding, met een concentratie in sommige provincies en een afwezigheid in de meeste. In Madrid zijn 9 PMFG actief (4 in de gemeenschap, en 5 in de stad Madrid), in Biskaje 9 PMFG (6 in Bilbao en 3 in Guecho), in Granada 2 PMFG (1 in de provincie en 1 in de hoofdstad), in Barcelona 2 PMFG in de stad, in Elche, 2 PMFG (één in de stad en één online voor de gemeenschap), en telkens 1 PMFG in Málaga (Marbella), Navarra (Pamplona), Alicante (stad).

Het is veelzeggend dat van de 50 provincies en 2 autonome steden in Spanje, er volgens het veldonderzoek in slechts 8 provincies multifamilie groepen worden georganiseerd, terwijl we denken dat er ook PMFG worden georganiseerd in enkele andere provincies.

In 2017 hebben we in Bilbao de Vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie van Koppel-, Gezins- en Multifamilie groepen (*Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja, Familia y Grupo Multifamiliar*) opgericht met als doel het promoten en verspreiden van Multifamilie Psychoanalyse door middel van opleiding, conferenties en congressen.

Het lijkt geen twijfel dat de impact van de Multifamilie Psychoanalyse in Spanje belangrijk was, maar er is nog veel te doen met betrekking tot de psychiatrische en psychologische zorg voor patiënten en hun families, zowel binnen publieke als privé instellingen. Dit perspectief "vermenselijkt" de psychiatrie en maakt het mogelijk om, door middel van bio-psycho-sociale behandeling en vooral met PMFG, voor een groter aantal mensen te zorgen, met meer economische menselijke en financiële middelen.

Tot slot is het de moeite waard om te vermelden dat de PMFG een "sociaal laboratorium" is dat onderzoek mogelijk maakt naar de complexiteit van psychische fenomenen en hun relatie met de omringende wereld, dat ervaringsleren voor zorgverleners mogelijk maakt, en bovenal de genezing van de deelnemers vergemakkelijkt.

Multifamilie Psychoanalyse biedt een zorgmodel voor de gemeenschap dat het mogelijk maakt om de verschillende dimensies van de psyché te benaderen in zijn individuele, familiale en sociale aspecten, evenals de familiale en sociale problemen waarin individuen ondergedompeld zijn. Zijn ontwikkelingspotentieel zorgt voor een veelbelovende toekomst.

A.II. Het opzetten van een multifamilie groep in een openbare instelling door Norberto Mascaró Masri

Allereerst wil ik de organisatoren van deze conferentie bedanken voor de gelegenheid om met u allen een reeks overdenkingen te delen over de psychoanalytische multifamilie groep (PMFG), en in het bijzonder om u te vertellen hoe we een dergelijke groep hebben opgericht in een openbare instelling. Deze opwindende, complexe en verrijkende ervaring, hoewel er weinig ruchtbaarheid aan wordt gegeven, opent nieuwe horizonten in de zoektocht naar een beter zorgantwoord op ernstige pathologieën.

Mijn persoonlijke ervaring op dit gebied begon in 1972 in het kader van een C.T.P. (Psychoanalytische Therapeutische Gemeenschap), die sinds 1968 in Buenos Aires was opgericht en geleid door professor García Badaracco, een pionier in dit werk.

Door de jaren heen bewees de PMFG een fundamentele hulp te zijn in het omgaan met ernstige psychische pathologie. Patiënten en hun families hebben een context nodig waarin ze hun persoonlijke moeilijkheden, dat wil zeggen hun "bijzondere gekte", kunnen uiten: deze context wordt mogelijk gemaakt door "anderen" die in staat zijn om de meest primitieve en gebrekkige aspecten van geestelijk lijden te bevatten, en hen in staat te stellen om het ondenkbare te denken en het onuitsprekelijke te voelen. De "particuliere" waanzin wordt de waanzin van "allen".

De uitdrukking van pathologische conflicten in de relationele dimensie worden begrepen vanuit de aanwezigheid van pathogene wederzijdse, onderlinge afhankelijkheidsrelaties met de ouderlijke zorgfiguren die een actuele invloed blijven uitoefenen op de interne wereld, van waaruit de neiging ontstaat om die pathologische wederzijdse afhankelijkheden te reproduceren in hun huidige relaties. Deze situaties kenmerken de zogenaamde psychotische overdracht. Patiënten lijken te worden bewoond door meerdere karakters, vaak onverenigbaar met elkaar, als gevolg van pathologische identificaties met ouders die de ontwikkeling van een Zelf hebben verhinderd. De ernstig geesteszieke patiënt moet dus gered worden uit de "waanzin" waarin hij is ondergedompeld, d.w.z. uit het web van pathogene wederzijdse, onderlinge afhankelijkheidsrelaties die hem gevangenhouden in de relatie met anderen en van de gekmakende objecten die zijn innerlijke wereld bevolken.

Ik zal nu een ervaring beschrijven in de opstart van een PMFG in 1985, in het dagziekenhuis van een publieke instelling gelegen in Guecho, Vizcaya. Dit dagziekenhuis, dat werkt volgens de principes van C.T.P., werd dagelijks bezocht door 16 patiënten tussen 9.30 en 13.30 uur, waar ze deelnamen aan een reeks groepsactiviteiten, aangevuld met individuele en familietherapieën. Vanuit de werking van het therapeutische team volgens de principes van CTP, zoals ontwikkeld door García Badaracco in Buenos Aires, werd de uitdaging aangegaan om een multifamilie groep op te starten.

Het therapeutische team bestond uit drie psychiaters, een psycholoog en een psychiatrisch verpleegkundige. We deelden allen de interesse in het verlichten van het mentale lijden van de patiënten en hun families, en de noodzaak om een ervaring op te doen die het bestaande pessimisme in de behandeling van de ernstig zieke patiënten zou omkeren. Opgemerkt moet worden dat de professionele ervaring van alle leden van het team niet vergelijkbaar was, maar dit was geen belemmering voor de taak, omdat co-therapie een prachtige manier was om te leren door middel van klinisch werk en voortdurende reflectie.

De noodzaak om dit hulpmiddel te ontwikkelen, vanwege het therapeutische potentieel, was bij sommige teamleden duidelijk en door anderen intuïtief aangevoeld. De opstart van deze nieuwe ervaring respecteerde het ontwikkelingstraject van het therapeutische team, dat pas aan de samenwerking begon, en hield rekening met zijn emotionele, psychologische en lerende capaciteit om tegelijkertijd om te gaan met de intense angsten die de verschillende regressieve momenten voortbrengen en de eigen angsten als gevolg van de nieuwe ervaringen.

Als beste startpunt namen we een groep gezinnen waaraan de aangewezen patiënten niet deelnamen. Immers, verschillende teamleden en families deelden de destructieve fantasieën die voortkwamen uit het samenbrengen van verschillende families met hun psychotische leden.

Bij de gesprekken met de families om hen toe te leiden naar de groep, werd gewezen op het belang om vergelijkbare moeilijkheden die ze ervoeren te kunnen delen met andere families. Bovendien werd hun de mogelijkheid geboden om te leren over de problemen waarmee ze in de intimiteit van het gezinsleven te maken hadden. Na meerdere ontmoetingen met elke familie, was het mogelijk om de weerstand te overwinnen om hun eigen moeilijkheden onder ogen te zien, vaak gemaskeerd door angsten en vooroordelen gerelateerd aan de breuk van hun eigen intimiteit.

Zo begonnen we de families één keer per maand te ontmoeten. Tijdens het eerste werkjaar draaide het discours rond de afwezigheid van de aangewezen patiënten.

In de eerste plaats waren de ouders geïnteresseerd in de aard van psychische aandoeningen en in de houding die ze moesten aannemen wanneer ze geconfronteerd werden met situaties die ze niet kenden. Een pedagogische houding van het team was op dit moment erg nuttig. Aan de andere kant begon er ook vijandigheid te ontstaan bij de afwezigheid, die de bewaarplaats waren van de meest destructieve en sadistische aspecten van de ouders.

In deze eerste momenten verloren we nooit uit het oog dat ons hoofddoel was: het mobiliseren van afweerstrategieën, het analyseren van relationele conflicten en voornamelijk het aanpakken van structurele tekortkomingen en diepe emotionele behoeften, die we zouden tegenkomen naarmate ons werk vorderde.

Desalniettemin was het begin gericht op het beheersen van angsten, het vermijden van conflicten en vooral het verlichten van het intense schuldgevoel dat het zieke familielid opwekte.

De eerste zorg was om een emotioneel klimaat van vertrouwen te creëren, waarin we niet werden ervaren als vervolgers, maar als mensen die bereid waren om hen te helpen. Een actieve therapeutische activiteit met een dialogische toon hielp om dit klimaat te creëren. We wisten dat therapeutische potentie niet vanzelf ontstaat, maar in onze ervaring afhangt van een bijzondere manier van handelen.

Na een jaar werken, toen de groep redelijk geconsolideerd was, vroegen de familieleden om de frequentie van de sessies te verhogen. Ze voerden aan dat het de enige ruimte was die ze hadden om over hun problemen te praten; en in vergelijking met hun kinderen, die een intensieve behandeling hadden (4 uur per dag, van maandag tot vrijdag), hadden zij slechts een maandelijks moment, wat voor hen onvoldoende was.

Het team oordeelde dat het verzoek belangrijk was voor het therapeutische proces en overwoog de frequentie te verhogen naar tweewekelijkse bijeenkomsten.

Tijdens de voortgang van de multifamilie groep evolueerde het discours van het centraal stellen van de patiënten naar het delen van pijnlijke situaties: diepe angst, intense schuldgevoelens, onzekerheden, frustraties en een intens pessimisme dat de belangrijkste barrière vormde voor het therapeutische proces van deze mensen. Zo ontstond er een therapeutische cultuur waarin wat zij deden niet erg verschilde van wat de aangewezen patiënten deden. Het betrekken van hun eigen familiegeschiedenis, in termen van hun afkomst, droeg ook bij aan het inzicht dat geestelijke ziekten een geschiedenis hebben, en dat we allemaal slachtoffer kunnen zijn van onvoorziene situaties die ons lot bepalen.

Geleidelijk groeide de hoop dat dingen konden veranderen en dat een meer bevredigend leven mogelijk was.

Deze groepsontwikkeling stelde de ouders in staat om hun eigen therapeutische proces te volgen; zo werden er verschillende ontwikkelingen bij hen waargenomen, wat betekende dat de ouders therapeutische functies op zich namen. Wat is er beter dan een moeder of vader die intens psychisch lijden heeft doorgemaakt om andere ouders in een crisismoment te begrijpen en hoop te geven?

Na ongeveer twee jaar werk, toen de groep eenmaal was geconsolideerd, begon het team de noodzaak in te zien om de kinderen er fysiek bij te betrekken als een manier om dieper op het probleem in te gaan. Deze vraag werd gedeeld met de familieleden, die in eerste instantie een duidelijke afwijzing uitten, gebaseerd op destructieve en catastrofale fantasieën; waarbij sommige teamleden zich identificeerden met deze ouderlijke weerstand, en zich eveneens verzetten tegen de opname onder het voorwendsel dat de ouders beroofd werden van de enige plek die ze als hun eigen plek hadden. Ze ervoeren de situatie onbewust alsof we een slagveld nabootsten waar de kinderen hun ouders zouden vernietigen. Andere teamleden stonden daarentegen open voor een complexere en moeilijker, maar tegelijkertijd meer lonende taak.

De inclusie van de patiënten gebeurde geleidelijk, men stelde vast dat de dialoog zich verdiepte. De aanvankelijke vrees van een dreigende catastrofe werd niet bewaarheid en de groep bestaat nu 15 jaar. De bijeenkomsten zijn wekelijks en er nemen ongeveer 30 mensen aan deel.

Wat het therapeutische werk betreft, willen we erop wijzen dat we werken vanuit een psychoanalytisch perspectief op interpersoonlijke relaties van narcistische aard, waarbij verbale en non-verbale communicatie ten dienste staat van de erkenning van de ander als zelfstandig wezen.

We kunnen zien hoe ouderlijke moeilijkheden, wat García Badaracco een gebrek aan Ik-sterkte noemt, worden gecompenseerd door massale projecties, waardoor relaties van pathologische complementariteit ontstaan.

Elke situatie die onderscheid of autonomie impliceert, in de zin van psychologische groei, wordt ervaren als een bedreiging van het gezinsevenwicht. Zo ontstaat een perverse homeostase. Dit emotionele klimaat bevordert na verloop van tijd het ontstaan van pathologische relationele banden die, herhaald in de interne wereld van elk gezinslid en die García Badaracco het gekmakende object noemt, als gedissocieerde elementen in de geest, bijdragen aan het creëren van een pathologische en pathogene situatie.

Het team zal, werkend in co-therapie, wijzen op de onbewuste fenomenen die een bijzondere dynamiek in de groep bepalen. Anderzijds gebeurt er een analyse van de persoonlijkheidskenmerken van de deelnemers, van het soort communicatie dat zich manifesteert, van het gevraagde leiderschap en de verdeling van de rollen.

De grotere emotionele en intellectuele belasting waaraan de groepstherapeut wordt blootgesteld, maakt deze gedeelde werkwijze tot een zeer effectief therapeutisch hulpmiddel voor het omgaan met complexe en moeilijke fenomenen.

Eerder verwees ik al naar het belang van deze werkwijze in de opleiding tot groeps- en gezinstherapeut.

Tot slot wil ik enkele aspecten van het klinisch werk benadrukken.

Ten eerste moet er een emotioneel klimaat worden gecreëerd dat communicatie en vertrouwen bevordert. Hiervoor is het belangrijk dat de teamleden de juiste spreekvorm vinden voor elke situatie. Soms vereist een bepaalde situatie een alliantie met symbiotische aspecten van de multifamilie groep. Deze pathologische modaliteiten zijn een vertaling van bestaande tekorten en verborgen, ongezond gedeelde emotionele behoeften, die de mogelijkheid van een open denken verhinderen. Vaak wordt een therapeut door intense overdrachten "ondergedompeld" in deze situaties, maar hij rekent steeds op de aanwezigheid van de anderen die fungeren als een bewaker van de ervaring, door tussen te komen op een ander interpretatief niveau van wat er gebeurt in de sessie. Op deze manier wordt de nodige voeding gegeven om de taak voort te zetten. Deze operationele complementariteit maakt het mogelijk om van rollen te wisselen en een dialectisch proces te vormen waarin de familie wordt opgenomen.

Deze manier van werken vereist van het team een vermogen tot zelfanalyse en reflectie om het hoofd te bieden aan de angsten die in de therapeutische taak naar voren komen, alsook aan de meningsverschillen, vaak gebaseerd op latente rivaliteiten, en die verschijnen parallel aan de intense overdrachten die de specifieke dynamiek binnen het team bepalen en die, indien ze niet worden opgepikt, weerstand zullen bieden in het werk met de multifamilie therapie. De analyse van deze zogenaamde tegenoverdracht in brede zin is een essentieel aspect van dit werk.

B. PORTUGAL

B.1. Geschiedenis van multifamilie groepen in Portugal door Paula Godinho

Multifamilie groepen (MFG), die ten minste twee generaties samenbrengen en waarbij patiënten betrokken zijn, werden voor het eerst opgezet in Portugal in 2001 in het *Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria*, tegenwoordig bekend als het *Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria /Departamento de Neurociências e Saúde Mental do Centro Hospitalar Universitário Lisboa -Norte* (CHULN).

Het dagziekenhuis was de baanbrekende opnameafdeling die in 1957 werd geopend op de psychiatrische dienst van het Santa Maria ziekenhuis, en was de eerste psychiatrische afdeling in Portugal geïntegreerd in een algemeen ziekenhuis. Het werd opgericht door de eerste directeur van de afdeling, professor Barahona Fernandes, die een institutionele cultuur van pluralistisch samenleven instelde.

Het huidige operationele model werd in 1977 opgezet door een groep psychiaters: João França de Sousa, César Vieira Dinis, Isaura Manso Neto en Sara Ferro. Zij ontwikkelden een voornamelijk psychoanalytisch en analytisch groepsmodel dat opereert in een groepscontext, waarin het therapeutische team altijd een cruciale rol heeft gespeeld. Dit model omvat therapeutische, opleidings- en onderzoeksdoelen.

