Bouwstenen voor een integratieve therapie

***Voor gezinnen met adolescenten*[1][2]**

Men kan het behoud van zijn geschiedenis verzekeren door vooruitgang te boeken
***Nota Belvedere*[3]**

Time present and time past
are both perhaps present in time future,
and time future contained in time past.
T.S. Eliot [4]

1. Inleiding

'Helpt praten over het verleden me/ons dan wel vooruit?' 'Moeten we het niet meer over oplossingen hebben in plaats van altijd over het probleem te praten?' 'Kan ik niet een keertje met je alleen praten, zonder de jongere of het gezin?' En: 'Kan ik eens alleen met de psychotherapeut van mijn dochter/zoon praten om de diagnose te kennen?' Het zijn enkele vragen die zowel cliënten, gezinnen als therapeuten bezig houden en die veel voorkomen in de dagelijkse praktijk. Worden ze niet gesteld, dan zullen ze toch minstens deel uitmaken van de innerlijke dialoog van de cliënten en therapeuten. Het zijn vragen die ons direct tot het hart of de kern van enkele interessante en wezenlijke discussies over (gezins)therapie voeren.

Het doel van dit artikel is om op zoek te gaan naar mogelijke antwoorden op deze vragen, en de theoretische en praktische keuzes die deze antwoorden met zich mee brengen. Deze vragen kunnen we als volgt indelen. Ten eerste zijn er vragen over het evenwicht tussen individuele therapie en systeemtherapie[5]. Bijvoorbeeld: 'Zal ik de ouders of het kind, de jongere afzonderlijk zien of samen?' Ten tweede zijn er vragen met betrekking tot de tijdsdimensie. Bijvoorbeeld: 'Zal ik me meer richten op het verleden, het hier en nu of eerder op de toekomst'? Ten derde zijn er vragen met betrekking tot kennis over het probleem en een mogelijk verband tussen probleem en oplossingen. Bijvoorbeeld: 'Moeten we de oorzaken van het probleem kennen om tot een mogelijke oplossing te komen?' Een vierde vraag tenslotte die we in dit artikel

---

[1] Mijn dank gaat uit naar Ines Van Wauwe, Greet Splingaer, Gerrit Loots en de collega's van De Viersprong voor hun helpende commentaar bij het tot stand komen van deze bijdrage.
[2] *De namen van alle cliënten in dit artikel zijn veranderd uit respect voor de privacy van de gezinsleden en het gezin. Herkenbare details zijn geschrapt, maar de gegevens waarheidsgetrouw.*
[3] Belvedère = Italiaans voor mooi uitzicht.
[4] Uit het gedicht 'Burnt Norton', deel van de 'Four Quartets'
[5] In deze tekst zal gezinstherapie, familietherapie en systeemtherapie naast elkaar gebruikt worden. Met gezin wordt evenwel kerngezin bedoeld, met familie de ruimere familiecontext en systeem of systemen doelt op de ruimere context: familie, buren, vrienden, school, therapeutische systemen…

zullen behandelen betreft de werking van een multidiciplinair team en wetenschappelijke kennis. Vragen zoals 'Wie van het team mag er bij de gesprekken met het gezin betrokken worden, en wanneer?' en 'Helpen diagnose en/of kennis van ziektebeelden jongeren en gezinnen wel vooruit?'

Hoewel elke therapeut en elk gezin geconfronteerd wordt met deze vragen en het belangrijk is van hier keuzes in te maken, hoeven deze keuzes in onze ogen niet exclusief te zijn. Deze bijdrage wil dan ook een pleidooi houden voor een zinvolle integratie, zowel wat betreft de tijdsoriëntatie, het individueel en systeemgericht werken, probleem-en oplossingsgericht werken, als voor een soepele teamwerking waarin dynamische diagnosen hun plaats kunnen krijgen. Dit in de lijn van recente literatuur en evidentie voor een en/en (both/and) paradigma, eerder dan een of/of benadering (Anderson & Gehart 2007, Bertolino & O'Hanlon 2002, Bertolino 2003, Friedman 1995, Hillewaere & Jordan in voorbereiding, Larner 2003, 2004, Wilden 1972). Deze vragen kunnen ook niet los gezien worden van de context waarin ze gesteld worden. Gestart wordt daarom met een korte historische situering en beschrijving van de ontwikkeling van de therapeutische manier van werken in de Klinische Psychotherapie voor Adolescenten, kortweg KPA, van het Psychotherapeutisch Centrum 'De Viersprong' te Halsteren, Nederland. Dit tegen de achtergrond van de recente ontwikkelingen in de (systeem)therapie. Met name de postmoderne stromingen in de systeemtherapie zorgden voor een bijzondere inspiratie – en bouwstenen - in onze manier van werken. Reden waarom we deze postmoderne stromingen en de invloed op ons werk ook uitvoerig zullen toelichten. Om vervolgens over te gaan tot mogelijke antwoorden op de hoger geformuleerde vragen en een aanzet tot integratie. Antwoorden die concrete vorm krijgen binnen de praktijk van het jeugdcircuit van het PTC De Viersprong (De Viersprong 2005, Hillewaere 2006, Hillewaere & Lefevere de Ten Hove 2006, Hillewaere e.a. 2007, Van Gerwen & Sebregts 2005). De bijdrage sluit af met enkele kritische beschouwingen en ideeën voor toekomstige ontwikkelingen.

2. *Veranderend paradigma in de systeemtherapie: van modern naar postmodern*

Today, psychologists have a favorite word, and that word is maladjusted. I tell you today that there are some things in our social system to which I am proud to be maladjusted.
Martin Luther King, Jr.

De historische context van het psychotherapeutisch centrum 'de Viersprong'

De Viersprong is als Psychotherapeutisch Centrum reeds van bij haar ontstaan in 1957 altijderg gericht geweest op het aanbieden van een corrigerend milieu voor de persoon of het individu in moeilijkheden. Vanuit de ideeën omtrent de therapeutische gemeenschap wilde het domein een kans tot herbronning en correctie bieden, weg van het stresserende en mogelijk negatieve relationele netwerk. Het overheersende therapiemodel op de KPA was tot de jaren negentig vooral van reconstructieve aard: op inzicht gerichte psychotherapie met bijzondere aandacht voor de problemen uit het verleden, voornamelijk vanuit een psychodynamische traditie (zie Van Gerwen & Sebregts 2005). Deze afscherming en reconstructieve manier van werken had evenwel

ook een keerzijde: er ontstond gevaar tot vervreemding en het gezin en de omgeving evolueerde meestal anders dan de jongere, waardoor er zich vooral na de opname dikwijls grote afstemmingsmoeilijkheden voordeden (Hillewaere e.a. 2007). Hoewel reeds van bij het begin het belang van het gezin en de omgeving erkend werd en gezinstherapie een deel uitmaakte van de behandeling, nam deze gezinstherapie en de therapie gericht op systemen rondom de adolescent tot begin jaren negentig toch zeker geen prominente plaats in.

Deze therapeutische manier van werken kan niet anders dan gezien worden tegen de achtergrond van een bredere historische psychotherapeutische context. Meerdere auteurs spreken in dit verband van een modern paradigma, tegenover het postmodern paradigma dat eind jaren zeventig zijn ingang vond in de (systeem)therapie. Voor een goed overzicht van het moderne paradigma en de kritiek vanuit postmoderne stromingen wordt verwezen naar Anderson (1997), Anderson & Gehart (2007), Bertolino & O'Hanlon (2002) Dallos & Draper (2005) en Freedman & Combs (1996). In het Nederlands zijn er de heldere en inzichtelijke publicaties van Rober (1997, 2002). We zetten hier enkele ideeën en kritieken die relevant zijn voor deze uiteenzetting op een rijtje.

Het moderne paradigma en de kritiek vanuit postmoderne richtingen

People do not present pathologies that need to be removed trough some scientific process. They share stories that need to be honoured.
Charles Waldegrave

Het onderscheid tussen modern en postmodern in psychotherapie is ondermeer uitgewerkt door Kenneth Gergen (Gergen & Kaye 1992) en Anderson (1997, 2007) en bouwt voort op de concepten van modernisme en postmodernisme in de filosofie. Eén van de belangrijke basisassumpties van het moderne denken is dat objectieve kennis van de realiteit en de externe wereld mogelijk is.

Harlene Anderson, een belangrijke postmoderne auteur in de familietherapie, omschrijft het moderne paradigma als volgt: 'Kennis is (in het moderne paradigma) representatief voor een objectieve wereld, en bestaat onafhankelijk van het verstand en van gevoelens; deze kan door het subject geobserveerd en geverifieerd worden en is universeel en cumulatief. Uit deze kennis ontstaan grote en overkoepelende theorieën en modernisme wordt aldus een éénstemmig discours, waarin de 'waarheid' overheerst en stabiliteit erg gevaloriseerd wordt' (Anderson 1997 p30)[6]. Hoewel zij dit minder expliciet tellen dan een aantal andere postmoderne auteurs (ondermeer de Shazer 1991, 1994, de Shazer & Berg 1992, Nylund 1997) zullen Anderson en Gergen ook het psychoanalytische model bekritiseren. Vooral wanneer dit model uitgaat van een objectiverend waarheidsdenken en zich eenzijdig op het individu richt. Kenneth Gergen formuleert het als volgt: '*Too much attention to individual units leads to blindness of relationship'* (Gergen 1999 p 18). Overigens richten de kritische beschouwingen van deze auteurs zich niet enkel op de psychoanalyse, maar evenzeer op andere moderne benaderingen, inclusief eerdere systeemtheoretische richtingen. Een goed praktijkvoorbeeld van een dergelijke meer objectiverende benadering in de

[6] 'Knowledge is representative of an objective world, existing independently of the mind and feelings; is subjectively observable and verifiable; and is universal and cumulative. Out of this knowledge evolve grand overarching generalizable theories; thus, modernism becomes a monovocal discourse in which the 'thruth' dominates and stability is valued. ' (Anderson 1977 p 30, eigen vertaling).

systeemtherapie was het eenzijdige gebruik van de '*one way screen'* of doorkijkspiegel. Hierbij formuleerden therapeuten achter de spiegel eenzijdige hypothesen omtrent mogelijke disfuncties of disfunctionele patronen in het gezin, om vervolgens deze hypothesen om te zetten in strategische interventies of paradoxale interventies en mee te delen aan het gezin (zie Anderson & Gehart 2006, Andersen 1991, 1995, Freedman & Combs 2006, Friedman 1995).

Zowel Anderson als Gergen, onder anderen, verwerpen ook de hiërarchische en afstandelijke positie van de therapeut in de moderne psychotherapeutische richtingen. Anderson schrijft hierover het volgende: 'Vanuit een modern perspectief is kennis, en van daaruit waarheid pyramidaal: het vormt (construeert) een hiërarchie. Een therapeut, als een vertegenwoordiger van een dominant sociaal en cultureel discours, is iemand die het menselijke verhaal kent en weet hoe dat verhaal er zou moeten uitzien. Dit *Therapeutisch weten,* gevoed door professionele en persoonlijke theorieën, vooroordelen en ervaringen, gedraagt zich als een structuur die de kennis waarmee een therapeut de therapieruimte instapt voorstructureert en de kennis van een cliënt daarmee overstijgt. Een therapeut wordt een meester in observeren, onthullen en deconstrueren van het verhaal (van de cliënt) zoals dit *echt* is, en zoals het *zou moeten* zijn 'Anderson 1997 p 31)[7]. Kennis, macht en taal kunnen volgens postmoderne auteurs niet los van elkaar gezien en de kritiek op het taalgebruik van moderne therapierichtingen is niet mals. Onder meer het taalgebruik in diagnosen en therapeutische verslaggeving moet het ontgelden, waarbij vooral het vervreemdende en pathologiserende karakter geviseerd wordt. Dit wordt bijvoorbeeld scherp geformuleerd in een artikel van Gergen, Hoffman & Anderson (1995), met de veelzeggende titel: *'Is diagnosis a disaster: a constructionist trialogue'*. Hierin sgellen de auteurs dat de taal en het taalgebruik in moderne diagnosen en therapieën onpersoonlijk is en voorbij gaat aan het unieke karakter van elke persoon en elke situatie.

Zoals gesteld zullen andere postmoderne auteurs zoals de Shazer (1991, 1994, de Shazer & Berg 1992) het psychoanalytische en reconstructieve model nog explicieter bekritiseren en zelfs verwerpen. De Shazer (1994) bespreekt het werk van Freud en Lacan en heeft vooral kritiek op het structuralistische karakter waarmee Freud en Lacan met taal omgaan en gesprekstherapie vorm geven. Zo gaat volgens de Shazer Lacan, voortbouwend op de Franse taalstructuralist de Saussure (1916 herdruk 1996), er ten onrechte van uit dat de oppervlakte structuur (de gebruikte, uitgesproken of geschreven woorden) kan vertaald worden vanuit de onderliggende dieptestructuur, of het ruimere onbewuste. Dit zou met zich meebrengen dat er *een ware* betekenis of een *waarheid* achter een woord schuilt en ook achterhaald kan worden (de Shazer, 1991, 1994, de Shazer & Berg 1992 p 73). Zoeken naar betekenissen in het oneindige van het onbewuste heeft volgens de Shazer echter geen enkele zin en hij maakt in dit verband een woordspeling wanneer hij het heeft over 'Lacan's (w)hole'. Het Engelse (w)hole, met w (whole), betekent geheel, waar het zonder w (hole) gat of put betekent). 'Dit geheel (of deze put) blijkt vooral een bevreemdende plek te zijn, een zwart gat of bodemloze put die de verschillende pogingen om deze op te vullen

[7] From a modern perspective, knowledge, and therefore truth, is pyramidal: it constructs a hierarchy. A therapist, as a representative of a dominant social and cultural discourse, is the knower of the human story and what that story should be. This *Therapist knowing,* informed by professional and personal theories, biases, and experiences, acts as a forestructure that pre-fixes kowledge that a therapist brings to a therapy room and supersedes a client's knowing. A therapist becomes a master at observing, revealing, and deconstructing the story as it *really* is and *ought* to be' (Anderson 1997 p 31 eigen vertaling).

opslorpt' (de Shazer 19947 p 48)[8]. Met andere woorden: men kan blijven graven in het oneindige van het onbewuste naar die ene betekenisgeving, die bepaalde dieptestructuur die overeenstemt met die welbepaalde oppervlaktestructuur, maar erg bevordelijk is dit alles niet voor cliënten in moeilijkheden. Illustratief voor de verwerping van het psychodynamisch denken zijn ondermeer de titels van de volgende artikels: '*The Death of Resistance'* (De Shazer 1984) en '*Doing Therapy: a Post-Structural Re-Vision*'(de Shazer & Berg 1992). Deze werden gepubliceerd in de meest gezaghebbende tijdschriften binnen Familietherapie, met name respectievelijk '*Family Process'* en '*Journal of Marital and Family Therapy'*.

