# Samen en toch ook apart
# Systeemtherapie voor adolescenten en gezinnen: een aanzet tot integratie [1, 2]

*Bruno Hillewaere*

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

**Inleiding**

Wanneer men de literatuur over adolescenten en psychotherapie met adolescenten doorneemt, valt het op hoezeer de meeste artikelen en boeken enkel gericht zijn op de ontwikkeling van de adolescent. Waarbij men haast vergeet dat het hele gezin en de omgeving ermee te maken hebben. Literatuur die wel vertrekt vanuit het gezinsperspectief is meestal gericht op ouderschap en op moeilijkheden bij de opvoeding. Toch betekent deze levensfase voor gezinnen met adolescenten veel meer dan enkel problematische opvoedingssituaties. Immers, een gezin met adolescenten staat op een kruispunt van mogelijke moeilijkheden, maar ook van mogelijkheden. Een kruispunt tussen verleden en toekomst, tussen samen en apart.

Het kan dan ook bijzonder nuttig en boeiend zijn om het hele gezin te betrekken bij het therapeutisch werk met adolescenten. Boeiend, maar uiteraard niet altijd gemakkelijk. Want zowel voor de jongere als voor de ouders en het gezin zijn er ook vragen die ze liever afzonderlijk willen bespreken. Enkele veel gestelde vragen van gezinnen met adolescenten luiden als volgt. 'Helpt praten over het verleden ons wel vooruit?' 'Moeten we het niet meer over oplossingen hebben dan over het probleem te praten?' Kan ik niet een keertje met je alleen praten, zonder dit kind of de andere kinderen?' En: 'Kan ik eens alleen met de psychotherapeut van mijn dochter/zoon praten om de diagnose van mijn kind te kennen?' Het zijn vragen die ons direct leiden tot de kern van enkele interessante discussies over (gezins)therapie.

[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 zijn waarheidsgetrouw.



Dit artikel gaat op zoek naar antwoorden op enkele van deze vragen, vertaald naar de therapeutische praktijk. Hierbij gaat het niet zozeer om de juiste antwoorden, maar veeleer om theoretische en praktische keuzes die de therapeut maakt, samen met de adolescent en het gezin. Deze vragen hebben we voor dit artikel als volgt ingedeeld. Ten eerste zijn er vragen over het evenwicht tussen individuele therapie en systeemtherapie.[3] Ten tweede zijn er vragen met betrekking tot de tijdsdimensie. Moet de therapeut zich richten op het verleden, op het hier en nu, of eerder op de toekomst? Ten derde zijn er vragen over het verband tussen de beschikbare kennis over het probleem en de aangedragen oplossingen. Moeten we de oorzaken van het probleem kennen om tot een oplossing te komen? De vierde soort vraag ten slotte die we in dit artikel zullen behandelen, gaat over de werkwijze van een multidisciplinair team en het inzetten van wetenschappelijke kennis. Welk teamlid mag bij de gesprekken met het gezin betrokken worden, en wanneer? En helpen diagnose en/of kennis van ziektebeelden de jongeren en hun gezinnen wel vooruit?'

Dit artikel beschrijft de theoretische en praktische keuzes die gemaakt worden op de afdeling Klinische Psychotherapie voor Adolescenten (KPA) van het Psychotherapeutisch Centrum 'De Viersprong' te Halsteren. Eerst worden enkele ontwikkelingen in de systeemtherapie toegelicht, met name de overgang van een modern naar een postmodern paradigma. Daarna laten we zien hoe enkele ideeën uit de postmoderne stromingen in de therapeutische praktijk zijn uitgewerkt. In dit praktijkgedeelte wordt beschreven hoe we een antwoord proberen te formuleren op bovengestelde vragen. De bijdrage sluit af met enkele kritische beschouwingen en suggesties voor de toekomst.

**De historische context van de Viersprong**

Al vanaf haar ontstaan in 1957 biedt De Viersprong een corrigerend milieu voor het individu in moeilijkheden. Het overheersende therapiemodel op de afdeling 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 ook een keerzijde: er ontstond gevaar dat de jongere vervreemd raakte van zijn gezin en zijn omgeving, met als gevolg afstemmingsmoeilijkheden (Hillewaere e.a., 2007). Hoewel De Viersprong vanaf het begin het belang van het gezin en de omgeving

[3] In dit artikel worden de termen gezinstherapie, familietherapie en systeemtherapie naast elkaar gebruikt. Met gezin wordt het kerngezin bedoeld, met familie de ruimere familiecontext, en het systeem doelt op de ruimere context: familie, buren, vrienden, school, therapeutische systemen etc.

erkende, namen gezinstherapie en de therapie gericht op het systeem rondom de adolescent er tot begin jaren negentig geen prominente plaats in.

Het spanningsveld tussen de individuele en groepstherapie enerzijds en de gezins- of systeemtherapie anderzijds, moet 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.

*Het moderne paradigma en de kritiek vanuit postmoderne richtingen*

Het onderscheid tussen modern en postmodern in de psychotherapie is uitgewerkt door onder anderen Gergen & Kaye (1992) en Anderson (1997), en bouwt voort op de concepten van modernisme en postmodernisme in de filosofie. Een 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, BH] 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.' (Anderson, 1997, p. 30)[4]

Anderson verwerpt ook de hiërarchische en afstandelijke positie van de therapeut in de moderne psychotherapeutische richtingen. Zij schrijft hierover: 'Vanuit een modern perspectief is kennis, en van daaruit waarheid piramidaal: 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)[5]

Kennis, macht en taal kunnen volgens postmoderne auteurs niet los van elkaar worden gezien, en de kritiek op het taalgebruik van moderne therapierichtingen is niet mals. Met name 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

[4] Tenzij anders vermeld betreft het steeds eigen vertalingen.



Gergen e.a. (1995) met de veelzeggende titel: 'Is diagnosis a disaster: a constructionist trialogue'. Hierin stellen de auteurs dat het taalgebruik in moderne diagnosen en therapieën onpersoonlijk is en voorbijgaat aan het unieke karakter van elke persoon en elke situatie.