Het dagziekenhuis van Santa Maria is ontwikkeld naar het model van João dos Santos (França de Sousa, 2013), een pionier van de moderne kinderpsychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Portugal en één van de oprichters van de Portugese Psychoanalytische Vereniging. Dr. João dos Santos studeerde en werkte in Frankrijk met Henri Wallon, G. Heuyer, J. Ajuriaguerra, H. Ey, A. Thomas, René Diatkine, Jacques Lacan, Sacha Nacht, Pierre Luquet en Serge Lebovici.

De impact van deze referentie-eenheid in Portugal, in de behandeling van als 'moeilijk' beschouwde patiënten en in de opleiding van bachelor- en masterstudenten, is voornamelijk gedocumenteerd in het boek *'Treating and Training - A 30 Years Experience of a Team with a Group-Analytic Framework'*. Hij ontving de *Jane Abercrombie Prize* van de *Group Analytic Society* (Londen) in 2008 (Neto, Fialho, Godinho en Centeno, 2010).

Gedurende zijn hele bestaan is het dagziekenhuis zich bewust van het belang van familierelaties, zowel in het ontstaan van pathologieën als in de therapeutische vooruitgang van zijn patiënten. In de beginjaren werden families uitgenodigd om deel te nemen aan het therapeutische proces, waarbij interviews werden afgenomen voor diagnostische en therapeutische doeleinden. Gedurende vele jaren organiseerde Isaura Neto oudergroepen zonder de aanwezigheid van patiënten. Deze oudergroepen maakten het mogelijk om klinisch relevante gegevens te verzamelen die om redenen van vertrouwelijkheid niet direct gebruikt konden worden bij de behandeling van patiënten.

In 2001, op het Derde Europese Congres van de *European Association of Child and Adolescent Psychopathology* met als thema *'Psychopathology and Parenting'*, gehouden in Lissabon, bladerden Isaura en ik, zoals gewoonlijk, door de boeken die net waren aangekomen van de andere kant van de Atlantische Oceaan. We vonden het onlangs verschenen *Multifamily Psychoanalysis* van Jorge García Badaracco, dat we besloten te kopen. Isaura Neto organiseerde onmiddellijk een lezing ervan met Maria João Centeno, Teresa Fialho, verpleegster Pilar Marques

en de rest van het team van het dagziekenhuis. Na het lezen van het boek ontstond meteen de eerste multifamilie groep (MFG) in Portugal, die tot op de dag van vandaag ononderbroken doorgaat.

De multifamilie groep van het dagziekenhuis is een semi-open, langzaam open groep (zonder begin- of einddatum; nieuwe leden vervangen degenen die vertrekken), heterogeen qua diagnose, met een tweewekelijkse samenkomst gedurende 2 uur, en geleid door een multidisciplinair team. In de afgelopen 22 jaar heeft de groep een aantal veranderingen ondergaan. In de beginjaren werden alleen patiënten opgenomen die financieel afhankelijk waren van hun ouders, met uitsluiting van patiënten die al zelfstandig woonden. Later werden alle patiënten uit het dagziekenhuis, en ook andere familieleden en belangrijke anderen toegelaten. Ouders, echtgenoten, ooms, neven, nichten, broers en zussen, grootouders, enz. begonnen deel te nemen, en brachten drie generaties en meer dan 50 mensen tegelijk samen. Tijdens de Covid-19 pandemie werkten de groepen ongeveer twee jaar online, voordat ze terugkeerden naar het huidige *face-to-face* formaat.

Vanaf het begin waren er externe observatoren aanwezig bij deze MFG in Lissabon, wat heeft geleid tot de verspreiding ervan in andere instellingen in ons land: in *Hospital de Dia do Hospital Fernando da Fonseca* (Godinho, P; Dias, M.J; Matos, M; 2004) en, in 2006, in het *Centro de Dia do Instituto de Tratamento de Adições* (IDT), vervolgens in het *Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do Hospital Egas Moniz / Centro Hospitalar Lisboa Ocidental*, en in therapeutische gemeenschappen: in *Fundação Romão de Sousa* (Estremoz), *Comunidade Vida e Paz* (Fátima), enzovoort.

De gezondheidszorg in Portugal bevindt zich in een fase van herstructurering en reorganisatie. Het potentieel van MFG strekt zich uit van geestelijke of lichamelijke ziekte tot gezondheid, van ziekenhuizen tot de gemeenschap. Recente Portugese wetgeving benadrukt het belang van de integratie van ziekenhuis- en gemeenschapszorg, vooral op het gebied van geestelijke gezondheid. We staan voor de uitdaging en de vele mogelijkheden om dit krachtige hulpmiddel voor transformatie, een generator van dialoog en een leerschool voor menselijkheid, breder beschikbaar te maken.

B.II 'Open-deur-syndroom': een diagnose op basis van een multifamilie groep door Maria João Centeno; Paula Godinho; Teresa Fialho; Ana Luísa Teixeira; Isaura Manso Neto

Samenvatting

De auteurs zetten een multifamilie groep (MFG) op in een psychiatrisch dagziekenhuis in een groot universitair ziekenhuis in Lissabon, dat acute en ernstige patiënten opvangt. Dit dagziekenhuis, dat sinds 1997 operationeel is, hanteert een voornamelijk psychoanalytisch en groep georiënteerd kader.

De MFG is een innovatief psychotherapeutisch hulpmiddel gebaseerd op de Multifamilie Psychoanalyse van Jorge Garcia Badaracco, dat sinds april 2001 is geïntegreerd in het psychotherapeutische programma van het dagziekenhuis. De MFG omvat patiënten, hun familie en het klinische team, en beslaat ten minste twee generaties.

Naast de therapeutische doelstellingen vervult het MFG educatieve en opleidingsfuncties voor verschillende zorgverleners, namelijk psychiaters, psychologen en verpleegkundigen, die stagelopen in het dagziekenhuis.

De auteurs geven een kort overzicht van de kenmerken van de MFG en plaatsen het in de context van het dagziekenhuis. Ze vestigen de aandacht op een reeks tekenen en symptomen geassocieerd met een pathologische symbiose en gebrek aan grenzen binnen bepaalde families. Deze manifesteren zich in intrafamiliale interacties die worden gereproduceerd in de MFG. De auteurs hebben de term 'open-deur-syndroom' bedacht om deze reeks tekenen en symptomen samen te vatten.

Trefwoorden: Familie, Dagziekenhuis, Multifamilie, Psychiatrie, Syndroom.

"Als er een deur dichtgaat, gaat er een raam open". (Populair gezegde)

Inleiding

Dagziekenhuis

Het dagziekenhuis is een psychiatrische afdeling binnen een groot universitair ziekenhuis in Lissabon, gewijd aan de behandeling van ernstige psychische aandoeningen. Dit dagziekenhuis (Dz) werd opgericht in 1977 en opereert voornamelijk binnen een psychoanalytisch en analytisch groeps kader. Het behandelt patiënten, voornamelijk jongvolwassenen, met angst- en stemmingsstoornissen, evenals psychotische decompensaties die vaak gekoppeld zijn aan persoonlijkheidsstoornissen.

In het Dz bestaat het therapeutische programma uit individuele en groepsactiviteiten, waaronder een analytische psychotherapeutische groep en, sinds 2001, een multifamilie groep (MFG) gebaseerd op de Multifamilie Psychoanalyse van Jorge Garcia Badaracco. De MFG bestaat uit patiënten, hun familie en het klinische team, en omvat ten minste twee generaties.

Wat deze groep onderscheidt van andere therapeutische settings is de unieke mogelijkheid om gedrags- en relationele patronen binnen het gezin, die spontaan ontstaan in deze setting, direct te observeren.

Gedurende zijn hele bestaan is het Dz-team zich bewust geweest van het belang van familierelaties, zowel in het ontstaan van pathologieën als in de therapeutische vooruitgang van zijn patiënten. Ongeacht de nosologische diagnose vertonen veel patiënten pathologische onderlinge afhankelijkheden zoals pathologische symbiose. Binnen deze families onderhouden bepaalde leden relaties van pathologische onderlinge afhankelijkheid, waarbij ze verschillen niet erkennen, controle uitoefenen en opdringerig zijn. Met andere woorden, ze negeren of verwerpen het bestaan van psychologische grenzen. Het is interessant om op te merken dat we in deze families een correlatie zagen tussen de afwezigheid van psychologische grenzen en de afwezigheid van fysieke grenzen in hun leefomgeving.

Het team en de patiënten

Mensen die behandeld worden in het dagziekenhuis hebben vaak enkele van de volgende kenmerken:

1. Voorgeschiedenis van eerdere behandelingen in andere contexten en met verschillende benaderingen, met weinig of geen succes.
2. Ernstige symptomen van depressie en angst.
3. Suïcidale gedachten en suïcidaal en zelfdestructief gedrag.
4. Drugsmisbruik, betrokkenheid bij risicogedrag en sociale aanpassingsproblemen.
5. Beperkte autonomie.

In een psychodynamische analyse vertonen deze patiënten een psychologisch functioneren dat wordt gekenmerkt door:

1. Vroege verstoring van objectrelaties.
2. Overheersing van scheidingsangst.
3. Een inconsistent en narcistisch gebrekkig Zelf.
4. Breekbaar Zelf en slecht georganiseerde Boven-Ik.
5. Uitgesproken emotionele instabiliteit, als gevolg van voortdurende herhaling van het idealiserings-/desidealiseringsproces.
6. Zwakke of ontoereikende verdedigingsmechanismen, met toevlucht tot primitieve verdedigingsmechanismen zoals *splitting*, projectieve identificatie, idealisering en ontkenning.
7. Tekortkomingen in de mentalisatie van het psychische leven.

Multifamiliegroep en gezinnen

De multifamilie groep van het dagziekenhuis is een therapeutisch initiatief gebaseerd op klinisch werk met patiënten en hun families, dat elke twee weken 120 minuten duurt.

Naarmate de betrokkenheid van de gezinnen bij de groep toeneemt en hun vertrouwen in de begeleiders groeit, wordt de gedeelde verkenning van psychische inhoud duidelijker door de interacties in de groep. Deze interacties laten zien hoe bijvoorbeeld de onenigheid van kinderen met hun ouders, die vaak een weerspiegeling is van een poging om zichzelf te onderscheiden van hun ouders, dient als de onderliggende oorzaak van familieconflicten en spanningen. Deze conflicten bestendigen pathologische en ziekmakende banden en verhinderen de ontwikkeling van autonomie.

In deze gezinnen is de uitdaging om bij elkaar te blijven en de onmogelijkheid om uit elkaar te gaan voelbaar. De afwezigheid van individuatie maakt het gezin tot de projectie van een ongedifferentieerd collectief lichaam, waar het andere niet wordt erkend. Het 'onuitgesproken' overheerst in deze gezinnen, waarvan de banden gericht zijn op het in stand houden van de ontkenning en/of afwijzing van psychologisch lijden dat niet kan worden voorzien.

De voor de hand liggende problemen met mentalisatie leiden tot een voorkeur voor actie boven denken en symbolisatie, waardoor de mogelijkheid om zichzelf als afzonderlijke individuen te organiseren geleidelijk verdwijnt. In plaats daarvan zitten individuen gevangen in zich herhalende cycli zonder duidelijke uitweg. Afwijkend opvoedingsgedrag, zoals incest of incestueus gedrag, komt vaak voor, waarbij rollen en posities binnen het gezin door elkaar heen veranderen. Dit benadrukt de afwezigheid van grenzen voor het Zelf. In een dergelijke context worden autoriteit en anders-zijn niet erkend.

Kinderen nemen vaak de rol van verzorger voor hun ouders op zich en worden vaak gedwongen om te bemiddelen bij echtelijke ruzies of zelfs tussenbeide te komen om fysieke agressie tussen hun ouders te voorkomen. Bovendien kunnen kinderen de intieme seksuele onthullingen van hun ouders toevertrouwd krijgen, wat aanvankelijk een vleend gebaar lijkt, maar uiteindelijk een schadelijk geschenk blijkt te zijn, omdat het kan bijdragen aan de ontwrichting en desorganisatie van hun persoonlijkheid en seksualiteit.

In deze context heeft Racamier (2010) een pathologie geïntroduceerd op het gebied van narcistische verleiding, die hij omschrijft als 'incestueus'. Dit verwijst naar een vorm van organisatie van de familiegroep die afwijkt van de oedipale structuur, typisch gelinkt aan

triangulatie en het verbod op incest. Met andere woorden, het is een sfeer van individueel en collectief leven die gekenmerkt wordt door incest, zonder dat er noodzakelijkerwijs sprake is van aspecten die direct verband houden met genitale aangelegenheden. Het resultaat is een vervaging van de grenzen tussen publieke en private ruimte. Alle grenzen zijn slecht gedefinieerd, de enige duidelijke grens is die van de buitenwereld, die als gevaarlijk en bedreigend wordt afgeschilderd. Er is geen duidelijke afbakening tussen het privéleven van het gezin en de kinderen, een situatie die zich vaak manifesteert in het gebruik van de fysieke ruimte in huis.

Het huis, als fysieke ruimte, dient als een paradigma voor het al dan niet instellen van grenzen. Het kan een plek zijn die open of gesloten is voor observatie van buitenaf, met of zonder interne barrières. Deze ruimte kan ofwel gereguleerd zijn door regels of beperkingen, ofwel een transparante ruimte zonder grenzen, waar elke plek van iedereen is en van niemand. De binnenruimte van het huis omvat muren en deuren, die fungeren als afscheiding en markering van de ruimte van de ander of het gebrek daaraan. In hun transparantie of ondoorzichtigheid spelen ze een soort 'spel van verbergen en zwijgen, of van onthullen, zien en luisteren'. Het huis kan het toneel zijn van veroveringen en compromissen, van orde of chaos, een oase van veiligheid of juist een plek die de integriteit en individualiteit bedreigt.

In veel gezinnen is alles transparant en open: de deur naar de slaapkamer van de ouders staat open. Kinderen mogen ook de deur van hun slaapkamer of zelfs de badkamer niet sluiten en hun recht op privacy wordt niet erkend of gerespecteerd. Kinderen, tieners of volwassenen, hebben vaak geen eigen kamer of bed. Sommigen delen hun kamer met hun ouders, grootouders of andere familieleden, een praktijk die kritiekloos wordt geaccepteerd. In veel huizen hebben de deuren geen sleutels of zijn de sloten opzettelijk beschadigd, waardoor ze niet veilig zijn.

Meerdere gezinsleden gebruiken tegelijkertijd het toilet zonder enig gevoel van privacy of discretie, en houden elkaar overdreven dicht op de huid, soms onder het mom van het bewaken en handhaven van hygiëne of gezondheid. Het bagatelliseren van deze aspecten blijkt een belangrijk obstakel te zijn bij het identificeren van de incestueuze dynamiek in de klinische context. Ouders zien alles wat niet openlijk gedeeld wordt door hun kinderen als intrinsiek verwerpelijk en ongepast en rebelleren tegen het gebrek aan transparantie. Kinderen, onder strikte controle, worden vaak ontmoedigd om contact te leggen buiten het gezin, zogenaamd voor hun eigen bescherming.

Tijdens een groepssessie met meerdere gezinnen legde de moeder van een patiënt uit dat ze altijd naast haar dochter zat als die de computer gebruikte om met haar vrienden te chatten. Ze zei verward te zijn over de bezwaren van haar dochter, omdat ze vond dat als ze beweerde niet betrokken te zijn bij ongepaste activiteiten, het geen probleem zou moeten zijn om te observeren met wie ze praatte en wat voor gesprekken ze voerde met haar vrienden.