De kritiek van sommige postmoderne auteurs op het gebruik van objectieve kennis en objectiverend taalgebruik, eenzijdig waarheidsdenken en de positie van de therapeut als hiërchische expert gaat soms erg ver. Slechts weinig stenen uit het moderne huis blijven dan overeind. Het lijkt er dan ook sterk op dat vooral de meest kritische postmoderne auteurs het kind met het badwater willen weggooien. En bovendien is het maar zeer de vraag of ze dit anderstalige kind wel goed begrepen hebben. Het is eveneens moeilijk in te schatten in welke mate deze kritiek ook terecht te noemen is naar bijvoorbeeld de concrete psychotherapeutische praktijk van de adolescentenkliniek in de Viersprong, zoals deze vorm kreeg binnen deze tijdsgeest. Ongetwijfeld zullen er heel wat argumenten op hun plaats zijn geweest, maar een volgende belangrijke vraag dringt zich dan op. Hoe kan men ideeën vanuit postmoderne familietherapeutische stromingen (zie verder) inpassen in een organisatie als de Viersprong? Immers, de Viersprong wordt juist als instelling gedreven door evidentie, evidence-based behandelingen en 'objectieve wetenschappelijke' kennis (Verheul & Kamphuis 2007). Naast de visie en missie van de organisatie zijn er ook heel wat overwegingen vanuit de therapeutische praktijk.

Hoewel het model in de adolescentenkliniek grondig herwerkt en herdacht werd, werd toch besloten van het reconstructieve model niet geheel op zij te schuiven, maar als een onderdeel te beschouwen van een groter geheel en model, naast elementen van supportieve en sociaal-therapeutische aard (Catthoor 2005, Janzig & Lansen 1996, Janzig & Kerstens 1997, Van Gerwen & Sebregts 2005). Ook diagnosevorming en diagnosen vormen hierbij een wezenlijk onderdeel van de intakes en het behandelplan (van Gerwen & Sebregts 2005). Zijn de uitgangspunten of bouwstenen van het postmoderne paradigma evenwel onverzoenbaar met een dergelijk integratief model, waarin plaats is voor diagnosen en terug gekeken kan worden naar het verleden? In onze ogen niet, maar het betekent wel een kritische herdenking en herwerking van een aantal concepten en praktische toepassingen.

3. De postmoderne stromingen en hun invloed op het klinisch werk: Naar een dialoog van mogelijkheden.

To become open to multiple layers of vision is to be both practical and empathic.
Mary Catherine Bateson

Het concept 'postmodernisme' komt van de Franse filosoof Lyotard, die met zijn

[8] This (w)hole turns out to be a rather queer place, a black hole or bottomless pitt that sucks up the various attempts tot plug it (de Shazer 1994 p 48, eigen vertaling)

'condition postmoderne' uit 1979 als één van de grondleggers van het postmodernisme kan aanzien worden. Zoals hoger gesteld is het vooral Kenneth Gergen (Gergen 1999, 2001, Gergen & Kaye 1992) die met zijn ideeën over sociaal constructionisme een grote invloed gehad heeft op de postmoderne ontwikkelingen in de (systeem)therapie. Tegenover het eenheidsdenken van het moderne paradigma plaatsen zowel Lyotard als ondermeer Gergen en Anderson een postmodern alternatief met een veelheid aan realiteiten. Met andere woorden: er bestaat voor postmoderne filosofen, psychologen en psychotherapeuten geen objectieve waarheid of kennis die men kan achterhalen, maar eerder een veelheid aan perspectieven. Een 'paraplu' aan verschillende invalshoeken, theorieën en ideeën (Anderson & Gehart 1997). Anderson formuleert deze veelheid aan perspectieven als volgt. 'Het postmoderne denken richt zich naar *kennis als een breedvormige ('discursive') praktijk,* naar een *veelheid van verhalen, die meer plaats-en contextgebonden zijn, soepel ook in betekenis;* het richt zich naar *een veelheid van benaderingen bij de analyse van subjecten zoals kennis, waarheid, taal, geschiedenis, het zelf en macht.* Het benadrukt de *relationele natuur van kennis* en de *creërende natuur van taal.'* (Anderson 1977 p 36)[9].

Freedman en Combs (1996 p 22) vatten de uitgangspunten van postmoderne therapieën en van het sociaal constructionisme in de volgende vier punten samen: 1) Realiteiten worden sociaal geconstrueerd (vandaar de term sociaal constructionisme); 2) Realiteiten worden gevormd ('*constituted'*, elders '*constructed'*) doorheen taal. 3) Realiteiten worden georganiseerd en onderhouden door narratieven (zie onder) en 4) Er bestaan geen essentiële waarheden. Anderson (Anderson & Gehart 2006), Bertolino & O'Hanlon (2003), Dallos & Draper (2005) en Rober (1997, 2002) komen tot gelijkaardige uitgangspunten, maar voegen er ondermeer nog de volgende aan toe. Elke persoon of individu (be)staat niet op zich, maar vormt zich in taal, dialoog en sociale relaties. Men kan het verhaal van de mens en zijn omgeving proberen te begrijpen door middel van een hermeneutische dialoog (Anderson & Gehart 2006; Rober 2002). De positie van therapeut verandert van deze van een expert naar een gelijkwaardige partner, die erg gericht is op dialoog en samenwerking. De cliënt wordt daarin gezien als co-expert die mee in dialoog op zoek gaat naar betekenisgeving (Anderson & Gehart 2006, Rober 2002) of/en mogelijkheden of mogelijke oplossingen (Bertolino 199, 2003, Bertolino & O'Hanlon 2003). En de taal van het postmoderne tenslotte richt zich meer op mogelijkheden dan op pathologie (Anderson & Gehart 2006; Bertolino & O'Hanlon 2003).

Deze manier van denken en therapeutisch werken kan tegelijkertijd voor een gevoel van bevrijding zorgen (absolute kennis en waarheid bestaat niet en moet dus ook niet nagestreefd worden), maar brengt even goed een berg verwarring met zich mee (hoe kan men dan bepalen wat postmoderne therapie wel is en wat al dan niet werkt in therapie of de klinische praktijk). Voor de kliniek en de samenwerking met de andere therapeuten in het team biedt dit postmoderne paradigma bijgevolg enerzijds heel wat kansen en mogelijkheden. We denken hierbij aan een meer gelijkwaardige positie van verscheidene teamleden en meningen, meer oog voor de gezonde en creatieve aspecten, meer gericht op samenwerking met de cliënt en het systeem. Maar anderzijds brengt het ook risico's en gevaren met zich mee. Bijvoorbeeld: welke

[9] Postmodern thought moves toward knowledge as a discursive practice, toward a plurality of narratives that are more local, contextual, and fluid; it moves toward a multiplicity of approaches to the analysis of subjects such as knowledge, truth, language, history, self, and power. It emphasizes the relational nature of knowledge and the generative nature of language. (Anderson 1977 p 36, eigen vertaling)

gemeenschappelijke visie geeft het team en de gezinnen dan houvast? En: Hoe ver kan je gaan in deze cliënt-georiënteerde aanpak, m.a.w. hoe veel laat je over aan de adolescent en de systemen daar omheen?

Hoewel er een gemeenschappelijke noemer is te vinden tussen de verscheidene postmoderne benaderingen, zijn er toch ook wezenlijke verschillen. Verschillen, die andere theoretische keuzes en praktische accenten met zich meebrengen.Voor de helderheid en volledigheid volgt eerst een (eerder theoretisch) overzicht en een uitwerking van enkele basisideeën van belangrijke postmoderne auteurs (voor een volledig overzicht verwijzen we opnieuw naar de bovenvermelde auteurs). Hierbij zullen we uiteraard vooral aandacht besteden aan hetgeen inmiddels relevant is gebleken voor het therapeutisch werk op de KPA en de keuzes die wij daarin gemaakt hebben. Om vervolgens telkens over te gaan tot de antwoorden op de uitgangsvragen van dit artikel, de concrete en praktische (klinische) toepassingen, zoals uitgewerkt op de KPA en binnen het jeugdcircuit.

Grosso modo kan men de postmoderne richtingen als volgt indelen: 1) De narratieve therapie van White & Epston (White 1991, 1997, White & Epston 1990, White & Morgan 2006); 2) De collaboratieve taalbenadering van Harry Goolishian en Harlene Anderson (Anderson 1997, Anderson & Gehart 2006; Anderson & Goolishian 1988, 1992); 3) het werk van Tom Andersen rondom 'Reflecting Teams' en '*Reflecting Processes*' (Andersen 1987, 1991, 1995; Jensen 2007); 4) De oplossingsgerichte benadering (*Solution-Focused Therapy*) van Steve de Shazer en Insoo Kim Berg (Berg & De Jong 1998; de Shazer 1985, 1988, 1991 & 1994; de Shazer & Dolan 2007) en tenslotte 5) de Collaboratieve en competentiegerichte benaderingen (Bertolino 1999, 2003; O'Hanlon & Bertolino 2003)[10].

Zowel de narratieve therapie van Michael White & David Epston, de collaboratieve taalbenadering van Anderson & Goolishian, als het denken en werk van Tom Andersen worden allen samen ook wel onder de gemeenschappelijke noemer 'narratieve therapieën' ondergebracht (Anderson & Gehart 2007, Rober 1997, 2002). Dit komt omdat deze therapieën zich kenmerken door het grote belang dat gehecht wordt aan betekenis, taal en verhaal (narratief < narrare, verhalen). White & Epston evenals enkele auteurs in hun zorg zullen hierbij *eerder* de metafoor van het *verhaal* ('*narrative*', '*story*'; '*Narrative means to therapeutic ends*', White & Epston 1990) vooropstellen, terwijl Anderson & Goolishian *meer* de nadruk zullen leggen op *taal* ('*language*'; '*Language systems and therapy: an evolving idea*', Goolishian & Anderson 1987), dialoog ('*The reflecting team: dialogues and dialogues about dialogues*', Tom Andersen 1991) en conversatie ('*Conversation, language and possiblitties*', Anderson 1997). Voor de helderheid behandelen we de auteurs afzonderlijk en houden we de hogere indeling aan.

De narratieve therapieën: betekenis, taal, dialoog en verhalen

Our prevailing narratives provide the vocabulary that sets our realities. Our destinies

[10] Overigens worden haast alle postmoderne richtingen ook collaboratief genoemd, omwille van het grote belang dat ze hechten aan de samenwerking met de cliënt(en) en de systemen (Anderson & Gehart 2006, Andersen 1995, de Shazer 1994, Freedman & Combs 1996, O'Hanlon & Bertolino 2003, Rober, 2002)

are opened or closed in terms of the stories that we construct to understand our experiences. [11].
Harry Goolishian

De narratieve therapie van Michael White en David Epston

Michael White zelf formuleert de narratieve metafoor als volgt: 'Doorheen de verslagen die mensen maken over hun eigen leven en over het leven van anderen geven zij zin aan hun ervaringen.(…) de narratieve metafoor stelt voor dat personen hun leven leiden doorheen verhalen – dat deze verhalen vormgevend zijn voor het leven, dat deze reële en niet ingebeelde effecten hebben – dat deze verhalen de structuur van het leven leveren' (White 1997 p 127[12]). Narratieven hebben dus een meervoudig effect: ze kleuren de manier waarop we naar ons leven (en de eigen geschiedenis) (terug)kijken, maar kleuren eveneens onze waarneming waarmee we ons naar nieuwe gebeurtenissen richten. Een eenvoudig voorbeeld kan dit duidelijk maken. Een gezin dat zichzelf voornamelijk als slachtoffer ziet van een reeks gebeurtenissen (verlies van ouders, ongunstige economische situatie, traumatische gebeurtenis van dochter,…) zal al sneller zowel het verleden negatief inkleuren (één en al tegenslag, wereld en medemensen als onrechtvaardig,…), het beeld dat het van zichzelf heeft (zelfbeeld én beeld van het gezin als slachtoffer en gebrek aan competentie of weerbaarheid), als de manier waarop zich nieuwe situaties aandienen (bijzondere aandacht voor negatieve gebeurtenissen). Michael White spreekt in dit verband ook wel van een *dominant verhaal* of meer specifiek in deze context een *probleemgesatureerd verhaal (problemsaturated story)* (White & Epston 1990). Bij een probleemgesatureerd verhaal onstaat er een inperking aan betekenisgeving en keuzevrijheid, een convergente manier van denken, kijken en praten, waardoor men steeds weer op hetzelfde punt uit komt.

Erg herkenbaar en een veel voorkomend probleemverhaal van gezinnen met adolescenten die zich aandienen op de KPA, en wellicht van heel wat gezinnen met adolescenten: de ouders vinden dat hun jongere een bepaald probleemgedrag stelt, die spanningen in het gezin veroorzaakt, terwijl de jongere op zijn beurt vindt dat de ouders door bepaald controlerend of autoritair gedrag probleemgedrag uitlokken, en het bijgevolg aan de ouders is om de veranderen. De macht die hierbij van een dergelijk dominant verhaal uitgaat is erg risicovol, evenals het gevaar om in één kamp of één waarheid verzeild te geraken. Eén van de belangrijkste uitdagingen in therapie bestaat er volgens White in om dit verhaal als *enige* betekenisgeving in vraag te stellen en van een rijkere betekeniscontext te voorzien. Dit proces van in vraag stellen noemt hij, in navolging van enkele Franse filosofen, 'deconstructie', wat hij als volgt invult: 'Volgens mijn eerder ruime definitie heeft deconstructie te maken met procedures die van-zelf-sprekende realiteiten en praktijken omverwerpen' (White 1997 p 125)[13].

White spreekt verder nog over 'rijke beschrijvingen' ('*rich'descriptions*) die verwijzen naar de ruimere, rijkere contextverhalen, als tegengesteld aan de 'dunne

---

[11]. *Onze overheersende narratieven voorzien de woordenschat waarmee we onze realiteiten opbouwen. Onze bestemmingen worden geopend of gesloten in de termen van de verhalen die we gebruiken om onze ervaringen te begrijpen.* Harry Goolishian, geciteerd in Freedman & Combs 1996 p 77. (eigen vert.)