De kritiek van sommige postmoderne auteurs op het gebruik van objectieve kennis en objectiverend taalgebruik, eenzijdig waarheidsdenken en de positie van de therapeut als hiërarchische expert, gaat soms erg ver. Het lijkt er dan ook sterk op dat vooral de kritische postmoderne auteurs het kind met het badwater willen weggooien. Als systeemtherapeut wordt men dan geplaatst voor de volgende uitdaging. Hoe kun je ideeën vanuit postmoderne familietherapeutische stromingen (zie verder) inpassen in een organisatie als De Viersprong? De instelling wordt juist gedreven door evidentie, evidence-based behandelingen en 'objectieve wetenschappelijke' kennis (Verheul & Kamphuis, 2007). En hoewel het model grondig herwerkt en herdacht werd in de adolescentenkliniek, besloot men toch om het reconstructieve model niet geheel opzij te schuiven, maar te beschouwen als een onderdeel van een groter model, naast elementen van supportieve en sociaal-therapeutische aard (De Viersprong, 2005). Ook diagnosevorming vormt hierbij een wezenlijk onderdeel van de intakes en het behandelplan (Van Gerwen & Sebregts, 2005).

*De invloed van postmoderne stromingen op het klinisch werk*

Het concept 'postmodernisme' is afkomstig van de Franse filosoof Lyotard en is in de systeemtherapie vooral geïntroduceerd door Kenneth Gergen en Harlene Anderson. Tegenover het eenheidsdenken van het moderne paradigma plaatsen zij een postmodern alternatief met een veelheid aan realiteiten. Met andere woorden: er bestaat voor postmoderne filosofen, psychologen en psychotherapeuten geen objectieve waarheid die je kunt achterhalen, maar eerder een veelheid aan perspectieven, theorieën en ideeën. Anderson formuleert deze veelheid 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)[6]

Zoals hierboven gesteld is het vooral Kenneth Gergen (1999; 2001) die met zijn ideeën over sociaal constructionisme grote invloed gehad heeft op de postmoderne ontwikkelingen in de (systeem)therapie. Het sociaal constructionisme gaat ervan uit

[6] In: J. Wagner: Conversation, language and the written word

dat de mens en de wereld niet op zich bestaan, maar geconstrueerd worden door taal en sociale interacties. Elk individu bestaat dus niet op zich, maar vormt zich in taal, dialoog en sociale relaties. Taal wordt dan ook heel belangrijk in deze benadering, taal richt zich meer op mogelijkheden dan op pathologie. Ook in de therapie zoekt men niet naar mogelijke oorzaken van pathologie, maar probeert men het verhaal van de mens en zijn omgeving te begrijpen door middel van dialoog. De therapeut verandert daardoor van een expert naar een gelijkwaardige partner die focust op dialoog en samenwerking. En de cliënt wordt een co-expert die in de dialoog mee op zoek gaat naar betekenisgeving, mogelijkheden en oplossingen (zie o.a. Anderson & Gehart, 2007; Rober, 2002).

Hoewel de verscheidene postmoderne benaderingen een gemeenschappelijke noemer hebben, zijn er toch ook wezenlijke verschillen. Grosso modo worden ze onderverdeeld in narratieve therapieën en anderzijds oplossingsgerichte of ontwikkelingsgerichte benaderingen. (Voor een overzicht en uitwerking van deze benaderingen zie Hillewaere & Lefevere de Ten Hove, 2006; Hillewaere, 2008.) Hieronder wordt beschreven hoe deze twee stromingen er in de praktijk uitzien.

*Narratieve therapieën*

Narratieve therapieën kenmerken zich door het grote belang dat gehecht wordt aan betekenis, taal en verhaal (narratief < 'narrare', verhalen). Sommige auteurs zullen hierbij eerder de metafoor van het *verhaal* vooropstellen ('narrative', 'story'; White & Epston, 1990), terwijl anderen meer de nadruk zullen leggen op *taal* ('language', Anderson & Goolishian, 1992; 1998), of dialoog (Andersen, 1991) en conversatie (Anderson, 1997).

Michael White 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. 1270)[7] Narratieven hebben dus een meervoudig effect: ze kleuren niet alleen de manier waarop we kijken naar ons leven en onze eigen geschiedenis, maar ook onze waarneming van nieuwe gebeurtenissen.

Een eenvoudig voorbeeld kan dit duidelijk maken. Een gezin dat zichzelf voornamelijk ziet als slachtoffer van een reeks gebeurtenissen (verlies van ouders, ongunstige financiële situatie, traumatische ervaring van dochter) zal zowel het verleden negatief inkleuren (één en al tegenslag, wereld en medemensen zijn onrechtvaardig), als het beeld dat het gezin en de gezinsleden van zichzelf hebben

[7] Vertaling Lieven Migerode



(slachtoffer, gebrek aan competentie, weinig weerbaarheid), of de manier waarop zich nieuwe situaties aandienen (vooral negatieve gebeurtenissen worden opgemerkt). White & Epston (1990) spreken in dit verband ook wel van een dominant verhaal of een probleemgesatureerd verhaal ('problemsaturated story'). Er ontstaat een inperking aan betekenisgeving en keuzevrijheid, een convergente manier van denken, kijken en praten, waardoor men steeds weer uitkomt op hetzelfde punt.

Erg herkenbaar bij gezinnen met adolescenten – en niet alleen die zich aandienen op de KPA: de ouders vinden dat hun tiener bepaald probleemgedrag vertoont dat spanningen in het gezin veroorzaakt, terwijl de jongere op zijn beurt vindt dat zijn gedrag uitgelokt wordt door controlerend of autoritair gedrag van zijn ouders, en dat juist zij moeten veranderen. De macht die hierbij uitgaat van een dergelijk dominant verhaal zoals hierboven beschreven, is erg groot, evenals het gevaar dat de therapeut verzeild raakt in één kamp of één waarheid. Een van de belangrijkste uitdagingen in therapie is volgens White om dit dominante verhaal als *enige* betekenisgeving aan de orde te stellen en te voorzien van een rijkere betekeniscontext.

