

Academiejaar 2014-2015



LESSEN +
NOTA'S

RELATIE- EN GEZINSTHERAPIE

Lesgever: Ann Buysse | Door: Delfien Vansteelandt

INHOUD

INLEIDING	1
CURSUS	1
CURSUS EN LESMATERIAAL	1
Cursus: capita selecta	1
EXAMEN	1
CURSUS	1
Wat is de link met relatie- en gezinsstudies?	2
DEFINITIE RELATIE- EN GEZINSTHERAPIE	2
DEEL 1: STROMINGEN	3
INLEIDING	3
STROMINGEN MET FOCUS OP GEDRAGSPATRONEN	3
STRUCTURELE GEZINSTHERAPIE	4
Therapeutisch proces	7
Therapeutische technieken	9
COMMUNICATIE EN STRATEGISCHE SYSTEEMTHEORIE/GEZINSTHERAPIE	10
Twee groepen: 'MRI' en 'strategische' groep	10
De paradoxale communicatie	10
Theorie rond schizofrenie (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1959)	11
Strategische systeemtheorie/therapie	12
Communicatietheorie van Watzlawick	13
CYBERNETISCHE MODEL (MILANESE SCHOOL)	14
Het cybernetisch model	14
Het cybernetisch model: focus van Milaan groep (vervolg)	16
Verdiensten	17
LEERTHEORETISCH / GEDRAGSTHERAPEUTISCH	18
PSYCHO-EDUCATIEVE GEZINSTHERAPIE	18
SAMENVATTEND OVERZICHT: STROMINGEN MET FOCUS OP GEDRAGSPATRONEN	19
STROMINGEN MET FOCUS OP OPVATTINGEN	20
BESCHRIJVING VAN DEZE "SLINGERBEWEGING"	20
Fase 1: eerste-orde perspectief van de cybernetica	20
Overgangsfase: tweede-orde perspectief van de cybernetica	20
Fase 2 (jaren '90): narratief paradigma met postmodern perspectief (postmodernisme en sociaal constructionisme)	21
BASISASSUMPTIES	21
CONSTRUCTIVISME	22
SOCIAAL-CONSTRUCTIONISME	24
OPLOSSINGSGERICHTE THERAPIE (SOLUTION-FOCUSED)	28
NARRATIEVE THERAPIE	29
Fragment: An interview with David Epston: "Narrative Therapy with a Young Boy: Hannah is in my heart now"	32
SAMENVATTEND OVERZICHT: STROMINGEN MET FOCUS OP OPVATTINGEN	34

STROMINGEN MET FOCUS OP HISTORISCHE, CONTEXTUELE EN CONSTITUTIONELE PREDISPOSITIONELE FACTOREN	35
MULTIGENERATIONELE EN CONTEXTUELE THERAPIE	35
Grondlegger multigenerationele therapie: Murray Bowen (1913-1990)	36
Grondlegger Contextuele Therapie: Ivan Boszormenyi-Nagy (1920-2007)	37
Theorie van de contextuele therapie	37
PSYCHO-ANALYTISCHE GEZINSTHERAPIE	39
THERAPIE GEBASEERD OP HECHTING	40
Hechtingstheorie binnen de systeemtherapie	40
EXPERIËNTIËLE GEZINSTHERAPIE	43
'Grondlegger': Whitaker ('symbolic-experiential psychotherapy')	45
'Grondlegger': Satir	45
PROBLEEMOPLOSSENDE GEZINSTHERAPIE	46
SAMENVATTEND OVERZICHT: STROMINGEN MET FOCUS OP HISTORISCHE, CONTEXTUELE EN CONSTITUTIONELE FACTOREN	47
DEEL 1: STROMINGEN: SAMENVATTEND OVERZICHT: STROMINGEN MET FOCUS OP GEDRAGSPATRONEN, OPVATTINGEN EN HISTORISCHE, CONTEXTUELE FACTOREN	48
 DEEL 2: AANMELDING & ASSESSMENT	 51
PLANNING EN AANMELDING	51
BELANG VAN DE BEHANDELCONTEXT	51
PLANNINGSFASE	53
Netwerkanalyse: wie uitnodigen?	53
Agenda opstellen: wat vragen?	55
AANMELDING	56
"Metten is weten": assessment versus taxatie	56
"Taxatie is meer dan alleen testen en meten!"	56
"Misschien maar best toestemming vragen!"	58
De focus van taxatie: welke ingangen?	59
Het proces van de taxatie: aandachtspunten?	59
Hoe taxeren met welke methoden?	61
Welke methoden om te taxeren – gezins- en relatiediagnostiek?	62
Hoe taxeren met specifieke methoden volgens een welbepaald systemisch referentiekader?	63
De boodschap (eind fase II)	72
Korte samenvatting methodieken	75
 DEEL 3: BEHANDELING	 77
ALGEMEEN: HOE DIT 'PLANNEN' EN DOEN?	77
HOE 'PLANNEN'?	77
HOE DOEN?	78
Belang van de therapeutische relatie (cf. idem taxatie)	78
Ethiek	79
Selectie van de interventie	79
THERAPIEDOELSTELLINGEN I.F.V. HET THEORETISCH KADER EN DAARAAN GEKOPPELDE INTERVENTIES	81

THERAPIEDOELEN – THEORETISCH KADER	81
Stromingen met de focus op gedragspatronen	81
Stromingen met de focus op opvattingen	84
Stromingen met de focus op context en historische factoren	87
ANDERE SYSTEMISCHE BEHANDELINGEN, TECHNIEKEN EN PRINCIPES	89
BEHANDELING: SYSTEMISCHE INTERVENTIES	89
GENOGRAM	89
NON-VERBALE INTERVENTIES	90
Actie-/dramatechnieken & creatieve/speltechnieken	90
RITUELEN	94
Soorten rituelen	94
Functie van rituelen	95
Kenmerkend voor rituelen	95
Therapeutische rituelen	95
Proces van het ritueel: 3 fasen	95
Voorbeeld	96
(CIRCULAIRE) VRAGEN STELLEN	96
Indeling van Tomm	96
OPDRACHTEN	99
Vaardigheidstraining en gedragsuitwisseling	99
Paradoxe opdrachten	104
Non-verbale opdrachten	104
Monitoringsopdrachten	104
Reflectiebevorderende opdrachten	105
FOCUSSEN EN VERGROTEN	105
INFORMEREN	106
Evidence-based gezinstherapie bij schizofrenie	106
Informeren bij partnerrelatieproblemen	107
HERKADREREN	107
Systemische herkadrering	107
Split-messages	109
Observeren reflecting team (Andersen, 1991)	109
Herkadreren → normaliseren	110
METAFOREN	110
AFSLUITEN EN EVALUEREN VAN DE BEHANDELING	111
“FADING OUT” SESSIONS	111
Bespreking behoud & verandering	111
HERVALMANAGEMENT	112
ONTBINDEN VAN THERAPIE	112
RECONTRACTING	113
FOUTENANALYSE	113

DEEL 4: IS SYSTEEMTHERAPIE EVIDENCE-BASED? 115

AFBAKENING VAN HET VELD	115
WAT IS EVIDENCE-BASED PRACTICE?	115
WAT IS SYSTEEMTHERAPIE?	115
Systeemdenken = contextdenken	116

Klinische belang van context	116
Afbakening van het veld: systeemtherapie	116
Laatste 10 jaar binnen systeemtherapie: twee trends	117
Kloof onderzoek-praktijk	117
En nu?	118
WAT WERKT BIJ WELKE PROBLEMATIEK?	118
SYSTEEMTHERAPIE VOOR PROBLEMEN BIJ KINDEREN	118
SLAAPPROBLEMEN	119
EETPROBLEMEN	119
HECHTINGSPROBLEMEN	119
Methodes	120
! High risk families !	120
FYSIEKE MISHANDELING/VERWAARLOZING	120
Complex proces (etiologie)	120
Grondige assessment vereist = MAATWERK	121
Cognitieve-gedragsmatige gezinstherapie	122
Ouder-kind Interactie Therapie	125
Multi-systeemtherapie (principes zie verder bij CD)	125
Belangrijk: Family-based & Gestructureerd	125
SEKSUEEL MISBRUIK	126
Complex proces (etiologie)	126
Gezinsfactoren geassocieerd met seksueel misbruik	126
Traumagerichte cognitief-gedragsmatige gezinstherapie	126
Belangrijk	127
GEDRAGSPROBLEMEN	127
Oppositional Defiant Disorder	127
Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD)	128
Pervasieve gedragsproblemen in de adolescentie (CD)	129
DRUGGEBRUIK BIJ ADOLESCENTEN	140
Multi Dimensional Family Therapy (MDFT)	140
Brief Strategic Family Therapy	141
EMOTIONELE PROBLEMEN: ANGST, DEPRESSIE, ROUW, BIPOLAIRE STOORNIS, SUÏCIDEPOGING	141
Angst	141
Depressie	142
Rouw	144
Bipolaire stoornis	144
Suicidegevaar/zelfbeschadiging	145
Eetstoornissen: anorexie, boulimie, obesitas	146
Somatische problemen: enuresis, encopresis, recurrenente buikpijn, astma, diabetes	148
Psychose	148
CONCLUSIE: WAT WERKT?	148
SYSTEEMTHERAPIE VOOR PROBLEMEN BIJ VOLWASSENEN	148
RELATIEPROBLEMEN	148
Emotionally Focussed Therapy (EFT)	149
Behavioral Couples Therapy	149
Behavioral exchange procedure	149
Insight-oriented Couple Therapy	149
PSYCHO-SEKSUELE PROBLEMEN	150
PARTNERGEWELD	150

ANGSTSTOORNISSEN	151
Paniekstoornis	151
OCD	151
Angststoornissen: algemeen	151
STEMMINGSTOORNISSEN	152
Depressie	152
BIPOLAIRE STOORNIS	153
ALCOHOLMISBRUIK	153
Community reinforcement and family training (CRAFT)	153
Alcoholmisbruik	154
SCHIZOFRENIE	154
Gezinstherapie	154
CHRONISCHE ZIEKTE: KANKER, CHRONISCHE PIJN, ...	155
Chronische ziekte	155
CONCLUSIE: WAT WERKT?	155
TOEKOMST	156
Efficacy Research – RCT doeltreffendheidsonderzoek	156
Bruikbaarheidsonderzoek	156
Procesonderzoek	157
CONCLUSIE	157
Probleemstelling: up to date blijven?	158
Gevolgen van het niet bijblijven	158

ALGEMENE SAMENVATTING **159**

FOCUS OP INTERACTIEPATRONEN	159
STRUCTURELE BENADERING	159
MRI/COMMUNICATIE EN STRATEGISCHE SYSTEEMTHEORIE SAMEN	160
Strategische systeemtheorie	161
Communicatiebenadering	161
CYBERNETISCH MODEL: 1 ^E ORDE CYBERNETICA	162
GEDRAGSTHERAPEUTISCH/LEERTHEORETISCH	163
PSYCHO-EDUCATIEVE GEZINSTHERAPIE	163
FOCUS OP OPVATTINGEN	164
ALGEMEEN VOOR OPVATTINGEN	164
TWEDE ORDE CYBERNETICA (MILANESE SCHOOL)	165
CONSTRUCTIVISME (EPISTEMOLOGISCHE THEORIE)	165
SOCIAAL-CONSTRUCTIVISME	166
OPLOSSINGSGERICHTE THERAPIE	167
NARRATIEVE THERAPIE	168
FOCUS OP CONTEXTUELE, HISTORISCHE EN CONSTITUTIONELE FACTOREN	169
MULTIGENERATIONELE/TRANSGENERATIONELE GEZINSTHERAPIE	169
PSYCHO-ANALYTISCHE GEZINSTHERAPIE	170
THERAPIE GEBASEERD OP HECHTING	171
EXPERIENTIËLE GEZINSTHERAPIE (WHITAKER & SATIR)	172
PROBLEEMOPLOSSENDE GEZINSTHERAPIE	172
OVERIGE SYSTEMISCHE INTERVENTIES	173
CENTRAAL BIJ ASSESSMENT	174

CENTRAAL BIJ BEHANDELING	175
SAMENVATTEND OVERZICHT: STROMINGEN	175
STROMINGEN MET FOCUS OP GEDRAGSPATRONEN	175
STROMINGEN MET NADruk OP OPVATTINGEN	176
STROMINGEN MET FOCUS OP HISTORISCHE, CONTEXTUELE EN CONSTITUTIONELE FACTOREN	176
BESLUIT M.B.T. STROMINGEN MET FOCUS OP GEDRAGSPATRONEN, OPVATTINGEN EN HISTORISCHE EN CONTEXTUELE FACTOREN	177

INLEIDING

CURSUS

CURSUS EN LESMATERIAAL

- Slides
- Video casussen in de les
- Capita selecta

CURSUS: CAPITA SELECTA

- Buysse, A., De Mol, J., & Verhofstadt, L.L. (2008). Complexiteiten van systemisch onderzoek. Handboek systeemtherapie.
- Carr, A. (2012). Family Therapy: Concepts, Process and Practice (zie ook capita selecta)
- Crowe, M., & Ridley, J. (1990). *Therapy with couples*. Oxford; Blackwell scientific publications.
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., Greenberg, L. (2005). Change process research in couple and family therapy: Methodological Challenges and opportunities. *Journal of Family Psychology*, 19(1), 18-27.
- Lemmens, G.M.D., Eisler, I., Buysse, A., Heene, E., & Demyttenaere, K. (2009). The effects on mood of adjunctive single family and multi-family group therapy in the treatment of hospitalized patients with major depression: A 15 months follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*.
- Rober, P., Elliott, R., Buysse, A., Loots, G. & De Corte, K. (2008). What's on the therapist's mind? A grounded theory analysis of therapist reflections. *Psychotherapy Research*, 18, 48-57.
- Savenije, van Lawick, & Reijmers (2008). Handboek Systeemtherapie.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(4), 547-570.

EXAMEN

- **Examen: 3 vragen op 18 punten**
 - Open boek examen → deze cursus, maar ook cursussen 2^e bachelor en 1^e master (practica) mogen meegebracht worden
 - 1 vraag op 6 punten over stromingen
 - 1 casus op 6 punten over aanmelding en therapie (Welk soort assessment? Wie uitnodigen? Waarom?)
 - Zelfde casus met vraag over oefeningen op 6 punten → 6 hypothesen (2 per stroming)
- **Permanente evaluatie practica: 2 punten**

CURSUS

1. **Stromingen**
2. **Assessment/taxatie**
3. **Therapie** (= interventies → gaan terug op de stromingen)

WAT IS DE LINK MET RELATIE- EN GEZINSTUDIES?

- **Relatie- en gezinstherapie** virtueel indelen in 3:
 - *Assessment en diagnostiek*: 'basic deficits' (DSM diagnoses) + modelspecifiek
 - *Behandelingsplan*: therapiedoelstellingen, modelspecifieke interventies, modaliteiten
 - *Therapie*: implementatie van technieken
- Dit vak: **assessment vertalen**, wat klinisch redeneren/conceptualiseren vereist
 - = vertaalslag van gegevens (diagnose/taxatie) naar het werken met mensen in therapie → klinische conceptualisatie
 - Dus: therapeutisch denkkader nodig! (dit is iets anders dan het onderzoekskader!)

DEFINITIE RELATIE- EN GEZINSTHERAPIE

- **Verschil tussen theoretisch kader en setting!** → theoretische kaders als kapstokken, die gebruikt kunnen worden in de praktijk (maar: particularisering)
 - **Combinatie van theoretische kaders en setting** (vertaling van onderzoekskaders, naar wat er gebeurt TUSSEN mensen)
 - **Relatie- en gezinstherapie met individuen** (je kan via een individu, ook impact hebben op dé relatie) → **werken met de interpersoonlijke ruimte!!**
 - **Definitie relatie en gezinstherapie**
 - **Moet gebaseerd zijn op theoretisch kader dat**
 - *Interpersoonlijke* factoren boven persoonlijke karakteristieken stelt (maar: relatie- en gezinstherapie is zeer compatibel met andere stromingen)
 - Het gezin als een *sociale organisatie* ziet (→ gezin > som van de delen/individuen)
 - **Grote variëteit aan therapeutische scholen (= agglomeraat van scholen) met focus op:**
 - Probleemonderhoudende *gedragspatronen* (wat je als therapeut kunt observeren in een gezin) → *Hoe organiseert een gezin zich? Hoe zit de 'mechaniek' in elkaar?*
 - Problematische of dwingende *opvattingen* ('beliefs'/'narratives') → *Waarom?*
 - Historische, contextuele en constitutionele *predispositionele factoren*
 - **Setting:** met wie werk je?
 - Individu
 - Gezin
 - Koppel
 - Groep
 - **Therapieën/theorieën:**
 - Psychoanalyse
 - Relatie- en gezinstherapie
 - Gedragstherapie
- } **Komen samen in een matrix**
(kun je onderling combineren!)