[12] Vertaling Lieven Migerode. Oorspronkelijke tekst: White 1991 p 28.

[13] Vertaling Lieven Migerode. Oorspronkelijke tekst: White 1991 p 26.

beschrijving' ('*thin description*') van het dominante, probleemgestareerde verhaal (White & Epston 1990). Tot slot van deze korte uiteenzetting over White en White & Epston willen we nog wijzen op het concept en de therapeutische techniek van 'externaliserende conversaties', waarmee White & Epston het belang willen aangeven van mens en probleem minstens in de taal niet samen te laten vallen. De mens kan een probleem *hebben* (waardoor men het probleem een externe plaats geeft ten opzichte van de persoon), maar hoeft het daarom niet te *zijn.* Het proces en (dynamische) resultaat van deconstructie, externaliserende conversaties en rijkere verhalen is dat mensen opnieuw meer vrijheid en keuzemogelijkheden ervaren in de betekenisgeving over zichzelf, het gezin en de familie en de ruimere omgeving. Om aldus opnieuw meer zelf het leven te gaan leiden in plaats van te lijden of ondergaan, hetgeen White en Epston '*re-authoring*', of opnieuw auteur worden van het eigen levensverhaal noemen. We zullen deze concepten en de therapeutische toepassingen in deel 4 verder uitwerken en illustreren aan de hand van concrete praktijkvoorbeelden.

De collaboratieve taalbenadering van Harry Goolishian en Harlene Anderson

'Een goede conversatie voor mij is wanneer je antwoordt op wat ik gezegd heb, niet op wat je van me denkt.'
Antwoord van een cliënt[14]

Zoals vermeld spelen taal en betekenisgeving eveneens een erg belangrijke rol in het werk van Anderson, Goolishian en Andersen, maar zullen zij nog meer dan White het belang van de dialoog in het hier en nu benadrukken en toelichten. Opvallend is daarbij de inspiratie (en de vele citaten) die zij vonden in het werk van de gekende (taal)filosoof Wittgenstein (1953) en de Russische filosoof Bakhtin (1981).

Taal en kennis worden bij deze filosofen als dialogisch aanzien, als iets dat zich vormt doorheen de gesprekken die mensen met elkaar hebben. En dus niet als iets intrapsychisch of als tekenen, die een mogelijk objectieve waarheid representeren, zoals in de moderne of structuralistische benaderingen (zie ook de Shazer 1994). Taal en woorden krijgen bijgevolg ook slechts betekenis in de concrete dialoog tussen mensen. Zowel Harlene Anderson als Tom Andersen (zie verder) verwijzen veelvuldig naar de volgende veelzeggende citaten van Wittgenstein: 'De betekenis van het woord is in het gebruik er van in de taal' [15], en 'Enkel in de stroom van gedachten en leven krijgen woorden betekenis' [16]. Tegenover het moderne '*cogito ergo sum'* van Descartes plaatst Harlene Anderson (1997) het postmoderne en dialogische '*Communicamus ergo sum*': geen individu of persoon zonder relationele context van dialoog en communicatie.

Taal en de concrete dialoog worden in deze benadering zo belangrijk geacht dat de nadruk vooral op het hier en nu en de unicititeit van de dialoog tussen mensen (cliënten, gezinnen en therapeuten) komt te liggen, dicht bij de woorden en de taal van de mensen. Hierdoor kunnen deze benaderingen vooral procesmatig en cliëntgericht kunnen genoemd worden. Illustratief voor deze bijzondere gerichtheid op de woorden en de taal van de cliënten is het inmiddels bekend geworden concept van '*not-knowing'* of '*niet - weten'* van Anderson & Goolishian (1988). Met dit concept wilden

---

[14] In : Judit Wagner – Conversation, language and the written word.

[15] 'The meaning of a word is its use in the language', Wittgenstein 1953, geciteerd in Shotter 2005 p 111 (eigen vert.)

[16] 'Only in the stream of thought and life do words have meaning', Wittgenstein, 1953 geciteerd in Shotter 2005 p 123 (eigen vert.)

Anderson en Goolishian het grote belang weergeven van zich niet te laten leiden in de therapeutische conversatie door vooringenomen kennis, maar vooral uit te gaan van wat zich op dat moment in de ont-moeting tussen mensen aandient. Dit 'niet weten' is tot op heden een erg belangrijk begrip en inmiddels verder genuanceerd en verfijnd, maar tevens bediscussieerd (Anderson 2005, 2007, Rober 2002, 2005). Het concept heeft inmiddels eveneens ingang gevonden in andere denkkaders, ondermeer enkele recente psychodynamische modellen (ondermeer *Mentalization Based Treatment* van Bateman & Fonagy 2006; zie ook Larner 2000).

Het werk van Tom Andersen rond'Reflecting Teams' en 'Reflecting Processes'

Voor een bijzondere invloed op onze manier van werken heeft ook Tom Andersen gezorgd met zijn ideeën rond *reflecting teams* en *reflecting processes* (Andersen 1987, 1991, 1995, Friedman 1995, Jensen 2007). Een duidelijker symbool voor de drastische verandering van het moderne naar het postmoderne paradigma dan het concept en de praktijk van het '*reflecting team'* is nauwelijks voor te stellen. In '*The Reflecting Team, dialogues and dialogues about the dialogues*' uit 1991 beschrijft Tom Andersen het ontstaan van de idee (begin jaren '80), de praktijk (maart 1985) en het concept van het *reflecting team*, wat resulteerde in een belangrijk en invloedrijk artikel in het vooraanstaande tijdschrift '*Family Process'* in 1987. Het gebruik van een one-way screen (spiegel) was in de jaren zeventig en tachtig een goed ingeburgerde methode binnen de familietherapie, en vooral gekend vanuit de Milanese school rond ondermeer Selvini Palazolli, Boscolo, Cecchin en Prata (Boscolo e.a. 1987, Selvini Palazolli e.a 1980). Ook in de Viersprong is trouwens sedert die tijd een *one-way screen* aanwezig in het therapiegebouw van de adolescentenkliniek. Tom Andersen beschrijft hoe hij zich gecharmeerd voelde door de Milanese manier van voorzichtige, respectvolle vragen stellen (ondermeer neutrale en circulaire vragen, zie Selvini Palazolli e.a. 1980). Maar even goed ongemakkelijk ('*discomfort'*) bij de eenzijdige, bevreemdende conversaties van het therapeutenteam achter de spiegel (conversaties die de cliënten niet konden horen) en de eenzijdig strategische interventies naar de cliënten en het gezin toe (Andersen 1991, 1995). In hun zoektocht naar een minder strategische, meer open en gelijkwaardige con-versatie en dia-loog stelden Tom Andersen en zijn medewerkers aan de therapeut en het gezin voor om de reflecties en gesprekken van het team achter de spiegel mee te volgen.

'Wanneer jullie dit een goed idee vinden' zei hij (een medewerker, BH), 'dan willen we jullie voorstellen dat jullie allen, zowel de familie als de dokter, hier blijven in jullie stoelen. Ons materiaal staat ons toe het licht te dimmen in jullie kamer, en we zullen de lichten aandoen in onze kamer. Zo kunnen jullie ons zien, en wij kunnen jullie dan niet meer zien. We kunnen ook het geluid aanzetten, zodat jullie ons kunnen horen en wij jullie niet meer" (Andersen 1991 p 11)[17]. Deze letterlijke ommekeer in manier van werken, op een erg transparante wijze delen van de reflecties en dialogen van de teamleden achter de spiegel bleek erg bevrijdend, nuttig en zinvol en is tot op heden wereldwijd van grote invloed in het werken met teams en gezinnen. De therapeutische relatie werd veel gelijkwaardiger, vrijer ('*a surprising freedom'*, Andersen 1991 p 12), en meer op samenwerking (collaboratie) gericht.

[17] "If you find that idea of interest," he said, "we suggest that you all, both the family and the doctor, remain in your seats in this room. Our equipment allows us to dim the light in your room, and we will turn on the light in our room. So you can see us, and we cannot see you anymore. We can also switch the sound so that you will hear us, and we will not hear you." (Andersen 1991 p 11) (eigen vert.)

Eén van de helpende factoren in het delen van reflecties en dialogen van het team met het gezin en de therapeut ligt in het feit dat deze laatsten een adempauze kunnen nemen en nieuwe, net iets andere informatie ter beschikking krijgen: 'Het Franse *réflexion,* dat dezelfde betekenis heeft als het Noorse 'refleksjon', betekent: iets wat men hoort wordt eerst in gedachten overwogen, alvorens men een antwoord geeft'(Andersen 1991 p 12)[18]. De input van nieuwe informatie bezorgt een gezin en de therapeut die vast komen te zitten ('*standstill'* of '*stuck'* system) de mogelijkheid om opnieuw in beweging te komen. Andersen (bijv.1991 p 12 & 17, 1995 p 15) verwijst in deze context wat graag naar een bekend citaat van Bateson: '*a difference that makes a difference*' (Bateson 1972 p 453). Voorwaarde voor een helpende verandering is dat de reflecties van het team respectvol en uitnodigend geformuleerd worden, aansluiten bij het proces van de therapeuten en de cliënt(en) en net genoeg verschil inbrengen. 'Wat net gepast ongewoon is zorgt voor een verschil' (Andersen 1995 p 15)[19]. Het '*Reflecting team'* is zoals gezegd een inmiddels in ruimere (familie)therapie erg gekend concept en techniek, maar het moge duidelijk zijn dat het meer om het reflectieve proces dan om de techniek gaat. Zoals Davis en Lax (1991 p 1) het uitdrukken: 'De kracht van van de reflectieve idee ligt niet zozeer in het veranderen van ruimtes, maar veeleer in het veranderen van perspectieven.'[20] In (latere) publicaties zal Andersen trouwens nog uitdrukkelijker de nadruk gaan leggen op het reflectieve proces in zijn geheel, zoals ondermeer blijkt uit de volgende veelzeggende titel: '*Reflecting Processes; Acts of Informing and Forming. You can borrow my eyes, but you must not take them away from me!'* (Andersen 1995).

Het *Reflecting Team* en de ideeën van Tom Andersen omtrent *Reflecting Processes* hebben ook een sterke invloed gekend op ons werk en geleid tot ondermeer een grote(re) transparantie, het delen van reflecties en een grotere aanwezigheid van *alle* teamleden in de conversatie met het gezin, zoals verder duidelijk zal worden. Erg inspirerend zijn ook een hele reeks vragen die Andersen heeft neergeschreven. Bijvoorbeeld vragen omtrent de setting en het team, de geschiedenis van de beslissing om hulp te zoeken, het probleem en het gebruikelijke patroon, vragen die meer helpend zijn en hoop genereren, om maar deze te noemen (zie Andersen 1987, 1991, 1995). Belangrijk om te vermelden hierbij is dat ook deze vragen zeker geen technische voorschriften zijn, maar meer verwijzen naar een attitude, een manier van therapeutisch denken en werken, waarbij authenticiteit en oprechte interesse (gezonde en open nieuwsgierigheid) centraal staan. Het meest belangrijke en uiteindelijke criterium blijft hierbij steeds of het voor de jongere en zijn omgeving, het gezin en de familie nuttig kan zijn, zoals ondermeer mooi af te leiden valt uit volgende vragen: '*which of our listenings, thinking and talking contributions are most helpful?*' (Andersen 1991 p 34). In de gezinsdeeltijdbehandeling voor gezinnen met adolescenten, een programma dat nauw aansluit bij de KPA en waar al dan niet opgenomen jongeren samen met hun gezin voor een intensief dagprogramma aan de slag kunnen, vormt het Reflecting Team en het Reflecting Proces één van de drie grondpeilers van het programma (Hillewaere e.a. 2007).

De oplossingsgerichte en competentiegerichte benaderingen: gericht op krachten en mogelijkheden:

---

[18] The French *réflexion*, having the same meaning as the Norwegian 'réflekjson', means: something heard is taken in and thought about before a response is given. (Andersen 1991 p 12, eigen vert.)

[19] What is appropriately unusual makes a difference. (Andersen 1995 p. 5, eigen vert.)

[20] The power of the reflecting idea is not in the switching of rooms, but in the switching of perpspectives (Davis & Lax 1991 p 1., geciteerd in Freedman & Combs 1996 p 169, eigen vert.)

'Van nature hebben wij geen zwakte die zich niet tot kracht zou kunnen ontwikkelen'
J.W.Goethe

De oplossingsgerichte benadering van Steve de Shazer en Insoo Kim Berg

De oplossingsgerichte benadering of *Solution-Focused (Brief) Therapy* (SF(B)T) ontstond in de jaren zeventig in Milwaukee, een middelgrote stad ten noorden van Chicago. Daar wilde men naar het voorbeeld van het in systeemtherapie gekende en befaamde *Mental Research Institute* (MRI), gelegen in California aan de Westkust van de VS, een veelheid aan wetenschappelijke disciplines bij elkaar brengen om onderzoek te doen naar werkzame factoren in therapie. Toch waren vooral Steve de Shazer en Insoo Kim Berg, die de oplossingsgerichte methodiek ontwikkelden tot de vorm zoals we die nu kennen. Waarbij de Shazer toch vooral de man van de filosofische (Wittgenstein) en theoretische grondslagen (De Shazer 1985, 1988, 1991, 1994) is geworden en Berg meer de concrete therapeutische praktijk is gaan vertegenwoordigen en uitdragen (Berg & Dolan 2002, Berg & Steiner 2004, De Jong & Berg 2004). Een bijzondere inspiratiebron voor hen vormde het therapeutische werk van Milton Erickson (zie bijvoorbeeld Haley 1973, 1985), en zijn invloed kan dan ook moeilijk onderschat worden. Het afwijzen van een allesomvattende theorie over de mens omwille van zijn grote uniciteit, een groot geloof en vertrouwen in de zelfhelende krachten van de mens, respect voor en een creatief gebruik van de symptomen en de taal van de cliënten… het zijn maar enkele belangrijke uitgangspunten die de Shazer en Berg overnamen van Erickson om deze vervolgens verder uit te werken. Veel van hun bevindingen en ideeën kwamen overigens voort uit het concrete werk met cliënten, zo ondermeer de vaststelling dat het niet nodig was om de oorzaken van het probleem te kennen om tot mogelijke oplossingen te komen. Precies deze vaststelling deed hen verwijderen van het MRI, dat bezig was met de beschrijving van 'probleem-onderhoudende patronen' en 'de gevonden oplossing als probleem'.