Ook Tom Andersen heeft veel invloed gehad op onze manier van werken. In 'The Reflecting Team, dialogues and dialogues about the dialogues' uit 1991 beschrijft hij het ontstaan van het concept en de praktijk van het *Reflecting team*, wat resulteerde in een belangrijk en invloedrijk artikel in 'Family Process' in 1987. Het gebruik van een one-way screen (spiegel) was in de jaren zeventig en tachtig een ingeburgerde methode binnen de familietherapie, en vooral gekend vanuit de Milanese school. Andersen beschrijft hoe hij gecharmeerd was door de Milanese manier van voorzichtige, respectvolle vragen stellen (zie Selvini Palazolli e.a., 1980). Maar hij voelde zich ook ongemakkelijk bij de eenzijdige, bevreemdende conversaties van het therapeutenteam achter de spiegel (buiten gehoorsafstand van de cliënten) en de eenzijdig strategische interventies (Andersen, 1991; 1995).

In hun zoektocht naar een minder strategische, meer open en gelijkwaardige conversatie en dialoog stelden Andersen en zijn medewerkers voor om de gesprekken van het team achter de spiegel door het behandelde gezin mee te laten volgen. Deze letterlijke ommekeer in de manier van werken bleek erg bevrijdend en is tot op heden wereldwijd van grote invloed in het werken met teams en gezinnen. De therapeutische relatie werd veel gelijkwaardiger en meer gericht op samenwerking.

In de deeltijdbehandeling voor gezinnen met adolescenten van de afdeling KPA, waar jongeren samen met hun gezin een intensief dagprogramma doorlopen, vormen het Reflecting Team en het Reflecting Proces één van de drie peilers van het programma (Hillewaere e.a., 2007).

*De oplossingsgerichte en competentiegerichte benadering*
De oplossingsgerichte benadering of *Solution-Focused (Brief) Therapy* (SF(B)T) ontstond in de jaren zeventig in Milwaukee, ten noorden van Chicago. Grondleggers van deze benadering zijn Steve de Shazer en Insoo Kim Berg. Veel van hun ideeën kwamen voort uit het concrete werk met cliënten. Zo stelden ze onder meer vast dat het niet nodig was om de oorzaken van het probleem te kennen om tot oplossingen te komen. In reactie op de langdurige individuele en probleemgerichte benaderingen ontstond de term *solution focused brief therapy* en werd de nieuwe therapeutische richting geboren. Het principe 'kortdurend' kwam allereerst voort uit hun vaststelling dat de eerste acht sessies vaak allesbepalend zijn voor de therapie, maar later nuanceerden ze de betekenis naar 'niet langer dan nodig'. Overigens is ook de term 'oplossingsgericht' wat ongelukkig gekozen. Het gaat immers niet zozeer om oplossingen, maar veeleer om de mogelijkheden en krachten, hulpbronnen (*resources*) waarover de cliënten zelf beschikken om die oplossingen te vinden. 'We willen geen cafetaria zijn met instantmaaltijden of -oplossingen voor de mensen, we willen de mensen zelf leren koken en hen helpen om zelf naar passende oplossingen te zoeken.' (Berg, 2006)

De oplossingsgerichte benadering wijst ondermeer een allesomvattende theorie over de mens af (omdat die immers uniek is), vertrouwt op de zelfhelende krachten van de mens, en maakt creatief gebruik van de symptomen en de taal van de cliënten. In de loop van de jaren werden de volgende uitgangspunten geformuleerd:

1 mogelijke oplossingen zijn niet noodzakelijk rechtstreeks gelinkt aan de problemen;
2 de taal voor het vinden van oplossingen is anders dan die 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 (goed) werkt (behoud de werkzame coping);
5 verander wat niet goed werkt;
6 geen enkel probleem doet zich altijd (in alle omstandigheden) voor;
7 kleine wijzigingen kunnen leiden tot grote veranderingen;
8 de toekomst is bespreekbaar en beïnvloedbaar (De Shazer & Dolan, 2007, 1-3).

De oplossingsgerichte benadering is over het algemeen veel pragmatischer dan de narratieve therapieën, minder gericht op reflectie en meer op concrete gedragsveranderingen en werkzame technieken, en bovendien duidelijker georiënteerd op de toekomst (Berg, 2006; Hillewaere, 2008). Daarom is deze benadering juist erg complementair. Tot de meest gebruikte 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, 2001, Berg & Steiner 2003,). Op De Viersprong spreken we de eigen krachten en mogelijkheden van de jongeren en de gezinnen aan, doen we een beroep op de eigen hulpbronnen en hechten we belang aan concrete gedragsveranderingen (De Viersprong, 2005; Hillewaere, 2006).

**De concrete praktijk: een aanzet tot integratie**

*De dialoog 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 in het therapeutisch proces (Rober, 1998; Hillewaere, 2006). In de eerste gesprekken geven we het gezin ruim gelegenheid om het probleem waarvoor het zich heeft aangemeld te bespreken. Ook kijken we naar de manier waarop ze tot dan toe met moeilijkheden zijn omgegaan, hun hulpbronnen, kwaliteiten, krachten en mogelijkheden als gezin, hun relatie met verdere familie en de ruimere context (Hillewaere, 2006; Hillewaere & Lefevere de Ten Hove, 2006). We gebruiken daarbij een genogram of stamboom; een klassiek instrument in de systeemtherapie. Het werd oorspronkelijk vooral gebruikt als diagnostisch middel om verbanden te leggen tussen de aangemelde problematiek en de bredere familiecontext (zie McGoldrick & Gerson, 1985), maar later kreeg men ook aandacht voor de therapeutische mogelijkheden (McGoldrick e.a., 1999; Hillewaere & Lefevere de Ten Hove, 2006).