➔ **Wij zullen het niet zozeer hebben over relatie- en gezinstherapie als setting, maar vooral over relatie- en gezinstherapie als theorie/therapeutisch kader**

- Allerbelangrijkste hierin: **focus op het interpersoonlijke** (hoe verhoudt men zich tot andere mensen?)
- Daarvoor hoeven die andere mensen niet per se aanwezig te zijn

DEEL 1: STROMINGEN

INLEIDING

- Binnen de relatie- en gezinstherapie kunnen we **drie stromingen** onderscheiden:
 - Stromingen met focus op **gedragspatronen**
 - Stromingen met focus op **opvattingen**
 - Stromingen met focus op **historische, constitutionele en contextuele factoren**

STROMINGEN MET FOCUS OP GEDRAGSPATRONEN

- **Basisassumptie:** zich **herhalende patronen gezinsinteracties** die een rol spelen in het **onderhouden van het problematisch gedrag** (symptomen)
 - **70% van de tijd** zijn we als mens **in interactie** met elkaar (dit hoeft niet verbaal of wederkerig te zijn) → idee: die andere mensen hebben een belangrijke invloed op ons en ons gedrag
 - Tweede assumptie: hoe meer en beter je iemand kent, zal deze veel van je interpersoonlijke ruimte innemen en je sterker beïnvloeden: **partnerrelatie en ouder-kindrelatie**
 - De interpersoonlijke ruimte staat centraal als systeem, waarbij de individuen interafhankelijk zijn van elkaar → **die interpersoonlijke ruimte en interafhankelijkheid zal iets te maken hebben met de problematiek waarmee iemand geconfronteerd wordt** (zowel in termen van oorzaak als mogelijke oplossing)
 - Dit kan in **verschillende richtingen** gaan:
 - Bv. relatie ouder – kind: oorzakelijk gelinkt aan eetstoornis
 - Bv. eetstoornis: oorzakelijk gelinkt aan problemen in gezin
 - Wat we kunnen **observeren aan gedrag** bij de leden van een systeem, is **verbonden met het welbevinden** (zowel positief als negatief) van die individuen
- **Doel** is **interactiepatronen te doorbreken** → problematische interactiesequensen verbreken!
 - Cf. “de zagende vrouw en de zwijgende man” → sequens/mechanisme dat dat koppel ongelukkig maakt
 - Bv. één ouder als strenge ouder, en de andere ouders als de losse ouder
 - **Individueel kader:** man = streng en vrouw = toegeeflijk → dat is hun persoonlijkheid → zo wordt NOOIT geredeneerd in relatie- en gezinstherapie
 - **Interpersoonlijk kader:** beide partners gaan elkaar beïnvloeden, waardoor de man veel strenger, en de vrouw veel strenger is dan hij/zij oorspronkelijk zal zijn, omdat ze elkaar beïnvloeden
→ Therapie: die invloed op elkaar doorbreken! (bv. even - oneven dagen)
- **Verschillende stromingen:**
 - **Structurele gezinstherapie**
 - **Communicatietheoretisch / strategisch**
 - **Cybernetisch / Milanees**

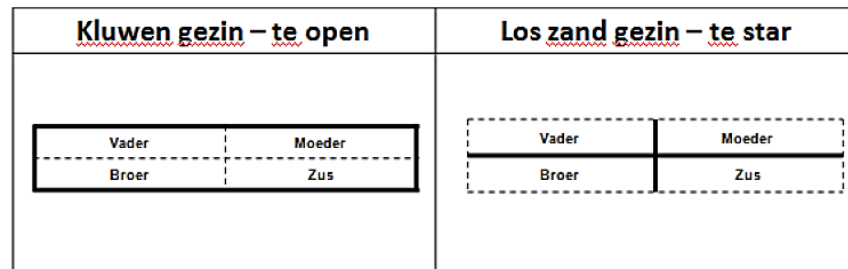
- Leertheoretisch / gedragstherapeutisch
- Psycho-educatie

STRUCTURELE GEZINSTHERAPIE

- **Grondlegger = Minuchin**
 - Zeer invloedrijke gezinstherapeut
 - Argentijn → naar de VS verhuisd en heeft daar vooral gewerkt met delinquente jongeren in de achterbuurten, en psychosomatische gezinnen
 - Zijn theorie is op observaties van deze groepen gebaseerd
- **Kinderpsychiater van opleiding**
- **Argentijn, die later naar Amerika verhuisde:**
 - 1960: de 'Wiltwyck School' in New York (residentieel)
 - 1965: werkte in achterbuurten van Philadelphia met delinquent jongeren (ambulant en residentieel)
 - Daarnaast ook klinisch en onderzoekswerk met "psychosomatische gezinnen", jongeren met schizofrenie en drugsverslaafden
 - Hoogleraar aan Universiteit van Pennsylvania: hoe kinderen en ouders binnen gezinssysteem met elkaar omgaan
- Therapeutisch werk en onderzoek resulteerde in **verschillende boeken**, o.m. 'Families of the Slums' (1967) en 'Families and Family Therapy' (1974)
- Deze 'nieuwe' begrippen/metaforen zijn **slechts een beschrijving van een complexe situatie** (≠ realiteit) → bruikbare (therapeutisch) manier om er iets mee te doen
- Vooral **werken met wat er gebeurt, het proces/verloop in plaats van met de inhoud** ('wat er gezegd wordt') → **structurele gezinstherapie**: focus op de structuur/mechaniek (eerder dan de inhoud): de manier waarop mensen spreken, zich organiseren, ...
 - Bv. hoe gaat een gezin zich gaan zetten?
 - Wat gebeurt er hier en nu? Hoe organiseren/positioneren/... ze zich?
- Suggereerde **evidente samenhang tussen deviant gedrag van de kinderen en hun afwijkende gezinsstructuren**:
 - **Veronderstelling**: psychosociale problemen zijn het **gevolg** van de structurele kenmerken van het gezin (voorbeeld examenvraag: goede woordkeuze, juist: gevolg?)
 - ⇔ **circulariteit**: praten over oorzaak en gevolg, vervalt evenzeer in een **lineair denkpatroon!**
 - Wie het gedrag van een kind wil veranderen, moet de **structuur van het gezin veranderen** (bv. manier waarop men gaat zitten, opvoeding even- oneven dagen), want dat houdt het probleemgedrag van het kind in stand → en dus niet werken met het kind zelf
 - Problemen ontstaan als gezinnen zich **niet kunnen aanpassen** aan veranderende omstandigheden (bv. wanneer een derde kind geboren wordt, met een beperking → hele gezin moet zich herorganiseren) → die veranderingen zitten inherent in de ontwikkeling van een gezin
 - **Rigide patronen** die de symptomen zouden kunnen verklaren
 - **Kritieke momenten** waarin gezinnen mogelijk niet in staat zijn zich aan te passen aan de veranderende omstandigheden:

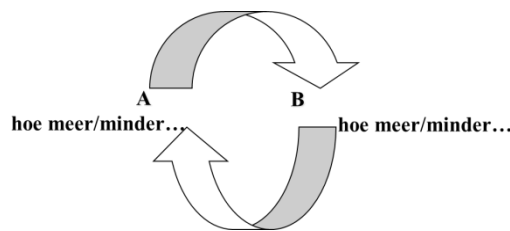
- **Stagnatie in de gezinscyclus** (= prototypische ontwikkeling van een gezin → veranderingen die noodzakelijk zijn in de groei van een gezin)
 - Bv. overgang van niet samenwonen, naar samenwonen → typisch:
 - *Wat doe je samen en wat doe je apart?*
 - Rolverdeling: wie doet wat in de relatie/het gezin?
→ meestal vrij egalitair
→ Eerste fase waarbij herorganisatie nodig is
 - Bv. geboorte eerste kind (overgang van dyade → triade)
→ typisch:
 - Rolverdeling: vaak wordt hervallen in stereotype rolpatronen
 - Bv. gezin met lagere schoolkinderen: ‘makkelijkste’ fase + ook combinatie werk-gezin → meestal evenwicht/stabiliteit in relatie ervaren
 - Bv. gezin met adolescente kinderen: vaak een fase waarin ouders voelen dat ze voor hun kinderen veel zorg hebben, maar ook dat de generatie boven hen (= ouders) ook veel zorg dragen + vaak ook evaluatie eigen leven
 - Bv. lege nest fase: kinderen huis uit, koppel is weer koppel + eigen leven, gezondheid, pensioen, ...
- **Nieuwe gezinsconstellatie** (nieuw samengestelde gezinnen, ...) → vraagt ook een nieuwe en flexibele organisatie (zeer intrigerend: hoe mensen zonder gemeenschappelijke geschiedenis, een nieuw gezin gaan vormen)
- **‘Pathologische’ triadische relaties** (bv. moeder en kinderen VS vader) → subsystemen binnen een systeem
 - **Revolutionair: niet het individu gaan veranderen, maar de interactie!!!**
- **Gezin is een hiërarchisch georganiseerd systeem**: “de ouders zijn de baas”
 - Zijn theorie = **normatief** (“zo moet een gezin georganiseerd zijn”)
 - Gezin = **systeem met twee subsystemen** (ouders en kinderen)
 - Er is bepaalde informatie die enkel binnen het oudersubstelsysteem gedeeld wordt (bv. seksualiteit, stand rekening, bepaalde beslissingen, ...)
 - Probleem wanneer bv. een kind binnen het oudersubstelsysteem komt
 - Moet dus een apart systeem zijn binnen het gezin!
 - Ouders hebben meer macht (niet agency) dan hun kinderen!
 - Er is ook een kindersubstelsysteem (delen ook dingen die hun ouders niet weten)
 - **Ideale constellatie**
- **Ieder gezinssysteem is opgebouwd uit verschillende subsystemen**
- De **gezinsstructuur** is de manier waarop de **relaties binnen een gezin georganiseerd zijn**
 - Vnl. **machtsverhoudingen** en geldende (expliciete en impliciete) **regels** binnen het gezin
 - **Gezinstypologie**
 - Ideaaltypische indeling (in de praktijk mengvormen)

- Doel: aangeven waar het schoentje wringt
- 'Het' los-zand, oplossingsarme, kluwen en rigide gezin → o.b.v. twee assen: hiërarchie en cohesie



- Minuchin: **ideaal gezin = systeem met twee subsystemen en duidelijke hiërarchie + moderate vormen van hiërarchie en betrokkenheid**
 - Het gaat om de mechanische observatie van een gezin, wat je kan observeren
 - Dit wordt nog veelvuldig gebruikt
 - **Wat vooral los gelaten wordt, is de idee van een oorzakelijk gevolg** (het kan evengoed dat mensen door problemen bij een individu, zich zo gaan organiseren)
- **Regels**
 - De regels **geven ook de grenzen aan**: wat kan en wat kan niet binnen het gezin → er is een zekere grens met de buitenwereld, o.b.v. regels
 - Er zijn **3 soorten grenzen**: gesloten (= zeer geïsoleerd), open, semi-permeabel
 - **Onderscheid tussen universele en individuele regels**
 - Universele: bv. ouders hebben meer macht dan de kinderen, oudere kinderen dragen meer verantwoordelijkheid dan jongere kinderen
 - Individuele: bv. moeder beheert de financiën
 - De **mix van beiden houdt het gezin in stand**
- **Grenzen**: symbolische grens tussen subsystemen/individuen (permeabiliteit: niet doorlaatbaar vs. zeer doorlaatbaar) → best: semi-permeabele grens
 - Een beschrijving van de **regels die aangeven wie deelneemt aan de interacties, en hoe** (Wie krijgt welk soort informatie?) → wat kan er binnen een bepaald subsysteem en wat niet?
 - **Permeabiliteit** (bv. kluwen vs. los-zand)
 - **Allianties**: coalitie en associatie
- **Flexibiliteit**:
 - Flexibiliteit om **patronen te veranderen omwille van veranderende omstandigheden** én daarbij eigen identiteit en continuïteit kunnen behouden
 - Is een **noodzakelijk iets** om het hoofd te kunnen bieden aan optredende verandering (cf. gezinscyclus), conflicten, ... → bv. Gezinsysteemtest (poppetjes)
 - **Onvoldoende flexibiliteit** kan het **evenwicht verstoren** (= gezinsstructuur niet meer aangepast aan veranderende realiteit) en leiden tot **disfunctioneren** (bv. de zoon wil meer autonomie en de vader blijft domineren)
- **Triadische relaties** (rol van onopgelost conflict; bv. triangulatie)
 - Patronen die in een gezin zitten, kunnen ook geworteld zijn in de **generaties ervoor**
 - **Intergenerationeel doorgeven van structuren**

- **Gezinslevenscyclus** met per fase specifieke rollen en taken
- Zicht krijgen op **circulaire processen of mechanismen** ($\Leftrightarrow$ lineair-causaal denken!!): er is een eindeloze invloed op elkaar
 - Gezinsleden ontwikkelen **patronen die het individueel gedrag over en weer versterken** (circulariteit) + men wordt ook beïnvloed door **sociale perspectieven** (context, cultuur waarbinnen mensen functioneren)
 - **Gedrag** wordt beschouwd als passend in een systeem van relaties van onderlinge afhankelijkheid (wederzijdse beïnvloeding)
 - Je hebt ook nog de **eindeloze invloed op A en B** (systemische invloed) vanuit het systeem, de omgeving, ... (bv. lege vs volle supermarkt)
 - Wij worden constant beïnvloed door vanalles en nog wat



→ Deze keten is eindeloos (zonder begin- of eindpunt), je kunt altijd een stap terug gaan ($\Leftrightarrow$ Minuchin: belangrijk voor het examen → de dag van vandaag zit die oorzakelijke link er niet meer in!)

THERAPEUTISCH PROCES

- **Dichotomie tussen diagnose/taxatie en therapie verval**
 - Er is een didactisch onderscheid: je maakt hypothesen over wat er aan de hand is, je toetst die hypothese, en dan stel je een behandeling op
 - Maar: dit onderscheid is zeer artificieel!
 - Van zodra je een vraag stelt, heb je een invloed op het gezin dat bij jou komt
 - De vraag die gesteld wordt, doet mensen denken over welke hypothesen jij als psycholoog in je hoofd zou hebben
 - Het stellen van vragen, is eigenlijk ook al behandelen
 - Je kan dus niet zeggen dat diagnosestelling (= taxatie) en behandeling apart gezien kunnen worden → vanaf dat je vragen stelt, ben je therapeutisch bezig, je intervenueert al
- **Observaties zijn belangrijkste informatie:** accent op betrekkingaspect, in plaats van op inhoud → men observeert wat er gebeurt, hier en nu in de sessie (= allerbelangrijkste)
 - Grenzen observeren, systemen, subsystemen, flexibiliteit, cohesie, hiërarchie, ...
 - De manier waarop we dat kunnen observeren, is door te kijken, dingen te vragen, ... → belangrijkst: vooral observeren
- **Werkhypothesen hebben vooral betrekking op de visie van het gezin en de structuur** (en hoe die mechaniek mogelijks zou kunnen te maken hebben met de problemen van een individu)
- **Doel therapie: herstructureren en nieuwe visie introduceren**
 - Bv. strenge vader en toegeeflijke moeder: ene dag moeder, andere dag vader die beslist

- Bv. alleenstaande moeder en haar kinderen nemen een loopje met haar → Minuchin geeft de opdracht aan beide kinderen om hun moeder te verrassen (laat hen samen een subsysteem vormen)
- Bv. wat zouden jullie met jullie twee kunnen doen, dat jullie samen fijn vinden en dat te organiseren valt?
- Bv. mensen een lijstje laten maken met wat ze zouden kunnen doen om hun partner gelukkiger te maken (= omgekeerde redenering)
- Dit doet men vaak m.b.v. **opdrachten** (vrij direct, met de bedoeling om de bestaande organisatie van een gezin te veranderen naar een meer 'gezonde' organisatie volgens dat normatief model)
- Opnieuw: zeer normatief idee !!
- **Zeer grote aandacht voor de rol van de TH/HV** → zeer directieve rol (= normatief)
 - **Actief, beweeglijk en directief:** gaat tussenkomen
 - **Niet neutraal** (wisselende coalities) (bv. solidariseren met iemand, om een triade te doen wankelen, of om een ander/ander subsysteem te activeren) → poging om het systeem uit te dagen
 - **Meervoudige partijdigheid** → proberen solidariseren met elk van die mensen: je probeert voor allebei even goed te werken (dat kunnen twee tegengestelde visies of meningen zijn)
 - Je moet zelf weten/nagaan wat je zwakke plekken, blinde vlekken zijn, je voorkeuren, ... ("Wat is voor mij een goed koppel, een goed gezin?")
 - Daarnaast moet je proberen te solidariseren met iedereen (je kan dit ook benoemen: 'eerst zal ik naar mevrouw luisteren, en daarna naar jou')
 - Je leert jezelf luisteren naar iedereen!
 - We gaan ons niet in waarheidsgevechten verliezen: elk verhaal kan even waar zijn
 - **Deel van het therapeutisch systeem**
 - Je creëert een nieuw systeem binnen de therapie
 - De psycholoog heeft soms een alliantie met de ene, soms met de andere, soms met allemaal, ...
 - Het wordt het gezinssysteem + de psycholoog die samen een nieuw systeem vormen
 - Dit gegeven zal de breuk vormen met andere scholen: we observeren niet hét systeem, maar wel hoe het systeem zich tegenover ons positioneert
 - Hier breekt de visie van Minuchin met die van sommige anderen
 - Bv. hoe het gezin bij jou komt, heeft soms ook te maken met de psycholoog zelf
 - Minuchin gaat er vanuit dat hoe je het gezin observeert, dat het ook zo in het echt is
 - Latere visies: je ziet het gezin niet zoals het is, maar zoals het zich tegenover jou positioneert! Het kan zijn dat het gezin er anders uit zal zien bij een andere psycholoog
 - Net omdat je mee in het systeem zit, kan je het 'originele systeem' niet meer volledig bekijken
- Filmfragment Minuchin: "UNFOLDING THE LAUNDRY" (1984)
 - ≈ De vuile was buitenhangen
 - * IP (= Identified Patient, het probleem situeert zich hier)
= Jeffrey, 13 jaar, gedragsproblemen

- Pest anderen op school, slechte relaties met peers
- Slechte schoolresultaten
- Thuis niet luisteren en taken niet uitvoeren (bv. de was niet opplooien)
- Nieuw samengesteld gezin
 - 7 leden waarvan er al 4, 5 jaar samenleven en 1 die nu 3 weken ingetrokken is
 - Moeder, vader, 2 zonen van moeder en 2 zonen en 1 dochter van vader
- FILM:
 - Humor
 - Let op welke woorden gebruikt worden, taal is van belang
 - Elke persoon om zijn visie op het probleem vragen
 - Versterk bepaalde systemen (bv. bloemen geven aan het koppel omdat ze al 5 jaar samen zijn → op die manier wordt duidelijk dat zij als koppel een apart systeem zijn)
 - Niet te snel begrijpen: vraag naar concrete voorbeelden, laat ze bepaalde zaken bv. uitbeelden
 - Sculpting, herkadren, ...
 - Normaliseren: het is bv. wel normaal dat er problemen zijn, zeker wanneer je in zo'n ingewikkeld gezin leeft