Het was in reactie tegen deze begrippen en vanuit de hoger vermelde vaststellingen dat de naam '*Solution focused Brief therapy'* vorm kreeg en de nieuwe therapeutische richting geboren werd. 'Brief' of kortdurend vanuit de vaststelling uit hun eigen research dat de eerste acht sessies vaak allesbepalend zijn voor de therapie, maar later genuanceerd tot kortdurend in de betekenis van 'niet langer dan nodig'. Overigens is ook de term 'oplossingsgericht' wat ongelukkig gekozen en dekt de vlag lang niet helemaal de lading. Het gaat immers niet zo zeer om oplossingen, maar veeleer om de mogelijkheden en krachten, hulpbronnen ('*resources'*) waarover de cliënten zelf beschikken om tot oplossingen te komen. De volgende uitspraak van Insoo Kim Berg illustreert treffend het om gaat: 'We willen geen cafetaria zijn met instant maaltijden of oplossingen voor de mensen, we willen de mensen zelf leren koken en hen helpen om zelf naar passende oplossingen te zoeken.'(Berg 2006). Doorheen de jaren kwam de oplossingsgerichte benadering tot de volgende uitganspunten: (1) Mogelijke oplossingen zijn niet noodzakelijk rechtstreeks gelinkt aan de problemen; (2) De taal voor het komen tot oplossingen is verschillend van wat nodig is om een probleem te beschrijven; (3) Grijp niet in op wat niet het probleem is of niet de hulpvraag van de cliënt; (4) doe meer van wat reeds (goed) werkt (behoud de werkzame coping); (5) verander wat niet goed werkt ('*do something different'*); (6) Geen enkel probleem doet zich altijd (in alle omstandigheden) voor, er zijn altijd uitzonderingen waarvan men nuttig gebruik kan maken; (7) kleine wijzigingen kunnen tot grote veranderingen

leiden; en tenslotte (8) de toekomst is bespreekbaar en beïnvloedbaar (de Shazer & Dolan 2007 p 1-3).

Ondermeer het belang van taal (bijvoorbeeld veel aandacht voor de kunst van het vragen stellen) en de invloed van Wittgenstein (taal als middel in de concrete dialoog) zorgen voor gemeenschappelijke raakvlakken met de narratieve benaderingen. Ook de sterke cliëntgerichte benadering en de gerichtheid op '*A small difference that can make a difference'*, op kleine werkbare veranderingen vinden we in beide richtingen terug. Maar de oplossingsgerichte benadering is veel pragmatischer, minder op reflectie en meer op concrete gedragsveranderingen en werkzame technieken gericht, en bovendien duidelijker georiënteerd op de toekomstsdimensie (Berg 2006, Hillewaere 2007). Dat biedt enerzijds erg waardevolle en concrete handvatten, vaak minder aanwezig in de narratieve stromingen. Precies daarom zijn deze benaderingen in onze ogen juist erg complementair. Maar de theorie en het model zorgen ook voor beperkingen, die we hieronder verder zullen toelichten en uitwerken. Tot de meest gekende technieken uit het oplossingsgerichte model behoren de uitzonderingsvragen, de coping-of behoudsvragen, de wondervraag, het gebruik van doelstellingen en schaalvragen (voor een overzicht en beschrijving zie Berg & De Jong 1998, Berg & Dolan 2002, Berg & Steiner 2003, de Shazer 1991, 1994, Miller, Hubble & Duncan 1996).

Het oplossingsgerichte model is in Nederland, meer dan in Vlaanderen, sterk verspreid en geïmplementeerd, ondermeer in de verschillende gezinsbehandelingsvormen (waaronder ook de Viersprong, Hillewaere e.a. 2007). Het oplossingsgerichte vormt hierbij steeds een wezenlijk onderdeel, wellicht omwille van het concrete karakter en de gerichtheid op de eigen krachten en hulpbronnen van de gezinnen. Het geloof in en het aanspreken van de eigen krachten en mogelijkheden van de jongeren en de gezinnen, het beroep doen op de eigen hulpbronnen en het belang van concrete gedragsveranderingen is iets wat ook duidelijk aanwezig is in het therapeutische werk op de KPA (Boonstra & Hillewaere 2005, De Viersprong 2005, Hillewaere 2006, Hillewaere & Lefevere de Ten Hove 2006).

De competentiegerichte benaderingen

Sommige uitgangspunten uit de oplossingsgerichte benadering die omwille van hun dogmatisch karakter andere invloeden vrijwel uitsluiten, delen we echter niet. Bij voorbeeld denken we aan de geringe aandacht voor elementen uit het verleden en de stelling dat kennis van het probleem niet nodig is om tot een oplossing te komen. Daarom kiezen we in ons model of onze aanpak dan ook meer voor een benadering die andere invloeden, zoals de narratieve benadering en bijvoorbeeld kennis omtrent ontwikkelingspsychologie en (ontwikkelings)psychopathologie niet uitsluit maar juist poogt te integreren. Dit ruimere en meer open kader kan men terugvinden bij bijvoorbeeld Miller, Hubble & Duncan (1996) het werk van Bertolino (1999, 2003), Bertolino en O'Hanlon (Bertolino & O'Hanlon 2002; O'Hanlon en Bertolino 1998) en Selekman (1997, 2005). Bertolino bijvoorbeeld noemt zijn benadering trouwens ook 'veranderingsgericht' (*Change-oriented therapy with adolescents and Young adults,* Bertolino 2003) of 'collaboratief' en 'competentiegericht' (*Collaborative, competency-based counseling and therapy*, Bertolino & O'Hanlon 2002). De voorbeelden uit de concrete praktijk, zoals hieronder uitgewerkt, zullen verder duidelijk maken waar deze benaderingen voor staan en hoe we deze in onze werkwijze inpassen.

4. De concrete praktijk: een aanzet tot integratie en antwoorden

Naar een ethiek van gastvrijheid tussen familietherapie en adolescentenhulpverlening
Glenn Larner

De veranderende context in het jeugdcircuit van De Viersprong :

Net als de veranderingen in de systeemtherapeutische wereld stond ook de therapeutische manier van werken en denken in de Viersprong uiteraard niet stil. Parallel aan een herziening en verbreding van het behandelmodel zoals hierboven beschreven vond er ook een verruiming van de systeemvisie- en benadering plaats. Deze groeiende aandacht voor en oriëntatie op de omgeving uitte zich ondermeer in de invoering van een schoolprogramma, de limitering van de behandelduur tot maximaal één jaar (het betreffen steeds vrijwillige opnames), het organiseren van informatieavonden en contactdagen (voor vrienden en familie), en een groter accent op de eindfase ter verbetering van de resocialisatie. Deze eindfase start steeds met een toekomstgesprek waarin, naast de systeemtherapeut en de persoonlijke begeleider van de jongere, ook de begeleidende leerkracht van school wordt uitgenodigd en de ouders, pleegouders of verzorgers (Boonstra & Hillewaere 2005, van Gerwen & Sebregts 2005). Het multidisciplinaire team op de KPA bestaat momenteel uit een gezinstherapeut, twee psychologen – psychotherapeuten, die zowel individuele als groepstherapie geven (en waarvan één tevens de teamleider is), een aantal sociotherapeuten, die telkens ook het persoonlijk begeleidersschap van een jongere op zich nemen (en waarvan één de coördinator is), twee vaktherapeuten en tenslotte een maatschappelijk werker of iemand met een SPW (sociaal psychiatrisch werker)diploma. Er zijn twee dergelijke multidisciplinaire teams, met telkens twee groepen van een tiental jongeren, dus in totaal vier groepen van tien jongeren. Er is één psychiater voor deze veertig jongeren en voor het grotere geheel is milieutherapie tot op heden nog steeds een overkoepelend therapeutisch principe (Catthoor 2005). Naast de individuele intakes kwamen gezinsintakes steeds meer centraal te staan, het aantal uren systeemtherapie werd uitgebreid, er ontstonden groepsgesprekken voor ouders (of ouderavonden, Boonstra & Hillewaere 2005), een deeltijdprogramma voor adolescenten en een gezinsdeeltijdprogramma voor een meer intensieve gezinsbenadering, al dan niet gecombineerd met een klinische opname van de adolescent. Deze gezinsdeeltijdbehandeling is gebaseerd op principes vanuit Multi Family Therapy, de oplossingsgerichte benadering en een *reflecting team* (Hillewaere e.a. 2007). Naast de KPA en de gezinsdeeltijdbehandeling zijn er bovendien de sterk systeemgerichte programma's voor forensische jeugdproblematiek, zoals *Functional Family Therapy* (FFT) en *Multi System Therapy* (MST).

Met deze groei en nieuwe ideeën stelde zich nog meer de vraag hoe de systeembenadering best gecombineerd wordt met de individuele–en groepstherapieën, en hoe ideeën uit de postmoderne stromingen zich laten integreren binnen de huidige behandelvorm van de KPA en het jeugdcircuit. De Australische gezinstherapeut Larner (2003) spreekt in dit verband over 'een ethiek van gastvrijheid', een in onze ogen erg mooi idee en concept. Larner pleit hiermee voor een dialoog en openheid voor een integratie tussen (postmoderne) gezinstherapeutische therapieën en meer op

individuele en groepstherapieën gerichte modellen, zoals ondermeer de psychodynamische therapie, de gedragstherapie en cliënt-centertherapie. We zullen hier onder zo veel als mogelijk duidelijk maken hoe we de hoger vermelde postmoderne bouwstenen integreren in onze benadering, en ook waar we er onze eigen ideeën aan toevoegen. Want zoals het gezegde luidt, de '*proof of the puidding is in the eating*', of de praktijk is de beste toetssteen voor de theoretische concepten en een mogelijk antwoord op de hoger gestelde vragen. Vermits de basisvragen van dit artikel onvermijdelijk reeds tijdens de eerste gesprekken aan bod komen, zal de klemtoon dan ook voornamelijk hierop komen te liggen.

De eerste gesprekken: vanuit een veilig klimaat naar een open dialoog met het gezin over verleden, heden en toekomst, mogelijkheden en moeilijkheden:

The ethical imperative: Act always to increase the number of choices.
Heinz von Foerster

De dialoog samen met het gezin

In de eerste fase van familietherapie is, overigens net zoals in de meeste therapieën, het creëren van een veilig klimaat en het aangaan van een goede werkalliantie één van de belangrijkste sleutelmomenten en (succes)factoren in het therapeutisch proces (ondermeer Bertolino & O'Hanlon 2002, Byng-Hall 1995a, 1995b, Larner 2000, 2003, Rober 1998, 2002).

In de eerste gesprekken bieden we het gezin de gelegenheid om, ondermeer door middel van een tijdslijn en een genogram, ruim aandacht te besteden aan het probleem waarvoor het gezin zich heeft aangemeld. Maar daarnaast eveneens voor andere verhalen, zoals de manier waarop ze voordien met moeilijkheden zijn omgegaan, de hulpbronnen, kwaliteiten, krachten en mogelijkheden van het gezin, de (intergenerationele) familie en de ruimere context (Hillewaere 2006, Hillewaere & Jordan, in voorbereiding, Hillewaere & Lefevere de Ten Hove 2006). Het gebruik van een genogram of stamboom is een in systeemtherapeutische middens inmiddels klassiek geworden instrument. Het werd oorspronkelijk vooral gebruikt als diagnostisch middel om de familiegeschiedenis in kaart te brengen en mogelijke verbanden te leggen tussen de aangemelde problematiek en de bredere familiecontext, of om bepaalde relaties of terugkerende problemen opnieuw onder de aandacht te brengen (zie McGoldrick & Gerson,1985 voor een goed overzicht). De overheersende literatuur was hierbij eerder vanuit een modern paradigma, waarin men door het gebruik van uniforme symbolen één taal maar ook één structuurbenadering, één waarheid probeert te na te streven (zie McGoldrick & Gerson 1985). De aandacht voor de therapeutische mogelijkheden is eerder van vrij recente aard (McGoldrick, Gerson. & Shellenberger 1999) en verrassend genoeg is er slechts bijzonder weinig literatuur over postmoderne toepassingen bij het gebruik van genogrammen verschenen (Hillewaere & Jordan, in voorbereiding).

Een eerste belangrijke verandering die plaats vond in onze manier van werken was het verschuiven van een meer eenzijdig diagnostisch perspectief naar een collaboratief therapeutisch perspectief: het genogram ontstaat in dialoog met het gezin. Symbolisch voor deze verandering in perspectief is dat we het genogram door het gezin zelf laten optekenen, waardoor deze de kans krijgen om zelf auteur te blijven, of opnieuw meer te worden ('*re-authoring'*, Michael White) van hun eigen geschiedenis en het

eventuele dominante probleemverhaal te plaatsen binnen een context van andere, rijke(re) verhaallijnen (White & Epston 1990). Reeds van bij de gezinsintake maken we hierbij duidelijk dat we het erg op prijs stellen en belangrijk vinden dat er zo veel mogelijk leden van het gezin mee op gesprek komen. Dit omdat een opname ook grote invloed heeft op het gezin en de omgeving en het feit dat de moeilijkheden van de jongere niet los kunnen gezien worden van de relaties in het gezin (Andolfi 1995, Splingaer 2003). Zeker in de leeftijdsfase van een gezin met een adolescent is het belang van afstemming tussen jongere en gezin erg groot (Preto 1989). Bovendien blijkt het gezin een sleutelelement ze zijn voor een succesvolle behandeling en gunstige follow-up na de behandeling (Hutsebaut 2005). Hierin verschillen we in de behandelvisie van de KPA duidelijk van mening met bijvoorbeeld de erg pragmatische opstelling van de oplossingsgerichte benadering, waarin de cliënt(en) zo goed als volledig zelf bepalen wie meekomt of niet (De Jong en Berg 2004, de Shazer 1991, 1994).