Een eerste belangrijke verandering in onze manier van werken was dat het eenzijdig diagnostisch perspectief verschoof naar een collaboratief therapeutisch perspectief: het genogram ontstaat immers in dialoog met het gezin. Symbolisch voor deze verandering is dat we het genogram door het gezin zelf laten optekenen, waardoor de gezinsleden de kans krijgen om zelf auteur te blijven (of opnieuw te worden) van hun eigen geschiedenis, en het eventuele dominante probleemverhaal kunnen plaatsen binnen een context van andere (rijkere) verhaallijnen (White & Epston, 1990). In de intake maken we daarom al direct duidelijk dat we het erg belangrijk vinden dat er zo veel mogelijk leden van het gezin meekomen naar het gesprek. Een opname heeft grote invloed op het hele gezin en de moeilijkheden van de adolescent kunnen niet los gezien worden van de gezinsrelaties (Andolfi, 1995; Splingaer, 2003). Zeker in de adolescentiefase is het belang van afstemming tussen de jongere en zijn gezin erg groot (Preto, 1989). Bovendien is het gezin een sleutelelement voor een succesvolle behandeling en gunstige follow-up (Hutsebaut, 2005).

Bij het samenstellen van het genogram vragen we meestal toestemming aan de ouders om met de kinderen te mogen beginnen. Hiermee erkennen we hun ouderlijk gezag en mobiliseren we tegelijkertijd de probleemjongere om actief bij te dragen aan het eigen veranderingsproces. Broers of zussen zorgen niet zelden voor andere, rijkere verhaallijnen en verbreding van het perspectief. Jonge kinderen zijn over het algemeen erg open en spreken vaak op een leuke en humoristische manier over hun gezin. Bovendien zijn ze bruikbare gidsen bij de zoektocht naar positieve krachten, personen, relaties of mogelijkheden (Andolfi e.a., 1989, Splingaer, 2003). Ouders zijn ook vaak verrast over de anekdotes die hun kinderen over het gezin hebben.

Bij het opstellen van een genogram vragen we bijvoorbeeld: 'Om jullie beter te begrijpen zouden we graag even naar jullie gezin kijken en naar dat 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, die kunnen helpen bij de moeilijkheden waarvoor jullie hier zijn.'

Er is nog een argument uit een ander denkkader om met zo veel mogelijk gezinsleden in gesprek te gaan. Als gezinsleden samen reflecteren op de eigen familiegeschiedenis, krijgen ze een beter begrip van zichzelf en van elkaar, en dat kan erg heilzaam zijn voor de onderlinge hechtingsprocessen. Kunnen stilstaan bij de eigen innerlijke leefwereld, zich kunnen inleven in die van een ander, en daarover kunnen reflecteren noemden Fonagy en medewerkers 'mentaliseren' (Fonagy e.a., 2002; Allen & Fonagy, 2006). Ze proberen deze processen ook te vertalen naar systemische concepten, en spreken in dit verband over '*shared frames of representations of emotions, cognitions and behaviors,*' (Hill e.a., 2002, p. 212) waarbij wordt gekeken of een gezin een gemeenschappelijke taal kan ontwikkelen, of ze om dezelfde dingen kunnen lachen, pijn met elkaar kunnen delen, en elkaar een zelfde veilige gehechtheid kunnen bezorgen.

Er zijn trouwens steeds meer publicaties over de integratie tussen het gehechtheidsparadigma en familietherapie (zie Erdman & Caffery, 2003; Govaerts, 2007; Johnson & Whiffen, 2003). Ze besteden veel aandacht aan emoties en gezinsinteracties, elementen die minder uitgewerkt zijn in postmoderne benaderingen. Enkele toepassingen uit de praktijk kunnen dit illustreren. Zo gaan wij bij De Viersprong bijvoorbeeld bij het opstellen van een genogram eerst op zoek naar gemeenschappelijke verhalen en punten van gelijkenis tussen ouders en kinderen. Dit werkt erg verbindend ('*creating connections*', Johnson, 1996) en kan hernieuwde gemeenschappelijke betekenisgeving opleveren. De betekenis die het heeft om de oudere of jongere broer of zus te zijn, kan bijvoorbeeld leiden tot heel wat herkenning. Daarna kan men dan meer de verschillen tussen de gezinsleden uitwerken. Hill 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 soorten is belangrijk. Dit herverbinden met de gemeenschappelijke geschiedenis en met elkaar schept een veiliger basis voor het loskomen dat bij de adolescentie hoort.

Dit alles betekent niet dat steeds het volledige gezin bij de gesprekken aanwezig is. Zo zijn er bijvoorbeeld ook groepsgesprekken voor ouders, de zogenaamde ouderavonden (Boonstra & Hillewaere, 2005) en wordt in elk gesprek samen met het gezin gekeken wat een zinvolle en haalbare gesprekssamenstelling is. Zo kunnen ook themasessies met broers en zussen afzonderlijk aangegaan worden, waarbij we bijvoorbeeld samenwerken met een dramatherapeut, beeldend therapeut, psychomotorische therapeut of dans- en bewegingstherapeut.

Bij de gezinsgesprekken krijgen ouders en kinderen soms afzonderlijke opdrachten. Zo vragen we bij een 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 daarvoor nodig hebben (zie Selekman, 2005). Het is erg goed voor een gezin met adolescenten dat sommige activiteiten juist afzonderlijk gebeuren (Bertolino, 1999; 2003). Wel streven we ernaar om zo veel mogelijk in dialoog met - en niet over elkaar te gaan, en vragen we van alle gezinsleden een open houding. Iedereen is op de hoogte van alle contacten (bv. telefonische), maar niet steeds van de inhoud daarvan (jongeren en ouders blijven zelf eigenaar van de informatie in bijv. de groepstherapieën en de ouderavonden).

*De tijdsdimensies verleden, heden en toekomst*

Door de zoektocht naar rijkere verhalen en betekenissen en door de gemeenschappelijke dialoog wordt praten over het verleden en de gezinsgeschiedenis zinvol en ondersteunend. Ook het opstellen van een tijdslijn, een chronologisch overzicht van de gebeurtenissen die voor het gezin belangrijk zijn, kan hierbij helpen. Daarbij vinden ouders het meestal ontspannend om over de geboorte en babytijd van hun kind te praten, hoe groot de problemen met dit kind later ook geworden zijn. Met de tijdslijn worden moeilijkheden gesitueerd binnen een ruimere context zoals een verhuizing of het overlijden van een familielid, maar ook een promotie of gezinsuitbreiding. Op de tijdslijn kan men optekenen op welke momenten het probleemgedrag zich niet voordeed, waneer het beter ging en welke oplossingen het gezin (of het kind) zelf al geprobeerd hebben. In de oplossingsgerichte benadering spreekt men in dit verband over 'uitzonderingen' (Berg & De Jong, 1998).