THERAPEUTISCHE TECHNIEKEN

- Geïllustreerd a.d.h.v. video **Minuchin**
- Invoegen in het gezinssysteem (*joining*) als **interactief en affectief proces**
 - **Steunen**: valideren van het systeem
 - **Tracking**: taal en metaforen
 - **Mimicry**: “non-verbale tracking”
- Gezin helpen om tot **herstructurering** te komen op vlak van communicatie, regels, hiërarchische ordening met het doel om alternatief gedragsrepertoire aan te bieden
- De herstructurerende technieken
 - **Enactment**
 - Ensceneren van het probleem in de sessie
 - Verandering door: uitdagen van symptoomgedrag, gezinsstructuur en beliefssystemen
 - **Focussen**
 - **Intensiteit verhogen**
 - Bvb. herhaaldelijk benoemen van een repetitief interactiepatroon
 - Bvb. therapeut maakt zich onzichtbaar waardoor de spanning bij de gezinsleden zelf oploopt
 - **Markeren van grenzen**
 - **Uit balans brengen**
 - Bvb. bepaalde positie van gezinslid tijdelijk versterken
 - Ordening met het doel om alternatief gedragsrepertoire aan te bieden
- **Herstructurerende technieken**:
 - Mogelijks door het **induceren van een crisis** bij gezinnen met rigide interactiepatronen

- Nagaan of **gezinsstructuur past bij de omstandigheden** van het gezin (gezinsconstellaties, fase in de cyclus, ...)
- **Niet enkel het gezin is het voorwerp van interventies**, ook andere invloedrijke systemen kunnen betrokken worden

COMMUNICATIE EN STRATEGISCHE SYSTEEMTHEORIE/GEZINSTHERAPIE

TWEE GROEPEN: 'MRI' EN 'STRATEGISCHE' GROEP

- **MRI groep (VS)**
 - In jaren '50 oprichting van het **Mental Research Institute** in de Palo Alto school → zgn. 'Palo Alto-groep': Bateson's groep en groep die 'brief therapy project' startten
 - **Pragmatische integratie** van
 - Bateson's ideeën rond **cybernetica en systeemtheorie**
 - Erickson's **hypnotherapie**
 - Von Foerster's **constructivisme** (↔ positivisme van Minuchin)
 - **Oprichters**: Bateson, Jackson, Watzlawick, Haley, Fry en Weakland
- **'Strategische groep' of strategische gezinstherapie (Europa)**
 - **Grondleggers**: Jay Haley en later co-oprichtster Madenes
 - **Geïnspireerd** ook door structurele gezinstherapie van Minuchin en Bateson's communicatieonderzoek → hebben elkaar wederzijds beïnvloed
 - 1976: stichting van **Family Therapy Institute of Washington DC**
 - "Strategic therapy isn't a particular approach or theory, but a name for the types of therapy where the therapist takes responsibility for directly influencing people" (Uncommon Therapy, p. 17)
- **Beide theorieën en uitgangspunten voor systeemtheoretische psychotherapie**
 - Zijn ontstaan uit **eenzelfde groep van mensen** (Bateson, Haley en Watzlawick zijn de 'grotten')
 - Trachten de **wetmatigheden van interacties** (omgangsvormen) bloot te leggen → regels, patronen, ... (en vervolgens linken aan pathologie)
 - Zoeken naar **manieren om bepaalde stoornissen in interacties/communicatie te duiden/verklaren**

DE PARADOXALE COMMUNICATIE

- = met de 'paradox' is deze richting het **meest bekend** geworden
- Wanneer een symptoom ingebed is in een bepaalde interactie, zul je altijd weerstand hebben om te veranderen → die **weerstand moet je ombuigen tot een weerstand t.o.v. jezelf**
 - Je schrijft hierbij het gedrag voor, en dit nog meer dan dat men al bezig is
 - Je wilt dat het gedrag stopt → je zegt het tegenovergestelde → je krijgt wel wat je wil
 - Bv. "jullie gaan nu eens vechten tot het einde, om te kijken wie de sterkte is"
 - Bv. jaloeerse man die dacht dat zijn vrouw een affaire had: "je strategie van telkens mannelijke namen op te sommen tot je vrouw rood wordt, is een goed idee, je mag dit verder doen, en dit zelfs 3 keer 10 minuten op een dag (= onmogelijk)"

- Bv. een dagboek bijhouden wanneer je hoofdpijn hebt, en de omgeving mag niets doen dat de hoofdpijn kan tegenhouden, zodanig dat het goed geobserveerd kan worden
- **Clou van een paradox:** wanneer je ziet dat er interacties zijn, en dat een symptoom daarin ingebed is → **als je de (rigide) interactie verandert, zal dat symptoom niet meer voorkomen:** je stopt de interactie zoals ze normaal voorkomt (en waarbinnen het gedrag zit dat je niet wil), en dan zal door de interactie te stoppen, ook het symptoom stoppen
- **De inhoud doet er niet toe, maar de patronen en interacties staan centraal**
- De **paradox is vrij omstreden**, omdat er weinig therapeuten zijn die goede paradoxen kunnen maken (+ je bent niet 'eerlijk', ...) → je geeft een opdracht op verschillende niveaus
- Een echte paradox gebeurt zeer zelden in de praktijk
- Klassiek (semantisch) voorbeeld: “Ik ben aan het liegen” → een correcte interpretatie van deze bewering is onmogelijk
- De paradox schuilt hierin dat in deze ene zin in feite **twee mededelingen van verschillend niveau** vervat zijn nl.:
 - (1) ik ben aan het liegen en
 - (2) op een **metacommunicatief niveau** wordt het tegengestelde geïmpliceerd nl. deze uitspraak is niet gelogen
- **Het is van belang dat die tegenstelling tussen verschillende niveaus en niet op éénzelfde niveau van de boodschap ligt**
- Praktijkvoorbeeld
 - 1 — “ik gun je van harte een vrije avond, ik verlang echt niet van je dat je thuis blijft,
 - 2 — maar: omdat ik duizelig ben, kan ik niet alleen blijven: dus ik moet je wel vragen om thuis te blijven, niet voor mijzelf maar voor mijn ziekte.”
- Dit is een communicatie waarin een **verzoek wordt geformuleerd**, binnen de context van een **metacommunicatie waarin dit verzoek wordt gediskwalificeerd** door te stellen dat het 'onvrijwillig' geschied

THEORIE ROND SCHIZOFRENIE (BATESON, JACKSON, HALEY, & WEAKLAND, 1959)

- Hangt samen met ‘**double bind situations**’ (‘double bind’ is een communicatieparadox)
- **‘Full double bind’:** noodzakelijke condities/voorwaarden
 - Het slachtoffer van de ‘double bind’ ontvangt **tegenstrijdige input of emotionele boodschappen op verschillende communicatieniveaus**
 - **Metacommunicatie is onmogelijk** (1+2 = paradoxaal communicatie patroon)
 - Het slachtoffer kan de **relatie niet verlaten** (‘the communication field’), “vitale relatie”
 - Het falen om te voldoen of beantwoorden aan de tegenstrijdige boodschappen wordt **bestraft**
- Dergelijke complexiteiten in communicatie bestaan **ook onder normale omstandigheden** (bvb. spel, humor, gedichten, rituelen en fictie)
- Destructieve dubbele bindingen waren veelvoorkomende communicatiepatronen in gezin met een schizofreen gezinslid

- Opgroeien met onophoudelijke dubbele bindingen kon leiden tot **aangeleerde verwarde denk- en communicatiepatronen**
- Oorspronkelijk etiologische (deel)verklaring van schizofrenie, momenteel gezien als voorbeeld van Bateson's benadering van de complexiteiten van menselijke communicatie

STRATEGISCHE SYSTEEMTHEORIE/THERAPIE

- **Basisassumpties**
 - “The patient's symptoms are a result of attempts by family members to correct what they consider “problem” behavior.” → probleemgedrag: familie gaat zich daarrond structureren, allerlei pogingen om dat gedrag te veranderen, ... → rigide communicatiepatroon rond de klacht
 - Het **systeem organiseert zich** door middel van bepaalde interactiepatronen rond de klacht → door die organisatie gaat het probleem nog veranderen → enz.
 - Enkel **circulaire verbanden** worden bekeken (geen lineaire causaliteit)
 - Focus op **proces** en niet op inhoud: je kijkt naar de interactie rond het symptoom, maar wat het symptoom precies is, is van ondergeschikt belang
 - Het woord “**strategisch**” wijst op **indirecte manier om verandering in systeem te bekomen, via de interactie**: strategische (indirecte) aanpak als directe aanpak faalt → verandering via verandering van de interactiepatronen
 - Bv. bij anorexia (MST): rollenspel waarbij moeder en dochter, of vader en dochter, elkaars rollen overnemen: sterk bezorgde en aandringende ouder vs weigerend kind → interactie in de omgekeerde vorm (macht vs machteloosheid/wanhoop)
 - Bv. koppel elkaars standpunt laten innemen (Wat zegt mevrouw als ze een discussie start? ...)
- **Therapeutische interventies**
 - Therapie focust op **korte-termijn en doelgerichte pogingen om een specifiek probleem op te lossen**
 - Therapeutische interventies zijn dus **symptoomgericht**
 - Therapeut werkt in het **hier en nu** en kijkt naar **concreet observeerbaar gedrag** → werken op proces, mechaniek, structuur, sequensen, interactie ... (en niet de inhoud)
 - De geobserveerde stoornissen worden in stand gehouden door **gedragssequenties**
 - Sequenties worden in de therapie geblokkeerd en **nieuwe omgangsvormen** worden geïntroduceerd
 - **Technieken**:
 - **Reframing** (een andere betekenis geven aan de interacties, bv. door rollenspel of door gedrag op een andere manier te zien)
 - Het geven van **directieve en/of paradoxale boodschappen**
 - Gebruik van **metaforen** (taal is heel belangrijk: je moet je invoegen in de taal die mensen gebruiken): bv. metafoor van verhuizen: naast het materiële, ook relationele zaken ‘weggooien’ en ‘meenemen’ → beelden die staan voor de manieren waarop mensen met elkaar omgaan (interacties, sequensen, ...)
 - **Symbolen en rituelen**: bv. negatieve herinneringen in een fles stoppen en op een belangrijke plaats samen in de zee gooien (= ritueel), bv. rituelen

bij uit het huis gaan, ... → mensen gebruiken rituelen om overgangen door te maken: in therapie kun je dat ook

- De **therapeut** (de inhoud van de hypothesen is duidelijk anders in de verschillende therapeutische stromingen, maar de manier van omgaan is hetzelfde):
 - Identificeert **oplosbare problemen**
 - Stelt **doelen**
 - Bedenkt en voert **interventies** uit om deze doelen te verwezenlijken
 - Onderzoekt de **'effecten'**
 - **Evalueert de outcome** van de therapie
- = **Scientific practitioners Model**
- **Strategische gezinstherapeuten**
 - Vb. Coyne (1986), L'Abate (1986), Madanes (1991)

COMMUNICATIETHEORIE VAN WATZLAWICK

- Paul Watzlawick: Villach 1921 – California, 2007
- Een Oostenrijks-Amerikaanse psycholoog en filoloog
- Vooraanstaande communicatiewetenschapper: **de vijf communicatieaxioma's** (constructivisme): in de communicatie zitten er inherent een aantal 'eigenaardigheden' → communicatie binnen de interactiesequens
- Daarna werkte bij het C.G. Jung-Instituut Zürich daarna Universiteit van El Salvador
- In 1960 werd hij door Don. D. Jackson gevraagd om in Palo Alto bij het Mental Research Institute te komen werken
- Vanaf 1967 doceerde hij psychiatrie aan de Stanford Universiteit
- **De vijf communicatieaxioma's**
 - Niet bewezen stellingen die wel als grondslag worden aanvaard, zijn de **basis voor iedere communicatie!**
 - **Axioma I: Het is onmogelijk om niet te communiceren**
 - **Binnenkant**, bv. tegenslag, slecht geslapen, liefdesverdriet, ...
 - **Buitenkant**, bv. nors/kortaf zijn, bv. met gsm bezig zijn (te maken met angst als binnenkant) → belangrijk dat je als psycholoog weet welke buitenkanten bij jou irritatie opwekken
 - **Overkant**
 - **Let op:** invloed is oneindig (ook de buurvrouw, familie, ... is aanwezig) (= invloedsaxioma)
 - **Axioma II: Iedere communicatie bezit een inhouds- en betrekkingaspect;** laatstgenoemde classificeert de eerste en is daarmee dus een metacommunicatie → **Communicatie is meervoudig/gelaagd:** door wat je zegt, definieer je ook altijd de relatie
 - **Inhoud:** letterlijke boodschap
 - **Betrekking:** de relatie met de ander (de manier waarop je iets zegt, kan de inhoud diskwalificeren of onaanvaardbaar maken)
 - **Axioma III: De aard van een betrekking is afhankelijk van de interpunctie van de interacties tussen de communicerende personen**
 - Interpunctie is het interpreteren van interacties in termen van oorzaak en gevolg

- Ieder zijn waarheid (= waarheidsaxioma)
- **Axioma IV: Mensen communiceren zowel digitaal als analoog**
 - Niet alleen het gesproken woord (digitaal) maar ook niet-verbale uitingen (analoog) hebben een boodschap → zie je bv. ook in smiley's enz.
- **Axioma V: Communicatie tussen mensen is symmetrisch of complementair, afhankelijk of de relatie gebaseerd is op gelijkheid of verschil**
 - **Complementair:** one-up + volger
 - **Symmetrisch:** one-up + one-up // volger + volger
 - Men kan zich ook anders presenteren dan dat men eigenlijk is
- **Ontstaan van storingen in de communicatie of destructieve communicatiepatronen**



- Filmfragment Watzlawick: “MAD OR BAD” (1988)

CYBERNETISCHE MODEL (MILANESE SCHOOL)

- Europese inspiratie: Mara **Selvini Palazzoli** werkte in Milaan samen met collega's **Boscolo, Prata**, en **Cecchin** → kregen vanuit gans Italië de moeilijke gevallen doorverwezen (mensen die al heel lang en heel veel in therapie waren), mensen die heel veel weerstand toonden t.o.v. verandering, en daardoor moeilijk konden veranderen

= ‘*Milanese team*’

- **Inspiratiebronnen:** communicatietheorie van Bateson en Watzlawick en het strategisch/cybernetisch model
- Werkte vnl. met **gezinnen met een gezinslid met schizofrenie of anorexia nervosa**
- De setting waarin iemand werkt, heeft een enorme impact op de manier waarop je werkt
- Grote bekendheid eind jaren ‘70 en begin jaren ‘80
- 1980: na 10 jaar samenwerking splitste het 4-tal in 2 duo's
- (1) Selvini Palazzoli en Prata en (2) Cecchin en Boscolo

HET CYBERNETISCH MODEL

- Gebaseerd op **Algemene Systemen Theory** (Leon Von Bertalanffy)
- **“Het geheel is meer dan de som der delen”**
- “[...] gezinnen waarvan een of meer leden een gedrag vertonen dat traditioneel als ‘pathologisch’ wordt gediagnosticeerd, zich regelen op basis van [...] **regels**, die eigen zijn aan dat soort pathologie, en dat communicatiegedragingen en de reactiegedragingen kenmerken zullen vertonen die de regels en dus de pathologische transacties in stand houden”. (Selvini Palazzoli, 1979 p. 11)
- Aandacht richten op **communicatiedynamiek in dit systeem**
- Waarbij **feedback, circulaire causaliteit en homeostase** centraal staan

- Een systeem werd opgevat als “een **mechanisme**”
 - **Autonoom en zelfregulerend geheel**
 - Uitwisselingen zijn functioneel voor **behoud van gezinsevenwicht** (homeostase)
 - DUS:
 - Per definitie ‘weerstandig’ (t.o.v. veranderingen)
 - Nood aan “kortelange therapie” (belang van tijd)
- Gezin is een systeem met **grenzen** en georganiseerd in **subsystemen** (1)
 - **Grenzen**: open (te vrij) vs gesloten + tussenvorm semi-permeabel → bepalen wie er bij een gezin/systeem hoort of niet hoort
- Grens rond het gezin onderscheidt het van het **sociale systeem** waarin het is **ingebed** (2)
 - Binnen R&G therapie gebeurt ongeveer **80% van de interventies met individuen**
- De grens rond gezin moet **semi-permeabel** zijn voor adaptatie en overleven (3)
- Gedrag van elk gezinslid is bepaald door **interactiepatronen die alle leden binden** (iedereen verbonden met iedereen of verandering bij één persoon heeft effect op allen) (4)
- Patronen in gezinsinteracties zijn **regelgestuurd en recursief** (gaan zich herhalen). Regels kunnen worden geïnfereerd/ingeschat door observeren zich herhalende episodes van gezinsinteracties (5)
- “A ⇒ B ⇒ C ⇒ ... ⇒ A ⇒ B ...”: idee van **circulaire causaliteit** bij beschrijven en verklaren gezinsinteracties (6)
 - **De schuldvraag is niet aan de orde** (stel nooit de ‘Waarom?’-vraag!! Wel: ‘Waarvoor?’)
 - Uitzondering misbruik en geweld! → ethische grens
 - Hiërarchie/macht
- In een gezin zijn er zowel **processen die veranderingen tegengaan (morfofostase of homeostase) als promoten (morfogenese)** (7) → cf. metafoor van de thermostaat
 - Gezin moet overleven als coherent systeem ⇒ stabiliteit behouden door homeostase. Recursieve patronen met stabiele rollen, routines, regels, ...
 - Gezin moet groeien in ontwikkelingscyclus ⇒ mechanismen voor transities en onverwachte gebeurtenissen
- Binnen een gezin kan iemand (IP) **problematisch gedrag ontwikkelen bij gebrek aan bronnen voor morfogenese** (8)
 - Het symptoom heeft de positieve functie om homeostase te behouden (= dingen houden zoals ze zijn)
 - Vandaar ook de vraag ‘Waarvoor?’: wat is de functie van dat gedrag?
- **Negatieve feedback** (= informatie) = probleemreducerende feedback behoudt homeostase (morfofostase) (9)
- **Positieve feedback** (= informatie) = probleemversterkende feedback (morfogenese) (10)
- Individuen en subsystemen binnen een systeem kunnen **zowel symmetrische als complementaire gedragspatronen** vertonen (11)
- **Positieve en negatieve feedback is nieuwe informatie** en dit impliceert **verschil** (12) (Difference that makes the difference)
 - Inhoud- en betrekkingniveau