Bij het samenstellen van het genogram vragen we meestal de toestemming aan de ouders om met de kinderen (jongeren) te mogen beginnen. Hiermee erkennen we de ouders hun gezag en mobiliseren we de probleemjongere door zelf op te tekenen om het eigen veranderingsproces in handen te nemen. Broers of zussen zorgen niet zelden voor andere, rijkere verhaallijnen en verruiming van perspectief. Jonge kinderen zijn over het algemeen erg open en spreken over hun familie op een leuke en humoristische manier. Bovendien zijn het bruikbare gidsen in het op zoek gaan naar positieve krachten, personen, relaties of mogelijkheden (Andolfi, Angelo & de Nichilo 1989, Berg & Steiner 2003, Carr, 1994, 2003, Rober 1998, 2002, Splingaer 2003). Ouders zijn ook vaak verbaasd en trots over de kennis en de anekdotes die hun kinderen over hun gezin van herkomst hebben. Enkele voorbeelden van vragen die wij gebruiken bij het opstellen van een genogram zijn: 'Om jullie beter te begrijpen zouden we graag even naar jullie gezin kijken en naar die van jullie moeder en vader'. Of een meer oplossingsgerichte opening: 'We zouden jullie willen uitnodigen om samen naar jullie familie te kijken, zo leren we jullie beter kennen en kunnen we samen kijken welke mogelijkheden er in jullie familie aanwezig zijn, mogelijkheden die kunnen helpen om de moeilijkheden waarvoor jullie hier zijn beter aan te pakken.' Dergelijke vragen getuigen van een respectvolle nieuwsgierigheid (Cecchin 1987, Andersen 1987, 1991, Smith & Nyland 1997), een oprechte interesse voor het gezin en al de gezinsleden. Een houding waarin betekenissen niet op voorhand vastliggen, maar samen met het gezin gecreëerd worden, een houding die Anderson & Goolishian (1988) vanuit de collaboratieve taalbenadering zouden benoemen als '*not-knowing'* .

Er is in onze ogen nog een bijkomend argument uit een ander denkkader om met zo veel mogelijk gezinsleden samen in gesprek te gaan. Het samen reflecteren en in dialoog gaan over de eigen familiegeschiedenis draagt bij tot een beter begrip, niet enkel van zichzelf, maar ook van de anderen en kan erg bevorderend zijn voor de hechtingsprocessen binnen het gezin. Kunnen stilstaan bij de eigen innerlijke leefwereld, zich kunnen inleven in deze van een ander, en daarover kunnen reflecteren werd door Fonagy en medewerkers 'mentaliseren' genoemd (Fonagy e.a. 2002, Allen & Fonagy 2006). In een artikel in *Family Process* van 2002 proberen ze deze processen ook te vertalen naar systemische concepten en spreken in dit verband over '*shared frames of representations of emotions, cognitions and behaviors'*(Hill, Fonagy e.a. 2002 p 212). Waarbij het gaat over het feit of een gezin een gemeenschappelijke taal kan ontwikkelen, of ze om dezelfde dingen kunnen lachen, dezelfde pijnpunten met elkaar kunnen delen, elkaar een zelfde veilige gehechtheid kunnen bezorgen. Ook hier kan de therapeut door vragen te stellen dit proces van

mentaliseren helpen faciliteren. Vragen als: 'Heb jij een idee wat A hiermee bedoelt en hoe dit voor hem/ haar was? Hoe voelde elk van jullie zich bij gebeurtenis X?' En een meer circulaire vraag: 'Hoe was het voor B toen A zich zo voelde? Deze vragen helpen zowel betekenissen te verduidelijken als nieuwe, al dan niet gemeenschappelijke betekenissen te creëren. Zoals hoger vermeld schrijven ook Bateman en Fonagy (2006) en andere meer psychodynamische auteurs (zie Larner 2000) in dit verband over een houding van 'niet-weten' in therapie. Ook de link tusen het '*reflecting process'* van Tom Andersen en wat Fonagy e.a. als 'reflectieve functie' omschrijven ligt hierbij voor de hand. De Reflectieve functie verwijst naar de mogelijkheid tot gehechtheids-gerelateerd te mentaliseren, zich in te leven in een ander (Fonagy e.a. 2002, Allen & Fonagy 2006).

Er is trouwens een groeiend aantal publicaties over een integratie tussen het gehechtheidspradigma en Familietherapie (zie Erdman & Caffery 2003, Govaerts, in druk; Johnson & Whiffen 2003). Sommigen spreken in deze context zelfs over narratieve gehechtheidstherapie ('*Attachment Narrative Therapy'*, Bohanek e.a. 2006, Dallos 2006, Larner 1996, May 2005). Deze publicaties vormen voor ons een goede aanvulling op mogelijke lacunes in de postmoderne stromingen. Bij mogelijke lacunes denken we hier bijvoorbeeld aan de onderbelichting van de rol van emoties in de oplossingsgerichte benaderingen (Lipchik 2002, Piercy e.a. 2000, Schwartz & Johnson 2000) en van gezinsinteracties in narratieve therapie (Zie ondermeer het artikel van Minuchin,1988, met de veelzeggende titel: '*Where's the family in narrative family therapy?*').

Emoties en gezinsinteracties zijn net twee elementen die goed aan bod komen in therapieën die starten vanuit het gehechtheidsparadigma. Enkele toepassingen uit de praktijk kunnen dit illustreren. Zo gaan wij bijvoorbeeld bij het samen opstellen van een genogram eerst op zoek naar gemeenschappelijke verhalen en punten van gelijkenis tussen ouders en jongeren. Dit werkt erg verbindend ('*creating connections'*, Johnson 1996) en kan tot hernieuwde gemeenschappelijke betekenisgeving leiden. Zo kan de betekenis van oudere of jongere broer of zus te zijn leiden tot heel wat herkenning en bevorderend werken voor de gehechtheidsprocessen. Nadien kan men dan meer de verschillen tussen de gezinsleden uitwerken. Hill, Fonagy e.a. (2003) hebben het in dit verband over een dialectisch proces tussen afzonderlijke ('*Separateness'*) en gemeenschappelijke, gedeelde mentale toestanden ('*Shared states of mind'*) binnen het gezin. In eenvoudiger woorden: sommige ervaringen worden gedeeld, andere behoren tot de gezinsleden afzonderlijk en een gezond evenwicht tussen beide vormen is belangrijk. Dit herverbinden met de gemeenschappelijke geschiedenis en met elkaar zorgt voor een veiliger basis om nadien het loskomen dat bij de adolescentie hoort beter te kunnen aangaan.

Vanuit het gehechtheidsparadigma spreekt men in deze levensfase ook over de mogelijkheid om op een constructieve manier kwaadheid of agressie te kunnen uiten. Bij een onveilige basis stelt men meer destructieve vormen van kwaadheid vast, zoals driftbuien of automutilatie. Bowlby spreekt in de dit verband over woede uit onmacht (*anger out of despair*) tegenover woede uit hoop (*anger out of hope*) (zie Johnson & Whiffen 2003). Het op een constructieve manier conflicten aangaan en emoties uitspreken beschouwen we dan ook als erg belangrijk in de gezinstherapie met adolescenten. Ook het uiten van verdriet en het bespreekbaar maken van verliesmomenten horen in dit rijtje thuis. Uitzondering op dit alles vormen gezinnen waarin sprake is van mishandeling of intrafamiliale traumata. Hier zullen we steeds

veiligheid in het hier en nu voorop stellen en minder gemeenschappelijkheid vooropstellen, daar net verbinding hier erg angstverhogend kan werken (Bleiberg 2001, Dolan 1991, Hillewaere & Jordan, in voorbereiding; O'Hanlon & Bertolino 1998)

Dit alles betekent niet dat al de gesprekken steeds met het volledige gezin dienen door te gaan. Zo zijn er bijvoorbeeld ook groepsgesprekken voor ouders, de zogenaamde ouderavonden (Boonstra & Hillewaere 2005) en wordt er in elk gesprek samen met het gezin gekeken wat een zinvolle en haalbare samenstelling is. Zo kunnen ook sessies met broers en zussen afzonderlijk aangegaan worden, meestal met een bepaald thema, waarvoor we samen kunnen werken met een vaktherapeut, zoals de dramatherapeute (Punt 2005), beeldend therapeute, psychomotorische therapeut of dans-en bewegingstherapeut. Zoals in de gezinsdeeltijdbehandeling worden ook bij de gezinsgesprekken soms opdrachten aan de ouders en jongeren afzonderlijk gevraagd. Zo vragen we bij een zich steeds terugkerende blokkerende interactie wel eens aan de subsystemen afzonderlijk (ouders enerzijds, jongeren anderzijds) om na te denken hoe ze het graag anders zouden willen en wat ze daar voor nodig hebben, of een andere mogelijk veranderingsgerichte interventie (zie Berg & Steiner 2003, Bertolino 1999, 2003, De Jong en Berg 2004, de Shazer 1991, 1994, Selekman 1997, 2005). Het is trouwens erg passend in de levensfase van een gezin met adolescenten dat sommige activiteiten juist afzonderlijk gebeuren (Bertolino 1999, 2003, Preto 1989, Selekman 1997, 2005). Wel wordt er duidelijk naar gestreefd zo veel als mogelijk in dialoog *met* en niet *over* elkaar te gaan, en vragen we van alle gezinsleden, net zoals dit in het team gebeurt, een transparante houding. Iedereen is op de hoogte van de vorm van de contacten (ook bv. telefonische contacten), maar daarom niet steeds van de volledige inhoud (zowel jongeren als ouders blijven eigenaar van de informatie in bijv. de groepstherapieën en de ouderavonden). Open en transparante communicatie zijn dan ook sleutelbegrippen voor de KPA en de gezinsdeeltijdbehandeling.

De tijdsdimensie en de aandacht voor de mogelijkheden

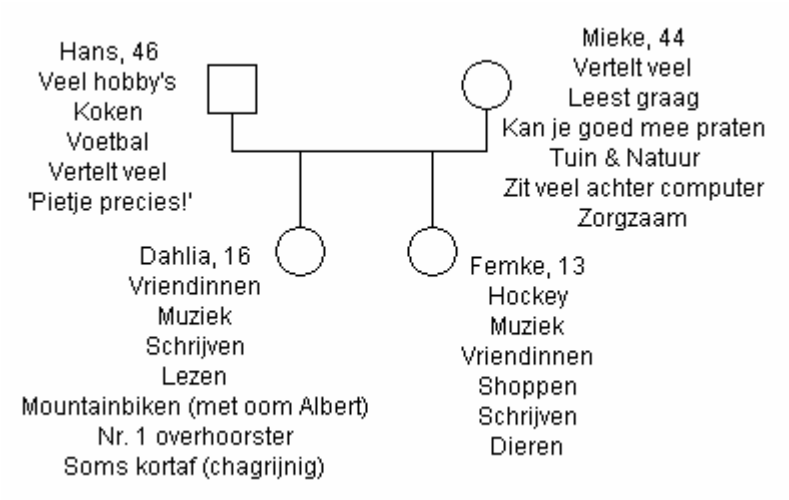
De ideeën van Michael White en David Epston enerzijds en de literatuur vanuit het gehechtheidsparadigma anderzijds bieden ook goede handvatten om een antwoord te bieden op de vraag hoe we in therapie met het verleden omgaan. Door op zoek te gaan naar rijkere verhalen en betekenissen en een gemeenschappelijke dialoog wordt praten over het verleden en het in kaart brengen van de gezinsgeschiedenis niet als bedreigend ervaren, maar juist als helpend en zinvol. Ook een tijdslijn, waarbij een chronologisch overzicht wordt opgetekend van de gebeurtenissen die voor het gezin belangrijk zijn, kan hierbij als bijzonder nuttig ervaren worden. Het opstellen van een tijdslijn heeft ook nog enkele bijkomende voordelen. Zo is het voor ouders meestal ontspannend om over de geboorte en babytijd van hun kind te praten, hoe groot de problemen met dit kind nadien ook geworden zijn en moeilijkheden worden gesitueerd binnen een ruimere context, zoals een verhuis of het overlijden van een familielid, maar ook promotie of gezinsuitbreiding. Op de tijdslijn kan men ook momenten waarop het probleemgedrag zich niet voordeed en er oog is voor de betere periodes of voor oplossingen die de cliënten of/en het gezin reeds zelf geprobeerd hebben laten optekenen. Michael White noemt dit '*unique outcome'* (White & Epston 1990, later zal White het over *unique outcomes* hebben) en in de oplossingsgerichte benadering spreekt men van 'uitzonderingen' (*exceptions*) Berg & Steiner 2003, Berg & De Jong 1998, de Shazer 1991, 1994). Ook het verleden krijgt in het oplossingsgerichte paradigma dus wel degelijk een plaats, zij het dat hierbij vooral de aandacht wordt gericht naar de mogelijkheden en krachten van het gezin.

Bij het oplossingsgericht werken met genogrammen kan men verder in de familiegeschiedenis op zoek gaan naar de sterktes en de mogelijkheden of hulpbronnen (*'resources')* van cliënten en gezinnen (Berg 1994, Hillewaere & Le Fevere de Ten Hove 2006, Kuehl 1995, 1996). Het moge duidelijk zijn dat het verleden en de gezinsgeschiedenis in een dergelijke manier van werken gezien wordt als een erg dynamisch gebeuren en proces. Elke geschiedenis is er één met moeilijkheden maar ook met mogelijkheden, en ook het beeld of narratief dat het gezin over zichzelf heeft is aan verandering onderhevig. Door constructieve dialogen en therapeutische veranderingen (zie verder) kan het beeld dat een gezin van zichzelf heeft als machteloos en slachtoffer veranderen naar een beeld van een gezin met weliswaar vervelende of zelfs erg nare ervaringen, maar toch ook mogelijk erg competent en solidair. Het verleden, de geschiedenis en het geheugen wordt eveneens vanuit onderzoek en (ook psychodynamische) literatuur niet langer als een soort statische bibliotheek aanzien, maar veeleer als een veranderlijk en dynamisch gebeuren, waarin taal en betekenis een centrale rol spelen (zie Hutsebaut & Corveleyn 1997, 1999). We zullen hieronder nog verder uitwerken hoe we in onze benadering naar een evenwichtige aandacht voor alle drie de tijdsdimensies streven: zowel verleden, heden als toekomst. In ieder geval is het duidelijk dat een dergelijke ontmoeting met een gezin waarin ruimte wordt gemaak voor verleden, heden en toekomst ook letterlijk tijd in beslag neemt: we voorzien voor een eerste gezinsgesprek dan ook gemiddeld anderhalf tot twee uur.