Bij het oplossingsgericht werken met genogrammen kan men verder in de familiegeschiedenis op zoek gaan naar de kracht en de mogelijkheden of hulpbronnen (*'resources'*, Hillewaere & Le Fevere de Ten Hove, 2006; Kuehl, 1995). Het moge duidelijk zijn dat in een dergelijke werkwijze de gezinsgeschiedenis gezien wordt als een dynamisch proces. Elke geschiedenis is er een met moeilijkheden maar ook met mogelijkheden, en ook het beeld dat het gezin over zichzelf heeft is onderhevig aan verandering.

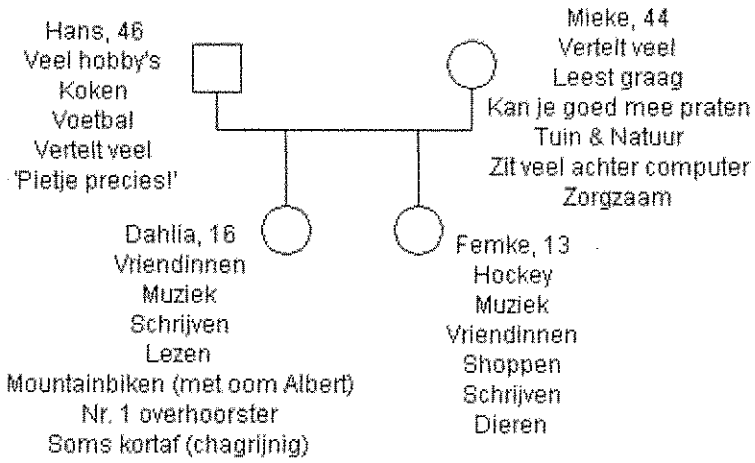
Door constructieve dialogen en therapeutische veranderingen (zie verder) kan een gezin dat zichzelf zag als machteloos slachtoffer, een nieuw zelfbeeld krijgen van een gezin met weliswaar nare ervaringen, maar toch competent en solidair. Ook in (psychodynamische) literatuur worden het verleden, de geschiedenis en het geheugen niet langer gezien als een soort statische bibliotheek, maar als een veranderlijk en dynamisch gebeuren waarin taal en betekenis een centrale rol spelen (zie Hutsebaut & Corveleyn, 1997; 1999). Hieronder werken we verder uit hoe we streven naar een evenwichtige aandacht voor alle drie de tijdsdimensies.

Zowel bij het optekenen van het genogram als bij het opstellen van het behandelplan besteden we ook expliciet aandacht aan de interesses en hobbies, kwaliteiten, mogelijkheden, vaardigheden en hulpbronnen (vrienden, buren) van alle gezinsleden afzonderlijk. Het gecombineerde genogram (de tijdslijn, het genogram en de doelstellingen - zie verder) dient als basis voor de verdere gezinsgesprekken en als uitgangspunt voor de eerste behandelplanbespreking.

Figuur 1 geeft een detail van een dergelijk genogram, met kwaliteiten, hobbies en eigenschappen die door het gezin zelf zijn opgeschreven. Het gezin heeft twee dochters, waarvan de oudste (hier Dahlia genoemd) bij ons is opgenomen. Een aantal *life events*, zoals een suïcide van een vriendin en het overlijden van een klasgenootje, maar ook een trauma (aanranding door een onbekende jongen) liggen volgens Dahlia aan de basis van haar moeilijkheden. Ze kan er slechts moeizaam over praten en ze reguleert spanningen vooral door middel van automutilatie en lichte eetstoornissen. In de eerdere gezinsintake toonde Dahlia zich gesloten en afwerend. Het genogram werd door het gezin opgetekend tijdens het eerste gesprek gedurende de opname, toen er al meer openheid en dialoog mogelijk was.



**Figuur 1: detail van een genogram met enkele eigenschappen**




Bij het samenstellen van het genogram kan men ook de derde tijdsdimensie, de toekomst, goed in het therapeutisch proces betrekken. Binnen de oplossingsgerichte benadering hebben vragen over de toekomst en doelen een centrale plaats (Berg & De Jong, 1998), maar tot op heden werd dat slechts zelden in verband gebracht met een historisch perspectief. Een genogram en de tijdslijn vormen een erg goede basis om vanuit eigen ervaringen goede en realistische doelstellingen op te stellen, zowel op individueel als gezinsniveau. Bij het opstellen van die doelstellingen kiezen we voor een ruimer perspectief dan de 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, en welke doelen ze zichzelf stellen voor de therapie, zowel de gezinsleden afzonderlijk als het hele gezin. We vragen bijvoorbeeld: '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 belangrijker dan het volgens het oplossingsgerichte model technisch meer correcte SMART-principe: doelstellingen dienen hierbij Specifiek, Meetbaar, Aantrekkelijk, Realistisch en Tijdsgebonden te zijn. Het gezin uit figuur 1 tekende de volgende doelstellingen op:

- 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.

Als al in de eerste fase de taal van het gezin gehanteerd en gerespecteerd wordt, verhoogt dat de (intrinsieke) motivatie van het gezin als geheel en de gezinsleden afzonderlijk: het zijn immers hun eigen woorden en eigen voornemens. Volgens Walter & Peller (1993) ligt de grote kracht van (het formuleren van) doelstellingen in het vergroten van de motivatie. Het proces wordt aldus belangrijker dan het resultaat, want doelen kunnen immers bijgesteld 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 gehechtheidsparadigma, wijst men op het gunstig effect van samen doelen stellen en activiteiten ondernemen (MaCkey, 2003). De doelen van het gezin kunnen parallel lopen met die van de behandelde adolescent, in het gezin van figuur 1 golden een aantal doelstellingen ook voor Dahlia individueel: 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 weekend-besprekingen die de jongeren samen met hun groep en twee sociotherapeuten hebben (De Viersprong, 2005). De doelen kunnen ook worden meegenomen bij opgenomen jongeren en hun gezinnen die ook het gezinsdeeltijdprogramma volgen. Zo wordt het meer (psycho)dynamische, inzichtgevende en motivationele proces gekoppeld aan concrete gedragsveranderingen. Beide processen zijn in onze ogen essentieel voor een geslaagd veranderingsproces in therapie (Hillewaere, 2006).