Een andere moeder was verbaasd over de behoefte van haar dochter om vrienden te bellen en tijd met hen door te brengen, terwijl volgens haar de ouders meer hulp konden bieden dan wie dan ook. Ze keurde de voorkeur van haar dochter voor gesprekken met vrienden boven familie expliciet af en zei dat het vertrouwen uitsluitend in de familie moet liggen. Dezelfde moeder keurde het af dat haar dochter zich afzonderde in haar kamer. In reactie hierop legde de dochter uit dat ze gewoon haar eigen ruimte nodig had en dat ze mensen verwelkomde die op de deur klopten om te laten weten dat ze kwamen. De moeder bekritiseerde deze houding als onredelijk en onnodig en interpreteerde het als een teken dat haar dochter waarschijnlijk iets te verbergen had.

De ouders van een andere patiënt legden uit dat geen van de deuren in hun huis op slot zaten. Ze hadden een paar jaar geleden alle sloten verwijderd om te voorkomen dat hun zoon zich zou afzonderen, waarbij ze verklaarden dat het niet nodig was om de deuren op slot te doen, omdat er volgens hen niets te verbergen was. Een van de therapeuten vroeg hen wat ze dachten dat er met hun zoon zou gebeuren. De moeder antwoordde, haar onzekerheid uitend, dat "hij zich misschien slecht zou voelen of in een situatie terecht zou kunnen komen waarin hij alleen zou kunnen sterven, zonder dat iemand hem zou kunnen helpen".

De vader van een andere patiënt vertelde dat hij, toen zijn zoon nog een kind was, alle sleutels van de deuren had verwijderd uit angst dat hem iets zou overkomen. Zelfs nadat de sleutels waren vervangen, bleven de deuren ontgrendeld.

Een andere patiënt klaagde dat ze haar slaapkamerdeur niet op slot kon doen omdat haar moeder de sleutel in het slot had gedraaid, waardoor de grendel aan de buitenkant zat en de sleutel verdween.

Deze uittreksels uit de MFG benadrukken het voortdurende toezicht op de kinderen en de beperking van hun privacy, wat wijst op het onvermogen van de ouders om hun behoefte aan differentiatie te herkennen en te begrijpen. We verwijzen naar deze reeks klinische elementen als het 'open-deur-syndroom', dat een paradigma vertegenwoordigt van intrafamiliale uitdagingen in het bereiken van autonomie.

Conclusie

Wij stellen dat we als klinici steeds meer aandacht moeten besteden aan relationele en gedragspatronen binnen de familie-eenheid, waarbij we erkennen dat zelfs ogenschijnlijk normaal gedrag een significante psychische stoornis kan verbergen. In de context van een onvermogen om symbiotische banden te verbreken, kunnen incestueuze neigingen het enige verdedigingsmechanisme lijken tegen de gevreesde scheiding.

Het lijkt belangrijk om te informeren naar de hygiënische gewoonten van het gezin en om de fysieke ruimte te beschrijven door te onderzoeken hoe die gebruikt en gedeeld wordt door de verschillende leden van het huishouden. Dit onderzoek kan verborgen dimensies van individueel en familiaal disfunctioneren onthullen. Het is ook raadzaam om vragen te stellen, omdat mensen hun zorgen misschien niet vrijwillig bekendmaken of uiten. Vaak beschouwen ze bepaalde gedragingen en gewoonten als natuurlijk en banaal die bij nader inzien zeer pathologisch en pathogeen blijken te zijn. Deze benadering kan dienen als een manier om verborgen geheimen en niet erkende waarheden onder de oppervlakte van het veronderstelde familie-evenwicht bloot te leggen.

Deze disfunctie kan vaak alleen gediagnosticeerd worden door de meest basale voorwaarden van privacy binnen het gezin in vraag te stellen. Vragen over individuele slaapkamers, slaapafspraken, de gewoonte om slaapkamer- en badkamerdeuren op slot te doen, eenzaam gebruik van de badkamer en de beleefdheid om te kloppen voordat je binnenkomt, zijn cruciaal.

Het bevragen van deze aspecten bij volwassenen blijft een gebied waar zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg onvoldoende aandacht aan lijken te besteden. We benadrukken dat het belangrijk is om meer te investeren in bewustwording, opleiding en voorbereiding voor zorgverleners in de gezondheidszorg, evenals de noodzaak om programma's op te zetten die gericht zijn op het vroegtijdig opsporen van disfunctioneren in het gezin, dat vaak vermomd is als normaliteit.

In huis is het nodig om de deuren te sluiten om de ramen naar de wereld te openen.

C. BELGIË

C.I. Multifamilie psychoanalyse in België door Martine Lambrechts

Multifamilie psychoanalyse kwam in 2015 naar België. Op het ISPS-congres in New York (2015) toonden Dr. Andrea Naracci en Catherina Tabasso een video van hun multifamilie werk in Rome. Diep ontroerd waren we onmiddellijk overtuigd van het krachtige potentieel van de familiebijeenkomst in het genezen en begrijpen van een psychotische crisis.

Martine Lambrechts (psychologe/psychoanalytisch psychotherapeute) bracht deze ervaring mee naar haar werkplek, het zorgprogramma psychose van het Universitair Psychiatrisch Centrum Z.Org KULeuven (Kortenberg). Samen met Jef Lisaerde (psycholoog/systeempsychotherapeut) startten ze een multifamilie groep (MFG) gericht op jongvolwassenen met een psychotische kwetsbaarheid, die op twee verschillende locaties verzorgd worden:

- De behandelingsafdeling Joris, die een gestructureerde, therapeutische omgeving biedt, combineert de principes van een therapeutische gemeenschap (Ciompi) met de ideeën van institutionele psychotherapie (Oury). De dienst heeft een lange traditie in het werken met gezinnen, geïnspireerd door de traditie van het open dialoogmodel en verrijkt met de interpersoonlijke psychoanalytische ideeën van onder andere Bion en Winnicott.
- Binnen een ambulante dienst voor vroege detectie van psychose, Vrint, gelegen in het hart van de stad Leuven (op 10 km van het ziekenhuis). De dienst wil laagdrempelige, behoeftegerichte zorg bieden aan jongeren met vroege tekenen van psychose en hun families. In lijn met het dimensionele en diagnostische model van Van Os en Kapur, wordt de pessimistische kijk op psychose en schizofrenie vermeden en wordt geprobeerd hoop te vestigen in het werken met de psychotische patiënt.

Er is een nauwe samenwerking tussen deze residentiële en ambulante afdeling, omdat beide vaak werken met dezelfde patiënten in verschillende stadia van hun ziekte. Daarom was het heel natuurlijk om een FMG te organiseren die zich richt op patiënten en hun families binnen deze 2 diensten. De eerste bijeenkomst vond plaats in januari 2016. Martine Lambrechts en Jef Lisaerde deden er verslag van op het ISPS-congres 2017 in een lezing getiteld: 'Het opstarten van een multifamilie groep voor jonge psychotische patiënten en hun families binnen een systemisch en psychodynamisch kader'.

MFG krijgt gaandeweg meer draagvlak binnen de teams van beide afdelingen. Om hen ook meer te laten leren over de werking en theorie van de MFG binnen García Badaracco, volgt in 2018 een werkbezoek aan Rome met een delegatie van Vrint en Joris (Sophie Guiot (psychiater/dienstbegeleider/psychoanalytisch therapeut), Niel Van Cleyenbreughel (psycholoog/psychoanalytisch therapeut), Saskia Verbesselt (verpleegkundige), Leen Lambrechts (verpleegkundige), Jef Lisaerde en Martine Lambrechts. Ze nemen deel aan een aantal MFG in Rome, begeleid door Andrea Naracci, Catherina Tabasso en hun team. Er zijn ook theoretische sessies over de principes van het werk van García Badaracco.

In 2019 hebben Vrint en Joris om praktische redenen besloten om de gezamenlijke groep te splitsen. Het resultaat zijn twee multifamilie groepen op basis van het model van García Badaracco, één bij Vrint en één bij Joris. Over de doorstart van de groep op de residentiële

afdeling wordt verslag gedaan op het ISPS-congres in Rotterdam (2019), onder de titel "De zwangerschap van de MFG-baby - MFG-ouders worden".

De twee MFG-groepen vorderen nu met verschillende snelheden, versterkt door de komst van de pandemie. Vrint koos ervoor om een digitale groep te creëren, terwijl Joris ervoor koos om de groep te onderbreken en in 2021 weer op te pakken. Ondertussen hebben de twee groepen hun eigen identiteit. Hun integratie in het therapeutische kader van elke werking roept ook nieuwe vragen op over de techniek. Daarvan getuigt de lezing op het ISPS-congres in Perugia in 2022 - "Wanneer het lichaam wordt uitgenodigd om te spreken: het opsteken van de hand als techniek in MFG."

Dankzij Mariska Christiaenen (systemisch en psychoanalytisch psychologe/ psychotherapeute), werkzaam in de MFG van Vrint en docente aan de postdoctorale opleiding psychoanalytische psychotherapie aan de Katholieke Universiteit Leuven, maakt Multifamilie Psychoanalyse deel uit van het curriculum van het postgraduaat van psychoanalytische psychotherapie.

Veldonderzoek in kader van het Erasmus+ project vertelt ons twee belangrijke dingen over Multifamilie Psychoanalyse:

- Bestaande MFG in België volgen twee trends: een meer gedragsgerichte MFG, waarin gewerkt wordt met gesloten, protocollaire groepen; en een meer systemisch georiënteerde MFG, waarin gewerkt wordt met open, continue groepen. De psychoanalytische MFG, tot nu toe onbekend in België, lijkt dichter bij deze tweede traditie te staan.
- In de focusgroepen werd duidelijk dat MFG-therapeuten grote behoefte hebben aan opleiding en intervisie.

Het Erasmus+ project is geslaagd in de bekendmaking van de Multifamilie Psychoanalyse, en een leidende rol te spelen in de ontwikkeling van de opleiding. Dankzij het project is het duidelijk dat de impact van Multifamilie Psychoanalyse twee manieren moet worden ontwikkeld:

- Bottom-up - vanuit de klinische praktijk:
 - In het kader van de follow-up van het Erasmus+ project wordt een subsidieaanvraag ingediend ter ondersteuning van het opstarten van een nieuwe multifamilie groep voor jongeren van 15-25 jaar (overgangleeftijd) met psychische problemen, die op de wachtlijst staan voor opname op een afdeling van het Kortenberg Universitair Psychiatrisch Ziekenhuis. Dit project omvat ook opleiding voor nieuwe collega's die aan deze groep zullen deelnemen.
 - Het netwerk van MFG-therapeuten blijven ontwikkelen, daarom organiseren we een bijeenkomst met alle geïnteresseerde MFG-therapeuten tijdens onze studiedag in januari 2024.
- Top-down - door initiatieven op organisatieniveau:
 - In het psychiatrisch centrum, met de mogelijkheid om de MFG zowel klinisch als qua opleidingsorganisatie verder te ontwikkelen.
 - Aan de universiteit, waar de plaats van MFG verder ontwikkeld kan worden in de postdoctorale opleiding van therapeuten en als doctoraal project binnen de klinische afdeling.

C.II. Het opzetten van een multifamilie groep (MFG) voor jonge psychotische patiënten en hun families binnen een systemisch en psychodynamisch kader
door Martine Lambrechts en Jef Lisaerde

Inleiding

We willen een idee geven van het proces van het opstarten van een multifamilie groep (MFG). Eerst willen we wat dieper ingaan op het begrijpen van een psychotische crisis in een gezinscontext. Vervolgens presenteren we de auteurs die ons inspireren om een multifamilie groep te organiseren en formuleren we de therapeutische doelstellingen en kenmerken van onze MFG. Onderweg wijzen we op de obstakels, vragen en twijfels die we zijn tegengekomen en belichten we de aspecten die lijken te werken.

Een psychotische crisis begrijpen

García Badaracco (2003) spreekt over psychose in termen van 'pathologische onderlinge afhankelijkheid'. Hoewel we dit concept theoretisch kunnen begrijpen, wordt het steeds moeilijker om op deze manier te denken wanneer we voor ouders zitten. Laten we een kleine omleiding nemen om dit concept beter te begrijpen.

Door de relatie als focus van zorg te nemen, is het belangrijk op te merken dat een concrete, externe interpersoonlijke relatie (bijv. moeder-kind) niet gelijk is aan de interne representaties van die relatie in iemands psyché, namelijk objectrelaties. Zonder een volledige theoretische uiteenzetting te geven van de objectrelatietraditie van Klein, Bion en Winnicot, zullen we slechts enkele van onze klinische intuïties uiteenzetten.

Wij zien ons werkveld als de ruimte die zich ontvouwt tussen het kind en zijn of haar ouders op het intra-psychische niveau van elk van hen. We spreken van de intra-psychische verbinding, waarbij we de nadruk leggen op de verwevenheid van affecten, gevoelens en gedachten. Dit relationele, onbewuste en uitwisselbare veld is zeer complex. De basismechanismen die werkzaam zijn in deze wisselwerking tussen de interne en externe werkelijkheid zijn projectie, projectieve identificatie en introjectie.

Focussen op de relatie heeft belangrijke implicaties voor het begrijpen van de etiologie, aard en behandeling van psychose.

We zien hoe externe relaties onder grote druk komen te staan door het uitbreken van een psychose. De psychotische toestand genereert veel angst en onbegrip in de directe omgeving. Dit is hoe het mechanisme van psychose werkt: het creëert een kloof tussen de 'zieke' jongvolwassene (gek, onbegrijpelijk) en de 'gezonde' omgeving (rationeel, goed geïnformeerd).

We zouden deze breuk kunnen opvatten als de projectie van een dubbele interne toestand. Volgens Bion kunnen we in ieder van ons een psychotisch en een niet-psychotisch deel onderscheiden. Richard Lucas legt de ideeën van Bion heel duidelijk uit in zijn boek *'The psychotic wavelength'* (2009):

"Bion suggereert dat, vanaf het begin van het leven, een duidelijk psychotisch deel al die aspecten van de geest aanvalt die te maken hebben met de registratie van het bewustzijn van de interne en externe werkelijkheid. Het contact met de werkelijkheid gaat echter nooit helemaal verloren, dankzij het bestaan van een niet-psychotisch deel van de persoonlijkheid

dat parallel functioneert aan het psychotische deel, hoewel het vaak gemaskeerd wordt door het laatste”.

Op deze manier begrijpen we de kwetsbaarheid van het psychologisch evenwicht van ieder van ons en de kwetsbaarheid van ons allemaal voor een psychotische manier van functioneren.

Welke mechanismen kunnen een rol spelen bij het uitlokken van een psychose?

- *Aan de kant van de ouders*

Searles wijst erop dat ouders - om hun eigen psychotische manier van functioneren te verdedigen - hun psychotische rol in de relatie met hun kind kunnen verplaatsen/projecteren. In dezelfde geest poneert Narracci (2008) de hypothese dat "kinderen tijdens hun ontwikkeling het object zijn geweest van massale projectieve identificaties van de kant van hun ouders, waardoor de ouders een reeks affectieve fluctuaties die ze niet in zichzelf hebben kunnen houden, naar de kinderen hebben verplaatst".

In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, brengen we deze projectie niet noodzakelijk in verband met ernstige psychologische problemen bij de ouders. Wij geloven dat dit onbewuste mechanisme dient om het vermogen van de ouders om voor hun afhankelijke en kwetsbare kind te zorgen te beschermen tegen aanvallen van hun eigen psychotische kant.

- *Aan de kant van het kind*

Narracci zegt verder dat kinderen door de onvolwassenheid van hun psychische apparaat ('Ik') niet in staat zijn om te filteren, te discrimineren en onderscheid te maken tussen wat van hen is en wat niet van hen komt, totdat dit lijden explodeert en leidt tot depersonalisatie (Bion, 1970).

Massieve, emotionele projecties kunnen een narcistische val voor het kind creëren: het kind vult een vitale positie in de geest van de ouder, waardoor hij of zij *vanbinnen* sterk is, maar *buiten de* relatie met de ouder zwak.

Het resultaat is kwetsbaarheid, door Narracci (2008) beschreven als de progressieve verslechtering van de structuren die affectieve en cognitieve functies integreren en beheren. Na verloop van tijd worden affectieve functies vervangen door een systeem van pathologische en pathogene identificaties waarbij ook ouders en kinderen betrokken zijn.