Zowel in het samen opstellen van het genogram, de eerste gesprekken met de jongere en het gezin, als in opstellen van het behandelplan wordt ook expliciet aandacht besteed aan de interesses (hobbies,..), kwaliteiten, mogelijkheden, vaardigheden en hulpbronnen (vrienden, buren,…) van de jongere en het gezin. Sommige auteurs, al dan niet vanuit postmoderne hoek, spreken in dit verband over competenties (Ausloos 1999, Bertolino 1999, 2003, Bertolino & O'Hanlon 2002, Selekman 1997, 2002), veerkracht ('*resilience'*) en protectieve factoren (Walsh 1998, 2003).

Zoals hoger vermeld worden deze kwaliteiten en sterke eigenschappen opgeschreven naast de beschrijving van het probleem en de moeilijkheden waarvoor het gezin zich komt aanmelden. Het gecombineerde genogram – de tijdslijn, het genogram en de doelstellingen (zie verder)- dient ook als basis voor de verdere gezinsgesprekken en als start en context voor de eerste behandelplanbespreking. Figuur 1 geeft een detail van een dergelijk genogram, met kwaliteiten, hobbies en eigenschappen die door het gezin zelf opgeschreven werden. Het gaat hierbij om een gezin met twee dochters, waarvan het oudste meisje (hier Dahlia genoemd) is opgenomen. Een aantal *life-events*, zoals een suïcide van een vriendin en het overlijden van een klasgenootje, maar eveneens een trauma (éénmalige aanranding door een onbekende jongere) zouden volgens cliënte mee aan de basis liggen van de moeilijkheden. Over deze moeilijkheden kan ze slechts moeizaam praten en spanningen worden vooral gereguleerd door middel van automutilatie en lichte eetstoornissen. In de gezinsintake toonde Dahlia zich eerder gesloten en afwerend. Dit genogram werd door het gezin opgetekend tijdens het eerste gesprek gedurende de opname, waar er al meer openheid en dialoog mogelijk was.

<u>Figuur 1: detail van een genogram met enkele eigenschappen:</u>



Bij het samenstellen van het genogram kan men ook goed de derde tijdsdimensie, namelijk de toekomst, bewust en actief in het therapeutisch proces betrekken. Binnen de oplossingsgerichte benadering staan vragen met betrekking tot de toekomst en het formuleren van goede doelstellingen vrij centraal (Berg & De Jong 1998), maar tot hiertoe werd dat slechts zelden in verband gebracht met een historisch perspectief. Een genogram en de tijdslijn vormen ons inziens een erg goede basis om vanuit eigen ervaringen tot goede en realistische doelstellingen te komen, en dit zowel op individueel niveau als voor het gehele gezin. Wat het opstellen van doelstellingen betreft kiezen we voor een ruimer perspectief dan de met momenten in onze ogen eerder strakke en technische richtlijnen van de oplossingsgerichte benadering (Berg & De Jong 1998). Op het einde van het eerste gesprek vragen we aan het gezin wat hun wens tot verandering is, de doelstellingen die ze zichzelf stellen voor de therapie, zowel voor de gezinsleden afzonderlijk als voor het hele gezin. Bijvoorbeeld door de vragen: 'Wat zouden jullie graag behouden en wat zouden jullie graag veranderd zien (tijdens) de therapie?' 'Hoe zouden jullie op het einde van de therapie kunnen vaststellen dat de therapie het gewenste resultaat heeft gehad?' Bij het opstellen van doelstellingen in de eerste fase is de taal van het gezin daarbij belangrijker dan het volgens het oplossingsgerichte model technisch meer correcte '*smart*' – principe: doelstellingen dienen hierbij specifiek, meetbaar, aantrekkelijk, realistisch en tijdsgebonden te zijn. Hier volgt een voorbeeld van enkele door het gezin uit figuur 1. zelf opgetekende doelstellingen:

- Meer zelfstandigheid, minder afhankelijkheid
- Minder overdreven zorg bij ouders,
- Frustraties op een gepaste manier uitspreken (met respect voor elkaar);
- Op een gepaste manier ruzie maken;
- Open kunnen zijn naar elkaar (bijvoorbeeld wat het gevoel betreft)
- Rekening houden met elkaar

Het grote voordeel van in de eerste fase de taal van het gezin te respecteren en hanteren is dat het de (intrinsieke) motivatie van het gezin en de verscheidene gezinsleden verhoogt: het zijn immers hun eigen woorden en eigen voornemens. Volgens Walter & Peller (1996) ligt de grote kracht van (het formuleren van) doelstellingen in het aanspreken en vergroten van de motivatie en wordt het proces aldus belangrijker dan het resultaat, want doelen kunnen immers bij gesteld worden. Bovendien worden doelen op deze wijze ook voorwerp van onderhandeling, woorden of kleine bruggen in de dialoog tussen jongeren en ouders.

Ook vanuit een ander denkkader, met name vanuit het gehechtheidspradigma, wijst men op het gunstig effect van samen doelen te stellen en activiteiten te ondernemen (Makey 2003). De doelen van het gezin kunnen parallel lopen met deze van de jongere, in dit geval bijvoorbeeld waren voor Dahlia ondermeer de volgende doelstellingen ook voor haar individueel van toepassing: frustraties op een gepaste manier leren uiten, rekening houden met de ander, en zowel in de groep als in het gezin gevoelens leren delen. Deze doelstellingen kunnen verder geëxploreerd worden in de psychotherapie (zowel individueel, in groep als in het gezin, zie ook verder) en meer concreet ('*smart'*) gemaakt worden in verdere gezinsgesprekken en in de weekendbesprekingen (weekenddoelen). Deze weekendbesprekingen hebben de jongeren samen met hun groep en twee sociotherapeuten (De Viersprong 2005, Hillewaere 2006, van Doorn & Hopma 2005). De doelen kunnen tenslotte ook mee worden genomen bij de enkele opgenomen jongeren en hun gezinnen die ook het gezinsdeeltijdprogramma volgen. Zo wordt het meer (psycho)dynamische, inzichtgevende en motivationele proces gekoppeld aan meer concrete gedragsveranderingen. Beide processen zijn in onze ogen essentieel voor een geslaagd veranderingsproces in therapie (Bertolino 1999, 2003, Hillewaere 2006, Hillewaere, Bertolino & Loots, in voorbereiding). Net als het verleden en het heden, zien we dus ook de toekomst als een erg dynamisch gebeuren, en proberen op die manier alle drie de tijdsdimensies hun plek te geven in het therapeutisch proces. Het citaat van T.S. Eliot aan het begin van deze bijdrage is hierbij dan ook erg op zijn plaats.

Aandacht voor problemen, mogelijkheden en mogelijke oplossingen

We hebben het reeds in de vorige paragrafen aangehaald, maar willen hier nog explicieter ingaan op de tweede vraag uit de inleiding, met name de vraag over de aandacht die men kan besteden aan (kennis) over het probleem en het verband tussen probleem en ontwikkeling of/en oplossing. En ook hier willen we opnieuw pleiten een integratief standpunt of en/en (*both/and*) benadering, waarmee we duidelijk een ruimer standpunt in dan bijvoorbeeld de oplossingsgerichte benadering.. Overigens verwijst ook een auteur als Selekman (1997, 2005), binnen de traditie van de *Solution-Focused therapy*, naar onderzoek waarin een goede analyse van het probleem helpend kan zijn voor een ruimer en effectiever (probleem)oplossend vermogen.

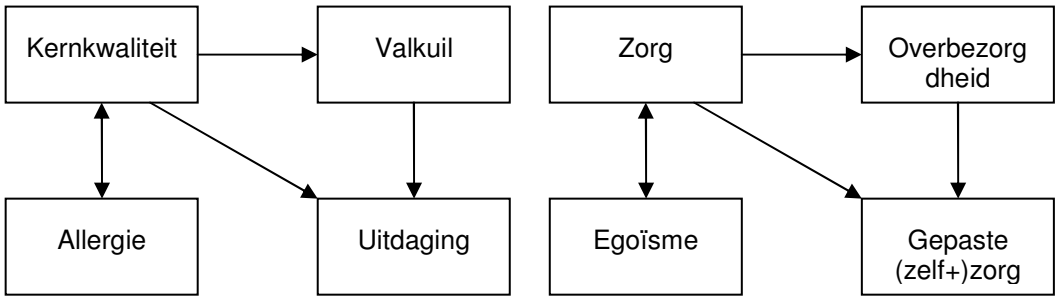
We proberen in therapie zoals gezegd zowel de problemen en de moeilijkheden, als de kwaliteiten, mogelijkheden en mogelijke oplossingen een belangrijke plaats toe te kennen. Het in kaart brengen van de interesses, hobbies, kwaliteiten en sterke eigenschappen van de jongere en het gezin past erg goed binnen een ontwikkelingsgerichte visie op adolescenten en gezinnen (Bertolino 1999, 2003). Deze interesses en vaardigheden kunnen dienen als basis voor vrijetijdsactiviteiten of stagekeuzes via school. In onze benadering laten we het gezin het probleem situeren op een tijdslijn en maken we op die manier een onderscheid tussen het hetgeen een gezin wenst te behouden (opgetekend in het genogram, al wenst een gezin niet alles op een genogram te behouden) en hetgeen een gezin wenst te veranderen, met name de doelstellingen. Op die manier hanteren we eigenlijk in de dialoog een vorm van externaliserende conversaties. Deze externaliserende conversaties betekenen evenwel niet dat de jongere of het gezin niet meer eigenaar is of verantwoordelijkheid draagt voor het probleem of de moeilijkheden, zoals Bertolino (1999, 2003) terecht opmerkt. Ook in de dialoog kan men door middel van taal de jongere en het gezin verantwoordelijkheid geven en verantwoordelijk stellen – Bertolino (1999 p 27)

spreekt over '*accountability*' of '*personal agency*' - voor bepaald gedrag, bijvoorbeeld wanneer het gaat over het nemen van drugs, liegen of manipulatie.

Hoewel heel wat literatuur aangeeft dat men gewenste verandering best enkel in termen van aanwezigheid van positief gedrag formuleert (zie Berg & De Jong 1998; Berg & Steiner 2003), opteren wij ook hier voor een mogelijke en/en formulering, precies om de verantwoordelijkheid over het gedrag te behouden én aan te sluiten bij de taal van de cliënten. Zo zijn bijvoorbeeld 'stoppen met liegen' of 'stoppen met automutileren' twee frekwent gestelde doelen, zowel vanuit de jongere als vanuit het gezin, die nauw aansluiten bij de beleving van de jongere en het gezin: hun grootste wens is vaak dat een bepaald gedrag stopt. Even belangrijk is het om verder te kijken *hoe* dit gedrag best kan stoppen en welk *gewenst* gedrag hiervoor in de plaats kan komen. Hier volgen opnieuw twee voorbeelden uit de praktijk: 'uitzoeken wat eerlijk gedrag me als voordelen kan opleveren', en 'kijken wanneer er spanning opkomt hoe ik best hulp of steun kan vragen'. In de behandelplan van het team is er, naast de kwaliteiten en mogelijkheden van de jongere en het gezin, dan ook ruimte voorzien voor een probleemanalyse en het formuleren van doelstellingen.

Een inspirerend model voor onze benadering bleek verder ook het kernkwadrantenmodel van Ofman (1992), een ontwikkelingsgericht model dat vooral gekend is in de organisatiepsychologie. Met behulp van het genogram (Hillewaere 2006, Hillewaere, Bertolino & Loots, in voorbereiding), in dialoog of spelvorm kan men de kwaliteiten van het gezin in kaart brengen en koppelen aan hetgeen Ofman valkuilen, allergieën en uitdagingen noemt (zie figuur 2).

Figuur 2: Het kernkwadrantenmodel



Een concreet praktijkvoorbeeld (uit het hoger beschreven gezin) kan dit verder verduidelijken (zie figuur 2). (Ouderlijke) zorg kan als een mooie (kern)kwaliteit aanzien worden, maar wanneer men te veel gaat zorgen (te veel van het goede) dan kan men in de eigen valkuil terecht komen, in dit geval overbezorgdheid. In het model van Ofman vormt de allergie het tegenovergestelde van de kwaliteit, wat in dit praktijkvoorbeeld door de ouders als 'egoïsme' (als tegenovergesteld aan zorg) werd geformuleerd. Een allergie kan vanuit de levenservaring (gezinsgeschiedenis) aangescherpt worden en mensen nog meer naar hun valkuil (overbezorgdheid) toe oriënteren. Denken we bijvoorbeeld aan ouders die absoluut niet egoïstisch willen overkomen en daarom extra gaan zorgen voor anderen. In het model van Ofman is de uitdaging het complement, de positief tegenovergestelde kwaliteit, van de valkuil en als het ware de gezonde uiting van de allergie. In dit geval zou volgens het model voor 'zelfzorg' kunnen gekozen worden (als gezonde uitingsvorm van egoïsme en positief tegenovergesteld aan overbezorgdheid). We verkiezen ook hier in onze benadering om het model niet al te

technisch in te vullen, maar goed aan te sluiten bij de woorden en de taal van het gezin. De praktijk van de gezinstherapieën leerde ons bovendien dat de uitdaging beter aansluit bij de beleving en motivatie van de mensen wanneer hier zowel de kernkwaliteit als de uitdaging in vervat zitten, zoals in dit voorbeeld gepaste zelfzorg én gepaste zorg voor de anderen (in casu de kinderen; in figuur 1 kortweg zelf+zorg geformuleerd). De uitdagingen kunnen dus bovendien ook aan de doelstellingen van het gezin gekoppeld worden.

Dit model kan toegepast worden op elk gezinslid afzonderlijk, maar ook voor het ouderpaar en de jongeren afzonderlijk, of het gehele gezin. Het geeft plaats aan sterke (kernkwaliteiten) en minder sterke (valkuilen) eigenschappen, is sterk gericht op ontwikkeling en groei en leent zich gemakkelijk om elkaar op een constructieve manier feedback te geven (we waarderen de zorg, maar hebben het moeilijk met je overbezorgd gedrag). Het model leent zich erg goede voor de levensfase van de adolescent en het gezi, bijvoorbeeld wanneer het gaat om thema's zoals autonomie, zorg en loskomen. Deze thema's krijgen immers een dynamische betekenis en context. Het model wordt daarom zowel in de gezinstherapie, de groepstherapie als in de gezinsdeeltijdbehandeling toegepast.Voor een meer uitvoerige bespreking van de toepassingsmogelijkheden van (en kritische bedenkingen op) dit model wordt verwezen naar Hillewaere (2006) en Hillewaere, Bertolino & Loots (in voorbereiding).