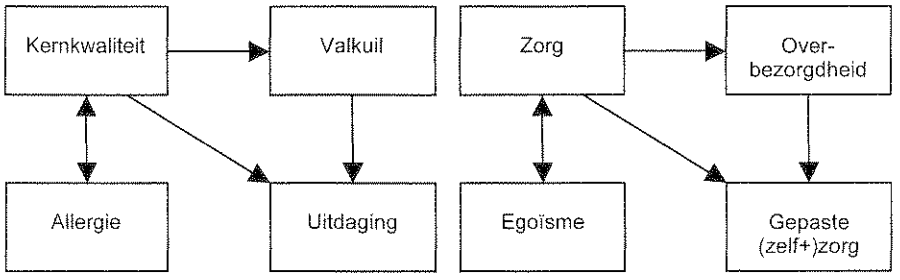
*Aandacht voor problemen, mogelijkheden en mogelijke oplossingen*

Zoals gezegd proberen we in therapie 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 diens 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. We laten het gezin het probleem aantekenen op een tijdslijn en maken op die manier een onderscheid tussen dat wat het gezin wenst te behouden (opgetekend in het genogram, al wenst een gezin niet alles op een genogram te behouden) en dat wat men wenst te veranderen, met name de doelstellingen.

Hoewel heel wat literatuur aangeeft dat gewenste verandering het best geformuleerd kan worden in termen van aanwezigheid van positief gedrag (zie Berg & De Jong, 1998; Berg & Steiner, 2003), opteren wij ook hier voor een en/en-formulering, 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 vaak gestelde doelen die nauw aansluiten bij de beleving van de jongere en het gezin: hun grootste wens is vaak dat bepaald gedrag stopt. Even belangrijk is het om verder te kijken hoe dit gedrag het best kan stoppen en welk gewenst gedrag hiervoor in de plaats kan komen. In de praktijk kan dit neerkomen op: 'uitzoeken welke voordelen eerlijk gedrag me kan opleveren,' en 'kijken hoe ik het best hulp of steun kan vragen wanneer er spanning opkomt.' In elk behandelplan is er, naast de kwaliteiten en mogelijkheden van de jongere en het gezin, ruimte voorzien voor een probleemanalyse en het formuleren van doelstellingen.

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

**Figuur 2: Het kernkwadrantenmodel**




Een praktijkvoorbeeld (uit het gezin van Dahlia) kan dit model verduidelijken. (Ouderlijke) zorg kan gezien worden als een mooie (kern)kwaliteit, maar wanneer men te veel gaat zorgen (teveel van het goede) dan kan men in de eigen valkuil terechtkomen, in dit geval overbezorgdheid. In het model van Ofman vormt de allergie het tegenovergestelde van de kwaliteit, wat in dit voorbeeld door de ouders

werd geformuleerd als 'egoïsme' (als tegenovergesteld aan zorg). Een allergie kan versterkt worden door de levenservaring (gezinsgeschiedenis) en mensen nog meer leiden naar hun valkuil (overbezorgdheid). Denk bijvoorbeeld aan ouders die absoluut niet egoïstisch willen overkomen en daarom extra gaan zorgen.

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 gekozen kunnen worden voor zelfzorg, als gezonde uitingsvorm van egoïsme en positief tegenovergesteld aan overbezorgdheid.

In onze benadering proberen we het model niet al te technisch in te vullen, maar 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 er 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 2 kortweg zelf+zorg geformuleerd). De uitdagingen kunnen dus zelfs ook gekoppeld worden aan de doelstellingen van het gezin.

Ofmans model kan toegepast worden op elk individueel gezinslid, maar ook voor het ouderpaar en de jongeren afzonderlijk, of op het gehele gezin. Het geeft plaats aan sterke (kernkwaliteiten) en minder sterke eigenschappen (valkuilen), is sterk gericht op ontwikkeling en groei en leent zich gemakkelijk om op een constructieve manier feedback te geven ('we waarderen de zorg, maar hebben het moeilijk met je overbezorgd gedrag'). Het model leent zich ook erg goed voor de levensfase van de adolescent en die van het gezin, bijvoorbeeld wanneer het gaat om thema's als 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 uitvoerige en kritische bespreking van de toepassingsmogelijkheden van dit model zie Hillewaere, 2006).

*Teamwerking en kennis*

We moeten tot slot ook stilstaan bij de plaats van de gezinstherapie binnen een multidisciplinair team, zoals hierboven beschreven, en binnen het grotere geheel van een organisatie waarin (wetenschappelijke) kennis een belangrijke bouwsteen is (zie Verheul & Kamphuis, 2007). De communicatielijnen tussen de gezinstherapeut en de jongere en het gezin 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 het gezin weten dat er dagelijks overleg is in een sfeer van openheid en transparantie. Het



gehele team onderhoudt het contact met het gezin, elk teamlid vanuit de eigen deskundigheid en met een eigen focus.

We streven ernaar om zo snel als mogelijk na de eerste (uitgebreide) behandelplanbespreking (na zes weken, vervolgens telkens na twaalf weken) een gesprek te hebben tussen de psychotherapeut en het gezin. In dit gesprek bespreekt de psychotherapeut de mogelijkheden en moeilijkheden van de jongere, steeds vertrekkend vanuit het perspectief en de taal van de jongere en het gezin. Met andere woorden: de psychotherapeut vraagt steeds eerst aan de jongere zelf hoe het met hem of haar gaat, wat hij of zij zelf van de behandeling vindt, welke de doelen zijn en hoe daaraan gewerkt wordt (bijvoorbeeld in indicatiegroepen vanuit de vaktherapieën of via modules rond een thema, zie De Viersprong, 2005). Ook wordt besproken welke vragen er leven en waar de jongere, de andere gezinsleden en de behandelaar verder nog mee zitten. Verderop in de behandeling kan de psychotherapeut betrokken worden bij de gezinsgesprekken als dat door wie dan ook gewenst is.