- *Wederzijdse afhankelijkheid*

García Badaracco beschrijft deze onderlinge afhankelijkheid waarin zowel ouder als kind betrokken zijn, co-auteurs van een pathologische situatie. Het gedrag van de ouders houdt de symptomatologie van hun kind in stand en het kind dwingt zijn ouders in een al even onmogelijke positie, die van het zich niet kunnen bevrijden van de taak om te zorgen voor iemand die niet geholpen wil worden.

Hij ziet de onderlinge afhankelijkheidsrelatie als een continuüm, met aan de ene kant gezonde, wederzijdse afhankelijkheid die Ik-sterkte en een coherente identiteit genereert, en aan de andere kant pathogene onderlinge afhankelijkheid die verwarring, hallucinaties en wanen genereert.

Pathologie kan dus worden geformuleerd en begrepen als de verschillende modaliteiten van de aanwezigheid van de familie in het individuele onbewuste, of als de verschillende vormen van de aanwezigheid van anderen in ons.

Als zodanig brengt een psychotische crisis het hele gezin in een crisis: het natuurlijke evenwicht is verstoord. Daarom nodigen we de hele familie uit om betrokken te raken bij het genezen van de psychose. De focus ligt dus niet uitsluitend op de psychotische persoon, maar op het psychologisch welzijn van alle gezinsleden en de relaties die ze met elkaar hebben.

Door een omgevingsaspect in de etiologie op te nemen, zouden we kunnen denken dat dit neerkomt op het beschuldigen van de ouders. Daarom is een belangrijk punt over 'schuld' nuttig. In plaats van 'schuld' te geven, nodigen we familieleden uit om na te denken over hun eigen mentale lijden en de pijn die ze mogelijk op hun kind hebben geprojecteerd. Dit is een kwetsbare en delicate manier van denken. Zoals Narracci (2008) opmerkt, is het vaak niet moeilijk om aan patiënten uit te leggen hoe hun gedrag de levenskwaliteit van hun ouders beïnvloedt. Maar het is veel minder gemakkelijk om een therapeutische situatie te creëren waarin een ouder kan overwegen dat zijn of haar eigen moeilijkheden invloed hebben gehad op de manier waarop de pathologie van het kind zich heeft ontwikkeld.

In deze context rijst vaak de schuldvraag. Dit kan door ouders als zeer beangstigend en bedreigend voor hun eigen geestelijke gezondheid worden ervaren.

Martindale (2008) onderscheidt drie verschillende vormen van schuld:

- Geprojecteerd schuldgevoel: schuldgevoelens worden massaal geëvacueerd. De andere persoon wordt verantwoordelijk gehouden, bekritiseerd en aangevallen.
- Bestraffend, obsessief schuldgevoel: de persoon straft zichzelf of verwacht straf voor alles wat hij denkt verkeerd te doen.
- Herstellende schuld: bezorgdheid om de andere persoon die gewond is geraakt. Het herstellen van de schade is het primaire doel. Liefde en dankbaarheid kenmerken dit type relatie.

Van Bouwel (2009) vult deze vormen aan met:

- Schuldgevoel als almachtig mechanisme om met trauma om te gaan: het schuldgevoel zet ons in een actieve positie en maakt van ons mensen die veel sterker zijn dan we in werkelijkheid zijn.

In plaats van schuldgevoelens te vermijden, te minimaliseren of juist te accentueren, proberen we ze te begrijpen in de context van de interpersoonlijke relatie en 'aan het schuldgevoel te werken' (Van Bouwel). Door ouders te helpen hun pijnlijke gevoelens te verkennen en te verwerken, kunnen herstelmechanismen en preoccupaties op een constructieve manier worden gemobiliseerd. Ze kunnen van een almachtige, schuldige band naar een 'goed genoeg' band gaan. Tijdens dit proces kan de ouderlijke functie van ondersteuning van het Ik van het kind, zoals geformuleerd door Winnicott, worden hersteld.

Geschiedenis van multifamilie therapie

Vanuit dit relationele perspectief van psychose geloven wij dat MFG een unieke en waardevolle techniek is. Bij het doornemen van de literatuur over MFG werd het ons duidelijk dat er de laatste twee decennia een groeiende belangstelling voor is.

Wat volgt is niet bedoeld als een uitgebreide samenvatting van alle soorten MFG, maar alleen om een aantal initiatieven en ideeën te belichten die we nuttig hebben gevonden bij het ontwikkelen van onze multifamilie groep.

Peter Laqueur wordt algemeen beschouwd als de grondlegger van de multifamilie therapie. Sinds 1951 behandelde hij patiënten met schizofrenie in het *Creedmoor State Psychiatric Hospital* in New York. Dr. Laqueur merkte dat de families van de patiënten zich na de bezoeken buiten de deuren van het ziekenhuis verzamelden en hij realiseerde zich dat ze behoefte hadden aan interactie en het bespreken van de moeilijkheden waarmee ze te maken hadden. Het idee ontstond om deze contacten te formaliseren en de eerste multifamilie groep was geboren. Geïnspireerd door vroege systemische gezinstheorieën zoals de *double bind theory*, evolueerde het tot een 'workshop voor beschermde gezinscommunicatie'. Laqueur (1964) ging uit van het idee dat, en ik citeer: "de familierelaties waarin de ziekte is ontstaan, kunnen en moeten worden gewijzigd om het herstel te bespoedigen". Volgens hem bestaat het belangrijkste probleem van de patiënt uit een conflict tussen de strijd om zichzelf te onderscheiden als individu enerzijds en de behoefte aan een symbiotische gehechtheid aan primaire familieobjecten anderzijds. Laqueur had het idee dat de MFG het ideale kader is om dit conflict aan te pakken. Laqueur citeert Boszormeny-Nagy als hij zegt dat "de gelijktijdige aanwezigheid van oorspronkelijke en overdrachtelijke familiefiguren een kader voor groei biedt dat bevorderlijk is voor de diversificatie van betekenisvolle relationele mogelijkheden" (1962).

Laqueur koos een homogene, gesloten groep van vijf families en liet de keuze van het onderwerp over aan de deelnemers. Hij observeerde dat de leden indirect van elkaar leerden door analogie, indirecte interpretatie, nabootsing en identificatie. Laqueur beschrijft voor het eerst hoe therapeuten tijdens dit indirecte leerproces minder weerstand ondervinden dan wanneer ze de directe confrontatie aangaan.

Laqueur was een inspiratiebron voor William Mc Farlane, die waarschijnlijk de bekendste auteur is op het gebied van multifamilie therapie. Hij organiseerde multifamilie groepen voor patiënten die leden aan ernstige psychotische stoornissen. Mc Farlane legt de nadruk op de biologische component van psychotische stoornissen en de groep is gebaseerd op de therapeutische principes van de theorieën over *expressed emotion*. Vanuit dit standpunt, en in tegenstelling tot Peter Laqueur, benadrukt Mc Farlane dat elk gezin een gezond gezin is, totdat het tegendeel bewezen is.

De doelstellingen van Mc Farlane waren het sociale netwerk van gezinnen die te maken hebben met psychose te verbreden, de stigmatisering van deze ziekte tegen te gaan en, door de familie voor te lichten over de symptomen van psychose, zorgverleners toleranter te maken tegenover patiënten, wat een positief effect heeft op het emotionele klimaat in het gezin.

Hij organiseerde eerst drie sessies met de enkelvoudige families, gevolgd door een educatieve workshop van een dag tijdens een weekend. Een deel van de workshop bestond uit een MFG. De groep bestond uit 5 tot 8 families, inclusief de indexpatiënt. Ze kwamen het eerste jaar eenmaal per twee weken bij elkaar en het tweede jaar eenmaal per maand. Ze gingen dus een engagement

van twee jaar aan. Groepsleden brachten hun eigen problemen mee naar de groep. Elke sessie had dezelfde structuur en was gericht op het oplossen van problemen.

In tegenstelling tot Laqueur stelde Mc Farlane dus een degelijk protocol voor therapie op en verlegde hij de nadruk naar educatieve sessies. Het werk van Mc Farlane heeft vele anderen geïnspireerd die zijn idee hebben aangepast aan verschillende populaties en contexten.

Een ander initiatief dat we willen noemen is het *Marlborough Family Centre* in Londen. Dr. Eia Asen heeft het werk dat in dit centrum wordt gedaan met zogenaamde multiprobleemgezinnen uitgebreid gedocumenteerd. Geïnspireerd door de structurele gezinstherapie van Minuchin en therapeuten uit de Milanese school, zoals Boscolo en Cechin, hebben ze meer concepten uit de systeemtherapie geïntegreerd in hun MFG. Ze lieten de positie van de expert los, ontwikkelden het idee van decentralisatie van de therapeut en probeerden gezinnen therapeutisch voor elkaar te maken. Ze introduceerden nieuwe technieken en interventies, zoals circulaire vraagstelling, reflectieteams en vissenkom-methode.

De techniek en het gebruik van een MFG zijn voornamelijk ontwikkeld en gedocumenteerd binnen de systemische traditie. Tegelijkertijd heeft Jorge García Badaracco, een Argentijnse psychiater en psychoanalyticus, het concept van een therapeutische gemeenschap gebaseerd op een multifamilie structuur ontwikkeld in de loop van zijn 40 jaar ervaring met ernstig psychotische patiënten. Hij ziet de psychotische persoon als een gevangene van pathologische onderlinge afhankelijkheid. García Badaracco gelooft daarom dat de MFG de beste voorwaarden biedt voor het oplossen van deze relationele val, die de psychologische groei en onafhankelijkheid van alle betrokkenen verhindert.

Multifamiliegroep - Therapeutische doelstellingen

In het kort beschrijven we het doel van MFG, namelijk het ondersteunen en uitbreiden van het vermogen van jongvolwassenen en ouders om hun Ik te onderhouden en te ontwikkelen. In wat volgt, zullen we deze 5 hoofddoelstellingen meer in detail analyseren. Hiervoor kunnen we putten uit vier bronnen: de lezing van García Badaracco (2000), die een psychoanalytisch perspectief vertegenwoordigt; de lezing van Asen en Scholz (2010), die een systemisch perspectief vertegenwoordigt; drie interviews met deelnemende ouders, uitgevoerd door een onafhankelijke onderzoeker; en onze eigen ervaring als therapeuten.

- Een ontmoetingsplaats bieden aan **mensen die aan dezelfde ziekte lijden**.

García Badaracco zegt dat de belangrijkste functie van de groep een ontmoetingsplaats is. Er is een grote behoefte om andere ouders te ontmoeten die zich in dezelfde situatie bevinden. Mensen met ernstige psychische problemen kunnen geïsoleerd raken door het idee dat zij of hun dierbaren anders of abnormaal zijn. Het delen van verhalen over deze fenomenen kan hen helpen om zich weer verbonden en menselijk te voelen.

Asen en Scholz benadrukken ook het belang van het creëren van solidariteit ("*We zitten hier allemaal samen in*") en het overwinnen van stigma's en sociaal isolement ("*We zijn niet de enigen met deze problemen*").

De geïnterviewde ouders benadrukken deze doelstelling door in de MFG een plek te vinden waar ze vrijuit kunnen praten over hun ervaringen en gevoelens. Vaak is het een van de weinige

plaatsen waar ze over de psychose van hun kind kunnen praten en enige sociale steun kunnen vinden, omdat ze erg gestigmatiseerd worden door hun vrienden, familie of zelfs partner. Toch zijn ze erg gevoelig voor de impact van deze verhalen. Aan de ene kant de betekenis van hun eigen verhaal voor anderen ("*Is mijn situatie niet te echt en confronterend voor andere ouders?*", "*Maakt mijn situatie anderen niet bang?*"), en aan de andere kant de impact van andermans verhalen op henzelf ("*Kan dit ons ook overkomen?*"). Deze gevoeligheid geeft het belang aan van de homogeniteit of heterogeniteit van de groep, waarop we later dieper zullen ingaan. Een moeder zegt bijvoorbeeld: "Mijn dochter was gedwongen geïnterneerd, wat erg traumatisch was voor ons allemaal, en ik praat er veel over in de groep. Maar misschien schrikt dat mensen af die deze gedwongen ervaring niet hebben gehad. Aan de andere kant voegt ze eraan toe: "Toen we erover spraken, vertelde een andere moeder hoe haar huisarts een centrale rol had gespeeld bij het doorverwijzen van haar kind naar de zorg, wat een openbaring voor me was".

Voor ons, therapeuten, was het een fundamenteel doel om andere mensen te ontmoeten die aan dezelfde ziekte leden. Tijdens individuele gezinssessies horen we vaak over de eenzaamheid en schaamte van de familie. Dit kan zo sterk zijn dat zelfs het bijwonen van de MFG uitgesloten is. Dit laat zien hoe belangrijk het is om goed ontvangen te worden en een veilige plek te creëren.

- Een **veilige plek** bieden om **emoties te uiten**.

García Badaracco wijst erop dat ondanks het grote lijden en de roep om hulp, veel factoren in de weg kunnen staan. Negatieve gevoelens en krachten kunnen een remmend effect hebben, zoals schaamte, schuld, jaloezie, haat en agressie. Daarom is de eerste taak van de therapeut het creëren van een positief klimaat dat wederzijds luisteren en solidariteit stimuleert.

Asen en Scholz formuleren deze behoefte als het bevorderen van openheid en meer zelfvertrouwen door openbare uitwisseling en interactie ("*Niemand zit achter ons aan, we kunnen ons openstellen*") en de nadruk op hoop ("*het licht aan het einde van de tunnel - zelfs voor ons*").

García Badaracco suggereert dat dit kan worden bereikt door een sfeer te creëren die bevorderlijk is voor de vrijheid van meningsuiting, gericht op het begrijpen van wat er gebeurt. Hij suggereert het creëren van een klimaat waarin emotionele expressie positief wordt ontvangen en een positieve overdracht naar de therapeuten wordt behouden. Deze therapeutische alliantie kan veralgemeend worden onder de deelnemers en creëert de mogelijkheid om te verbreederen rond een gemeenschappelijke taak. Het maakt een positief gebruik van groepsdruk mogelijk ("*We kunnen er niet onderuit*").

Hij begrijpt de moeilijkheid van de therapeutische alliantie in relatie tot het probleem van Ik-sterkte. Het tekort aan Ik-sterkte maakt het moeilijk om de toename van betekenisvolle emoties te verdragen. De therapeut moet specifieke hulp bieden aan het Ik van elke deelnemer, die zich bewust moet worden van de inhoud waarover moeilijk kan worden nagedacht. Deze hulp bestaat uit het begrijpen en uitleggen van de positieve functies van wat er op het spel staat in de relatie. De nadruk leggen op het positieve is geen daad van vriendelijkheid, maar een noodzakelijke hulp voor de Ik-sterkte van elke deelnemer.

Een positieve overdracht en een therapeutische alliantie zijn dus essentieel voor het creëren van het juiste emotionele klimaat, waardoor nieuwe emotionele ervaringen in de groep kunnen worden opgenomen en gecreëerd. En het is door deze emotionele ervaring op het moment zelf

dat denken mogelijk wordt, zoals Asen en Scholz zeggen: "*Het is als in een broeikas, hier gebeuren dingen*".

Ouders geven aan dat ze zich erg open voelen om vrijuit te praten, maar dat de gemeenschappelijke taak van de groep niet altijd erg duidelijk is. Ten eerste omdat de deelnemers met heel verschillende verwachtingen komen. Ten tweede formuleren de therapeuten geen duidelijk doel voor de sessies. Ten derde verandert de samenstelling van de groep elke keer door het open karakter van de groep, wat betekent dat elke sessie begint met de introductie van nieuwe deelnemers. Dit wordt als nuttig ervaren, maar het vertraagt de mogelijkheid om diepgaand op bepaalde thema's in te gaan.

Als therapeuten zijn we het eens met deze opmerkingen. We begrijpen onze voorzichtigheid bij het formuleren van een duidelijke gemeenschappelijke taak vanuit een open, op onderzoek gebaseerd perspectief op de inhoud en methoden die we wilden behouden. Maar we voelen ook de noodzaak om meer grenzen te stellen aan de therapeutische taak van de groep, wat zich vertaalt in nieuwe ideeën over hoe de groep te leiden, zoals we hieronder zullen presenteren.