Teamwerking en kennis

In een laatste paragraaf tenslotte willen we nog uitdrukkelijk stilstaan bij de plaats van de gezinstherapie binnen een multidisciplinair team, zoals hierboven beschreven, en het grotere geheel van een organisatie waarin (wetenschappelijke) kennis een vooraanstaand gegeven is (zie Verheul & Kamphuis 2007). De communicatielijnen naar de jongere en het gezin toe zijn duidelijk: de gezinstherapeut verzorgt alle contacten (en gezinsgesprekken) met het gezin, bij afwezigheid verloopt dit via de psychotherapeut of voor dagelijkse zaken via een sociotherapeut. Zowel jongere als gezin zijn op hoogte dat er dagelijks overleg is waarin gestreefd wordt naar openheid en transparantie, én een goede afstemming met het gezin en de buitenwereld. Het gehele team is betrokken op en komt in het contact met het gezin, elk teamlid vanuit de eigen deskundigheid en met een eigen perspectief. Voorafgaand aan de opname is een rondleiding voorzien, waarin het gezin contact kan leggen en vragen stellen aan opgenomen jongeren en sociotherapeuten. Het opnamegesprek gebeurt samen met de psychotherapeut, de gezinstherapeut, de jongere en het gezin. Er wordt ook gestreefd om zo snel als mogelijk na de eerste (uitgebreide) behandelplanbespreking (na zes weken, vervolgens telkens na 12 weken) een gesprek te hebben samen met de psychotherapeut en het gezin. In dit gesprek wordt uitleg en informatie gegeven, ook over de mogelijkheden en moeilijkheden van de jongere, maar steeds vertrekkend vanuit het perspectief en het woord van de jongere en het gezin. Met andere woorden: er wordt steeds eerst aan de jongere zelf gevraagd hoe het met haar/hem gaat, wat zij/hij zelf van de behandeling vindt, welke de doelen zijn en op welke manier daaraan gewerkt wordt (zo zijn er bijvoorbeeld indicatiegroepen vanuit de vaktherapieën en modules rond een thema, zie De Viersprong 2005) . Om vervolgens in dialoog te gaan *met* de jongere en het gezin over welke vragen er leven en welke aandachtspunten zij en wij hebben. Ook nadien in de verdere behandeling kan de psychotherapeut op vraag van de jongere, het gezin of het team bij de gezinsgesprekken betrokken worden.

Met de andere teamleden is er een gelijkaardige samenwerking, waarbij bijvoorbeeld samen met de sociotherapeut kan bekeken worden hoe de weekends verlopen en hoe er mogelijk een verbetering in contact kan plaatsvinden. Met de vaktherapeut kan dan weer samen toegewerkt worden naar een bepaald thema of een welbepaalde expressiemogelijkheid, zoals het omgaan met conflicten (drama) of vlotter communiceren (vaak op een speelse manier, zie Gil 1994), leren in contact te komen en af te grenzen (PMT en dans-en beweging), stilstaan bij emoties of het doorwerken van een bepaald verlies of trauma (beeldende therapie).

Veel jongeren die op de KPA zijn opgenomen hebben in hun geschiedenis één of meerdere trauma's meegemaakt en het bespreken van deze traumatische gebeurtenissen in het gezin wordt zorgvuldig afgewogen en besproken met de jongere. Vanuit deze therapie op maat kan dan vervolgens in een tweede fase van de therapie het trauma in het gezin besproken worden en zo mogelijk verwerkt. Maar dit steeds na het aanbieden van veiligheid en het verhogen van de competenties van de gezinsleden (zie Bleiberg 2001, Dolan 1991, O'Hanlon & Bertolino 1998). Voor de gesprekken die we als gezinstherapeut samen met andere disciplines hebben vormt zoals hoger vermeld het werk van Tom Andersen (1987, 1991, 1995) een bijzondere inspiratie. We houden dan ook indien mogelijk meestal een korte pauze, waarna we onze reflecties delen met het gezin, en hen ook uitnodigen om hun reflecties met ons te delen.

Een bijzonder element in de dialoog tenslotte, zowel voor de jongere, het gezin, de therapeuten als de organisatie en de ruimere maatschappelijke context, is de wetenschappelijke kennis, ondermeer omtrent diagnoses. Zo is voor de zorgverzekeraar in Nederland een diagnose een noodzakelijke voorwaarde voor terugbetaling van de behandeling. Diagnoses zien we als een element van betekenisgeving in de dialoog, op voorwaarde dat deze niet lineair, statisch, uitsluitend pathologisch of vanuit een eenzijdige kennis-en machtspositie gezien worden. Dat is ook het standpunt van enkele collaboratieve auteurs, zoals bijvoorbeeld Bertolino (1999, 2003, Bertolino & O'Hanlon 2002): 'Vanuit een therapie gericht op mogelijkheden is diagnostiek geen éénmalig gebeuren. Het is juist veranderlijk. (…) Diagnostiek is niet enkel gericht op het verhullen of onthullen van pathologie (Bertolino 2003 p 31)[21] Overigens is ook de diagnostiek in De Viersprong, waar het een belangrijke plaats in neemt, dynamisch en therapiegericht (zie van Gerwen & Sebregts 2005, Verheul & Kamphuis 2007) en kan de diagnosticus op vraag ook mee in het gezinsgesprek betrokken worden. Ook is het zo dat bij het opstellen van het genogram in de gezinsintake er ook meer aandacht is voor diagnostische elementen dan in de eerste therapeutische gesprekken met het gezin. Een concreet voorbeeld kan duidelijker maken wat we met deze 'diagnostiek in dialoog' bedoelen. Meerdere gezinnen en adolescenten zitten met vragen omtrent een mogelijke borderline persoonlijkheidsstoornis. We vragen in een gesprek naar de betekenis hier van voor het gezin, en meestal komen we dan tot meer werkbare hypothesen en doelstellingen, die op een *flap-over* genoteerd kunnen worden, zoals: 'zelfverwondend en impulsief gedrag verminderen', 'stemmingsschommelingen verbeteren', of 'beter met kritiek leren omgaan' en 'op een gepaste manier steun leren vragen'. We leggen ook uit dat de persoonlijkheid een dynamisch iets is, zeker bij adolescenten in volle ontwikkeling, maar geven ook wel aan welk gedrag in interactie met andere mensen tot moeilijkheden kan leiden. Deze doelstellingen kunnen vervolgens in een

[21] From a possibility therapy perspective, assessment is not a one-time affair. It is ongoing. (…) Assessment does not translate to simply discovering or uncovering pathology. (Bertolino, 1999, p.31, eigen vert.)

relationele context bekeken worden, en in meer circulaire vorm gegoten worden. Bijvoorbeeld: 'steun bieden zonder overbezorgd te reageren, wanneer de jongere zich terug trekt'.

Op deze manier wordt kennis omtrent diagnostiek mee in dialoog gebracht, net zoals bijvoorbeeld kennis over adolescentenpsychologie (Makey 2003, Preto 1989, Steinberg 2005, Vliegen & Meurs 1998), automutilatie (Claes &Vandereycken 2007, Selekman 2002) of trauma (Dolan 1991, O'Hanlon & Bertolino 1998) . Ook kennis en ideeën uit andere dan postmoderne stromingen in systeemtherapie krijgen hierbij een plaats, zoals kennis omtrent structurele posities en patronen (Minuchin 1974) en intergenerationele familietherapie (Andolfi 1995, Andolfi, Angelo & de Nichilo, 1989), om slechts deze te noemen. Het is onze mening dat in een therapie met jongeren en gezinnen met ernstige moeilijkheden een duidelijke houding erg belangrijk is en men expertise kan en zelfs dient in te brengen, zonder dat men zich daarbij als een eenzijdige expert hoeft op te stellen.

5. Conclusie: Naar een ethiek van gastvrijheid en bouwen aan verdere integratie

Wij kunnen ons nooit zoveel toekomst voorstellen als we verleden hebben.
Cees Nooteboom – Allerzielen

In dit artikel hebben we enkele ideeën willen weergeven die kunnen dienen als bouwstenen voor een integratieve therapie voor gezinnen met jongeren, voornamelijk vanuit postmoderne stromingen in de familietherapie. Deze stromingen hebben ons inziens voor een duidelijke meerwaarde gezorgd, zoals onder andere grotere aandacht voor meerdere perspectieven, hoopvolle verhalen, mogelijkheden en een erg op samenwerking gerichte attitude. Vanuit deze bouwstenen willen we pleiten voor een meer integratieve therapeutische benadering. Hierin proberen we als team op een transparante wijze *samen* met het gezin kijken om het probleem een plaats te geven. Maar eveneens willen we de kwaliteiten en mogelijkheden in kaart te brengen en op zoek te gaan naar mogelijke oplossingen voor de moeilijkheden waarvoor het gezin zich aanmeldt. Op deze manier heeft men in de dialoog in het hier nu zowel oog voor het verleden als aandacht voor een hoopvolle toekomst. Voor sommige gezinnen kan het hierbij vooral zinvol zijn om verder te reflecteren over betekenissen uit het verleden, wat meer aansluit bij narratieve toepassingen. Voor andere gezinnen lijken dan weer meer concrete, actiegerichte oplossingen aangewezen en zal men meer hebben aan toepassingen uit de oplossingsgerichte methodiek. Deze accenten vinden we ook in andere benaderingen, zoals in het gehechtheidsparadigma. Hill, Fonagy e.a. (2003) spreken in dit verband over een goed evenwicht in gezinnen tussen reflectie en actie.

Een openheid of gastvrije houding (Larner 2000, 2003) naar andere richtingen en andere disciplines toe is zonder meer wenselijk, want ook de postmoderne stromingen hebben immers hun beperkingen. Immers, een te radicale postmoderne positie kan leiden tot uitsluiting van ideeën en bevindingen vanuit andere richtingen. Merkwaardig genoeg leidt eeen pleidooi voor een veelheid aan perspectieven dan tot het uitsluiten van andere perspectieven (zie Flaskas 2003, Larner 2000, 2003, 2004, Pare & Larner 2004). Perspectieven of them's die daarbij in onze ogen te weinig aan bod komen zijn gezinsinteracties in de narratieve therapieën (zie Minuchin 1988) en

emoties in de oplossingsgerichte benaderingen (Lipchik 2002, Piercy e.a. 2000, Schwartz & Johnson 2000). Dit zijn precies thema's en perspectieven die net wel bij andere richtingen meer naar voren komen.

Er is de laatste jaren dan ook duidelijk een groeiend aantal publicaties over integratie tussen postmoderne stromingen en andere richtingen (Dallos 2006, Larner 2000, 2003, 2004, Levy 2006, Pare & Larner 2004). Hierbij lijkt ondermeer het gehechtheidsparadigma sterk aan belang te winnen (Allen & Fonagy 2006, Dallos 2006, Erdman & Caffery 2003, Govaerts, in druk, Johnson & Whiffen 2003). Net de therapeutische toepassingen van dit gehechtheidsparadigma bieden juist veel ruimte voor emoties en gezinsinteracties. Daar liggen volgens ons mooie uitdagingen klaar. Meteen ook een reden waarom de KPA in haar beleid voor de komende jaren kiest voor de uitwerking van een team dat zich baseert op principes van *Mentalization Based Treatment* (kortweg MBT, Allen & Fonagy 2006; Bateman, A., & Fonagy, P. 2006. Fonagy e.a. 2002), waarbij wel nog een verdere vertaling moet plaats kunnen vinden naar gezinnen met adolescenten. Auteurs als Cretzmayer (2003), Fearon e.a. (2006) en Mackey (2003) kunnen hierbij ter inspiratie dienen. Daarnaast hebben beide teams plannen voor verdere systemische innovatie, zoals meer aandacht voor het ruimere netwerk en *Multi Family Therapy* sessies op de KPA.

Therapie is en blijft een menselijk proces en is dus per definitie nooit af. Maar men kan wel proberen om, zoals het citaat in het begin van dit artikel luidt: '*het behoud van zijn geschiedenis verzekeren door vooruitgang te boeken'* (Fedes 1999).

Literatuur

Allen, J.G., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of Mentalization-Based Treatment.* Chichester: John Wiley & Sons.

Andersen, T. (1987). The Reflecting Team: Dialogue and metadialogue in clinical work. *Family Process,* 26 p 415-428.

Andersen, T. (Ed.). (1991). *The Reflecting Team. Dialogues and Dialogues about the Dialogues*. New York: Norton.

Andersen, T. (1995). Reflecting Processes; Acts of Informing and Forming. You can borrow my eyes, but you must not take them away from me! In: S. Friedman (Ed.) *The Reflecting Team in Action. Collaborative practice in Family Therapy.* New York: The Guilford Press

Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities: A postmodern approach to psychotherapy*. New York: Basic Books.

Anderson, H. (2005). Myths about 'Not-Knowing'. *Family Process,* 44 p 497-504.

Anderson, H., & Gehart, D. (Eds.) (2007). *Collaborative Therapy. Relationships and conversations that make a difference.* New York: Routledge.

Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. In: S. McNamee & K. Gergen (eds.)*Therapy as Social Construction.* Londen: Sage.

Anderson, H., & Goolishian, H. (1998). Human systems as linguistic systems. *Family Process*, 27 p 371-393.

Andolfi, M. (1995). The child as consultant. In M. Andolfi, & R. Haber (Eds.), *Please help me with this family* (pp. 73- 89). New York: Brunner/Mazel.

Andolfi, M., Angelo, C., & de Nichilo, M. (1989). *The myth of atlas*. New York: Brunner/Mazel.