- Gezinsregels om homeostase te behouden (niemand creëert de regels en de gezinsleden zijn naïef) → die gezinsregels worden impliciet gecreëerd of onderhandeld
 - ‘Positive feedback loops’ bvb. negatief gedrag van kleuter bij geboorte van zus
- **Zowel het gedrag als de onuitgesproken gezinsregels moeten veranderd worden.** In een systeem kunnen 2 soorten veranderingen (13):
 - Eerste-orde-verandering (first-order change): gedragsverandering (maar de regel verandert niet, bv. wie beslist wanneer het kind gaat slapen)
 - Tweede-orde-verandering (second-order change): regelverandering (bv. wanneer een kind meer zelf mag beslissen, meer vrijheidsgraden krijgt)
 - Belangrijk dat dit gebeurt (zeker wanneer transitie nodig is) → anders kan probleemgedrag ontstaan
 - Therapie: tweede-orde verandering is heel belangrijk! (niet alleen de inhoud, maar ook de manier waarop mensen met elkaar omgaan, moet veranderen, zodanig dat verandering ook effectief mogelijk is)
 - Bv. d.m.v. positieve herkadring/reframing
- Binnen de systeemtheorie kan een onderscheid worden gemaakt tussen **eerste en tweede orde cybernetica** (14)
 - 1e orde: therapeut kan observeren, assessment doen en interveniëren zonder deel te worden van nieuw geheel (structureel, strategisch, MRI) → onafhankelijke observatie van en interventie in het systeem
 - 2e orde: relatie en gezinstherapeut altijd deel van nieuw geheel (systeem + therapeut); hier ook morfostase en morfogenese (sociaal constructionisme) → het gezin kan niet als afgesloten entiteit beschouwd worden: er ontstaat een nieuw geheel binnen de therapie
 - Morfostase: bv. als therapeut de functie hebben om de morfostase te gaan behouden in het gezin (~> homeostatische functie van therapie: wanneer echte verandering er niet komt)
- Binnen sociale systemen worden **recursieve patronen** die aanwezig zijn in één deel van het systeem, **herhaald in andere delen van het systeem** (parallelprocessen) (15)
 - Bv.: intergenerationeel, triades in gezin gerepliceerd in therapie met de therapeut in ouderrol of met school

HET CYBERNETISCH MODEL: FOCUS VAN MILAAN GROEP (VERVOLG)

→ De (taak van de therapeut in) gezinssessie:

- **“Destructive family games”** (cf. schizofrene fenomenen) **observeren** waarmee de gezinsleden elkaars gedrag controleren (via buitenstaanders/observator perspectief) → destructieve gezinsinteracties observeren!
- **“Rules of the game”** (= regels onderliggend aan die destructieve sequensen) **detecteren en verstoren**
- Op het **einde van de sessie standaard paradoxale opdracht meegegeven** (soms paradoxale brief aan elk meegegeven, bv. ook het symptoom voorschrijven) **of vraag om ritueel tussen twee sessies uit te voeren** (bvb. samenkomst, fles in zee gooien, ...)
- **Twee therapeuten aanwezig** (meestal man en vrouw) **en team achter one-way screen**. Team roept van tijd tot tijd één van de therapeuten bij zich om suggesties of richtlijnen te geven

- Dus: heel veel therapeuten aanwezig
 - Heel duur → dag van vandaag praktisch niet meer mogelijk
- **Fasen** (zo'n sessie duurt heel lang):
 - Presessie: hypothesevorming (met de therapeuten alleen en onderling: gaan daar echt in door)
 - Sessie: valideren, aanpassen of veranderen van hypothese
 - Intersessie: buiten afspreken en interventie bepalen (met alle therapeuten), overleggen over (andere) hypothesen, bewaken neutraliteit (~ 1^e orde cybernetica)
 - Interventie: het team doet de interventie (bv. paradoxale opdracht, ritueel, herkadrering, ...)
 - Postsessie discussie: team reflecteert op en analyseert over de sessie (hypothesen, eventuele andere pistes die verkend kunnen worden, ...) en plant de volgende sessie
- Focus op het veranderen van de visie van gezin door **positieve herkadrering** en hanteren van **therapeutische neutraliteit**, eerder dan gedragsverandering bewerkstellingen
 - Iets dat mensen als negatief ervaren, als positief gaan benoemen
 - Steun naar elkaar toe duidelijk maken of expliciteren (maar let op: de toepassing hiervan heeft grenzen, bv. niet 'kanker zal jullie dichter bij elkaar brengen')
- **Primaire interventie**:
 - **Positieve herkadrering of connotatie**: positieve motieven voor gedrag benoemen (↑cohesie en ↓weerstand)
 - Of **ritueel**: serie van acties die bepaalde gezinsregels of -mythes tegenwerken of uitvergroten/overaccentueren
- **Boscolo en Cecchin: circulaire vragen** om zichzelf te zien binnen een relationele context en deze te zien vanuit andermans perspectief (info over interactiepatronen) → gaat over het interpersoonlijke tussen mensen, en hoe mensen zich verhouden binnen het systeem
 - Bv. verschilvragen: verschil tussen een goede en slechte dag, of 'is het vriendje van je dochter al eens binnengekomen als hij proper gekleed was, hoe was dat dan, ...?'
 - Bv.: 'Wat zegt je vrouw dan? Wat zou je man dan denken?'
 - Bv.: 'Wat is er anders aan de dagen dat uw man niet overwerkt?', 'Wie begint over het onderwerp overwerken?', 'Wat is verschil tussen vroeger en nu?', 'Wie is het meest/minst bezorgd over uw broer?'...

VERDIENSTEN

- **Verdere verfijning van de paradoxale interventies**
- Dezelfde interventies voor **variëteit aan symptomen en gezinsconstellaties**, vooral bruikbaar voor rigide systemen → de interventies zijn zelden symptoomspecifiek: binnen heel wat verschillende contexten toegepast (~ niet kijken naar de inhoud)
- **Verfijning van het cybernetisch model voor de therapeutische grondhouding**:
 - (1) Hypothetiseren
 - (2) Circulariteit
 - (3) Neutraliteit

- **Boek:** *Paradox en tegenparadox* (1978)
- **Anderen:** Andolfi, Penn en Tomm
- **Filmfragment** Cecchin & Boscolo: "WHAT TO CALL IT?" (1988)

LEERTHEORETISCH / GEDRAGSTHERAPEUTISCH

- **Pioniers:** Stuart (1969), Patterson (1971, 1982), Liberman (1970), Jacobson (1979, 1999)
- **Basisassumpties**
 - Focus op **specifieke gedragsproblemen** in gezinnen (bvb. communicatie problemen tussen partners, *acting-out* bij adolescent...)
 - Probleemgedrag of symptomen worden gezien als **uitvloeisels van systematische bekrachtiging van niet-adequaat gedrag**
 - **Observatie van het probleemgedrag** (geen intrapsychisch of interactionele focus)
⇒ **laten uitdoven van gedrag of het veranderen**
 - Cruciale rol van assessment!
- **Assessment:**
 - **Probleemanalyse** ("wat is het specifieke probleemgedrag?")
 - **Functionele analyse** ("wat zijn de gevolgen van het gedrag?")
 - Beiden via de **observatie** van het gedrag
- **Interventies:**
 - *Bv.:* ouders instrueren hoe met kinderen om te gaan; paren die niet met elkaar overweg kunnen, leren onderhandelen
 - **Contingenties en cognities veranderen**
 - Meestal **directe interventies**, gericht op gedrag
 - **Positief gedrag in frequentie doen toenemen** in relatie tot negatief gedrag → balans
 - Partners/ouders leren **positieve bekrachtiging** in relaties te gebruiken
 - Verandering in systemen conceptualiseren als **respondente en operante conditionering, modelling of cognitieve verandering**
 - Relaties waarin **alle partijen evenredig beloond worden** (quid pro quo principe: voor het positief gedrag van de ene, een positief gedrag van de ander stellen)
 - Oudere variant: 3x/week naar vrouw luisteren = 3x/week seks
 - Recentere variant: unilateraal installeren: men kan heel veel verschillende gedragingen stellen waardoor de partner gelukkig wordt: bv. elk een lijst maken met zaken waarvan de partner gelukkig zou worden (+ niet bespreken) → de komende week een aantal zaken van die lijst proberen
 - Bevinding: de lijst van zaken die je opmerkt bij je partner, zal standaard langer zijn dan wat de partner effectief gedaan heeft
 - Focusverschuiving naar de positieve zaken in de relatie
 - Niet bij zware pathologie, er moet een zeker inlevingsvermogen zijn, ...
 - Benadering **aanvankelijk rationeel, later ook aandacht voor cognities en emoties**

PSYCHO-EDUCATIEVE GEZINSTHERAPIE

- **Psycho-educatie in de context van het gezin** installeren

- **Grondleggers:** Anderson, Hogarty & Reis (1980)
 - Ontstaan vanuit **ontevredenheid met gezinstherapie rond psychose /schizofrenie**
 - Nieuwe etiologische inzichten
 - Psychofarmaca en voorlichting (Expressed Emotion)
- **Doelstellingen:**
 - Algemeen: het **informer**en van alle gezinsleden over de psychische aandoening; dit is duiding geven van de oorzaken, de symptomen, het verloop en de behandeling van de psychische aandoening
 - **Binnen een therapeutisch kader, zijn doelstellingen ook:**
 - (a) Het op gang brengen van het verwerkingsproces,
 - (b) Het verbeteren van de gezinscommunicatie,
 - (c) Het reduceren van de belasting van alle gezinsleden,
 - (d) Hervalpreventie
 - (e) Het aanleren of stimuleren van adequate copingskills
- Recent ook bij depressie en eetstoornissen

SAMENVATTEND OVERZICHT: STROMINGEN MET FOCUS OP GEDRAGSPATRONEN

- **Structurele gezinstherapie**
 - **Gezond:** duidelijke grenzen, flexibele rollen, moderaat niveau cohesie
 - **Ongezonder:** rigide of diffuse grenzen, chaotische of rigide rollen, enmeshment of loszandgezinnen
- **MRI groep**
 - **Gezond functioneren:** afwezigheid recursieve probleem-onderhoudende gedragspatronen
 - **Ongezonder functioneren:** aanwezigheid recursieve probleem-onderhoudende gedragspatronen
- **Strategische gezinstherapie**
 - **Gezond:** duidelijke intergenerationele grenzen, flexibel met transitie omgaan, mix van complementair en symmetrische communicatie, liefde eerder dan geweld
 - **Ongezonder:** pathologische triades, moeilijkheden met transitie, exclusief complementair/symmetrisch, symptoom als metafoor voor het écht probleem, problemen met liefde geven en krijgen of controle
- **(Cognitieve) gedragstherapie**
 - **Gezond:** ouders werken samen duidelijke regels voor kinderen uit, bekrachtigen pro sociaal gedrag maar niet antisociaal gedrag, positieve cognities, partners hebben hoge mate van wederzijds bekrachtigen, aanvaarden verschillen, positieve problem solving en communicatie
 - **Ongezonder:** o coërcieve interacties, onduidelijke regels, weinig bekrachtigen pro sociaal gedrag, negatieve cognities, weinig wederzijdse bekrachtiging, verschil wordt niet aanvaard, weinig vaardigheden

STROMINGEN MET FOCUS OP OPVATTINGEN

- Sinds begin van de jaren '80 “een **nieuwe epistemologie voor de gezinstherapie**” (“tweede-orde-gezinstherapie”):
 - Een **slingerbeweging van ‘harde’ natuur- en gedragswetenschappen naar postmodernisme en sociaal constructivisme** (‘zachte’ sociale wetenschappen)
- **Evolutie** van mechanistische visie op mensen, naar een visie op de mens als betekenisverlenend wezen
- **Verschillende stromingen:**
 - Constructivisme
 - Sociaal-constructionisme
 - Oplossingsgerichte therapie
 - Narratieve therapie

BESCHRIJVING VAN DEZE “SLINGERBEWEGING”

FASE 1: EERSTE-ORDE PERSPECTIEF VAN DE CYBERNETICA

- Geloof in de **kenbare werkelijkheid** (positivisme)
 - **Studie van communicatie en controle**
 - **Systemen zijn als “machines”** die van buitenaf geprogrammeerd worden door de “deskundige buitenstaander” (cf. doorkijkspiegel)
 - Gezin is als een **zelfregulerend en op zichzelf staand systeem** dat d.m.v. feedbackprocessen in een homeostase blijft
 - De therapeut is gefocust op **verandering van buitenaf** (instructieve interactie, geen deel van ‘(ver)nieuw(d)e’ systeem)
- **Consequenties voor de relatie- en gezinsstudies**
 - Er is **één enkele waarheidsgetrouwe definitie van het probleem** en deze kan geïnfereerd worden via nauwkeurige assessment (observatie)
 - Problemen kunnen verholpen worden door het **toepassen van technieken**, waarvan de effectiviteit kan worden geëvalueerd
 - Therapeut kan **vanuit expertise het probleem, de assessment en de therapie definiëren**

OVERGANGSFASE: TWEEDE-ORDE PERSPECTIEF VAN DE CYBERNETICA

- **Objectieve kennis bestaat niet**; elke kennis vertelt ons iets over de kenner (constructivisme)
 - complete ommekeer in visie op het gezin en hoe men zich t.o.v. elkaar verhoudt
 - **Levende systemen die zichzelf programmeren** (autopoïetische systemen)
 - **Geen manipulatieve interventies en desillusie van doelgerichte therapie**
 - Therapeut maakt **deel uit van het systeem** en kan de **werkelijkheid niet kennen los van het gezin** (cf. ‘reflecting team’)
 - Therapeut neemt een **nieuwsgierige houding** aan (‘niet-weten’) en is een geïnteresseerde participant (↔ expertise van de therapeut in de 1^e orde cybernetica) → het weten zit meer bij de gezinsleden zelf
- **Veel meer aandacht voor het individu**

FASE 2 (JAREN '90): NARRATIEF PARADIGMA MET POSTMODERN PERSPECTIEF (POSTMODERNISME EN SOCIAAL CONSTRUCTIONISME)

- Heel wat gezinstherapeuten in Vlaanderen zijn geïnspireerd door het narratieve paradigma → **nadruk op taal en verhalen die men construeert** (zorgt voor ordening van de wereld, ...)
- **Nadruk op sociale constructie van de wereld**
 - Verwerping van waarheidsclaims en pogingen om eindpunten te definiëren: 'deconstructie'
- **Antipositivistisch – 'deconstructie'**
 - = reactie op het positivisme uit de eerste fase
 - Het denken en doen van mensen en groepen zijn doordrenkt van **hegemonische of 'dominante' structuren** (bv. iedereen moet succesvol zijn) → analyse en deconstructie
 - De constructie van deze dominante structuren gebeurt middels **tekst- en discoursanalyse** (politieke emancipatie)
 - "Het individu is een product van taal, geschiedenis en sociale structuren" (Foucault)
 - White (narratief therapeut): 'dominante discours' in de formatie van gevoelens en ideeën over problemen
- **Postmodernisme**
 - De wereld is minder eenduidig en geordend
 - Het is niet mogelijk om universele wetmatigheden, principes of waarheden te ontdekken rond het mens-zijn
 - Het impliceert pluralisme, met de **mogelijkheid tot verschillende theorieën en methoden** → iedereen heeft zijn waarheid/visie, en elke waarheid heeft een bestaansgrond (i.p.v. observatie van de waarheid, komt er constructie van de waarheid)
 - **Vier thema's**
 - *Perceptie*: we zien de wereld niet zoals het "is" (waarheid), maar wel als het product van onze cognitieve operaties → veel verschillende visies op een probleem mogelijk (≠ dé visie op het probleem!)
 - *Fragmentair*: de realiteit is geen eenheid, de focus is op het unieke. Kennis gaat over het lokale, het individuele, het specifieke en is niet contextvrij (wat in één gezin geldt, gaat niet in een ander gezin gelden)
 - *Constructivistisch*: we construeren de werkelijkheid. De wereld komt geordend en georganiseerd over omdat we op zo'n manier functioneren (de mens zoekt actief naar oorzaak en gevolg en betekenis)
 - *Neopragmatisch*: niet "is het waar?", wel "is het bruikbaar?". Onderzoek is belangrijk, niet om de waarheid te onthullen (bv. waarheidsdiscussie over autisme: 'is dat waar of niet waar?'), wel om bruikbaarheid aan te tonen → sterke shift in denken!