- Een veilige plek om de onderling afhankelijke relatie tussen kind en ouder **te ontwikkelen**

Ons kerngezin is de sociale context waarin we geboren worden en psychologisch opgroeien, en bestaat uit de wederzijdse, onderlinge afhankelijkheidsrelaties waarin we ons hele leven lang worden vastgehouden. Deze onderlinge afhankelijkheidsrelaties blijven vaak latent, maar in de MFG laten de dingen zich zien zoals ze zijn, ter plekke, direct, in vivo.

De onderliggende conflicten, onderlinge afhankelijkheden en destructieve fantasmen worden herhaald in het hier-en-nu en in aanwezigheid van een veelvoudig en divers publiek van andere deelnemers. Zodra een familie haar specifieke problemen durft te tonen, met geweld dat vaak lange tijd verdrongen en verborgen is geweest, is dat een emotionele ervaring die alle deelnemers doormaken door identificatie.

García Badaracco beschrijft hoe deze ervaring vaak erg pijnlijk is en dat de angst voor instorting leidt tot het star vasthouden aan bekende verdedigingsmechanismen. Maar als de MFG een voldoende veilige plek is, met duidelijke en solide grenzen, dan heeft ze de capaciteit om het geweld in te dammen dat zo ingewikkeld en moeilijk toegankelijk is. Deze ervaring 'opent' de ziekmakende onderlinge afhankelijkheidsrelaties die een vals gevoel van veiligheid gaven. Het proces van disidentificatie, ervaren als een diepgaande depersonalisatie, is dan niet destructief, maar kan integendeel nieuwe authentieke Ik-bronnen versterken, de ervaring van een waar Zelf, dat zich kan ontwikkelen tot emotionele intelligentie.

In de MFG zijn veel therapeutische middelen beschikbaar dankzij de multipale identificaties. Door te werken aan de onvolwassen aspecten van de onderlinge afhankelijkheidsrelatie tussen een patiënt en zijn of haar gezinsleden, profiteren de andere deelnemers indirect. Door getuige te zijn van een andere familie en deze te observeren, kun je je eigen situatie anders begrijpen en deze zien als omkeerbaar en open. De deelnemers zullen niet alleen de Ik-bronnen van de therapeut constructief gebruiken, maar ook die van alle andere leden.

Asen en Scholz maken onderscheid tussen de volgende factoren:

- Delen, wederzijdse steun en feedback van andere deelnemers ("*Het is geweldig wat jullie doen! En wat vind je van wat wij doen?*").
- Nieuwe perspectieven stimuleren. ("*Ik zie duidelijk die dingen in hen waarvoor ik, als het om ons gaat, blind ben*").
- Leer van elkaar ("*Ik vind het leuk hoe andere mensen dit aanpakken*").
- Onszelf weerspiegelen in anderen ("*Wij doen het zoals jullie*").
- Ervaring met gezinnen uitwisselen. ("*We kunnen voor andere kinderen zorgen en ik vind het leuk hoe andere ouders voor mijn kind zorgen*").

De geïnterviewde ouders hebben geen ervaring met de deelname van hun eigen zoon of dochter aan de groep. Ze denken allemaal dat als hun kind meedoet, dit zal leiden tot moeilijke sessies, spanningen en zelfs openhartige discussies. Daarom hebben ze liever een oudergroep dan een gezinsgroep. Aan de andere kant vonden ze het allemaal erg verrijkend als andere jongvolwassenen aanwezig zijn, om te horen over hun ervaringen en hoe zij met psychose omgaan. Dit wijst op een duidelijke behoefte van het gezin aan informatie over psychose, in plaats van de groep te zien als een plek om te werken aan relationele problemen.

Als therapeuten was een van onze belangrijkste doelstellingen bij het opzetten van de MFG het creëren van een familiegroep waar ouders en jongvolwassenen met elkaar in contact konden komen. Een kort klinisch vignet: Een meisje sprak over het schuldgevoel dat ze had na haar terugval. Ze nam het zichzelf kwalijk dat ze niet voor zichzelf had gezorgd voor de tweede episode. Een vader, die niet de hare was, reageerde erg emotioneel op deze getuigenis. Volgens hem was het ongepast om over schuld te praten in de context van een psychose. De vader benadrukte de biologische aspecten van psychose, de kwetsbaarheid voor psychose die bij elk individu anders is. Dit wekte een sterke reactie op van de dochter, die zei dat als ze geen schuldgevoelens had, dat betekende dat ze geen invloed had op haar situatie. Het meisje probeerde uit deze positie van machteloosheid te komen en weer enige invloed op haar situatie te krijgen. Dit type discussie was alleen mogelijk als er twee generaties bij betrokken waren. We zullen later kijken naar de moeilijkheden die hiermee gepaard gaan.

- Het potentieel voor **creativiteit en verandering** activeren in wederzijdse afhankelijkheidsrelaties.

García Badaracco streeft ernaar de voorwaarden en het klimaat te scheppen die nodig zijn om elke deelnemer in staat te stellen te denken wat hij zelf niet kan denken. Als container biedt de MFG een context die het mogelijk maakt om een psychologische sfeer te creëren die het denkvermogen, het oplossen van conflicten en het leren van elkaar vergemakkelijkt.

Zoals Asen en Scholz uitleggen, biedt MFG een therapeutische bron voor het oefenen van nieuw gedrag in een veilige context ("*We kunnen hier experimenteren, zelfs als het af en toe misgaat*") en voor het ontdekken en verwerven van vaardigheden ("*Ik kan meer dan ik dacht. Ik ben niet helemaal machteloos*"). Dit stimuleert psycho-emotionele ontwikkeling en groei.

De geïnterviewde ouders zeiden dat de MFG hun relatie met hun kind had veranderd. Niet vanwege de ervaringen die ze in de groep zelf hadden opgedaan, in vivo, omdat, zoals hierboven vermeld, hun kind nooit had deelgenomen. Maar thuis begrepen en luisterden ze anders naar het gedrag van hun kind. Bijvoorbeeld: Eén moeder zegt dat ze de psychotische episode begreep als

een tweede kans in de relatie met haar zoon. Dit was een echte openbaring voor veel andere ouders, die - vaak uit schuldgevoel en angst - dachten dat ze iets verkeerd hadden gedaan en dat ze niet in staat waren om hun kind te helpen. In de volgende sessie vertelt een moeder hoe ze rustiger en begripvoller reageerde op een moeilijke opmerking van haar zoon.

Als therapeuten blijven we nogal onzeker over de vraag of dit doel kan worden bereikt. Beginnend met het idee om te werken aan relaties in vivo, waren we nogal kritisch over de mogelijke effecten van een oudergroep. Maar inmiddels hebben we begrepen dat het *'containing'* effect van de groep ouders kan helpen om hun perspectieven op wat er aan de hand is te verbreden en voldoende Ik-sterkte te ervaren om anders te denken en te reageren in hun relaties met hun kind.

- Om **anti-therapeutische reacties** tegen te gaan.

García Badaracco wijst erop dat het potentieel van de groep afhangt van de manier waarop de leden functioneren en hun creativiteit. Sommige mensen stimuleren de creativiteit van anderen, terwijl anderen openheid onderdrukken door dwangmatig hun manier van denken op te leggen. Hun houding kan andere gedachten devalueren en een onbewuste invloed uitoefenen die het gezonde potentieel ondermijnt.

De onderliggende reden is dat patiënten en hun naasten specialisten zijn in niet-veranderen. Pijnlijke thema's blijven vaak gesplit, verborgen of onbewust gemaskeerd door de krachtige afweermechanismen die door het valse zelf in stand worden gehouden.

Wij geloven in de noodzaak om deze weerstanden te respecteren, zonder ermee samen te vallen. Beetje bij beetje voelen we de noodzaak om voorzichtig open te zijn en de mogelijkheid om meer te reflecteren op persoonlijk niveau met ouders. Bijvoorbeeld een moeder die zich afvraagt of ze niet te streng heeft opgevoed. Aan de andere kant worden we getroffen door een vader die bij elke sessie zeer kritisch is: hij bekritiseert de ontvangen zorg, hij houdt vast aan een zeer strikt biologisch kader, hij devalueert onze pogingen om een denkruimte te creëren - dit is dezelfde vader die eerder tegen de dochter zei dat ze zich niet schuldig moest voelen. Toch komt hij naar bijna elke sessie. We hebben ons vaak afgevraagd waarom hij nog steeds komt als we ons zo onbelangrijk voor hem voelen. In het interview zegt hij dat elke sessie erg stressvol voor hem is, dat de angst voor een terugval erg aanwezig is en dat informatie en kennis belangrijk zijn om met deze onzekerheden om te gaan.

Wij geloven dat het belangrijk is om geduldig af te wachten en aandacht te hebben voor het moment waarop een interventie kan worden gedaan. De ervaring van García Badaracco, die de vaak lange weg beschrijft om de ware aard van pathogene onderlinge afhankelijkheden te onthullen en te ontdekken, steunt ons in dit idee. De MFG creëert een context waarin andere deelnemers gedurende een lange periode een aantal emotioneel corrigerende micro-ervaringen kunnen bieden.

Kenmerken van onze MFG

In dit laatste deel presenteren we de kenmerken van onze multifamilie groep, ons beslissingsproces en de rechtvaardiging voor de gemaakte keuzes.

- *Formele aspecten*

Wat de formele aspecten van onze groep betreft: de groep vindt om de drie weken plaats, met een pauze tijdens de zomervakantie. De groep vindt plaats in het ambulanc centrum in het stadscentrum. Als de deelnemers arriveren, worden ze verwelkomd met koffie en thee en nemen we de tijd om in een klassieke opstelling te gaan zitten: allemaal in een kring waar de therapeuten zich tussen de deelnemers bevinden. De groep wordt geleid door twee therapeuten. Andere leden van het team zijn uitgenodigd en welkom, maar ze nemen onregelmatig deel. We openen de sessie door nieuwe deelnemers uit te nodigen zichzelf voor te stellen. Dit leidt vaak tot het vertellen van het verhaal van de psychose en het verwoorden van de onzekerheden en twijfels waarmee de ouders worden geconfronteerd, waardoor soortgelijke gevoelens, ervaringen en twijfels met de andere deelnemers kunnen worden gedeeld.

- *Familie of groep ouders*

Ons doel is om een familiegroep te creëren waarin ten minste twee generaties aanwezig zijn. Dit komt voort uit de hoofddoelstelling om een veilige plek te creëren om aan de ouder-kind relatie in vivo te werken. Maar we merken dat deze doelstelling niet zo vanzelfsprekend is, omdat enerzijds ouders een grote behoefte hebben om vrijuit over psychose te praten zonder dat hun kind daarbij aanwezig is, en anderzijds jongvolwassenen geen behoefte hebben om naar de familiegroep te komen. Hoewel we de uitnodiging om hun eigen kinderen mee te nemen vernieuwen, vinden de meeste bijeenkomsten plaats tussen ouders. Het resultaat is een verandering in ons therapeutisch werk.

Als er een zoon of dochter aanwezig is, besteden we veel aandacht aan hen. Vaak zijn de andere ouders erg geïnteresseerd in hun verhaal en hoe ze omgaan met hun psychose en herstel. Hierdoor voelt de jongere zich vaak erg gesteund door de andere ouders. Als therapeut proberen we de psychotische ervaring te begrijpen in relatie tot ontwikkelingsstaken en positie in het gezin. Uitzonderlijk stelt de jongvolwassene relatieproblemen met zijn of haar eigen ouders aan de orde, wat aanleiding geeft tot levendige interacties die we ondersteunen.

Wanneer de groep alleen uit ouders bestaat, is onze rol als therapeut anders. In plaats van te werken aan de relatie tussen ouder en kind, werken we aan het vermogen van de ouders om hun kind te begrijpen. Ouders hebben een grote behoefte om het verhaal van hun kind in crisis te vertellen, om meer te leren over psychose, om een plek te hebben om te praten over hun ervaring als ouder, om te leren hoe ze kunnen reageren op crisis en herstel, en om andere ouders te helpen.

- *De directieve of niet-directieve houding van de therapeut*

Op basis van de bovenstaande therapeutische doelstellingen hebben we duidelijk begrepen dat het onze rol als therapeut is om een ruimte voor uitwisseling te creëren en veilig te stellen. Hierbij nemen we de positie in van een 'derde partij', een moderator, zonder onszelf te identificeren met de positie van kennis of expert. Als zodanig kiezen we ervoor om bepaalde thema's of methoden niet te introduceren. We proberen gezinnen met elkaar in contact te brengen door ze uit te nodigen om te praten, door ze vragen te stellen, door bepaalde thema's aan te snijden of door de verschillen tussen ervaringen te benadrukken. Op die manier proberen we reflectie, onderzoek en vragen te stimuleren bij alle deelnemers, en anderen te helpen om na te denken. Onze hoop is dat ieders deelname zal leiden tot de ontdekking van een persoonlijk potentieel dat nog niet

gerealiseerd is, en dat de Ik-sterkte van elke deelnemer wordt verrijkt, wat leidt tot psychologische groei.

Deze positie werd meermaals op de proef gesteld door de aanhoudende vraag van de ouders naar meer informatie, die ons als experts zagen. Door deze positie niet in te nemen, ervoeren de ouders ons als frustrerend ("*Jullie hebben de kennis, maar willen die niet met ons delen*").

Toen we beter luisterden naar de behoeften van ouders, werden we ons bewust van de bijzondere situatie van ouders die thuis een psychotische jongere hebben. Ze zijn zowel ouders als hulpverlener. We realiseerden ons dat er meer psychologische ondersteuning nodig was, niet door de 'expert die het weet' te zijn, maar door naar hun twijfels, vragen en onzekerheden over hun rol als ouders te luisteren. We proberen hun intuïties en vrije gedachten over hun kind en zichzelf te versterken. We proberen ouders te helpen de crisis in de persoonlijke geschiedenis van hun kind en in de ontwikkeling van het gezin te begrijpen. Op deze manier zien we onze rol als die van een 'wachtfunctie'.

Om beter aan deze behoeften tegemoet te komen, besloten we ook externe deskundigen uit te nodigen op onze bijeenkomsten. Zo nodigden we bijvoorbeeld een ervaringsdeskundige uit om hun film te presenteren en organiseerden we een psycho-educatieve sessie door Dr. Van Bouwel, (ex-)supervisor van de afdeling voor jongvolwassenen met een psychotische gevoeligheid. Op deze manier bleven we in de positie van moderator en konden we de deelnemers ondersteunen bij het confronteren met nieuwe perspectieven en theorieën over psychose.

- *Open of gesloten groep*

In veel opzichten is de optie van een gesloten groep aantrekkelijk. Het is waarschijnlijk gemakkelijker om een therapeutische sfeer te creëren waarin deelnemers zich veilig genoeg voelen om sommige van hun verdedigingsmechanismen los te laten. In een gesloten groep is de kans groter dat deelnemers zich in dezelfde fase van het proces bevinden. Ondanks deze voordelen zijn er ook bezwaren die ons hebben doen kiezen voor een open groep. Een open groep is ook een open uitnodiging, zonder verplichtingen, dus we wilden zo toegankelijk mogelijk zijn. Daarom kozen we voor een open groep waar jongvolwassenen, ouders, broers en zussen, partners of andere belangrijke familieleden welkom zijn. Er is geen vast aantal of eindige afspraak om deel te nemen, er is het idee van een oneindige mogelijkheid tot deelname.

- *Homogene of heterogene groep*

We richten ons op patiënten van de 'eerste episode' (cf. Mc Gorry: '*staging model*'), ongeacht of de adolescent of jongvolwassene opgenomen is geweest in het ziekenhuis. Dit zorgt voor een homogene groep wat betreft de traumatische en onbegrijpelijke aard van wat er gebeurt. Meestal was het niveau van functioneren van de zoon of dochter en het gezin goed of hoog voor de psychose, en treedt de psychose zeer onverwacht op.