Ausloos, G. (1999). *De competentie van des families*. Leuven : Garant.
Bakhtin, M. (1981). *The dialogical imagination : Four essays by M.M. Bakhtin.* (M.Holquist, ed., & C. Emerson & M. Holquist, trans.). Austin: University of Texas Press.
Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based Treatment for personality disorders.* Oxford: University Press.
Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind.* New York: Ballantine.
Berg, I.K.(2006). Persoonlijke mededeling. Reijkjavick, IFTA congress, 3 oktober.
Berg, I.K., & De Jong, P. (1998). *Interviewing for solutions*. New York: Brooks/ Cole.
Berg, I.K., & Dolan, Y. (2001). *Tales of solutions: A collection of hope-inspiring stories*. New York: Norton.
Berg, I.K., & Steiner, T. (2003). *Children's solution work*. New York: Norton.
Bertolino, B. (1999). *Therapy with troubled teenagers*. Rewriting Young Lives in Progress. New York: John Wiley & Sons.
Bertolino, B. (2003). *Change-Oriented Therapy with adolescents and young adults.* New York: Norton.
Bertolino, B., & O'Hanlon, B. (2002). *Collaborative, competency-based counselling and therapy.* Boston: Allyn & Bacon.
Bleiberg, E. (2001). *Treating Personality disorders in Children and Adolescents.* New York: The Guilford Press.
Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1987). *Milan Systemic Therapy.* New York: Basic Books.
Bohanek, J.G., Marin, K.A., Fivush, R., & Duke, M.P. (2006). Family Narrative Interaction and Children's Sense of Self. *Family Process*, 45 p 39-54.
Byng-Hall, J. (1995a). Creating a Secure Family Base: some implications of attachment theory for Family Therapy. *Family Process*, 34 p 45-58.
Byng-Hall, J. (1995b). *Rewriting family scripts: Improvisation and systems change*. New York: Guilford.
Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: an invitation to curiosity. *Family Process*, 26 p 405 – 413.
Claes, L., & Vandereycken, W.(2007). *Zelfverwonding. Hoe ga je er mee om?* Tielt: Lannoo.
Cretzmeyer, S. (2003). Attachment theory applied tot adolescents. In: Ph. Erdman & T. Caffery (Eds.), *Attachment and family systems: Conceptual, empirical, and therapeutical relatedness* (p 65-77). New York and Hove: Brunner-Routledge
Dallos, R. (2006). *Attachment Narrative Therapy*. Berkshire: Open University Press.
Davis, J., & Lax, W. (1991). Introduction to special section: Expanding the reflecting position in family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies, 10 p* 1-3.
de Shazer, S. (1984). The Death of Resistance. *Family Process,* 23 p 11-21.
de Shazer, S. (1985). *Keys to solutions in brief therapy*. New York: Norton.
de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating to solutions in brief therapy*. New York: Norton.
de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
de Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
de Shazer, S., & Berg, I.K. (1992). Doing Therapy: A Post-Structural Re-Vision. *Journal of Marital and Family Therapy,* 18 p 71-81.
de Shazer, S., & Dolan, Y (Eds) (2007). *More than Miracles. The State of the Art of Solution-Focused Brief Therapy.* New York: Haworth Press.
de Saussure, F. (1995) (herdruk, eerste druk 1916). *Cours de linguistique générale.* Paris: Payot.
De Viersprong (2005). Themanummer *Groepspsychotherapie, 39, 3.*

Dolan, Y. (1991). *Resolving sexual abuse.* New York: Norton.
Erdman, Ph., & Caffery, T. (Eds.) (2003). *Attachment and family systems*. New York: Brunner-Routledge.
Fearon, P., Target, M, Sargent, J., Williams, L.L., McGregor, J., Bleiberg, E., & Fonagy, P. (2006). Short- Term Mentalization and Relational Therapy. In: J.G. Allen & P. Fonagy. *Handbook of Mentalization-Based Treatment.* Chichester: John Wiley & Sons
Fedes, F. (Ed.) (1999). *Nota Belvedere. Beleidsnota over de relatie cultuurhistorie en ruimtelijke inrichting.* Den Haag: VNG uitgeverij.
Flaskas, C. (2002). *Family Therapy beyond Postmodernism. Practice Challenges Theory.* New York: Taylor & Francis Inc.
Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self.* New York: Other Press.
Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social contruction of preferred reality.* New York: Norton.
Friedman, S. (Ed.) (1995). *The Reflecting Team in Action. Collaborative practice in Family Therapy*. New York: The Guilford Press.
Gergen, K.J. (1999). *An Invitation to Social Construction.* Thousand Oaks, CA: Sage.
Gergen, K.J. (2001). Psychological Science in a Postmodern Context. *American Psychologist,* 56 p 803-813.
Gergen, K.J., Hoffman, L. & Anderson (1995). Is diagnosis a disaster? A constructionist trialogue. In F. Kaslow (Ed.). *Handbook of Relational Diagnosis*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
Gergen, K.J., & Kaye, J. (1992). Beyond narrative in the negotiation of therapeutic meaning. In: S. McNamee, & K.J. Gergen (Eds.). *Therapy as Social Construction* (p 166-185). Londen: Sage.
Gil, E. (1994). *Play in Family Therapy*. New York: Guilford Press.
Goolishian, H., & Anderson, A. (1987). Language systems and therapy: an evolving idea. *Psychotherapy,* 24, 529-538.
Govaerts, J-M. (in druk). Hechtingsproblemen in gezinnen. Integratie van de hechtingstheorie binnen het systeemtheraeputische model. Tielt/Houten: Lannoo/Van Loghum.
Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The Psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* (Vol. 2). Cupertino, CA: Meta.
Haley, J. (Ed.). (1985). *Conversations with Milton H. Erickson, M.D.: Vol.3. Changing children and families.* New York: Triangle Press.
Hill, J., Fonagy, P., Safier, E., & Sargent, J. (2003). The Ecology of Attachment in the Family. Family Process, 42 p 205-219.
Hillewaere, B. (2006). Werken met de mogelijkheden van cliënten en families door middel van kernkwadranten en genogrammen.*Tijdschrift voor Psychotherapie*, 32, 3 p 161 –177.
Hillewaere, B. (2007). In memoriam Insoo Kim Berg. *Tijdschrift voor Familietherapie*,12, 2, 211-222.
Hillewaere, B., Bertolino, B., & Loots, G. (in voorbereiding, subm.) Strengthening families using genograms and core qualities.
Hillewaere, B., & Jordan, K. (in voorbereiding, subm.). Narrative and solution-focused genograms to therapeutic ends.
Hillewaere, B., & Lefevere de Ten Hove, M. (2006). Narratieve en oplossingsgerichte toepassingen bij genogrammen: samen hoopvolle perspectieven creëren. *Tijdschrift voor systeemtherapie*, 18 p 69-87.
Hillewaere, B., van Gerwen, J., Deuss, I., Sluytter, L., & Bakker, H. (2007). Meer gezinnen, meer mogelijkheden, meer oplossingen? De gezinsdeeltijdbehandeling van

de Viersprong. *Tijdschrift voor systeemtherapie,* in druk.
Hutsebaut, J. (2005). Drop-outs, outcome en follow-up. Interne notitie KPA, P.T.C. De Viersprong.
Hutsebaut, J., & Corveleyn, J. (1997). Realiteit, fantasie en suggestie in traumatische herinneringen. *Tijdschrift Klinische Psychologie,* 27, 4 p 251-266.
Hutsebaut, J., & Corveleyn, J. (1999). Traumatische herinneringen: constructies en reconstructies. *Tijdschrift Klinische Psychologie,* 29, 2 p 110-122.
Janzig, C. , & Lansen, J. (1996). *Milieutherapie. Het arrangement van de klinisch therapeutische setting.* Assen: van Gorcum.
Janzig, C., & Kerstens, J. (1997). *Werken in een therapeutisch milieu* (vierde herziene druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
Jensen, P. (2007). Crossroads, Tom Andersen in conversation with Per Jensen. In: H.Anderson & P. Jensen (eds.): *Innovations in the Reflecting Process.* London: Karnac.
Johnson, S.M. (1996). *Creating Connection, The Practice of Emotionally Focused Marital Therapy.* New York: Brunner/ Mazel.
Johnson, S.M. & Whiffen, V.E. (Eds.)(2003). *Attachment Processes in Couple and Family Therapy.* New York: The Guilford Press.
Kuehl, B. (1995). The solution-oriented genogram: a collaborative approach. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21,3 p 239-250.
Kuehl, B. (1996). The use of genograms with solution-based and narrative therapies. *Family Journal Counselling and Therapy for Couples and Families*, 4 p 5-11.
Larner, G. (1996). Narrative Child Family Therapy, *Family Process*, 35 p 423-440.
Larner, G. (2000). Towards a Common Ground in Psychoanalysis and Family Therapy: On Knowing not to Know. *The Journal of Family Therapy*, 22 p 61-82.
Larner, G. (2003). Integrating family therapy in child and adolescent mental health practice: an ethic of hospitality. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 24 p 11-21.
Larner, G. (2004). Family therapy and the politics of evidence. *Journal of Family Therapy*, 26 p 17-39.
Levy, J. (2006). Using a Metaperspective to Clarify the Structural-Narrative Debate in Family Therapy. *Family Process,* 45, 1 p 55-74.
Liddle, H., & Schwartz, S.(2002). Attachment and Family Therapy: Clinical Utility of Adolescent – Family Attachment Research. *Family Process,* 41, 3 p 455-476.
Lipchik, E (2002). *Beyond Technique in Solution-Focused Therapy.* New York: The Guilford Press.
Lyotard, J.F. (1979) *La condition postmoderne.* Paris: Editions de Minuit
Mackey, S.K. (2003). Adolescence and attachment: From theory to treatment implications. In Ph. Erdman & T. Caffery (Eds.), *Attachment and family systems: Conceptual, empirical, and therapeutical relatedness* (p 79-113). New York and Hove: Brunner-Routledge.
May, J.C. (2005). Family attachment narrative therapy: healing the experience of early childhood maltreatment. *Journal of Marital and Family Therapy,* 31, 3 p 221-237.
MacGoldrick, M., & Gerson, R. (1985). *Genograms in Family assessment.* New York: Norton.
McGoldrick, M., Gerson, R. & Shellenberger, S. (1999). *Genograms; assessment and intervention*. New York: Norton.
Migerode, L., & Rober, P. (Eds.) (1997). Conversaties en Verhalen. Op zoek naar een nieuwe taal in de gezinstherapie. Leuven: Garant.
Miller, S.D., Hubble, M.A., & Duncan, B. (1996). *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.

Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
Minuchin, S. (1988). Where is the family in narrative family therapy? *Journal of Marital and Family Therapy,* 24 p 397-403.
O'Hanlon, B., & Bertolino, B. (1998). *Even from a broken web: Brief, respectful solution-oriented therapy for sexual abuse and trauma.* New York: Wiley.
Ofman, D. (1992). *Bezieling en kwaliteit in organisaties.* Utrecht: Kosmos.
Pare, D. and Larner, G. (Eds.) (2004). *Collaborative Psychology and Therapy in Practice.* New York: Haworth.
Piercy, F., Lipchik, E., & Kiser, D. (2000). Miller and de Shazer's article on 'Emotions in Solution-Focused Therapy'. *Family Process,* 39 p 25-28.
Preto, N.G. (1989). Transformation of the Family System in Adolescence. In: B.Carter, & McColdrick, M.(eds., 2ed.) *The Changing Family Life Cycle. A Framework for Family Therapy.* Boston: Allyn and Bacon.
Rober, P. (1997). Nieuwe metaforen voor de Gezinstherapie. In: Migerode, L., & Rober, P. (Eds.). *Conversaties en Verhalen. Op zoek naar een nieuwe taal in de gezinstherapie*. Leuven: Garant.
Rober, P. (1998). Reflections on ways to create a safe therapeutic culture for children in family therapy. *Family Process*, 37 p 201-213.
Rober, P. (2002). *Samen in therapie.* Leuven: Acco.
Rober, P. (2005). The Therapist'Self in Dialogical Family Therapy: Some Ideas About Not-Knowing and the Therapist's Inner Conversation. *Family Process,* 44 p 477-495.
Rober, P., & Migerode, L.(1997). Narratieve Therapie. In: Migerode, L., & Rober, P. (Eds.) *Conversaties en Verhalen. Op zoek naar een nieuwe taal in de gezinstherapie.* Leuven: Garant.
Rorty, R. (1979). *Philosophy and the mirror of nature.* New Jersey: Princeton University Press.
Schwartz, R., & Johnson, S. (2000). Does Couple and Family Therapy have Emotional Intelligence? *Family Process,* 39 p 29-33.
Selekman, M.D. (1997). *Solution-focused therapy with children: Harnessing Family strengths for systemic change*. New York, The Guilford Press.
Selekman, M.D. (2002). *Living on the razor's edge: Solution-focused brief therapy with self-harming adolescents.* New York, The Guilford Press.
Selekman, M.D. (2005)(2end ed.). *Pathways to change: Brief Therapy with difficult adolescents.* New York, The Guilford Press.
Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. , & Prata, G. (1980). Hypothesizing – circularity – neutrality : Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process,* 19 p 3-12.
Shotter, J. (2005). *Wittgenstein in practice: His philosophy of beginnings, and beginnings, and beginnings.* London: KCC Foundation.
Smith, C., & Nylund, D. (Eds.)(1997). *Narrative therapies with children and adolescents*. New York, The Guilford Press.
Splingaer, G. (2003). Help, mijn kind heeft therapie nodig. Een gezinstherapeutische visie. *Tijdschrift voor familietherapie, 9.2.*
Steinberg, L. (2005, 7de editie). *Adolescence.* New York: McGraw-Hill.
Van Gerwen, J., & Sebregts, P. (2005). Een eigentijds klinisch behandelmodel voor adolescenten. *Groepstherapie,* 39,3 p 6-19.
Verheul, R., & Kamphuis, J.H.(eds.)(2007). *De toekomst van persoonlijkheidsstoornissen.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
Vliegen, N., & Meurs, P. (red.)(1998). *Het Voorjaarsontwaken. De adolescentie in psychodynamische theorie en therapie.* Leuven: Garant.

Wagner, J., (2007). Conversation, language and the written word. In: H. Anderson, & P. Jensen (eds.), *Innovations in the Reflecting Process.* London: Karnac.
Walsh, F. (1998). *Strengthening Family resilience.* New York: Guilford Press.
Walsh, F. (2003). Family Resilience: A Framework for Clinical Practice. *Family Process*, 42 p 1- 18.
Walter, J., & Peller, J. (1993). Solution-focused brief therapy. *The Family Journal*, 1 p 80-81.
White, M. (1997). Deconstructie en therapie. In: Migerode, L., & Rober, P. (Eds.) *Conversaties en Verhalen. Op zoek naar een nieuwe taal in de gezinstherapie*. Leuven: Garant. Nederlandse vertaling van:
White, M. (1991). *Deconstruction and therapy*. Dulwich Centre Newsletter, 3 p 1-21.
White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends. New York: Norton.*
White, M., & Morgan, A. (2006). *Narrative Therapy with children and their families.* Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
Wilden, A. (1972). *Systems and Structure*. Londen: Tavistock Publications.
Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical investigations.* (G.E.M. Anscombe, Trans.) New York : MacMillan.