Met de andere teamleden is er een gelijksoortige samenwerking. Samen met de sociotherapeut kan bekeken worden hoe de weekends verlopen en hoe het contact met de gezinsleden verbeterd kan worden. Met de vaktherapeut kan dan weer samen toegewerkt worden naar een bepaald thema of een bepaalde expressiemogelijkheid, zoals het omgaan met conflicten (drama) of vlotter communiceren (vaak op een speelse manier, zie Gil, 1994), leren contact te leggen en af te grenzen (PMT en dans en beweging), stilstaan bij emoties of het doorwerken van een bepaald verlies of trauma (beeldende therapie). Voor de gesprekken die we als gezinstherapeut samen met andere disciplines hebben, vormt zoals gezegd het werk van Andersen (1987; 1991; 1995) een bijzondere inspiratie. We houden tijdens de teamgesprekken dan ook meestal een korte evaluatiepauze, waarna we onze overwegingen delen met het gezin, en hen ook uitnodigen om dat met ons te doen.

Een bijzonder element in de dialoog ten slotte, zowel voor de jongere als voor het gezin, de therapeuten, de organisatie en de ruimere maatschappelijke context, is de wetenschappelijke kennis, ondermeer omtrent diagnoses. Zo is voor de zorgverzekeraars in Nederland een diagnose een noodzakelijke voorwaarde voor financiering 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[8], zoals bijvoorbeeld Bertolino (1999; 2003): 'Vanuit een therapie gericht op mogelijkheden is diagnostiek geen éénmalig

[8] Collaboratief is een term in de systeemtherapie voor op samenwerking gerichte therapie .

gebeuren. Het is juist veranderlijk. [...]Diagnostiek is niet enkel gericht op het verhullen of onthullen van pathologie. (Bertolino, 2003 p. 31)

Overigens is ook de diagnostiek in De Viersprong dynamisch en therapiegericht (zie Van Gerwen & Sebregts, 2005; Verheul & Kamphuis, 2007) en kan de diagnosticus indien gewenst ook betrokken worden bij het gezinsgesprek. Veel gezinnen en jongeren zitten bijvoorbeeld met vragen omtrent een mogelijke borderline persoonlijkheidsstoornis. In een gesprek naar de betekenis hiervan voor het gezin komen we meestal tot werkbare hypothesen en doelstellingen, die we op een flipover noteren, 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 ook welk gedrag tot moeilijkheden kan leiden in interactie met andere mensen. Deze doelstellingen kunnen vervolgens bekeken worden in een relationele context, en gegoten worden in een meer circulaire vorm, bijvoorbeeld: 'steun bieden zonder overbezorgd te reageren, wanneer de jongere zich terugtrekt'.

Op deze manier wordt kennis omtrent diagnostiek meegenomen in de dialoog, net zoals bijvoorbeeld kennis over adolescentenpsychologie (Makey, 2003; Preto, 1989, Steinberg, 2005), automutilatie (Claes &Vandereycken, 2007; Selekman, 2002) of trauma (Dolan, 1991). 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 e.a., 1989). In een therapie met jongeren en gezinnen met ernstige moeilijkheden is een duidelijke houding erg belangrijk en de therapeut kan (en dient) expertise in te brengen zonder dat hij of zij zich daarbij als een eenzijdige expert opstelt.

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

In dit artikel hebben we enkele ideeën willen weergeven die kunnen inspireren tot integratie van psychotherapie en systeemtherapie met adolescenten. Postmoderne stromingen hebben ons inziens een duidelijke meerwaarde opgeleverd, zoals grotere aandacht voor meerdere perspectieven, hoopvolle verhalen, mogelijkheden en een erg op samenwerking gerichte attitude. In de therapeutische praktijk betekent dit dat men, net als de behandelde adolescent en zijn gezin, voor een aantal keuzes geplaatst wordt. Bij deze keuzes hebben we gepleit voor integratie; een en/en-benadering (Bertolino, 2003), in plaats van een of/of-benadering. Zo proberen we als team *samen* met het gezin het probleem een plaats te geven. Daarnaast willen we de kwaliteiten en mogelijkheden in kaart te brengen en op zoek gaan naar mogelijke oplossingen. Op deze manier hebben we in de dialoog in het hier nu zowel oog voor



het verleden als aandacht voor een hoopvolle toekomst. Voor sommige gezinnen kan het vooral zinvol zijn om verder te reflecteren over betekenissen uit het verleden. Dat sluit goed aan bij narratieve toepassingen. Voor andere gezinnen lijken meer concrete, actiegerichte oplossingen aangewezen en zal men meer hebben aan toepassingen uit de oplossingsgerichte methodiek. Een gastvrije houding (Larner, 2000; 2003) naar andere richtingen en andere disciplines toe is hierbij wenselijk, want ook de postmoderne stromingen hebben hun beperkingen. Immers, een te radicale postmoderne positie kan leiden tot uitsluiting van ideeën en bevindingen uit andere richtingen.

Er verschijnt de laatste jaren een groeiend aantal publicaties over integratie tussen postmoderne stromingen en andere richtingen (Dallos, 2006; Larner, 2000; 2003; Pare & Larner, 2004). Ondermeer het gehechtheidsparadigma lijkt sterk aan belang te winnen (Allen & Fonagy, 2006; Dallos, 2006; Erdman & Caffery, 2003; Govaerts, 2007). De therapeutische toepassingen van dit gehechtheidsparadigma bieden veel ruimte voor emoties en gezinsinteracties. Daar liggen volgens ons mooie uitdagingen klaar. Dit is ook een reden waarom de KPA in haar beleid voor de komende jaren kiest voor een team dat zich baseert op principes van *Mentalization Based Treatment* (kortweg MBT; Allen & Fonagy, 2006), waarbij wel nog een vertaalslag gemaakt moet worden naar gezinnen met adolescenten. 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 '...het behoud van zijn geschiedenis verzekeren door vooruitgang te boeken.' (Fedes, 1999)

**Samenvatting**

Dit artikel probeert antwoord te geven op enkele veelvoorkomende vragen in de therapeutische praktijk met adolescenten en hun gezinnen. De theoretische en praktische keuzes voor de antwoorden worden in het artikel toegelicht vanuit de context van een klinische behandeling voor adolescenten in het Psychotherapeutisch Centrum de Viersprong, Halsteren. Eerst wordt de evolutie toegelicht tegen de achtergrond van enkele belangrijke ontwikkelingen in de systeemtherapie, met name de overgang van het moderne naar het postmoderne paradigma. Daarna volgt de uitwerking van enkele ideeën uit deze postmoderne stromingen naar de concrete praktijk. Kern van het betoog is dat een integratie of een en/en-benadering zinvoller is dan een of/of-benadering.