BASISASSUMPTIES

- Een **systeem van opvattingen en narratieven** (verhalen) staat centraal en onderhoudt zich herhalende gedragspatronen

- De **werkelijkheid is veelvuldig**: waarheid of 'wat iets is' wordt (sociaal) geconstrueerd → meerdere waarheden/opvattingen mogelijk, en wat iets is wordt altijd sociaal geconstrueerd
- De **observator en het geobserveerde bestaan nooit los van elkaar** (cf. 2^e orde cybernetica)
- We **kunnen de werkelijkheid van een ander nooit rechtstreeks kennen**, wij kennen uitsluitend onze eigen waarneming, en kunnen via onze waarheid daar iets over proberen te weten komen
- **Taal** is van belang in de **creatie van betekenis**
- **Taal creëert realiteiten, is contextgebonden en niet eenduidig**; dit impliceert dat men nooit een buitenstaander kan zijn maar 'mee-construeert' → sociaal geconstrueerde reflecties van therapeuten werpen licht op bruikbaarheid therapieën voor specifieke problemen in specifieke contexten
 - Het verhaal dat iemand brengt, kan ook gekleurd worden door de therapeut die voor hen zit
 - Verhalen zeggen iets over de persoon die iets vertelt, maar ook iets over de persoon aan wie iets verteld wordt
- **Doel** van therapie is het **creëren van nieuwe en meer leefbare uitzichten/perspectieven op de realiteit** ⇒ het maken van een **nieuw en hoopvol verhaal** (het niet gezegde laten 'klinken')

CONSTRUCTIVISME

- **Grondleggers**: Proctor, Feixas, G. Neimeyer en R. Neimeyer
- **Basisassumpties**:
 - Elk individu construeert een **eigen innerlijke landkaart van de wereld** (o.b.v. cognities, emoties, zintuiglijke en lichamelijke ervaringen en taal) → een eigen, verhalende voorstelling van de wereld
 - Er zijn **evenveel gezinsopvattingen over het gezin als er familieleden aanwezig zijn**
 - Elk lid van het systeem wordt gezien als een **universum op zichzelf** (zgn. 'multiverse visie') → iedereen heeft een eigen visie op de werkelijkheid, en al die visies mogen er zijn
 - Meer aandacht voor het individu, voor verschillen in zienswijzen, voor tolerantie en voor relativisering van het zgn. "algemeen geldende"
 - Het **probleem bepaalt het systeem** (in plaats van omgekeerd): iedereen die een probleem ervaart, wordt samengebracht → gaat hier vooral om wie je uitnodigt in een therapie (Wat is het probleem, en welke leden van het systeem hebben we nodig om het probleem op te lossen, of wie is er allemaal bij betrokken?) ⇔ gezin als bron van pathologie
 - **Erkenning van de grotere mondigheid van het gezin, voor alle visies van de gezinsleden** (stilstaan bij de kijk die iedereen heeft)
 - Belang van de wijze waarop het gezin zijn kijk op het probleem verwoordt
 - Constructivisme is een **epistemologische theorie (over kennis)** en geen ontologische (over werkelijkheid) → het gaat niet over wat er wel of niet is
 - **Kennis is actief opgebouwd** (kennis is zelfreferentieel) en de **functie van cognitie is adaptief**
 - **Waarde van kennis ligt in de bruikbaarheid**

- **Beïnvloeding van persoonlijke factoren en omgeving: 2 soorten constructivisme**
 - **Radicaal constructivisme** (Maturana, '91): alles wordt enkel bepaald door persoonlijke factoren
 - Communicatie en R & G is onmogelijk (omdat alles zodanig bepaald wordt door ieders persoonlijke)
 - Therapeut kan systeem niet instrueren en zeker zijn dat ze het begrijpen, enkel dat ze het volgens eigen inzicht toepassen
 - Geen voorspelbare verandering door therapeut
 - **Alternatief constructivisme** (Kelly '55)(= iets pragmatischer): individuele wereldbeelden lijken op elkaar zover ze door dezelfde omgeving worden beïnvloed en verschillen van elkaar zover ze afhankelijk zijn van interpretatie → geeft meer ankerpunten voor therapie (verschillende visies, maar ook gedeelde visies)
 - Visie van elk gezinslid is gelijkwaardig
 - Sommige perspectieven meer bruikbaar dan andere om problemen op te lossen
 - In therapie bruikbare visie valoriseren → belang van herkadren
- **Constructivisme in de systemische praktijk:**
 - **Mensen ontwikkelen constructen** (of opvattingen) die hen helpen **accuraat op gebeurtenissen te anticiperen** → die constructen vormen voor iemand een houvast
 - Deze constructen worden **continue getoetst**
 - Opvattingensystemen **veranderen pas als herhaalde ervaringen aantonen dat modificaties/aanpassingen betere predicties geven**
 - **Veranderbaarheid is afhankelijk van bepaalde factoren:**
 - Beschikbaarheid van nieuwe constructen bij nieuwe ervaringen en openheid voor nieuwe ervaringen
 - Beperkt in bedreigende situaties, bij preoccupatie met oude ervaringen, gebrek aan gelegenheden → minder kans dat die opvattingssystemen gaan veranderen
 - Eerst randconstructen, dan kernconstructen (identiteit)
 - Kernconstructen: staan heel dicht bij de eigen identiteit (wie ben ik als persoon?)
 - **Partnerkeuze** op basis van idee dat **partner helpt om persoonlijk construct (opvattingen) systeem te verruimen** zodat wereld meer voorspelbaar wordt
 - **Gezinnen** ontwikkelen **gedeeld opvattingensysteem** dat ge(in)valideerd wordt door gezamenlijk gedrag, interacties (in therapie)
 - **Gedeeld opvattingensysteem speelt centrale rol in gezinsinteracties**
 - **Opvattingensysteem impliciet onderhandeld** → wordt in de regel niet expliciet gemaakt (groeit vanuit het samen wonen en denken en delen)
 - **Symptomen** komen voor:
 - Bij een **te strak of los opvattingensysteem**
 - Rigide: bv. 'ik ben een succesvol manager' → geen ruimte voor andere zaken, falen, iets anders doen, ...
 - Los: bv. te weinig gedeelde opvattingen in een gezin en op basis daarvan ook te weinig voorspelbaarheid van de wereld

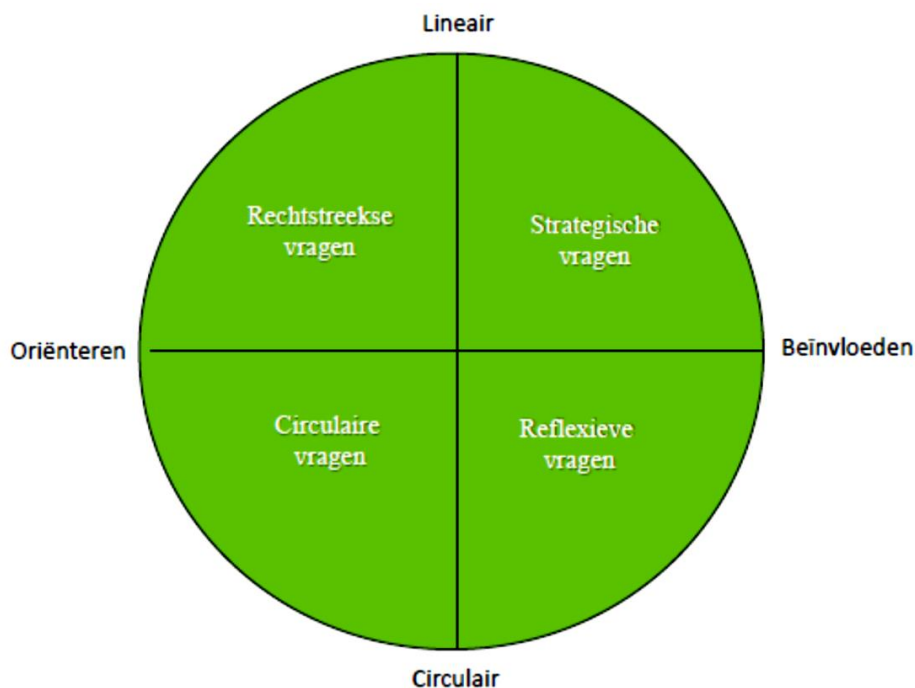
- **Bij transities** in ontwikkelingscyclus of ruimer ecologisch systeem (bv. adolescente kinderen → opvattingssysteem ouders in uitgedaagd → kan men daar een antwoord op bieden of niet)
 - ~ Minuchin (maar: bij hem ging het over gezinsstructuren en interacties, terwijl het hier meer gaat over opvattingssystemen en beliefs)
- **Positie van de therapeut (en de gezinsleden) is zowel expert als gelijkwaardig**
 - Het systeem is expert van de eigen opvattingen
 - Therapeut is expert van het **articulatieproces**: uitnodiging om opvattingen te articuleren en predicties te toetsen
- → **Doel in therapie:**
 - **Opvattingensysteem en predicties blootleggen en de accuraatheid van de predicties testen** (experiment) → opvattingen uitdagen
 - **Therapeut helpt om de opvattingen te herzien zodat meer accurate predicties mogelijk worden** (grotere mate van flexibiliteit en complexiteit)

SOCIAAL-CONSTRUCTIONISME

- **Grondleggers et al.:** o.a. Gergen, Andersen, Goolishian, Anderson, Tomm, Cecchin, Boscolo, McCarthy, Byrne & Kearney (cf. constructivisme: de werkelijkheid wordt gecreëerd, en NIET ontdekt)
- **Basisassumpties:**
 - **Iedere constructie/idee/uiting/actie is ingebed in een sociale context** en wordt geconstrueerd op basis van omgeving en persoonlijke factoren (cf. constructivisme), maar bijkomend d.m.v. sociale interacties → een samenvloeiing van de individuele, relationele en sociale dimensies
 - Het **medium is de taal** (belang van taal in de therapie): dat vraagt een bepaalde switch van denken (problemen worden geconstrueerd in de taal + via taal kun je ook andere verhalen creëren samen met de cliënten)
 - **Bruikbare constructies/wereldbeelden worden in de sociale gemeenschap behouden** ('men'-denkens, sociale perspectieven → hebben de toets van bruikbaarheid doorstaan binnen de maatschappij)
 - **Bruikbaarheid van constructies** wordt bepaald op basis van mogelijkheid om **problemen op te lossen, adaptatie te bekomen, noden te vervullen en te overleven** → in welke mate helpt mijn wereldbeeld mij te overleven in deze maatschappij?
 - **'Stuck systems'** ("a system gets stuck when...") → systemen die vast komen te zitten
 - Problemen doen zich voor wanneer een systeem slechts één of een beperkt aantal manieren heeft om te denken over het probleem en de oplossingen en niet openstaan voor multiple mogelijkheden ('multiversa')
 - Er ontstaan problemen wanneer het oplossingsstelsel te los of te rigide is
 - Therapeut en systeem **co-construeren samen alternatieve verhalen** ("making room for the not yet said") → gelijkheid: heel collaboratieve therapie
 - Men gaat ruimte creëren voor opvattingen en betekenissen die er al dan niet al zijn, maar die niet voldoende aandacht krijgen

- Het kan ook gaan om zaken die nog niet in de context van deze therapie genoemd zijn
 - Therapeut = expert van het articulatieproces
 - Boscolo & Cecchin (duo van de Milanese school) **circulaire vragen** creëren therapeutische ruimte waarbinnen de cliënt en de therapeut **nieuwe perspectieven op de probleemsituatie co-construeren** → meer “bruikbare” visie op probleem en oplossingen construeren
 - cf. oplossingsgerichte en narratieve therapie
 - Opening maken voor nieuwe ideeën en opvattingen een gezin
 - Nieuwe manieren van denken installeren
 - De cliënten worden uitgedaagd om een nieuwe visie of nieuwe opvattingen, samen met de therapeut, te gaan construeren
 - Bv. Wat is het verschil tussen vroeger en nu? Hoe denk je dat de situatie er binnen 10 jaar zal uitzien?
 - In therapie gaan we op zoek naar die alternatieve verhalen
 - In het **omgaan met diagnoses**, gaat men minder aandacht geven aan diagnosevorming (maar: het gaat niet over ‘bestaat het wel of bestaat het niet?’), maar eerder kijken wat een bepaalde diagnose doet met/in dat gezin
- **Sociaal-constructionisme in de systemische praktijk:**
 - **Positie van therapeut en systeem** (Cecchin)
 - *Neutraliteit*: niet één van de opvattingen favoriseren, niet bij één van de gezinsleden aanleunen, ...
 - *Nieuwsgierigheid*: bereidheid om te luisteren naar verschillende manieren om naar probleem te kijken → men probeert zoveel mogelijk verschillende visies op een bepaald probleem te bekijken → wat is de betekenis van ... voor ...?
 - *Oneerbiedigheid* t.a.v. eigen favoriete referentiekader, theorieën, biases en ideeën (bv. werken met koppels waarbij er ontrouw is → eigen visie op een ‘goede relatie’) → je vooral proberen invoegen in het opvattingssysteem van de cliënten, of dit in vraag stellen via circulaire vragen
 - **‘Not-knowing’ approach** (Andersen & Goolishian)
 - Het ‘geen expert zijn’ van de therapeut: mensen zijn zelf de expert van hun eigen verhaal → “ik ken dat niet, en ik ga luisteren”
 - Maar: wel voor zorgen dat dat verhaal uitgedaagd wordt, of dat er verschillende versies van dat verhaal naast elkaar komen te staan
 - De therapeut hanteert de niet-expert positie en streeft naar samenwerking (vermijden van gebruik van diagnoses en therapeutische richtlijnen)
 - **Circulair bevragen**
 - **Toekomstgerichte vragen** (Boscolo)
 - Aandacht richten op nieuwe opvattingen omtrent problemen en oplossingen
 - Aandacht richten op hoe de dingen zullen zijn als het probleem opgelost is (cf. magische vraag)
 - **Vier categorieën van vragen** (Tomm) – ‘*interventive interviewing*’

- **Bevraging van de extremiteiten:** “Wat als het alleen nog maar erger wordt, hoe zou het dan zijn? Wat zou er dan gebeuren?” → belangrijk om te bevragen omdat men zelf ook heel vaak met dat idee zit
- **‘Reflecting team’** (Andersen)
 - Het team bespreekt de ideeën met het **systeem als getuige** (**‘meerstemmigheid’**) (↔ one-way screen) → dit wordt vervolgens besproken met de therapeut (‘wat zijn voor jou de interessante dingen?’)
 - Op een respectvolle manier bespreken wat men gehoord heeft
 - Daarbij heeft men aandacht voor sterktes/krachten en voor alternatieven
 - De taal wordt aangepast: men sluit aan bij de cliënten
 - Men zorgt er ook voor dat hun opvattingen niet al te zeer afwijken van die van het gezin (anders meer moeite om die opvattingen op te nemen)
 - Het zijn gesprekken tussen de therapeuten die nieuwe ideeën genereren → bedoeling: zoveel mogelijk stemmen te laten klinken, en dan kunnen de cliënten hieruit meenemen wat ze zelf nuttig/buikbaar vinden
- **Indeling van Tomm** (1988) in 4 verschillende soorten vragen op 2 assen:
 - Variatie in vragen m.b.t. **wie de informatie als antwoord op vraag zal gebruiken** (continuüm)
 - Gericht op **oriëntatie** (begrijpen, i.f.v. HV)
 - Gericht op **beïnvloeding** (i.f.v. CL)
 - Variatie in vragen m.b.t. het om **lineaire** dan wel **circulaire** informatie gaat
 - **Lineair:** oorzaak – gevolg
 - **Circulair:** alles hangt met alles samen



- **Rechtstreekse/lineaire vragen**

→ Wat is het probleem?

- Oriënteren (voor hulpverlener) en **lineair**
- Onderzoekend, deductief, rond inhoud en feiten, om probleem uit te leggen
- Duiden vaak iemand of iets aan dat **verkeerd** is en **moet veranderen** (lineair)
- Bv. “Waarom komt uw man laat thuis van werk?” (veel werk, pas gepromoveerd, komt niet graag thuis,...)

- **Circulaire vragen**

→ Wat zijn de verschillende effecten?

- Oriënteren (hulpverlener) en **circulair**
- Circulair (alles is met alles verbonden) => **systemisch denkkader**
- **Exploratief, nieuwsgierigheid therapeut**
- Informatie over **patronen tussen mensen**
- Bv. “Wat is er anders aan de dagen dat uw man niet overwerkt? Wie begint over het onderwerp overwerken? Wat is verschil tussen vroeger en nu?”

- **Strategische vragen**

→ Peilen naar verandering

- **Beïnvloeden** (voor cliënt) en **lineair**
- **Nieuwe mogelijkheden in een bepaalde richting opperen**
- Gaan uit van **oorzaak-gevolg relatie**
- **Suggereren veranderingen** in bepaalde richting
- Bv. “Wat zou er gebeuren, mijnheer, indien U ‘s ochtends vroeger zou beginnen werken waardoor U vroeger thuis zou kunnen komen?”

- **Reflexieve vragen**

- Bedoeling **cliënt te laten nadenken**
- **Beïnvloeden** (voor cliënt) en **circulair**
- **Faciliteren ook verandering, maar zonder richting aan te geven, laten verschillende mogelijkheden open.... → zorgt voor alternatieve betekenissen**
 - => **Neutraal**
 - Zonder richting! Cliënt zelf in staat ander gedrag te bewerkstelligen
- D.m.v. vragen **nieuwe reacties** bewerkstellingen (dus cliënt in staat om anders te reageren)
 - Het is de bedoeling om de mogelijkheid tot verandering meer open te legen
- Bv. “Als u, mijnheer, niet zou overwerken, hoe zou het leven van jullie dan veranderen?”
- Bv. “Wat zou de kleinste stap van verandering kunnen zijn voor jullie?”

- Bv. CL: “Mijn echtgenoot is een ramp. Hij heeft geen aandacht meer voor me en respecteert me niet. Ik hoop echt dat u hem kunt veranderen nu we samen in therapie gaan, want zo gaat het niet langer. Als hij dat toch eens zou inzien!”

- Rechtstreekse vraag? Waarom?
- Circulaire vraag? Wanneer is het begonnen?
- Strategische vraag? Wat wil je anders?
- Reflexieve vraag? Zijn er zaken die je al hebt geprobeerd?