Het resultaat is echter heterogeniteit in termen van:

- De triggers: drugs, reizen, beginnen aan de universiteit, het verbreken van een relatie, enz.
- Het moment van de psychose: in crisis, bij het begin van het herstel, bij het hervatten van de taken van het leven.
- De context van het herstel: thuis, in het ziekenhuis, in gedwongen zorg.
- Het type psychose: actieve symptomen (hallucinaties of illusies), melancholie, bipolariteit.

Zoals we al hebben gezegd, ervaren ouders deze diversiteit aan situaties met een zekere ambiguïteit. Ze willen allemaal zoveel mogelijk verhalen horen, op zoek naar overeenkomsten met hun eigen situatie. Maar deze verschillen zijn ook beangstigend, frustrerend en verwarrend in hun zoektocht naar kennis over psychose.

Conclusie

We hopen dat we een idee hebben gegeven van wat een multifamilie groep kan zijn. We hebben veel ideeën geformuleerd, enkele ervaringen gedeeld en veel vragen onbeantwoord gelaten.

D. ITALIË

D.1. De impact van Multifamilie Psychoanalyse in Italië door Andrea Narracci

We begonnen de multifamilie groep (MFG) in de herfst van 1997, in de Therapeutische Gemeenschap Tarsia van ASL Roma A, twee maanden na de opening ervan. Vijf maanden eerder hadden we Jorge Garcia Badaracco ontmoet bij de presentatie van het boek "*La communauté thérapeutique d'une structure multifamiliale*", gepresenteerd door Dr. Anna Nicolò. In eerste instantie dachten we dat het een manier was om een klimaat van samenwerking te creëren met de families van patiënten die behandeld werden in de Therapeutische Gemeenschap (TG). Na twee maanden realiseerden mijn collega's en ik ons dat de multifamilie groep (MFG) diende als een 'container' voor alle gebeurtenissen, zowel diegene die we begrepen als diegene die onduidelijk bleven, die hadden plaatsgevonden in de TG.

Aan de ene kant hielp de MFG ons om de problemen te begrijpen die bestonden in de relatie tussen patiënten en hun familie, die patiënten onvermijdelijk weer naar voren brachten in de relatie met de teamleden van de TG; aan de andere kant bracht het de moeilijkheden en misverstanden aan het licht die ontstonden tussen de teamleden onderling, die we uiteindelijk konden bespreken en misschien oplossen.

Het werd meteen duidelijk dat de MFG een fundamentele impact had op beide fronten: ten eerste om te begrijpen hoe de dingen gaan in elk gezin en hoe we kunnen proberen ze minder slecht te maken, en ten tweede om te gaan met de relaties tussen de teamleden die in een TG werken, wat net zo belangrijk is om verbeteringen te bereiken voor patiënten en hun gezinnen.

Omdat we ons realiseerden hoe belangrijk het is om de evolutie van deze twee aspecten in goede banen te leiden, begonnen we onszelf te vergelijken met Jorge Garcia Badaracco, drie jaar later.

We hadden het geluk om in hem een "buitengewone medereiziger" te ontmoeten, die op het moment dat wij hem ontmoetten, in maart 2000, net zijn derde boek had gepubliceerd: "*Multifamily Psychoanalysis*". Hierin legde hij ons uit dat dit soort groepen kan worden uitgevoerd in elk type van geestelijke gezondheidszorg, niet alleen in TG, waar patiënten verblijven voor behandelingsperiodes van ongeveer twee jaar, maar ook in centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) en lokale dagcentra (LDC) en in ziekenhuisafdelingen, waar acute opnames worden uitgevoerd. In deze context stelde hij voor om deze groepen vanaf 2000 psychoanalytische multifamilie groepen (PMFG) te noemen.

Sindsdien hebben we geprobeerd om aan de ene kant bij twee CGG en LDC van ASL Roma A dezelfde werkwijze te introduceren als in TG, en aan de andere kant deze manier van werken bekend te maken bij zorgverleners van andere diensten, zowel in onze stad als in de rest van het land, voornamelijk bij teams van andere private en publieke TG.

Door deze twee bewegingen zijn multifamilie groepen zich te verspreiden, eerst in Rome en daarna in verschillende Italiaanse steden, grote zoals Napels, Cagliari, Turijn, Milaan, Catania, Florence, Perugia, Triëst en kleine zoals Caltagirone, Morlupo, Sarno, Varazze enz.

Op sommige plaatsen zijn belangrijke experimenten uitgevoerd, niet alleen dankzij het werk van Jorge Garcia Badaracco, maar ook dankzij dat van Enrique Pichon Riviere en Armando Bauleo. In de regio Marche bijvoorbeeld, eerst in Macerata en daarna in Ancona, werden multifamilie groepen georganiseerd door openbare instellingen onder invloed van deze drie auteurs.

De gewoonte om gebruik te maken van de psychoanalytische multifamilie groep (FMPG) kan het klimaat binnen elke afdeling veranderen, ten eerste omdat de relatie met ernstige psychiatrische patiënten en hun families minder conflictueus en meer collaboratief wordt, en ten tweede omdat het mogelijk is om een meer collaboratieve relatie op te bouwen tussen alle soorten teamleden die in de psychiatrie werken, ongeacht de specifieke professionele opleiding die elk van hen heeft.

Als het mogelijk is om een PMFG te organiseren binnen elke dienst die deel uitmaakt van een CCG, zal het mogelijk worden om zorg te organiseren die bestaat uit de som van de zorg uitgevoerd door de verschillende diensten, afhankelijk van de specificiteit: echte overkoepelende zorg.

Vanuit dit oogpunt vinden de belangrijkste experimenten op dit moment plaats in Cagliari, bij het CCG, in veel centra in Ligurië waar alle TG zijn gevestigd die behoren tot de *Redancia Group*, die aanwezig is in Ligurië. In Piëmont en Lombardije, evenals op Sicilië, waar ze zowel in TG als in het netwerk van openbare diensten aanwezig zijn.

In Rome zijn experimenten aan de gang met volledige COE (Complexe Operationele Eenheden), die overeenkomen met de 13e en 3e gemeente, in ASL Roma 1, terwijl innovatieve experimenten aan de gang zijn in zowel ASL Roma 2. ASL Roma 2, waar de teamleden afkomstig zijn van de Dienst voor Geestelijke Gezondheidszorg en Rehabilitatie voor de Ontwikkelingsleeftijd en het CCG om samen een PMFG te organiseren, en in ASL Roma 1 waar een PMFG wordt georganiseerd voor patiënten en families die behoren tot de zone die zich bezighoudt met kinderen tussen 14 en 25 jaar, beide afkomstig uit het domein van psychiatrische stoornissen en verslavingen.

In 2012 werd in Rome LIPsiM (*Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare*) opgericht, een vereniging gericht op de ontwikkeling en verspreiding van de ideeën van Jorge Garcia Badaracco, waaronder de organisatie van een tweejarige masteropleiding in Multifamilie Psychoanalyse.

Het doel van deze vereniging is het bekendmaken en doorgeven van deze methode, die ons werd aangereikt door de auteur, die als weinig anderen genereus was door zijn kennis en werkervaring beschikbaar te stellen aan iedereen die met hem in contact kwam. Laten we niet vergeten dat Jorge García Badaracco lange tijd een gesprekspartner was van de IPA (*International Psychoanalytical Association*) over het probleem van 'psychose'.

Hij werkte met ons aan een opleidingsprogramma dat we al meer dan tien jaar organiseren en dat de manier waarop we ernstige psychische aandoeningen benaderen en behandelen radicaal heeft veranderd.

We voelden ons daarom verplicht om het voorrecht dat ons was verleend uit te breiden naar alle mogelijke geïnteresseerden. De hooggespecialiseerde masteropleiding, eerst voor "begeleiders", en de meer recente opleiding voor "facilitators" vertegenwoordigen onze pogingen in deze richting.

D.II. De belangrijkste concepten van Multifamilie Psychoanalyse door Andrea Narracci en Alessandro Antonucci

De reikwijdte van de vernieuwingen die Jorge Garcia Badaracco introduceerde is, naar onze mening, zeer relevant. We hebben besloten om de essentiële argumenten die in overweging genomen moeten worden te beperken tot zes elementen, in een poging om een algemeen beeld te schetsen van de theoretische referentiepunten van de psychoanalytische multifamilie groepen (PMFG). Naarmate we verder werkten, realiseerden we ons dat het onmogelijk is om ze van elkaar te scheiden; het lijkt ons vrij duidelijk dat ze één discours vormen.

Elementen één en twee: ouder en kind

Wij denken dat het eerste concept om van uit te gaan wordt uitgelegd in de titel van het artikel dat door Jorge Garcia Badaracco werd gepubliceerd in het *International Journal of Psychoanalysis* in 1986, getiteld: *Identification and its vicissitudes in the psychoses. The importance of the concept of the "maddening object"*. In dit artikel drukt de auteur de overtuiging uit dat de ernstigste geestesziekten - schizofrenie, die toen, net als nu, 70% van de ernstige psychiatrische ziekten uitmaakt, evenals stemmingsstoornissen, ernstige persoonlijkheidsstoornissen en verslavingen – niet bepaald worden door iets dat bij de geboorte of kort daarna begint te haperen in het binnenste van een persoon, zoals een hele reeks organische hypothesen die doorheen de hele geschiedenis van de psychiatrie zijn geopperd. Maar wel door een bepaald type van relatie tussen twee mensen. Hij veronderstelt daarbij dat het object, d.w.z. één van de twee ouders, de ander 'gek maakt', een grensoverschrijdende functie vervult, in tegenstelling tot zijn status tot dan toe.

Wij denken dat dit de aanzet is tot een nieuwe epistemologie die duidelijk aangeeft dat feiten die dergelijke biologische aannames lijken te bevestigen niet langer als feiten kunnen worden beschouwd:

1. Het lijden van het kind verschijnt binnen een problematische relatie tussen een ouder en het kind, waarbij de andere ouder deze relatie steunt of niet genoeg doet om te voorkomen dat dit gebeurt.
2. De ouder-kind relatie, die wordt verondersteld bij te dragen aan de ontwikkeling van het kind en de ouder, volgt niet het verwachte pad dat gekenmerkt wordt door de noodzaak van een geleidelijk separatieproces met de daaruit voortvloeiende identificaties van het kind en de ouder. Integendeel, de relatie tussen kind en ouder bevriest, alsof het niet mogelijk is voor de twee om van elkaar te scheiden.
3. De ouder is niet in staat om het kind los te laten omdat hij een symbiotische relatie met het kind heeft waarin hij, ook al is hij zich daar niet van bewust, het kind behandelt als een deel van zichzelf. Het kind past zich aan het één worden met de ouder in kwestie, alsof dat de enige manier is waarop hij denkt te kunnen leven.
4. De ouder, zoals klinisch aangetroffen in psychoanalytische multifamilie groepen (PMFG), heeft een onverwerkt verlies of trauma dat wordt afgesplitst en vervolgens gedissocieerd, waardoor de mogelijkheid verloren gaat om er een herinnering van op te roepen door middel van de gebruikelijke vormen van geheugenactivering. Voor het kind is het heel moeilijk, om niet te zeggen onmogelijk, om te bedenken dat hij op een andere manier kan leven dan deze die wordt voorgesteld door de ouder aan wie hij zich het meest gehecht voelt, en bijgevolg past hij zich aan om volgens de verwachtingen van deze laatste te leven. Zonder het te beseffen geeft hij het zoeken naar andere mogelijke constitutieve bronnen van zijn eigen persoonlijkheid op, terwijl in het algemeen kleine kinderen een beetje van hier en een beetje van daar nemen en geleidelijk hun eigen persoonlijkheid op een authentieke manier samenstellen.
5. De volgende vaststelling vindt plaats: de symbiose tussen ouder en kind breekt zodra het kind in de adolescentie ervaringen opdoet die hem in staat stellen te ervaren dat hij persoonlijkheidsaspecten in zich draagt zijn die hij niet vermoedde en die hem meer eigen

toeschijnen dan de persoonlijkheidskenmerken verbonden met de relatie met de ouder met wie hij een symbiotische toestand deelt.

6. Op dit punt kan het kind ofwel het gevoel hebben dat hij in competitie leeft met zijn leeftijdsgenoten en gaat hij zichzelf afsluiten, ofwel voltrekt zich een splitsing in de persoonlijkheid. Daarbij ervaart het kind een onverzoenlijkheid tussen twee delen van de persoonlijkheid - het oude, gemodelleerd naar ouderlijke verwachtingen, en het nieuwe, verbonden met aspecten die meer in overeenstemming zijn met zijn Ik -, wat op een bepaald moment leidt tot dissociatie en een acute psychotische breuk.
7. Op dit punt wil de symbiotische ouder, samen met de andere ouder, dat het kind teruggaat naar wat het was, terwijl het kind niet in staat is om nieuwe dingen die hem bezighouden op te geven. Bovendien wordt bij hem een ongeneeslijke ziekte vastgesteld waaraan hij zijn hele leven onderworpen moet blijven en medicatie moet slikken die hem aan de ene kant minder ziek maakt, maar die over het algemeen ook het herstel bemoeilijkt. Kortom, zijn lijden wordt gelezen als een ziekte die hem en zijn organisch substraat aangaat, terwijl de aspecten die verband houden met de evolutie van de relaties die voor hem het belangrijkste zijn, niet in aanmerking lijken te worden genomen.
8. Daarentegen, als de ouder en het kind, evenals de andere ouder en een of meer andere kinderen, deelnemen aan een PMFG-groep, kunnen ze zich realiseren dat niet alles afhangt van de patiënt, maar van hem en de ouder aan wie hij het meest gehecht is. Ze kunnen ontdekken dat de symbiotische band tussen hen in de loop van de tijd een pathologische en ziekmakende onderlinge afhankelijkheid is geworden. Deze relatie kan, in tegenstelling tot wat de psychiatrie impliciet gelooft door er niet op in te gaan, begrepen worden en is niet onveranderlijk.

Element drie: "gezonde virtualiteit"

Zoals vermeld in punt 1, als de ouder en het kind die gebonden zijn door de pathologische en pathogene onderlinge afhankelijkheidsband de MFG beginnen bij te wonen, kunnen ze de gelegenheid krijgen om het bestaan van het type band waarin ze betrokken zijn te erkennen en zich realiseren dat het noodzakelijk is dat deze band verdwijnt als ze hun eigen leven willen gaan leiden, minder gebonden of zelfs los van dat van de ander.

Deelname aan de PMFG kan plaatsvinden met de rest van het gezin of alleen, of in ieder geval door één van hen, zodat elk gezinslid altijd zijn of haar eigen "interne gezin" heeft; of er nu andere gezinsleden deelnemen of niet, de banden binnen een gezin kunnen worden opgeroepen door de aanwezigheid van andere deelnemers in de groep, zelfs in de concrete afwezigheid van andere gezinsleden.

Als ze eenmaal inzien hoe moeilijk het is om hun groeipad te hervatten door de hinderlijke aanwezigheid van de oorspronkelijke symbiotische band, die getransformeerd is in een "pathologische en ziekmakende wederzijdse, onderlinge afhankelijkheidsrelatie", beginnen ze allebei te beseffen dat ze alleen door het bestaan van deze band te verminderen de kans krijgen om elk hun eigen leven te gaan leiden.

Als dit mogelijk wordt door deel te nemen aan PMFG, krijgt ieder van hen de kans om de kenmerken van zijn of haar gezonde virtualiteit te leren kennen, d.w.z. zich te realiseren dat er grote delen van het Ik zijn die, van de kant van ieder van hen, nooit tot uitdrukking zijn gebracht, wat het kind betreft, of niet langer tot uitdrukking zijn gebracht, wat de ouder betreft. Aan de andere kant, zodra de pathologische en ziekmakende band van onderlinge afhankelijkheid is verzwakt, wordt het voor ieder van hen mogelijk om delen van zichzelf te gaan verkennen waarvan ze zich niet bewust waren of waarvan ze vergeten waren dat ze die bezaten.

Het concept van gezonde virtualiteit komt overeen met een staat van het Zelf die geen van beide personen, in de vorige situatie, heeft kunnen ervaren. Het is alsof het iets is waarvan het bestaan niet herkend kan worden zolang de mensen in de vorige situatie zijn, en waar men zich pas op kan gaan richten naarmate de pathologische link verzwakt en minder wordt.