*Drs B. Hillewaere is psycholoog, psychotherapeut en systeemtherapeut bij de Jeugdafdeling van het Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong te Halsteren (Kliniek, gezinsdeeltijdbehandeling en opleiding).*

**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*, 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., & 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,* 371-393.

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

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

Berg, I.K. (2006). Persoonlijke mededeling. Reijkjavik, 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*

Boonstra, C., & Hillewaere, B. (2005) Van stille smart naar gedeelde kracht. Over de oudergroep verbonden aan de jeugdafdeling van De Viersprong. *Tijdschrift voor groepstherapie*.

Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). *Zelfverwonding. Hoe ga je er mee om?* Tielt: Lannoo.

Dallos, R. (2006). *Attachment Narrative Therapy*. Berkshire: Open University Press.

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 Viersprong (2005). *Groepspsychotherapie, 39,* 3, themanummer.

Dolan, Y. (1991). *Resolving sexual abuse.* New York: Norton.

Erdman, Ph., & Caffery, T. (eds.)(2003). *Attachment and family systems*. New York: Brunner-Routledge.

Fedes, F. (ed.)(1999). *Nota Belvedere. Beleidsnota over de relatie cultuurhistorie en ruimtelijke inrichting.* Den Haag: VNG.

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.

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,* 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

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.* Londen: Sage, 166-185.

Gil, E. (1994). *Play in Family Therapy*. New York: Guilford Press.

Govaerts, J-M. (2007). *Hechtingsproblemen in gezinnen. Integratie van de hechtingstheorie in het systeemtheraeputische model*. Tielt/Houten: Lannoo/Van Loghum.

Hill, J., Fonagy, P., Safier, E., & Sargent, J. (2003). The Ecology of Attachment in the Family. *Family Process, 42*, 205-219.

Hillewaere, B. (2006). Werken met de mogelijkheden van cliënten en families door middel van kernkwadranten en genogrammen. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 32*, 3, 6-177.

Hillewaere, B. (2008). Bouwstenen voor een integratieve psychotherapie. In M. Kinet (red.), *Psychoanalyse en/van het systeem; Bij jongeren en hun gezin.* Antwerpen: Garant.
Hillewaere, B., & Lefevere de Ten Hove, M. (2006). Narratieve en oplossingsgerichte toepassingen bij genogrammen: samen hoopvolle perspectieven creëren. *Tijdschrift voor Systeemtherapie, 18*, 69-87.
Hillewaere, B., Van Gerwen, J., Deuss, I., Sluijter, L., Bakker, H. & Van Eekeren, C. (2007). Meer gezinnen, meer mogelijkheden, meer oplossingen. Over gezinsdeeltijdbehandeling met adolescenten. *Tijdschrift voor Systeemtherapie, 19*, 4, 196-216.
Hutsebaut, J. (2005). *Drop-outs, outcome en follow-up.* Interne notitie KPA. Halsteren: De Viersprong.
Hutsebaut, J., & Corveleyn, J. (1997). Realiteit, fantasie en suggestie in traumatische herinneringen. *Tijdschrift Klinische Psychologie, 27*, 4, 251-266.
Hutsebaut, J., & Corveleyn, J. (1999). Traumatische herinneringen: constructies en reconstructies. *Tijdschrift Klinische Psychologie, 29*, 2, 110-122.
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: Guilford Press.
Kuehl, B. (1995). The solution-oriented genogram: a collaborative approach. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*, 3, 239-250.
Larner, G. (2000). Towards a Common Ground in Psychoanalysis and Family Therapy: On Knowing not to Know. *The Journal of Family Therapy, 22*, 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*, 11-21.
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*. New York and Hove: Brunner-Routledge, 79-113.
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.
Ofman, D. (1992). *Bezieling en kwaliteit in organisaties.* Utrecht: Kosmos.
Pare, D., & Larner, G. (eds.)(2004). *Collaborative Psychology and Therapy in Practice.* New York: Haworth.
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. (1998). Reflections on ways to create a safe therapeutic culture for children in family therapy. *Family Process, 37*, 201-213.
Rober, P. (2002). *Samen in therapie.* Leuven: Acco.
Rober, P., & Migerode, L. (1997). Narratieve Therapie. In L. Migerode, & Rober, P. (eds.) *Conversaties en Verhalen. Op zoek naar een nieuwe taal in de gezinstherapie.* Leuven: Garant.
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). *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*, 3-12.
Splingaer, G. (2003). Help, mijn kind heeft therapie nodig. Een gezinstherapeutische visie. *Tijdschrift voor familietherapie, 9*, 2.
Steinberg, L. (2005, 7de ed.). *Adolescence.* New York: McGraw-Hill.
Van Gerwen, J., & Sebregts, P. (2005). Een eigentijds klinisch behandelmodel voor adolescenten. *Groepstherapie, 39*, 3, 6-19.
Verheul, R., & Kamphuis, J.H.(eds.)(2007). *De toekomst van persoonlijkheids-stoornissen.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
Walter, J., & Peller, J. (1993). Solution-focused brief therapy. *The Family Journal, 1*, 80-81.
White, M. (1997). Deconstructie en therapie. In L. Migerode, & Rober, P. (eds.) *Conversaties en Verhalen. Op zoek naar een nieuwe taal in de gezinstherapie.* Leuven: Garant. Nederlandse vertaling van: White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends.* New York: Norton.