OPLOSSINGSGERICHTE THERAPIE (SOLUTION-FOCUSED)

- **Grondleggers:** Steve deShazer en Insoo Kim Berg
 - Oprichters van 'Brief Family Therapy Center (BFTC)' in Milwaukee (USA; 1978) → na hun overlijden (resp. 2005, 2007) alles getransfereerd naar 'Solution Focused Brief Therapy Association'
 - Ontstaan vanuit MRI (Mental Research Institute) groep
 - Beiden publicaties van invloedrijke boeken
 - **! Evidence-based therapeutische beweging** (heel veel onderzoek over gedaan!)
- **Basisassumpties:**
 - **Vooraf aandacht schenken aan recursieve interactiepatronen**
 - **MAAR: hierbij focus op de uitzonderlijke 'uitzonderingen':**
 - Momenten waarop het **probleem niet voorkomt** (DUS: niet kijken wanneer het voorkomt, onder welke omstandigheden, ...) → helemaal uitspitten en stap voor stap reconstrueren
 - Momenten waarop er **wél op een goede manier mee kan worden omgegaan (coping)**
- **Doel in therapie:**
 - **Uitzonderlijke momenten frequenter laten voorkomen**
 - **Proces van het "recreëren" van uitzonderingen** is technisch gezien vrij eenvoudig (DeShazer, 1985, 1988) maar impliceert een anders praten over problemen
- **Oplossingsgericht werken in de systemische praktijk**
 - **Geen onderscheid tussen assessment en therapie:** onmiddellijk via die doelgerichte vragen 'eraan beginnen' → vraagt ook wel een ervaren therapeut (want: je mag niet te licht over een probleem gaan)
 - **Aanvang therapie**
 - Bevragen van het probleem
 - De positie van de cliënten t.o.v. dit probleem (~ motivatie?)
 - Hun visie op de rol van de therapeut in het oplossingsproces
 - **Doelstellingen en technieken afstemmen op de posities van cliënten binnen therapeut-cliënt relatie**
 - **Drie mogelijke posities van cliënten** (deShazer) → verschillende soorten motivatie
 - "Visitors" (1): worden gestuurd, ervaren/zien geen probleem
 - "Complainants" (2): hebben probleeminzicht, maar zelfdiskwalificerend of ongemotiveerd
 - "Customers" (3): probleeminzicht en de wil om te veranderen→ Binnen één systeem tegelijkertijd verschillende posities
 - **Technieken:**
 - (1): Complimenteren: dat ze meegekomen zijn, dat ze mee willen nadenken over nieuwe ideeën, ...
 - (2): Observatieopdrachten (bvb. uitzonderingen nagaan)
 - (3): Gedragstaken zoals 'recreëren' van uitzonderingen
 - **Schaalvragen:** bij vage beschrijving van problemen of gevoelens peilen naar verandering op een schaal van 0 tot 10
 - "*Op een schaal van 0 tot 10, hoe goed voel je je nu en hoe voelde je je toen?*" → verbetering (uitzonderingsvraag)

- **Uitzonderingsvragen**
 - “Hoe verklaar je de verbetering die plaatsvond tussen toen en nu?”
- **Mirakelvragen:** doelstellingen bepalen (Erickson/deShazer)
 - “Veronderstel dat je op een ochtend wakker wordt en er is een mirakel gebeurd dat ervoor gezorgd heeft dat het probleem verdwenen is, hoe zou je dat merken? Wat zou er anders zijn? Hoe zou X dat merken zonder dat er een woord over gezegd moet worden?”
- **Pre-session change:** “Heb je al verandering gezien tussen het moment dat je gebeld hebt, en jullie afspraak hier?”
- Dit wordt **kortdurende therapie** genoemd, met als doel om je cliënten perspectief te geven
- Fragment Child Therapy with the Experts John Carlson & Don Keat II (2003): Solution-focused child therapy with John J. Murphy”

NARRATIEVE THERAPIE

- **Grondleggers:** Michael White (Australië) en David Epston (Nieuw-Zeeland)
 - Ontwikkeld tussen de jaren '70-'80
 - Dé basiswerken: 'Literate Means to Therapeutic Ends' (1989) en 'Narrative Means to Therapeutic Ends' (1990)
 - 2007: publicatie *Maps of Narrative Practice* (White)
 - Populair vanaf de jaren '90 tot nu! → twee stromingen
 - Europa: vanuit postmodernistische theorie en vanuit ideeën van onder meer Bakhtin
 - Amerika en Australië: geïnspireerd door White & Epston
 - Oprichters van het therapeutisch en trainingscenter ‘Dulwich Centre’ te Adelaide (Australië), ook overzeese trainingen (o.m. Afrika, Azië, Europa)
- **Basisassumpties:**
 - **Postmodern geïnspireerde stroming**
 - **Problemen bij mensen worden onderhouden door onderdrukkende verhalen die het leven van mensen gaan domineren** → dominante verhalen waarmee mensen in therapie komen
 - **Verhaal** (of narratief) is een ordenend en betekenisgevend idee dat gezien wordt als een plot
 - Bvb. ‘anders dan anderen zijn’ (“zigeunerfamilie”)
 - Hoe meer verhalen je hebt, hoe beter/aangepaster/flexibeler/gezonder dat voor mensen is
 - Opnieuw: belang van taal!
 - Individuele en familie-identiteiten komen tot stand in de **voortdurende uitwisseling** (van verhalen) **tussen mensen** (gevormd, bevestigd of veranderd) → **narratieven construeren identiteit, leven en problemen**
 - Men gaat ervan uit dat je in interactie met anderen, je je eigen levensverhaal vormgeeft, maar ook je identiteit creëert (het wordt voor een stuk werkelijkheid)
 - **Identiteiten die familieleden belemmeren om hun leven te leiden = ongewenst plot** → **probleemverhaal**
 - In therapie probeert men daar andere verhalen naast te plaatsen

- **Narratieve therapie in de systemische praktijk**

- Therapie is het maken van **constructieve verhalen met een nieuw plot**
 - Naar voor halen van verhalen die weggedrukt worden door probleem-verhaal/dominant verhaal (bv. 'een gezin dat snel tot beslissingen kan komen')
 - Cliënt = auteur van eigen verhaal → dat verhaal kan veranderd worden (↔ individu als ondergeschikt aan het systeem): men heeft de mogelijkheid om het eigen levensverhaal mee vorm te geven
 - Je kan ook negatieve effecten hebben van een positief verhaal, bv. 'ik ben de goede dochter'
 - Invloed van individuele en familiegeschiedenissen, sociale klasse, etniciteit, geloof en seksuele preferenties in de verhalen in families erkennen → kijken hoe het eigen verhaal een plaats kan krijgen, waarbij tegelijkertijd de verbondenheid met de familie geborgen kan blijven
 - → **Familie is een cultuur en een sociaal taalsysteem**
- De **therapeut**:
 - **Organisator en samenbrengen**: therapeut kan verschillende mensen samenbrengen (ruimer dan uitsluitend familieleden)
 - **Actieve deelnemer**: neemt deel aan het gesprek en reflecteert over de effecten van zijn verhalen en taal op de betrokkenen
 - **Niet-wetende deelnemer** (cf. 'not knowing'): dialoog aangaan samen met de cliënten en familie + **transparantie!!**
 - Tracht **aan te sluiten bij de specifieke ervaringswereld** van de cliënten en hun omgeving
 - **Luistert of de cliënten verder kunnen of niet**: de werkzaamheid van de kennis staat voorop
 - Problemen komen voort uit en worden in stand gehouden door 'verdrukkende verhalen' die iemands leven domineren (dominant narratief)
 - Problemen wanneer het verhaal dat verteld wordt niet overeenstemt met de ervaringen
 - → **Creëert therapeutische ruimte** (: "making room for the not yet said") voor alternatieve verhalen
- → **Doel van therapie is**:
 - **Reauthoring**: individuen helpen om hun leven te "her-scheppen" op een niet-pathogene, niet-problematiserende manier (~ "her-schrijven") → elk individu is auteur van het eigen levensverhaal
 - Proces van *reauthoring* is open en therapeut levert hierin een bijdrage
 - Therapeut neemt een open houding aan in de samenwerking met het cliëntstelsel als 'co-auteur' van de alternatieve verhalen
 - Alternatief verhaal moet geaccepteerd worden, stroken met de ervaring en meer controle op het leven inhouden
- **De benadering van White & Epston**:
 - **Therapie-houding 'decentraal'**
 - Therapeut komt niet in de voorgrond, maar bevindt zich eerder op de achtergrond

- Prioriteit geven aan de verhalen en aan de bekwaamheid en kennis van de cliënten en familieleden → auteur blijven van eigen verhaal
- Vragen stellen en reflecties geven om verhalen rijker te maken
- **Stapsgewijs naar therapiedoel...**
 - **Externaliserende conversaties**
 - Klachten of problemen buiten de persoon leggen: cliënt ≠ probleem (vb. “ik ben depressief” → “ik heb last van een depressie”)
 - Bv. ook gesprek tussen ‘goede’ en ‘slechte kant’
 - Bv. derde stoep voor het alcoholprobleem
 - Probleemomschrijvingen in perspectief plaatsen (maatschappelijke vertogen) + navraag naar ‘effecten’ hiervan
 - **Reauthoring conversations**
 - Gewenste unieke uitkomst situatie beschrijven en versterken via:
 - ‘Landscape-of-action’ vragen: gedragsmatige aspecten van het verhaal (omstandigheden, tijd, plot, volgorde)
 - ‘Landscape-of-identity’ vragen: hoe willen zijn (identiteitsconclusies)
 - **Re-membering**
 - Aandacht richten op andere leden (“member”) die van belang zijn of zijn geweest: hoe bijgedragen tot een zinvol en waardevol leven? → hoe men dat zelf gedaan heeft, en hoe anderen daartoe bijgedragen hebben
 - **Getuige zijn (witnessing)**
 - ‘Outsider witness’: belangrijke personen (‘significant others’) uit sociale netwerk van cliënt worden uitgenodigd om getuige te zijn van het alternatieve of gewenste verhaal (wel/niet bij gesprek aanwezig)
 - Het gaat vooral om het erkennen dat dat nieuw verhaal er eigenlijk is voor die cliënt
- **Bijkomende principes van de narratieve therapie**
 - Verwerpt zowel de traditionele individugerichte conceptualisatie van problemen (bv. het geven van diagnoses) als het systeemtheoretisch kader vanuit de idee dat deze **macht en sociale controle over cliënten (kunnen) impliceren**
 - Verwerpt AST omdat problemen gezien worden in termen van hun functie: therapeut kan de functie ontdekken en vervangt het probleem door andere gedragspatronen
 - Dit impliceert: (1) sommige gezinnen zijn disfunctioneel en (2) het individu is ondergeschikt aan het systeem
 - ↔ **Narratieve therapie: individu heeft kracht om het eigen verhaal te “verhalen”**

FRAGMENT: AN INTERVIEW WITH DAVID EPSTON: “NARRATIVE THERAPY WITH A YOUNG BOY: HANNAH IS IN MY HEART NOW”

- **Inleiding**

- Familie van Sebastian
- Mama, papa (vader gewelddadig naar moeder), gescheiden toen Sebastian 1 jaar was
- Moeder relatie met andere man: 3 dochters (drieling) waarvan 1 overleden
- Lang nagedacht over de eerste vraag die hij zou stellen “respectfull welcoming”
 - 1^e vraag is zeer belangrijk, zet de toon voor het hele gesprek
 - Het was een urgentiesituatie... het was een soort gesprek van de laatste kans
 - Hij gaat als therapeut ook een beetje in overdrive, hij slaat een aantal stappen over die hij normaal wel zou doen
 - Je kan macht hier bijna niet ontlopen, de jongen zit namelijk in een instelling... dus het voelt aan als een gevangene met 2 cipiers (de therapeuten)
- Hij probeert het wel voor te stellen alsof het een gesprek is tussen 2 kameraden

- **Start gesprek**

- 1^e vraag: Ik heb gevraagd aan je therapeut: “Wat respecteer je het meeste aan Sebastian” → wat denk je dat hij zei? (**circulaire vraag**)
 - Antwoord van Sebastiaan: zwijgt lang, hij denkt dat de therapeut het leuk vindt dat hij meer praat dan de andere jongens
 - Neen, dat zei hij niet, probeer nog eens...
 - Antwoord van Sebastiaan: dat ik de ‘goede’ ben, ik denk dat omdat hij voor mij zorgt. Moest hij niet denken dat ik een goede jongen ben, dan zou hij niet voor mij zorgen
- Epston probeert hiermee nieuwe verhalen te maken van het kind over zichzelf. Het maakt niet uit of het antwoord correct was of niet, maar het nodigt de jongen uit om nieuwe verhalen te maken
- → Dan verder in gaan op het nieuwe verhaal!
 - Hij gaat verder in op het idee wat het dan is om een “good guy” te zijn...
 - Hij tekent bv. op het bord wat het dan is om een good en bad guy te zijn → **externaliseren**
- Hij vraagt aan Sebastiaan dingen over “de good guy” en de “bad guy”, alsof het 2 andere personen zijn en geen onderdelen van het kind zelf
- Hij vraagt ook naar **uitzonderingen**: is de good guy ooit sterk genoeg geweest om de bad guy te overmeesteren?
- Hij vraagt om “anger” en “good guy” te tekenen (hij tekent een cactus en een hart)
 - “Irriteert de cactus het hart”? → wanneer is dit begonnen? (wanneer het zusje gestorven is)
 - Het zusje zou wel willen dat het hart wint van de cactus.. (het zusje is in zijn hart)
 - Als de herinnering van het zusje hem na aan het hart ligt, zou dat een bescherming kunnen zijn tegen de boosheid??
- → Good guy en bad guy externaliseren → hart en cactus
- Heel de sessie verder werken met deze elementen

- → Cactus zou te sterk zijn, de herinnering aan de zus zou er niet tegenop kunnen
 - → Hoe komt het dan dat er toch een dag was waarop het hart van de cactus won?
 - = **unique outcome** → deze verder exploreren (uitzonderingsvragen bij het oplossingsgerichte kader)
 - Vriendschap versterkt het hart!
 - ⇔ eenzaamheid versterkt de cactus (alles opschrijven op het grote bord)
 - → Wat versterkt er het hart nog? Wat helpt de goede kant?
 - → Kunnen de stekels van de cactus door dikke huid? Hoe krijgen we jouw huid dikker? Is je huid nu al dikker dan vroeger?
 - Het moet nu niet meer zo dik zijn als vroeger
 - !! Ze ontdekken dit alles nu “o great”
 - Het zijn zaken waar de jongen nog niet over nagedacht had
- Vanuit de narratieve therapie wordt verondersteld dat dit dan alternatieve verhalen zijn die al wel aanwezig waren, maar dat ze minder aandacht kregen
 - De zaken die wel aanwezig zijn, proberen ze samen met de cliënt in alternatieve verhalen te construeren
 - ! Hij is trots op zichzelf dat dit verhaal verteld wordt (‘2 meter trots’)
 - Hij heeft het gemist om trots te zijn
- → Hoe pakken we de cactus aan in de toekomst? (**planning voor de toekomst**)
 - Ideeën die al op het bord staan en dan kijken met dewelke de cliënt (Sebastian) graag zou werken
 - Bv. het hart sterker maken, de herinnering van de zussen sterker maken
- De cactus zal nog steeds proberen hem tot bad guy te maken, maar het zou al moeilijker zijn voor de cactus
- ! Hij vergelijkt de wedstrijd tussen het hart en de cactus met een voetbalmatch tegen Milan (!! Sebas brengt de voetbalmetafoor zelf aan!!)
 - De wedstrijd tegen het hart zal moeilijker zijn; in de voetbalwedstrijd zou het makkelijk te voorspellen zijn wat de outcome is (Milan zou winnen)
 - Voor de cactus zou het niet zo gemakkelijk zijn als voor Milan om te winnen
- → Hele uitwerking van de metafoor
 - Zijn hart is Zweden en de Cactus is Milan
 - Hij kijkt op naar Brolin (voetballer van Zweden)
 - Als Brolin dit probleem had, hoe zou hij reageren tegen de cactus? (voetbalwedstrijd tegen de cactus, wetende dat hij een goede voetballer is)
 - Kan Sebastian vechten tegen de cactus, zoals Brolin dat kan?
 - Wat zou Brolin doen als de cactus probeerde te scoren? → Hij zou het slim spelen en de bal doospelen naar andere mensen, of het zo doen uitschijnen en toch doorgaan = valse pas (schijnbeweging)
- !! Als de boosheid komt, en Sebastian is vergezeld van Brolin en zijn zussen.. wie zou er winnen? (wij)
- → Brief schrijven naar Brolin!! Hoe zou hij het vinden om Sebas in zijn team te hebben?
 - Schrijven over hoe de cactus zijn hart vernietigd heeft
 - Is het oke als ik speel tegen boosheid, zoals jij voetbalt?

- Heb jij ooit problemen met boosheid gehad? Hoe heb jij dat opgelost?
 - Vragen aan Brolin: is dit een plan? Zou ik in het anti-boosheidsteam van Zweden kunnen gaan? Andere mensen helpen die het moeilijk hebben met hun boosheid?
- Good luck, Good game
- **Epiloog**
 - → Sebastian heeft altijd gedacht dat hij de bad guy moest zijn om iemand te zijn
 - → Hij is nu wel veranderd: de bad guy is bijna helemaal verdwenen
 - Hij is nu weer op zijn oude school
 - → Als Epston antwoordt in een brief naar Sebastian, vraagt hij hem een aantal dingen over zijn bad guy, hoe hij deze overkomen heeft en of hij hem mist enz., ...
 - om andere kinderen te helpen met het verhaal! ☺
 - → Sebastian en Epston hebben elkaar teruggezien op een soort opleiding die Epston ging geven in Zweden
 - Nu je niet meer in de kliniek bent, is er iemand die je graag zou bedanken?
 - Störå, want hij heeft nooit opgegeven met hem en heeft nooit neergekeken op hem
- **7 jaar later**
 - Mail van Störå, dat hij Sebastian eens tegengekomen was
 - Epston vroeg of hij Sebastian nog eens mag ontmoeten
 - Hij vroeg bv. of hij de film mocht tonen in de opleiding
 - Ze hebben samen de video gekeken en Sebastian mocht altijd stilzetten
 - Na de eerste vraag: ik vertrouw niemand, maar na die vraag wist ik dat ik jou kon vertrouwen!
 - Na dat hij verteld had over de dood van zijn zusje: het was een moeilijke tijd. Hij zegt dat hij wel wat uitgestoken heeft
 - Zijn eigen dochttertje Hannah zit nu in zijn hart... en hij zal zijn dochttertje niet zo behandelen als zijn vader hem behandeld heeft
 - !! Alternatieve verhaal dat zoveel jaar geleden gestart was, is nog steeds een manier voor Sebastian om zijn nieuw leven vorm te geven
 - **Wisselwerking tussen het creëren van verhalen en de creatie van een nieuwe werkelijkheid**
- Opmerking: **nabespreking**
 - **Remebering:** eerder dan het herinneren, het terug aanwezig stellen van belangrijke mensen in het leven. Welke betekenis heb jij voor die mensen en welke betekenis hebben zij voor jou (bij Sebastian: over de zusjes)
 - **Outsider witness:** verhaal naar buiten brengen, verhaal moet verteld worden aan de buitenwereld. Via het contact met Brolin (voetballer) het verhaal naar buiten brengen. De verandering die hij wil in zijn leven ook tonen aan de buitenwereld
 - Het verhaal blijft niet in de therapiesessie alleen

SAMENVATTEND OVERZICHT: STROMINGEN MET FOCUS OP OPVATTINGEN

- **Constructivisme**
 - **Gezond:** gezinsleden hebben een persoonlijk en gezinsopvattingensysteem dat voldoende complex, flexibel en congruent is om adaptatie aan veranderende

omstandigheden in ontwikkelingscyclus en breder ecologisch systeem mogelijk te maken

- Ongezonder: gezinsleden hebben een persoonlijk en gezinsopvattingensysteem dat te rigide, simpel en onsamenvattend is zodat adaptatie aan ... onvoldoende of niet mogelijk is
- **Sociaal constructionisme**
 - Gezond: gezinsleden hebben een opvattingensysteem dat voldoende flexibel is om adaptatie aan veranderende omstandigheden binnen het gezin en in het breder ecologisch systeem mogelijk te maken
 - Ongezonder: gezinsleden hebben een opvattingensysteem dat onvoldoende flexibel is om ...
- **Oplossingsgerichte therapie**
 - Gezond: gezinsleden hebben aandacht voor uitzonderlijke omstandigheden waarin de veel voorkomende problemen niet voorkomen en ze leren hoe ze deze omstandigheden kunnen creëren wanneer ze specifieke problemen moeten oplossen
 - Ongezonder: gezinsleden engageren zich in recursieve probleem-onderhoudende gedragspatronen en creëren geen uitzonderlijke omstandigheden
- **Narratieve therapie**
 - Gezond: dominante narratieven bevrijden en ondersteunen gezinsleden in het gezin, waar plaats gemaakt wordt voor het creëren van verhalen rond persoonlijke competenties
 - Ongezonder: dominante narratieven beknotten gezinsleden, geven gewicht aan problemen en sluiten mogelijkheden tot het ontstaan van nieuwe narratieven uit

STROMINGEN MET FOCUS OP HISTORISCHE, CONTEXTUELE EN CONSTITUTIONELE PREDISPOSITIONELE FACTOREN

- Benadrukken de rol van **historische, contextuele en constitutionele factoren** in de vorming van bepaalde opvattingssystemen en van problematische gedrags-/interactiepatronen
- Deze stromingen brengen **expliciet deze factoren in rekening door**:
 - Met de ruimere familie en breed sociaal netwerk te gaan werken
 - Coachend te zijn om hantering te vinden voor deze factoren
- **Grondleggers en de verschillende stromingen**:
 - Multigenerationele en contextuele therapie
 - Psychoanalytische gezinstherapie
 - Therapie gebaseerd op hechting
 - Experimentiële gezinstherapie
 - Probleemoplossende gezinstherapie

MULTIGENERATIONELE EN CONTEXTUELE THERAPIE

- **Grondleggers**: Ivan Boszormenyi-Nagy en Murray Bowen
- Wordt **nog vaak gebruikt**, zeker in de context van de bijzondere jeugdzorg (vaak sprake van traumatische gebeurtenissen, intergenerationele overdracht, ...)