Als je de band eenmaal hebt ervaren, lijkt het heel moeilijk om zonder te doen, tenzij je elkaar kunt bewijzen dat je het alleen kunt redden, met je eigen middelen.

De symbiotische band laat geen naschokken toe: mensen blijven onlosmakelijk met elkaar verbonden en zullen geneigd zijn om zich in eerste instantie zorgen te blijven maken over elkaar in plaats van over zichzelf.

Ze moeten altijd in gedachten houden dat ze weinig uitgesproken grenzen hebben van het Zelf in relatie tot de ander en dat, voordat ze het beseffen, ieder van hen meer om de ander kan gaan geven dan om zichzelf.

In vergelijking hiermee kan het heel moeilijk zijn om je gezonde virtualiteit te ontdekken. Je kunt opgeven bij de eerste moeilijkheid die je tegenkomt en teruggaan naar je zorgen maken over de ander voordat je je zorgen maakt over jezelf. Je moet dus extra waakzaam zijn.

Toch kan het ontdekken van je eigen gezonde virtualiteit een buitengewoon en ontroerend proces zijn. Het is het vermogen om jezelf het recht te geven dit te doen, om voor jezelf te kunnen zorgen vóór iemand anders.

Deze beweging lijkt misschien gemakkelijk, maar voor degenen die gewend zijn om de problemen van de ander aan te horen zonder ze van hun eigen problemen te scheiden, en er zelfs een ongedifferentieerd geheel mee te vormen, kan dit heel moeilijk zijn.

Uit de verhalen van de patiënten en ouders en de relaties die ze smeedden, blijkt duidelijk dat alle moeilijkheden die de ander ondervond niet als hun eigen moeilijkheden werden beschouwd, maar wel werden behandeld alsof het hun eigen moeilijkheden waren. Dat is waar we naar de toekomst moeten kijken, niet andersom.

Gezonde virtualiteit kan fascinerend lijken, maar het kan ook heel moeilijk zijn. Het kan veel gemakkelijker lijken om je om te draaien en terug te gaan naar de verwarring, en zo niet het gewicht van de verantwoordelijkheid voor je leven te voelen, wat een charme kan uitoefenen op het leven, maar ook veel angst teweegbrengt.

Tot slot mag niet uit het oog worden verloren dat de tijd lange tijd "is alsof hij niet is verstreken" en dat de mensen ondergedompeld blijven in dezelfde sfeer die ze, in de waarste zin van het woord, lange tijd hebben gedeeld. Een van de meest opvallende kenmerken van de symbiotische relatie is dat ze onveranderd moet blijven, dat ze de mogelijkheid tot transformatie van de band onderbreekt en dat ze het uiteindelijk zonder de evolutie in en van de tijd moet stellen.

Wij geloven dat de tijd niet verstrijkt in een psychose, juist omdat het zieke kind en de ouder een band ervaren die onveranderlijk moet blijven. Als de tijd niet verstrijkt, kan het moment van scheiding niet plaatsvinden. Blijven zitten is dus een beetje hetzelfde als jezelf beschermen tegen het gevaar dat dingen veranderen. Als ze hetzelfde blijven, veranderen ze niet. Verandering ervaren na zo lang in zo'n situatie geleefd te hebben is extreem moeilijk. Dit is precies waarom Jorge Garcia Badaracco psychotici beschouwde als specialisten in het niet-veranderen.

Element vier: de regels, de werkingsmechanismen, de opleiding en de relaties met de gebruikelijke vormen van psychotherapie

De ontwikkeling van de PMFG wordt gekenmerkt door de noodzaak om te verwijzen naar drie algemene gedragsregels voor alle deelnemers van de groep.

Dit zijn:

1. Het woord wordt gegeven aan één persoon per keer en alle andere aanwezigen moeten aandachtig luisteren naar wat er gezegd wordt; er kan pas actie ondernomen worden nadat de persoon klaar is met spreken; iedereen moet zich realiseren dat ze het woord maar een beperkte tijd kunnen houden, zodat iedereen die wil spreken dat ook kan doen;
2. Iedereen wordt gevraagd niet "te doen alsof hij gelijk heeft", d.w.z. te leren tolereren dat een ander een idee kan uiten dat sterk verschilt van het zijne, wat het ook moge zijn, en dat deze gebeurtenis wordt gezien als een mogelijke nieuwheid die niet moet worden afgewezen en/of tegengegaan;
3. De beurt moet, voor zover mogelijk, gevraagd worden, zoals in een vergadering, zodat er een orde is die de aanwezigheid van de ander respecteert. Zo ontstaat een vorm van groepsfunctioneren dat Jorge Garcia Badaracco heeft gedefinieerd als 'uitgebreide geest' (*extended mind*), waarbij de individuele interventies, zonder dat degenen die ze doen het weten, het vermogen krijgen om elkaar aan te vullen, in plaats van elkaar tegen te werken, waardoor er tijdens die bijeenkomst één algemene gedachte uit de groep ontstaat.

Tijdens de PMFG zijn er drie manieren waarop de groep zelf functioneert, die ik definieer als 'mechanismen', kenmerkend voor dit type groep, bestaande uit vele families en individuen die echter met hun 'interne familie' naar de groep komen.

Ze bestaan uit:

1. De "metaforische spiegel", d.w.z. de mogelijkheid voor elke aanwezige om van buitenaf waar te nemen wat er gebeurt in een andere pathologische familie-eenheid, anders maar niet zo ver verwijderd in haar functioneren van hun eigen functioneren. Dit kan alleen worden waargenomen in dit type groep;
2. Het opnieuw verwerven van het vermogen tot representatie, dat in psychotische families niet verloren is gegaan maar tijdelijk ongebruikt, deels omdat men meent de enigen te zijn die deze dramatische ervaring meemaakt waarvoor fundamentele schaamte wordt ervaren; deels omdat in staat zijn om te representeren zou betekenen dat men in staat is om te 'meta-communiceren' over de situatie, iets wat over het algemeen niet gebeurt.
3. De zogenaamde "meervoudige" overdrachten, d.w.z. het feit dat er een veelheid aan overdrachten tot stand kan komen in de PMFG, een fenomeen dat Freud ontdekte met de psychoanalyse maar dat spontaan aanwezig is, bijvoorbeeld tussen een kind en de ouders

van een ander gezin en omgekeerd, of tussen een ouder en een andere ouder van twee verschillende gezinnen, enzovoort. Dit fenomeen maakt de werking van een multifamilie groep mogelijk. De meervoudige overdracht vermindert de psychotische angst ten gevolge van de psychotische overdrachten die typisch optreden in individuele psychoanalytische psychotherapie, in gezinstherapie van individuele gezinnen, enzovoort.

Aan de andere kant kan de PMFG beschouwd worden als een nuttig hulpmiddel om gedachten toegankelijk te maken in situaties waarin het denken op het eerste gezicht op onoverkomelijke moeilijkheden stuit en uiteindelijk meer via handelingen dan via woorden wordt uitgedrukt.

In die zin is het een hulpmiddel dat het gebruik van individuele en groepsinterventies minder gecompliceerd kan maken voor ernstige zieke patiënten, evenals voor de afzonderlijke gezinseenheid.

Eén van de doelen van de groep is om de verschillende traditionele vormen van psychotherapie in te zetten om interventies op te bouwen - de multifamilie psychoanalyse enerzijds en één of meerdere vormen van traditionele psychotherapie anderzijds - die elkaar wederzijds versterken in de moeilijke taak om ernstige psychische aandoeningen te behandelen.

Tot slot, als integraal onderdeel van de groep, is er de bijeenkomst voor de teamleden die plaatsvindt aan het einde van elke groep, een half uur tot een uur of langer, bekend als de "nabespreking". Dit is een moment waarin het mogelijk is om enerzijds de meest significante klinische fases van de groep weer op te pakken, en anderzijds de teamleden te laten nadenken over hoe zij hun werk kunnen doen, over hoe het met hen ging en vooral over de vraag of deelname aan de groep de mogelijkheid bood om zelf, in zichzelf, aspecten te herstellen die verdeeld waren en gescheiden werden gehouden en die nog niet hersteld konden worden.

Zo wordt de PMFG een continu opleidingsmoment voor begeleiders.

Element vijf: de 'verruimde geest'

Wat de werking van de PMFG betreft, hebben we het derde mechanisme beschreven, dat in werking treedt als je het geduld en het doorzettingsvermogen hebt om de aanwezigen te vragen om de tussentijdse momenten te organiseren via beurten.

Als we op deze manier te werk gaan, zullen we een bijzonder effect bereiken: we zullen ons realiseren dat de opeenvolgende interventies de neiging hebben om zich met elkaar te integreren tot één grote interventie, die bestaat uit alle interventies van de aanwezige mensen, ook al zijn ze bedacht als individuele interventies van elke persoon en zijn komen ze voort vanuit een eigen verlangen om zichzelf uit te drukken.

In die zin bestaat de verruimde geest uit de gedachten van alle aanwezige mensen die samenwerken.

Wij geloven dat dit soort ervaring heel belangrijk is voor de deelnemers aan de PMFG. Over het algemeen komt de deelnemer naar de groep met een vooroordeel over hoe de verschillende standpunten van elk van de deelnemers met elkaar kunnen worden gearticuleerd, praktisch het tegenovergestelde van wat wordt ervaren in bij de 'verruimde geest'. Met andere woorden, met het idee dat de eigen mening niet anders kan dan botsen met die van de ander en dat het er in wezen om gaat te proberen het eigen standpunt te laten prevaleren boven dat van de ander.

Door deel te nemen aan de groep ontdekken dat de eigen mening geïntegreerd kan worden en niet tegengewerkt, en samen met de anderen een soort gemeenschappelijke gedachte vormen die de gedachten bevat van al diegenen die zich hebben uitgedrukt, is een ervaring die absoluut tegengesteld is aan wat men gewoonlijk ervaart in gezinnen tijdens psychotische uitwisselingen, waarin, omgekeerd, elke persoon probeert zijn of haar mening te laten prevaleren boven die van de ander: er zijn geen inhoudelijke boodschappen meer, maar alleen boodschappen die een relatie bepalen. Als gevolg daarvan is er geen luisteren, geen respect.

In de PMFG wordt er integendeel het idee naar voren gebracht dat het mogelijk en nuttig is om naar anderen te luisteren, dat we hen moeten respecteren en, ten slotte, beseffen dat als we loslaten, we samen met anderen een manier van denken opbouwen die ons allen vertegenwoordigt, waaruit de onoverkomelijke verdeeldheid verdwijnt waarvan we ons hadden losgemaakt.

Dan is er nog een fenomeen dat misschien nog belangrijker is. Als gevolg van de derde regel, die de noodzaak voorstelt om je beurt te vragen/ reserveren voordat je spreekt, verschijnt er een tijd tussen het verzoek om te spreken en het moment waarop het woord wordt gegeven om te spreken. Tijdens deze tijd worden de gedachten vermengd met de woorden gezegd door degenen die, in volgorde, voor hen kwamen.

De introductie van deze methode om de progressieve volgorde van de interventies te regelen maakt het mogelijk om het gebruikelijke, voornamelijk rationele, secundaire functioneren van de geest van de deelnemers te combineren met het primaire functioneren van vrije associaties.

Wij geloven dat dit fenomeen iets bijzonder belangrijks mogelijk maakt in deze groepen: dat elementen die verdeeld en gedissocieerd zijn, en daarom aanwezig maar niet bruikbaar voor de geest van de aanwezigen, toegankelijk worden.

Met dit soort pathologie opent deze werkvorm de mogelijkheid om aspecten aan het licht te brengen die anders absoluut ontoegankelijk zouden blijven. Ik verwijst naar wat er gebeurde in de symbiotische relatie tussen een ouder en een kind in de periode dat de afwezigheid van enige vorm van grens tussen de twee de ongedifferentieerde waarneming van trauma of verdriet toestond, onverwerkt door de volwassene, zelfs door het kind, en dat deze waarneming plaatsvond zonder dat het kind de mogelijkheid had om te beseffen dat het aan de ander toebehoorde en niet aan hem of haarzelf. Ik bedoel dat het kind deze pijn voelt alsof het zijn eigen pijn is. De volwassene scheidt zich vervolgens af en maakt, door te dissociëren, de herinnering ontoegankelijk, terwijl het kind geïnvesteerd blijft in deze herinnering en deze verward als bestaand blijft voelen, terwijl de volwassene de mogelijkheid heeft verloren om ernaar te verwijzen. Dit zijn onbewuste mechanismen, waarvoor geen enkele vorm van schuld of verantwoordelijkheid zichtbaar is. Dit neemt niet weg dat deze gebeurtenissen kunnen plaatsvinden en gevolgen kunnen hebben voor de kinderen, die dan ziek worden, bijvoorbeeld door waanideeën te uiten die een basis in de waarheid hebben, maar die vervolgens ongerelateerde uitdrukkingvormen aannemen. Aan de andere kant weet geen enkele patiënt waarom hij ziek is en kan geen enkele ouder hem helpen, tenzij hij naar een MFG gaat en de kracht vindt om de confrontatie aan te gaan met aspecten van zijn leven die plotseling kunnen opduiken uit een verward verleden. Op dat moment kan de ouder de grootste bondgenoot van de zoon en alle aanwezigen worden, op zoek naar iets dat voor de ouder is opgelost maar weer kan verschijnen en dat er voor de zoon altijd is geweest, maar in een vorm die geen betekenis had.

Element zes: De impact van het gebruik van de MFG binnen instellingen

Hier volgt een verslag van een ervaring: in 2010, als directeur van het *Distretto di Roma* (DSM) van ASL ROMA (een verzorgingsgebied van 500.000 mensen), vond ik het gepast om de PMFG te introduceren, naast de Complexe Operationele Eenheid van het DSM van het 1ste district, waar al drie groepen waren: in de Therapeutische Gemeenschap (CT) en de twee CGG's, alsook op andere plaatsen waaruit het DSM bestond (in de CGG-CD, in de Therapeutische Gemeenschappen van UOC 2, UOC 3, UOC 3 en UOC 4, in de SPDC van het ziekenhuis Sant'Andrea, hospitalisatiedienst voor patiënten van 4 UOC's, en in de Therapeutische Gemeenschap voor jongeren van 18 tot 25 jaar op de Dienst voor Adolescenten en Jongvolwassenen). In totaal werd de PMFG geïntroduceerd op tien van de elf diensten die het DSM omvatte. Alleen de Psychotherapiedienst voor Adolescenten en Jongvolwassenen bleef uitgesloten, omdat ze de voorkeur gaven aan de klassieke modaliteiten: kinderen individueel zien en ouders in paren en/of in groepen van alleen ouders.