- **Basisassumptie van “transgenerationale gezinstherapie”**
 - Gezinsproblemen zijn multigenerationele fenomenen die vaak ontstaan door patronen van familierelaties/-interacties die herhaald worden van de ene generatie naar de volgende

GRONDLEGGER MULTIGENERATIONELE THERAPIE: MURRAY BOWEN (1913-1990)

- **Amerikaans psychiater**
 - Opgegroeid in een klein Amerikaans dorpje (oudste van vijf kinderen) → inspiratiebron voor zijn theorieën voor gezinstherapie
 - Studeerde psychoanalyse (7j.), verdiepte zich daarna in gezins- en familiale dynamieken
- **Basisassumpties van Bowen**
 - **Emotie** staat centraal
 - Assumptie dat de primaire **bron van de menselijke emotionele ervaringen de ruimere familie-eenheid** omvat
 - Concept van **zelfdifferentiatie** (“*differentiation of the self*”): autonomie t.o.v. anderen en separatie van gedachten en gevoelens zodat individuen op zichzelf kunnen bestaan/leven
 - Iedereen heeft de taak zich te distantiëren/differentiëren van het systeem waaruit men komt
 - De mate van differentiatie is afhankelijk van de mate van angst
 - Het **gezin is een emotioneel systeem**: bij bedreiging ontstaat angst in het gezin en gaan de gezinsleden emotionele probleemondersteunende patronen vertonen
 - ‘Hoog angstige gezinnen’: gekenmerkt door niet gedifferentieerde “ego mass” (té hechte/dichte emotionele relaties) → enmeshment, fusion
 - ‘Laag angstige gezinnen’: faciliteren een hoge mate van differentiatie en autonomie

→ **Therapie: zelfdifferentiatie installeren** (bv. proberen afstand nemen van het gezin van oorsprong door een brief te schrijven: wat vond je goed, wat minder goed, wat neem je mee en wat niet, ...?)
 - **Ernstige problemen** binnen het kerngezin hangen samen met een **trans-generatieel proces waarbij verschillende niveaus van individuele differentiatie tussen de gezinsleden kunnen verminderen** over de generaties heen
 - Problemen = gebrek aan differentiatie
 - Ouders projecteren eigen immaturiteit/indifferentiatie op (één van de) kinderen (“*family projection*”)
 - Deze kinderen differentiëren zich op hun beurt te weinig van hun ouders en kiezen partners met weinig differentiatie/maturiteit (“*multi-generationale transmissie*”)
 - ...
 - → **Doel in therapie**: de **differentiatie van de individuele gezins- of familieleden** te verbeteren of vermeerderen
 - Via “*extended family systems*” / multigenerationele therapie (= meerdere generaties zijn tegelijkertijd in de therapiesessie aanwezig → ‘afscheid’ nemen van oudere/andere generaties)

- Paren/koppels helpen **mate van ‘fusie’ of gebrek aan differentiatie met eigen ouders te ontdekken**
 - Hoe beïnvloedt dit het huidig functioneren?
 - Differentiatieproces promoten
 - Reflectie op gevoelens (*‘emotional cutoff’* → hoe meer iemand zich emotioneel afsluit t.o.v. zijn ouders, hoe groter de waarschijnlijkheid dat dit patroon van weinig differentiatie zich zal verder zetten doorheen de generaties → dus: terug contact installeren tussen mensen)
 - Triades: mate van ‘getrianguleerd-zijn’ → in welke mate is dit er t.o.v. één van de ouders, en verhindert dit het uitbouwen van een gezonde, stabiele partnerrelatie?
- **Methodiek: genogram en ontwikkelingscyclus**

GRONDLEGGER CONTEXTUELE THERAPIE: IVAN BOSZORMENYI-NAGY (1920-2007)

- **Grondlegger van de “contextuele therapie”**
- **Hongaars-Amerikaanse psychiater**
 - In Boedapest geboren en stamt uit een familie van juristen
 - 1950 emigratie naar de Verenigde Staten
 - 1957: oprichter en 20 jaar directeur van de afdeling gezinspsychiatrie van het *Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute* (Philadelphia)
- **Invloeden van**
 - Filosoof Martin Buber
 - Nadruk op (1) een existentieel op relaties gebaseerd begrip van het menselijk leven → relaties zijn eigenlijk de kern van onze existentie en (2) het begrip dialoog (tussen ik en jij)
 - → Nagy: intergenerationele dialoog
 - Psychoanalyticus Fairbairn
 - Therapie gegrond op zijn object-relatie theorie
 - → Nagy: een verbinding maken tussen de psychoanalyse en het systeemdenken

THEORIE VAN DE CONTEXTUELE THERAPIE

- **Ordering in de menselijke relationele werkelijkheid: 4 dimensies**
 - Dimensie van de feiten: erfelijkheid, gezondheid, SES, achtergrond, *life-events*, ...
 - Dimensie van de individuele psychologie: hoe omgegaan met de feiten uit de eerste dimensie (bvb. verwerkingsproces, gevolgen op de ontwikkeling, ...)
 - Dimensie van de systemische (inter)acties: mensen leven in relaties met bijhorende regels, machtsverhoudingen, triades, feedback, verbindingen, loyaliteiten, ...
 - Dimensie van de relationele ethiek: gerechtigheid in de verhoudingen (*‘fairness’*)
 - In partnerrelaties: ‘automatische aanwezigheid’ tussen geven en nemen
 - In ouder-kind relaties: geen balans tussen geven en nemen (hechting → verzorging, zorgen van de ene generatie voor de andere generatie, ... → loyaliteit)
- = DE KOEPEL OVER DE EERSTE 3 DIMENSIES

- → **Doel in therapie:**
 - **Komen tot een integratie van de verschillende werkelijkheden en dimensies, vooral gericht op relationele ethiek**
 - Vier dimensies bieden handvaten om verschillende invalshoeken onder ogen te zien in functie van het zicht houden op een scala aan mogelijke hulpbronnen
 - Handvat voor zowel de therapeut als voor de conceptualisering van de algemene relationele werkelijkheid
 - **Symptomen** begrijpen vanuit gebrek aan “fairness” tussen gezinsleden
 - **“Fairness” (en herstel hiervan) installeren** als belangrijkste doel
 - **Intergenerationele overdracht van destructieve patronen tegengaan** (begrijpen vanuit loyaliteiten en onevenwicht in balans geven-nemen)
- De **dimensie van de relationele ethiek** omvat:
 - **De relationele balans tussen geven en ontvangen:** iedereen heeft recht op koestering en verzorging, gaandeweg teruggeven wat ontvangen werd
 - **Gerechtigde aanspraak:** ieder mens heeft een gerechtigde aanspraak op zorg en liefde
 - **Vertrouwen:** wanneer die zorg en liefde worden ontvangen, ontstaat bij de mens vertrouwen (~ link met hechting!) in de hem omringende werkelijkheid
 - **Rechtvaardigheid van de menselijke orde:** iedereen draagt verantwoordelijkheid voor de wereld en de toekomstige generaties → je moet de zorg en liefde die jij ontvangen hebt, doorgeven aan de volgende generatie (= positieve overdracht)
 - **Doorgeven van liefde en vertrouwen:** tussen mensen en generaties gaat er dikwijls iets mis (existentiële schuld) (= kwetsbaar iets!)
 - **Existentiële schuld:** iedereen draagt in meer of mindere mate schuld aan het beschadigd raken van de liefde en het vertrouwen → kan t.o.v. ouders, partner, ...
 - **Destructief recht/constructief recht:** als vertrouwen beschadigd is, dan anderen of de wereld schade toebrengen (mogelijk ombuigen naar constructief recht)
 - Destructief recht: een ‘onbewust recht’ dat men zichzelf toe-eigent op basis van destructiviteit/een tekort die men zelf in het leven meegemaakt heeft (bv. je kinderen hetzelfde aandoen als dat je zelf aangedaan werd) → kan ook gezien worden als een soort loyaal gedrag naar de eigen ouders (want: herhaling)
 - Constructief recht: net omwille van die uitbuiting toch actief aandacht besteden aan anderen
 - **Loyaliteit:** onuitgesproken verlangens of behoeften van jezelf t.o.v. een ander (verticaal en horizontaal, conflicten)
 - **Legaat en delegaat:** iedereen krijgt van de vorige generaties een delegaat / erfenis mee → je krijgt iets mee van de vorige generaties (vanaf dat er een soort verplichting op zit, bv. professionele voetballer worden, wordt het een delegaat)
 - **Verwerven van verdienste:** doordat je in een relatie zorg en aandacht geeft aan de ander en je je verantwoordelijk opstelt, verwerf je verdienste zowel naar jezelf als naar de ander toe → subjectieve balans die in elke relatie aanwezig is en die de basis vormen voor deze vorm van therapie

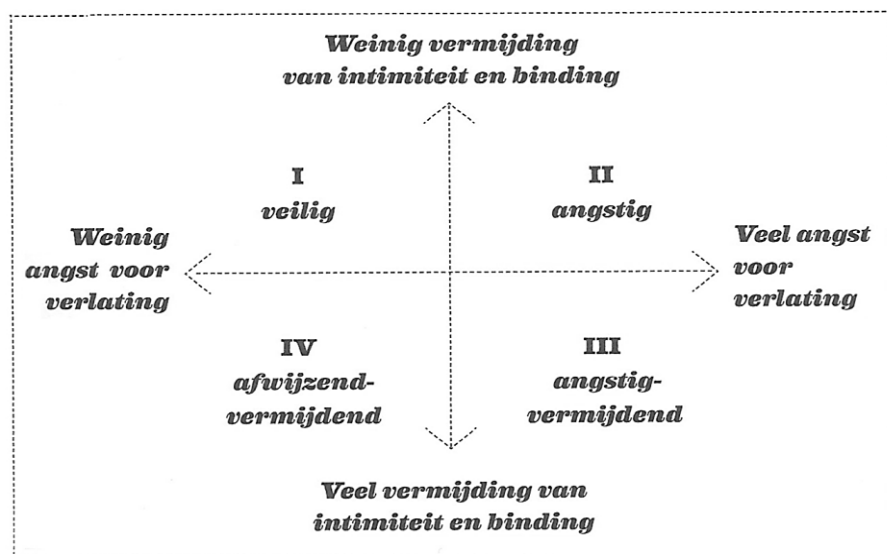
PSYCHO-ANALYTISCHE GEZINSTHERAPIE

- **Grondleggers:** Ackerman (USA), Skynner (UK) Dicks, Scharff, Savage-Scharff, & Slipp
 - Integratie van systemisch en psychoanalytisch denkkader zowel in USA als in UK
 - ⇒ **Object-relatie-gebaseerde partner- en gezinstherapie** (vroegkinderlijke relaties met hechtingsobjecten → representaties van die vroegkinderlijke relaties worden later in het leven opnieuw gezocht en geïnstalleerd)
- **Basisassumpties:**
 - **“Object-relatie-gebaseerd”:**
 - **Mensen zijn voorbestemd om in probleemonderhoudende patronen te functioneren** gezien ze hun huidige relaties aangaan op basis van onbewuste primitieve relationele schema's die zich ontwikkelden in hun baby/kindertijd
 - Deze onbewuste primitieve relationele schema's van het Zelf en de Anderen (de zgn. ‘object relaties’) zijn **gebaseerd op vroege ouder-kind relaties**, en worden herhaald of gerepliceerd in huidige betekenisvolle relaties
 - Bvb. ‘boos kind – gefrustreerde ouder’ kan gedeeltelijk gerepliceerd worden in een huidige partnerrelatie
 - **Beschermingsmechanisme van ‘splitting’**
 - Infants zien hun moederfiguur als twee afzonderlijke personen:
 - 1^e: ‘bewust zelf’: veiligheid en voldoening
 - 2^e: ‘onderdrukt verlangend zelf’: hunkering en ongenoegen
 - 3^e: ‘onderdrukt verwerpend zelf’: boosheid en woede
 - 1) ‘**The good object**’: deze persoon waarnaar kinderen verlangen en die hun noden invult
 - 2) ‘**The bad object**’: deze persoon waar ze kwaad op zijn als zij hen frustreert (→ angstgerelateerde gevoelens)
 - ‘Need-exciting object’
 - ‘Need-rejecting object’
 - Kwaadheid → fantaseren over het ‘vernietigen’ van moeder → door afhankelijkheid impliceert dit ook het ‘vernietigen’ van zichzelf
 - Splitting beschermt de “goede persoon” tegen de dreiging van de kwaadheid die dan uitsluitend geprojecteerd wordt op de “slechte”
 - ⇒ **3 subsystemen** binnen de **persoonlijkheid** in de objectrelaties
 - **Partnerrelatie: belang van ‘need-exciting object’**
 - Projectie van het verlangde (bv. zeer zorgzaam en sensitief figuur) op de Ander, en ervoor zorgen dat de ander conformeert aan die verwachtingen via het proces van projectieve identificatie
 - Gezonde relatie: deels conformeren, deels frustreren → na verloop van tijd worden deze projecties vervangen door een meer realistisch beeld van de ander
 - Problematische relatie: volledig conformeren (= geen ruimte voor verschil of tekort) of onvoldoende conformeren → frustraties, conflict en mutuele projecties van afwijzende objecten (3^e) → wederzijds kwetsen
- → **Therapie doelstellingen:**
 - **Modificeren van de impact van historisch predispositionele factoren:** onbewuste relationele schema's of object relaties die in de vroege kindertijd verworven werden (bv. zich bewust worden van die impact, zichzelf daarvan bevrijden, ...)

- **Lange-termijn interventie:** leren gebruik maken van ‘containment’ en interpretatie binnen de huidige relatie om zich te ‘bevrijden’ van hun mutueel projectief systeem en elkaar leren accepteren ‘as such’
- **Ouders helpen om te voorkomen dat ze ‘bad objects’ projecteren op hun kinderen** (negatieve escalatie en kind als go-between tussen ouder)

THERAPIE GEBASEERD OP HECHTING

- **Grondleggers:** Johnson, Byng-Hall, Hughes en Diamond
 - **John Bowlby:** Britse kinderpsychiater – psychoanalyticus: hij ontwikkelde de hechtingstheorie (jaren ’40-’50):
 - Het **belang van een veilige hechtingsrelatie met een ouderfiguur** (moeder-kinddyade) – leeftijd tussen 6 en 24 maanden
 - In **bedreigende situaties** (gevaar!) toont een kind **hechtingsgedrag** (huilen, spartelen, aandachtzoekend gedrag) waar de ouder al dan niet gepast kan op inspelen
→ (on)veilige wereld en corresponderende verwachtingspatronen (innerlijke werkmodellen – mentale representaties)
 - **Kritiek op statische visie op hechtingsmodel: verandering en bijstelling mogelijk!!**
 - **Hechtingsstijlen: veilig en onveilig gehecht** (drie groepen):



HECHTINGSTHEORIE BINNEN DE SYSTEEMTHERAPIE

‘Emotionally-focused therapy for couples’ (EFT(-C))

- **Grondlegger:** Sue Johnson (2004) en haar collega’s
 - Relatietherapeute (Canada), bv. boek ‘Hou me vast’
 - ‘Booming’ op verschillende continenten (o.m. Nieuw-Zeeland, Europa, Australië)
 - Kortdurende therapie (8 tot 20 sessies)
 - Empirisch getoetste, integratieve en geprotocolleerde behandelvorm voor partnerrelatieproblemen
 - Evidence-based voor depressie en relatieproblemen (APA)