In de loop van het experiment gebeurden er bepaalde dingen die we zullen proberen te benadrukken:

1. Op elke afdeling waar de PMFG regelmatig wordt beoefend zijn de relaties tussen de patiënten en hun familieleden en de teamleden van de afdeling verbeterd; de PMFG heeft in feite het vermogen om opnieuw een voldoende mate van 'therapeutische alliantie' tussen de begeleiders en de families, inclusief de patiënten, op te bouwen of voor het eerst op te bouwen;
2. Medewerkers van diensten krijgen opnieuw of voor het eerst het gevoel dat ze kunnen samenwerken met medewerkers van hun eigen dienst en de 'naburige' dienst;
3. Ten slotte is het mogelijk geworden om zich een interventieproject, vanaf de eerste stappen en, onafhankelijk van waar het eerste interventieverzoek werd gedaan, voor te stellen als iets dat door het DSM als geheel wordt gerealiseerd (bijvoorbeeld de zogenaamde "vierhoek");
4. Het algemene klimaat van de DSM is gewijzigd door de introductie van een interventiecultuur die door een groot aantal zorgverleners wordt gedeeld, met nieuwsgierigheid wordt gebruikt, hoewel niet volledig gedeeld door een ander groot deel maar niet wordt tegengewerkt, en met meer verbijstering of pseudo-onverschilligheid wordt waargenomen door een vrij klein deel van de zorgverleners;
5. In verband hiermee, en om deze algemene toestand van disharmonie te verbeteren, besloot ik om een wezenlijke verandering in de werkwijze van DSM door te voeren: het Departementale Comité, d.w.z. het orgaan dat verantwoordelijk is voor het bepalen van de richting van DSM zelf, dat bestaat uit de hoofden van de Complexe Operationele Eenheden, en die gewoonlijk één keer per jaar bijeenkwamen, één keer per maand te laten vergaderen, en telkens over één of meer onderwerpen waarover dringend beslissingen moesten worden genomen;
6. Bovendien besloten we dat aan dit maandelijkse departementale comité, met totaal ongeveer tien comités per jaar, elke GGZ-medewerker, ongeacht zijn status, die zich competent voelde met betrekking tot het onderwerp dat op dat moment werd behandeld, kon deelnemen en interveniëren; kortom, we stelden vast dat de meeste zorgverleners die zich gewoonlijk niet gehoord voelden, hun stem konden laten horen en zich deel gingen voelen van de besluitvormingsprocessen die probeerden de richting te bepalen waarin het DSM zich bewoog;

7. Deze beslissing hielp bij het creëren van een ander klimaat binnen het DSM waarin elke zorgverlener zich niet langer 'buitengesloten' voelde van besluitvormingsprocessen en gedwongen werd om beslissingen aan anderen te delegeren, maar in een positie werd gebracht waarin hij de mogelijkheid/noodzaak onder ogen kon zien om verantwoordelijkheden op zich te nemen en, indien nodig, beslissingen te nemen.

Wat we bedoelen te zeggen is dat de voorgestelde en gedeelde invoering van een PMFG binnen elke dienst die deel uitmaakt van een DSM, zowel de specifieke professionele activiteiten van het DSM aanzienlijk kan beïnvloeden, door de opbouw van een cultuur van interventie bij ernstige psychische aandoeningen, waar het DSM zich in de eerste plaats mee bezig moet houden, als het functioneren en dus de organisatie van de besluitvormingsorganen van het DSM zelf.

Wij geloven dat het heel belangrijk is om een stem te geven aan patiënten, families en hulpverleners in een situatie zoals die van de PMFG, waar er alle gelegenheid is om opnieuw te onderhandelen over de manier waarop we met elkaar omgaan, met als doel de krachten van deze drie fundamentele onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg te bundelen om de levensstandaard van mensen met ernstige psychische aandoeningen en hun families te verbeteren. Maar we geloven dat het net zo belangrijk is om ervoor te zorgen dat zorgverleners zich 'subject' voelen binnen hun dienst.

Wij geloven dat het mogelijk is om instellingen te veranderen ten gunste van degenen die erin werken, zodat degenen die er deel van uitmaken instellingen niet gaan zien als "onoverwinnelijke draken" die je alleen maar kunnen misbruiken of afslachten.

Instellingen kunnen verschillende kenmerken hebben: ze kunnen ontworpen zijn om de macht te beheren die door enkelen over een groot aantal wordt uitgeoefend, of ze kunnen op een andere manier functioneren: rechtstreeks, via mechanismen van democratische werking, die ze kunnen garanderen aan iedereen die er deel van uitmaakt, zodat ze hun zegje kunnen doen over wat er beslist moet worden. Concluderend zijn we van mening dat deze twee aspecten in relatie tot elkaar kunnen worden beschouwd.

BIBLIOGRAFIE

- ANPAL (2023). *Italiaans referentierapport van kwalificaties naar het Europese EQF Framework*, Ministerie van Arbeid, Anpal Library Series n.25.
- ARGYRIS C. & SCHOUN D.A. (1978). *Organisatorisch leren: een handelingsgerichte theorie*, Reading, Addison Wesley.
- ASEN, E. & Scholz, M. (2010). *Multi-Family Therapy: Concepts and Techniques*, Londen, Routledge.
- BANDURA, A. (1982). 'Self-efficacy mechanism in human agency' in *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- BANDURA, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory' in *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4: 3, 359-373. doi:10.1521/jscp.1986.4.3.359.
- BANDURA, A. (2008). Toward an agentic theory of the self' in H. Marsh, R. G. Craven & D. M. McInerney (Eds) *Advances in Self Research*, Vol. 3: Self-processes, learning, and enabling human potential. Charlotte, NC, Information Age Publishing.
- BATSON, D., VROEG, S. & SALVARANI, G. (1997). Perspective Taking: Imagining How Another Feels Versus Imaging How You Would Feel' in *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(7), 751-758.
- BIALIK, M. & FADEL, C. (2015). *Competenties voor de 21e eeuw: Wat moeten leerlingen leren?* Boston, Centre for Curriculum Redesign.
- BION, W. R. (1970). *Aandacht en Interpretatie*, Londen, Tavistock Publications.
- BÖCKLER, A., HERRMANN, L., TRAUTWEIN, F. M., HOLMES, T. & SINGER, T. (2017). 'Know Thy Selves: Learning to Understand Oneself Increases the Ability to Understand Others', in *Journal of Cognitive Enhancement*, 1, 197-209.
- BOYATZIS, R., GOLEMAN, D. & MCKEE, A. (2002). *Primal Leadership: Realising the Power of Emotional Intelligence*, Boston, Harvard Business School Press.
- BOYATZIS, R.E., GOLEMAN, D. & HAY ACQUISITION (2001/2007). *Emotional and Social Competency Inventory (ESCI)*, Boston, MA, The Hay Group.
- BRUNELLO, G. & SCHLOTTER, M. (2011). *Non-Cognitive Competences and Personality Traits: Labour Market Relevance and their Development in Education and Training Systems*, IZA DP No. 5743, Bonn, Institute for the Study of Labour.
- CAENA, F. (2019). *De ontwikkeling van een Europees kader voor de persoonlijke, sociale & lerende sleutelcompetentie (LifeComp). Literature review and analysis of frameworks* (EUR 29855 EN), Publicatiebureau van de Europese Unie.
- CAENA, F. (2019). *LifeComp Key Competence Framework. Personal, Social, Learning to Learn, Scoping Paper*, Gemeenschappelijk Centrum voor Onderzoek, Europese Commissie.
- Cambridge Raamwerk van Levenscompetenties. Inleidende gids voor leerkrachten en onderwijsmanagers*, Cambridge, Cambridge University Press.
- ZORG, E. & LUO, R. (2016). *Beoordeling van transversale competenties. Beleid en praktijk in de regio Azië-Stille Oceaan*, Bangkok, Unesco.

- CEFAI, C., BARTOLO, P., CAVIONI, V. & DOWNES, P. (2018). *Versterking van sociale en emotionele opvoeding als kernleergebied in de hele EU. Een overzicht van het internationale bewijsmateriaal: analytisch verslag*, Europese Commissie, Naset II.
- CIBORRA C. & LANZARA G.F. (1988). "The labyrinths of innovation, organisational routines and training contexts", in *Studi Organizzativi*, XIX, no. 2 pp 113-134.
- DEMETRIOU, A. (2014). Learning to learn, know and reason', in STRINGHER, C. DEAKIN, R. & KAI REN, K. (Ed.), *Learning to Learn: International perspectives from theory and practice*, 41-66, New York, Routledge.
- EFKLIDES, A. (2006). Metacognitie en affect: wat kunnen metacognitieve ervaringen ons vertellen over het leerproces?', in *Educational Research Review*, 1, 3-14.
- EUROPESE COMMISSIE (2011) *Non Cognitive Competences and Personality Traits: Labour Market Relevance and their Development in E&T Systems*, analytisch verslag voor de Europese Commissie, opgesteld door het European Expert Network on Economics of Education (Eenee).
- EUROPESE UNIE (2010) *Nieuwe competenties voor nieuwe banen: nu actie Een verslag van de deskundigengroep*, opgesteld voor de Europese Commissie.
- EVARD, G. & BERGSTEIN, R. (2016). *Een competentiemodel voor jongerenwerkers om internationaal te werken*. Bonn, SALTO Training en Samenwerking.
- FISHER, R., MARITZ, A. & LOBO, A. (2016). "Does Individual Resilience Influence Entrepreneurial Success?", in *Academy of Entrepreneurship Journal*, 22:2, 39-53.
- FRANÇA DE SOUSA (2013). "Seminário Joao dos Santos: Na consulta de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria" in <https://joaodossantos.net/contributos/seminario-joao-dos-santos-na-consulta-de-psiquiatria-do-hospital-de-santa-maria/>.
- GARCÍA BADARACCO J. (1986). Identificatie en haar wisselvalligheden in de psychosen. The importance of the concept of the 'maddening object'", in *The International Journal of Psycho-Analysis*, 67:133-146. 37.
- GARCÍA BADARACCO, J. (1990). *Comunidad terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*, Madrid, Tecnipublicaciones.
- GARCIA BADARACCO J. (1997) *La Comunità Psicoterapeutica Psicoanalitica di struttura multifamiliare*, Milaan, Franco Angeli.
- GARCÍA BADARACCO, J. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar, los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- GARCÍA BADARACCO, J. (2000). *Psychanalyse multifamiliale: Les autres en nous et la découverte du vrai soi-même*, Parijs, Editions in Press.
- GARCÍA BADARACCO, J. (2000) *Psychoanalyse van meerdere gezinnen*, Turijn, Bollati Boringhieri 2004.
- GARCÍA BADARACCO J.G. & NARRACCI A. (2011) *La Psicoanalisi Multifamiliare in Italia*, Turijn, Antigone Edizioni.

- GARCÍA BADARACCO J. (2018). *Selección de Trabajos, tres volúmenes*. Comp. María Elisa Mitre. Buenos Aires, Editorial Asociación Psicoanalítica Argentina y Editorial Antigua.
- GARDNER, H. (1983). *Frames of Mind, The Theory of Multiple Intelligences*, New York, Basic Books.
- GODINHO, P., DIAS, M. J. & MATOS, M. (2004), "Multifamily Groups at a Day Hospital. A two-year experience", in Third European Conference of Psychoanalytic Group Psychotherapy 'The Individual and the Group', Bridging the Gap, Ispa, Lisboa, 7-10 oct.
- GODINHO, P. CENTENO, M. J., FIALHO, T. & NETO, I. (2012). El grupo multifamiliar y el síndrome de las puertas abiertas: del diagnóstico a la terapéutica. La contribución portuguesa', in *Teoría y Práctica Gruposanalítica*, 1(2) 123-136.
- GODINHO, P. (2016). "Personalidades y Parentalidades. Contribuciones al enfoque de necesidades específicas de intervención en Psiquiatría y Salud Mental" in Rotenberg, E. (comp), Marucco, N. & Mitre M.E., *Padres e hijos... el poder de enfermar al otro. Curar desde la vivencia*, pp. 161-192, CABA, Lugar Editorial.
- GODINHO, P.(2020). 'El descubrimiento de García Badaracco: de la Psiquiatría a la Historia del Futuro', 289-299, in Mitre, M. E. *Diez años después: homenaje a García Badaracco.1*, ed. CABA: Ditem.
- GOLEMAN, D. (1998). *Werken met emotionele intelligentie*, New York, NY Bantam Books.
- GUSTEIN, A. J. & SVIOKLA, G. (2018). '7 Competences that aren't about to be automated' in *Harvard Business Review*, 7 juli 2018.
- HANSEN, T. (2013). *De generalistische benadering van conflictoplossing*. Plymouth, Lexington.
- ISFOL, FELICE, A. & D'AGOSTINO L. (eds.) (2013). *Le competenze trasversali nelle équipe della salute mentale*, Rome, Isfol, <https://isfoloa.isfol.it/xmlui/handle/123456789/1403>>.
- JONES, M. (1953). *De therapeutische gemeenschap*, New York, Basic Books.
- KIRSCHNER, P., KIRSCHNER, F., SWEKLLER, J. & ZAMBRANO R. J. (2018). 'From Cognitive Load Theory to Collaborative Cognitive Load Theory' in *International Journal of Computer-Supported Collaborative Learning*, 13:2, 213-233.
- LANZARA G.F. (1993). *Negatief vermogen: ontwerpcompetentie en interventiemodellen in organisaties*, Bologna, il Mulino.
- LE BOTERF, G. (1990). *De la compétence: Essai sur un attracteur étrange*, Parijs, D'Organisation.
- LE BOTERF, G. (1997). *Compétentie en professionele navigatie*, Parijs, D'Organisation.
- LE BOTERF, G. (1998). *L'ingénieries des compétences*, Parijs, D'Organisation.
- LE BOTERF, G. (2002). "De quel concept de compétences avons-nous besoin?", in *Soins Cadre* nr. 41, 20-22.
- LE BOTERF, G. (2008). *Bouwen aan individuele en collectieve competenties*, Napels, Guida.
- LUCAS, R. (2009). *De psychotische golfengte Een psychoanalytisch perspectief voor de psychiatrie*, Londen, Routledge.

- MANSO NETO, I., FIALHO, T., GODINHO, P. & CENTENO, M. J. (2010). Treating and Training: A 30 Year Experience of a Team with a Group-Analytic Framework: Part I. *Groepsanalyse*', 43(1), 50-64. doi:10.1177/0533316409357133. Jane Abercrombie Prijs.
- MANSO NETO, I., FIALHO, T., GODINHO, P. & CENTENO, M. J. (2010). Treating and Training: A 30 Year Experience of a Team with a Group-Analytic Framework: Part II. *Groepsanalyse*', 43(2), 107-126. doi:10.1177/0533316410364727. Jane Abercrombie Prijs.
- MARTINDALE, B.V. (2008). The rehabilitation of psychoanalysis and the family in psychosis: Recovering from blaming' in Gleeson J.F.M., Killackey, E. & Krstev, H. (eds.), *Psychotherapies for the Psychoses*, Londen en New York, Routledge.
- MASCARÓ MASRI, N. (2006). La constitución de un GMF en una institución pública', in Rev. *Avances en Salud Mental Relacional*, Vol. 5, No. 2.
- McCLELLAND, D.C. (1973). Testen op competentie in plaats van intelligentie', in *American Psychologist Association*.
- McCLELLAND, D.C. (1998). 'Competenties identificeren met gedragsgerichte interviews', in *Sage Journals*.
- MITRE, M.E. (2021). *Le voci del silenzio*, Rome, Giovanni Fioriti Editore.
- NARRACCI, A. (2008). Mijn ervaring met de meergezinsgroep', in *Interacties*, 1: 51-73.
- NARRACCI, A. RUSSO, F., ANTONUCCI, A. & MAONE, A. (2015). *Meergezinspsychoanalyse als Esperanto*, Turijn, Antigone Editions.
- NARRACCI, A. ed. (2021). *Da oggetto di intervento a soggetto della propria trasformazione*, Milaan, Bruno Mondadori.
- OESO (2018a). 'Toekomst van onderwijs en competenties: conceptueel leerraamwerk. Conceptnota over constructanalyse. Werkdocument voor 8e informele werkgroepbijeenkomst', Parijs, 29-31 oktober 2018.
- OESO (2019b). *OESO Toekomst van Onderwijs en Competenties 2030. Conceptueel leerkader. Concept Note: Transformative Competencies for 2030*, Parijs OESO.
- Psychologische wetenschap*, Vol. 9, 331-9.
- Psycholoog*, Vol. 28 No. 1, 1-40.
- RAWSON, M. (2000). Leren leren: meer dan een competentieset. *Studies in Hoger Onderwijs*', 25(2), 225-238.
- UNESCO (2013). *Interculturele competenties. Conceptueel en operationeel kader*, Parijs.
- UNESCO (2015b). *Transversale competenties in onderwijsbeleid en -praktijk (Fase I). Onderwijs in Azië en de Stille Oceaan*.
- VAN BOUWEL, J. (2009). Schuld als herstelmotor'. Persoonlijke communicatie over ISPS congres in Kopenhagen, juni 2009.

WIERSEMA, J. A., LICKLIDER, B., THOMPSON, J. R., HENDRICH, S., HAYNES, C. & THOMPSON, K. (2015). "Mindset about Intelligence and Meaningful and Mindful Effort: It's Not My Hardest Class Any More!" in *Learning Communities Research and Practice*, 3(2), 1-17.