- Gebaseerd op de hechtings- en emotietheorie (elementen van experiëntiële, person-centered, constructivisme en systeemtheorie)
 - integratie
 - Protocol: 9 stappen in 3 fasen
- **Settings:** individuen, koppels en gezinnen
- **Basisassumpties:**
 - **Emoties** zijn:
 - Belangrijk in de **zelfbeleving**, zowel in het adaptieve als maladaptieve functioneren, en in het bewerkstelligen van **therapeutische veranderingen**
 - ⇔ binnen heel wat therapievormen zijn emoties niet zo sterk aanwezig
 - Emotionele ervaringen/veranderingen komen tot stand in de therapie → door die emotionele ervaringen zullen mensen veranderen
 - Verbonden aan onze **meest essentiële noden**
 - Hechtingsrelevante emoties en de angst om hechting(-figuren) kwijt te geraken zijn **vaak onbewuste emoties (hersenen)**
 - Belangrijk in het bewerkstelligen van therapeutische veranderingen (tweede-orde)
 - **Primaire emoties en onderliggende hechtingsbehoeften**
 - Conflict wanneer partners **elkaars hechtingsbehoeften aan veiligheid niet kunnen beantwoorden** (moeilijkheden ontstaan bij het uiten van deze behoeften, alsook bij het tegemoetkomen hieraan)
 - Geeft aanleiding tot **primaire (hechtingsrelevante) emoties/responsen** (bvb. angst om liefde te verliezen of nood aan steun op kwetsbare momenten)
 - Deze responsen worden **niet/zelden geuit** en lokken geen adequate responsen uit (→ secundaire emoties, bv. kwaadheid, teleurstelling, ...: deze ontstaan o.b.v. de primaire emoties, en staan op de voorgrond)
 - In therapie wil men via exploratie van deze secundaire emoties, tot bij de primaire emoties komen
 - Tweede-orde veranderingen (aanpassing modaliteiten) → beoogt men niet bij deze therapie
 - Men wil tot een duidelijke uiting van de eigen hechtingsbehoeften komen, waardoor nieuwe communicatie- en interactiepatronen kunnen ontstaan
 - **Secundaire emoties en negatief gedrag**
 - Meer oppervlakkig en niet al te moeilijk benoembare secundaire emoties (bvb. boosheid, frustratie, krenking en machteloosheid)
 - Typische sequens: ‘pursuer-withdrawer’ (Johnson et al., 2005)
 - Demand-withdrawal
 - Soort prototype in het werken met koppels
 - **Probleemonderhoudende sequensen blijven bestaan omdat partners hun hechtingsbehoeften willen bevredigd zien: zorg afdwingen via weinig effectieve afdwingstrategieën**

- **Therapiedoelstellingen:**

- Veranderingen grijpen plaats door middel van **bewustzijn, regulatie, reflectie en transformatie van emotie** (= soort emotionele doorwerking in de therapie) binnen de context van de empathisch afgestemde relatie → men wil nieuwe verbindingen creëren in de sessie
- Doel om de **maladaptieve emotie écht te ervaren** in de sessie waarna deze getransformeerd kan worden
→ Mogelijkheid creëren tot het **ervaren van een nieuwe (primaire) adaptieve emotionele toestand**
- Cliënten **manieren laten ontdekken om aan elkaars emotionele behoeften te voldoen**, gebaseerd op veilige hechtingsprincipes → leerproces, 'maakbaarheid'
- **Behoeftte aan veiligheid leren uiten**
- Beschrijven van de **probleemonderhoudende sequensen**
- **Onderliggende emoties:** eerst secundaire, daarna primaire
- **Problemen bij koppel worden dan geherkadreerd in termen van niet voldoen aan elkaars hechtingsbehoeften**

- **Het therapieprotocol:**

Fase 1		De-escalatie van de cirkel
	Stap 1	Taxatie van centrale conflictgebieden in de relatie
	Stap 2	Verhelderen van de negatieve interactiecirkel
	Stap 3	Verkennen van onbenoemde gevoelens achter het gedrag in de cirkel
	Stap 4	Herformuleren van het probleem in termen van de interactiecirkel, achterliggende gevoelens en hechtingsbehoeften
Fase 2		<i>Withdrawer re-engament en blamer softening</i>
	Stap 5	Erkenning en toe-eigening van geblokkeerde behoeften en gevoelens, en deze integreren in nieuwe interacties
	Stap 6	De andere partner helpen bij het aanvaarden van deze nieuw geuite gevoelens en responsen
	Stap 7	Het regisseren van nieuwe interacties waarin hechtingsbehoeften geuit en beantwoord worden
Fase 3		Consolidatie van de veranderingen
	Stap 8	Het vinden van nieuwe oplossingen voor oude conflictpunten
	Stap 9	Consolideren van nieuwe interactiecirkels

Gezinsscripts

- **Grondlegger:** John Byng-Hall (1995)
- **Basisassumpties:**
 - **Verbinding tussen hechting en scripttheorie**
 - **Scripttheorie:**
 - Individueel psychodynamisch denkmodel
 - Vernieuwend: individueel naar gedeeld gezinsscript
 - Familie is een informatiesysteem dat elk lid impliciet en expliciet op de hoogte brengt van het gedeeld gezinsscript
 - Gezinsscript is de **gedeelde verwachting van een gezin over het invullen van de gezinsrollen** in de stressvolle situaties die zich voordoen en voorspelt elkanders gedrag (geïnternaliseerd)

- Familiescripts worden **doorgegeven over generaties heen** in verhalen en ervaringen
- **3 soorten scripts**
 - Replicatieve: spontane herhaling van scripts van de ene op de andere generatie
 - Correctieve: spontane wijziging van het script over de generaties heen (bvb. opvoedingspatroon)
 - Geïmproviseerde of innovatieve: een vernieuwd script op basis van de vigerende correctieve en replicatieve scripts dat beter aansluit bij de aanwezige ontwikkelingsstressoren
- De vorm en de verteltrant van de familie verhalen **zeggen iets over de manier waarop de gezinsleden gehecht zijn**
- **‘Gezinsgehechtheid’**
 - Veilig: een overwegend coherent verhaal over gebeurtenissen waarin zowel zintuiglijke als betekenisgevende responsen te herkennen zijn en waarin soms tegenstrijdige aspecten van een ervaring geïntegreerd zijn tot een geheel komen ⇒ veilige hechting hangt intrinsiek samen met *veilige exploratie*
 - Onveilig: incoherent, rigide of onsamenhangend verhaal
 - Vermijdend: gebeurtenissen worden geïdealiseerd of gediskwalificeerd; betekenisgevende responsen overheersen en persoon, gebeurtenis en emotie lijken losgekoppeld
 - Ambivalent-gepreoccupeerd: aanwezigheid van sterke onrechtgevoelens en over hoe het eigenlijk zou moeten zijn (benadeling); zintuiglijke responsen overheersen en een samenvallen van persoon, gebeurtenis en emotie
- Om transities in ontwikkelingscyclus en stress van buiten gezin aan te kunnen zijn **innovatieve scripts en een veilige gezinsgehechtheid nodig**
 - Elk gezinslid ervaart de vrijheid om te improviseren en ‘innoveren’
- Gezin in **therapie** als ze moeilijkheden hebben met **gezins-gehechtheid** en er dus onvoldoende mogelijkheden zijn om te ‘experimenteren’
- **Therapie doelstellingen:**
 - **Rol van de therapeut:**
 - Creëert een veilige basis voor het ganse gezin
 - Helpt hen de innovatieve scripts te ontdekken
 - Tracht angst te ‘containen’ want het ‘anders-doen’ impliceert immers het in vraag stellen van de huidige regels, rollen en routines

EXPERIËNTIËLE GEZINSTHERAPIE

- **Grote invloed gehad**
- **Cf. non-specifieke factoren:** basisvoorwaarden voor de cliënt-therapeutrelatie
 - Maar: wordt niet echt als een volwaardige school beschouwd
 - Reden: de vraag ‘Is dat wel genoeg?’
 - Het wordt meer gezien als de basis voor die goede therapeutische relatie

- **Grondleggers:**
 - **Carl Whitaker** (1912-1995)(psychiater) en **Virginia Satir** (1916-1988)(Amerikaanse psychologe)
 - Geen school, wel verschillende therapeuten
- **Basisassumpties:**
 - Deze stroming is moeilijk te omschrijven doordat er **weinig theoretisch kader** is (a-theoretisch?)
 - Principes vanuit de **humanistische traditie**: iedereen heeft de innerlijke kracht om zichzelf te verwezenlijken (potentie tot zelfrealisatie/groei)
 - Kinderen ontwikkelen op een gezonde manier
 - Nood aan adequate steun en minimale repressieve sociale controle
 - **Belemmeringen in de persoonlijke groei spelen een rol in de ontwikkeling van problemen en probleemonderhoudend gedrag**
 - **Therapie**: creëren van de juiste omstandigheden, zodanig dat mensen/systemen/ individuen zelf kunnen groei (therapie = heel weinig richting aan de groei, wél de juiste omstandigheden creëren)
 - **‘Gezonde gezinnen’**: stresshantering is individueel, maar door duidelijke ongecensureerde communicatie kan er oog zijn voor ieders behoeften
 - **‘Ongezonde gezinnen’**: wanneer gezinsleden onderworpen worden aan rigide, bestraffende regels, rollen en routines waardoor inconsequentie ontstaat tussen ‘zelf’ en ‘ervaringen’ → problemen wanneer men niet in de juiste context zit (het lineair denken zit hier dus in)
 - Dan krijg je een soort dissociatie: hoe je de wereld ervaart, is niet hoe je zou willen zijn
 - Therapie: doorbreken van die rigiditeit
 - **Mensen met belangrijke inconsequentie tussen zelfbeeld en ervaringen vormen gezin**
 - Eigen verbod dat ze vanuit gezin van herkomst hebben geïnternaliseerd (bvb. “braaf zijn”, “niet boos zijn”, “gelukkig zijn”...) zal hen ook belangrijke emoties in partnerrelatie en gezinsrelatie laten ontkennen (bvb. boosheid, droefheid, angst...) → mensen zitten vast in een patroon, een rol, ... (niet enkel problemen, maar ook vastzitten in een ‘goed beeld’ mogelijk)
 - Het ontkennen van deze emoties kan leiden tot een projectie op de kinderen → recursieve patronen
 - Het kind krijgt dan de labels (bvb. “slecht”, “droef”, “ziek” of “gek”)
- → **Therapie doelstellingen:**
 - Therapiefocus ligt op **persoonlijke groei van elk gezinslid**:
 - Zelfbewustzijn – realistische inschatting van eigen bilan (sterkte-zwakke analyse)
 - Zelfwaardegevoel – evaluatie van zelf in relaties, werk...
 - Verantwoordelijkheid opnemen voor zelf – (h)erkennen van kenmerken die negatief kunnen worden geëvalueerd
 - Zelfverwezenlijking – eigen potentieel ontplooiën

- **Twee sleutelfactoren** in therapie:
 - *Echtheid* van de therapeutische relatie (o.a. te maken met een sterke focus: écht met die mensen bezig zijn + balans tussen professioneel en persoonlijk zijn)
 - *Diepte* van de emotionele ervaring → bij experiëntiële gezinstherapie staat ervaringsgericht veranderen centraal

‘GRONDLEGGER’: WHITAKER (‘SYMBOLIC-EXPERIENTIAL PSYCHOTHERAPY’)

- **Basisassumpties**

- **Iemand ontwikkelt symptomen**
 - Hij/zij is **zondebok** die de negatieve gevoelens van het gezin draagt (= één iemand die de ‘schuld van alles’ is)
 - Gezin heeft een **natuurlijke weerstand tegen verandering/gezinstherapeut**
 - **Gezin ontkent eigen verantwoordelijkheid** en verwacht van therapeut dé oplossingen → de therapeut geeft structuur, zorgt voor het proces, en de verantwoordelijkheid moet bij het gezin gelegd worden (‘jij bent diegene met het potentieel tot zelfrealisatie’)

- **Therapieproces**

- Initieel in therapie
 - **Strijd voor structuur:** therapeut geeft structuur (bvb. iedereen altijd aanwezig, beginnen met de emotioneel meest afstandelijke)
 - **Strijd voor initiatief:** verantwoordelijkheid voor inhoud en proces wordt bij het gezin gelegd (empowerment)
- Later in therapie
 - **‘Being with the family’:** direct adresseren van het emotioneel proces, gevoelservaringen van elkeen uitdiepen
 - **Therapeut-rol: speelse manier van werken, daardoor erg effectief**
 - *‘Self-disclosure’, confrontatie en ‘craziness’* (niet-rationeel, speels, niet-directief, naakte waarheid, plagerig elkaar uit elkaars rol krijgen, humor)
 - (*) “Craziness only holds one space in the social room, if the therapist acts crazy, what is the family going to do!” → hij gebruikt dat in therapie en dat is mooi om te zien (therapeut: gek → gezin: verantwoordelijkheid nemen)
 - Mensen zijn niet rationeel, emoties hebben geen rationaliteit, emoties zijn niet te verstaan, ...
 - Humor is zeer belangrijk als overlevingsstrategie !
 - De beste interventies zijn diegene waarbij je ziet dat er écht geluisterd wordt
 - Getemperd met **aanmoedigingen, steun en begeleiding**
 - Soms co-therapeut die meer rationele rol op zich nam

‘GRONDLEGGER’: SATIR

- **Basisassumpties**

- In **stresssituaties** ontstaan mogelijk **vier stereotype patronen**

- **Stresspatronen/-rollen:**
 - De verzoener
 - De beschuldiger
 - De computer (logisch, intellectueel, ontkennen emotie)
 - En de afleider
- Hierbij oog voor de **verbale opstelling**, de **fysiologische aspecten** en de **lichaamshouding** bij het waargenomen stresspatroon
- Deze **rollen roepen elkaar op en bekrachtigen elkaar** in vastlopende communicatie (communicatie is héél belangrijk! Luisteren naar elkaar!!)
- **Symptomen** zijn uitdrukkingen van **verstrikkingen in het systeem**
- **Goede communicatie is 'levelling'**: emotioneel samenzijn met anderen zodat conflict kan worden opgelost, congruent verbaal/non-verbaal gedrag, authenticiteit en directheid
- **Transgenerationeel werken** (o.m. familieopstelling)
- **Therapieproces**
 - **Modelling en coaching van het gezin** (elke dag praten, aanraken...)
 - **Enkele specifieke technieken**
 - Familieopstelling: belangrijke ervaringen en lutsbestemmingen van personen uit Familie van Oorsprong (FVO), vaak tot vele generaties daarvoor, in beeld en daarmee in het bewustzijn worden gebracht
 - Familiesculpturen: de cliënt stelt de personen uit zijn (huidig) gezin in relatie tot elkaar in de ruimte op
 - 'Spatial reframe': een onderhandelings techniek bij een conflict tussen twee innerlijke delen gespeeld door derde (bv. fles als 'alcoholprobleem', derde stoel, ... → innerlijk conflict uit elkaar halen, externaliseren); de voortgang wordt gekalibreerd aan de non-verbale signalen van de toekijkende cliënt
 - Vooral krachtig omdat de persoon méér is dan het symptoom!
 - 'Parts-party': een dramatische encscenering van de eigen innerlijke delen

PROBLEEMOPLOSSENDE GEZINSTHERAPIE

- **Grondleggers:**
 - Nathan Epstein (Canada)
 - Medeontwikkelaar van het 'McMaster Model of Family Functioning (MMFF)' en van de 'Problems Centered Systems Therapy of the Family (PCSFT)'
 - Tegenreactie op het psychoanalytisch perspectief → heel specifieke richting: **vooral hier en nu gewerkt** (men gaat heel weinig terug op oorzaken) → toekomstgericht werken i.p.v. verledengericht
- **Basisassumpties:**
 - **Inzicht in het probleem is noch noodzakelijk noch voldoende** om tot verandering te komen
 - De therapeut richt de aandacht van het gezin op de **toekomst** om hen te helpen de gezinsdynamiek, die probleemonderhoudend gedrag stimuleren, te veranderen
 - **Multi-dimensioneel en systemischgeoriënteerd**
 - **Zes dimensies van het gezinsfunctioneren**

- Probleemoplossend vermogen
 - Communicatie
 - Rollen
 - Affectieve responsiviteit
 - Affectieve betrokkenheid
 - En gedragscontrole
- → **Therapiefasen en doelstellingen:**
 - **Korte termijn en kostenefficiënte behandeling**
 - **Therapie in 4 fasen met 2 belangrijke onderdelen:**
 - Taxatie/assessment: aard van de communicatie, rolverdeling, affectieve betrokkenheid, gedragscontrole, probleemoplossende vaardigheden
 - Behandeling: afsluiten van contracten met gezin ('zo gaan we werken')

180

Ivan Miller et al.

TABLE 1 *Stages and steps in Problem Centered Systems Therapy of the Family*

1	Assessment
	(1) Orientation
	(2) Data-gathering
	(3) Problem description
	(4) Problem clarification
	(5) Formulation
2	Contracting
	(1) Orientation
	(2) Outlining options
	(3) Negotiating expectations
	(4) Contracting signing
3	Treatment
	(1) Orientation
	(2) Clarifying priorities
	(3) Setting tasks
	(4) Task evaluation
4	Closure
	(1) Orientation
	(2) Summary of treatment
	(3) Long-term goals
	(4) Follow-up

SAMENVATTEND OVERZICHT: STROMINGEN MET FOCUS OP HISTORISCHE, CONTEXTUELE EN CONSTITUTIONELE FACTOREN

- **Multigenerationele en contextuele gezinstherapie**
 - Gezond: gezinsleden zijn gedifferentieerd van hun gezinnen van herkomst en niet voorbestemd om problemen uit gezin van herkomst te herhalen door onbewuste loyaliteiten
 - Ongezond: niet losgekomen van gezin van herkomst en dit wordt onderhouden door gezinsleden die emotioneel afgesneden worden van gezin, herhaling problemen door onbewuste loyaliteiten
- **Psycho-analytische gezinstherapie**
 - Gezond: ontwikkelen een emotioneel ervaren van partners (object relaties) van initieel 'all-good' of 'all-bad' tot wie ze echt zijn, met hun sterkten en zwakten
 - Ongezond: emotioneel ervaren van anderen als 'all-good' of 'all-bad' en over blijft deze splitsing en projectie rigide

- **Therapie gebaseerd op hechtingstheorie**
 - Gezond: hechtingsbehoeften worden bevredigd in context van flexibele interactiepatronen die emotioneel engagement promoten; voldoende veiligheid voor iedereen om nieuwe scripts te kunnen improviseren
 - Ongezonder: hechtingsbehoeften niet bevredigd door rigide patronen die emoties blokkeren, geen veilige basis waardoor oude scripts worden herhaald
- **Experiëntiële gezinstherapie**
 - Gezond: congruente communicatie; range van negatieve en positieve emoties toelaten; spontane interacties; open voor de niet-rationele, speelse kant van het leven; moedigen persoonlijke groei en groei van gezinsrelaties aan
 - Ongezonder: communicatieproblemen; beperkte range aan emotionele expressies; rigide set van regels, rollen en routines; onvoldoende persoonlijke en relationele groei en dit is gelinkt aan problemen in GVO

DEEL 1: STROMINGEN: SAMENVATTEND OVERZICHT: STROMINGEN MET FOCUS OP GEDRAGSPATRONEN, OPVATTINGEN EN HISTORISCHE, CONTEXTUELE FACTOREN

- Term 'systeemtherapie' beter vervangen door '**systemische therapie**' om de veelheid aan invalshoeken binnen het systemische vakgebied te omvatten?
 - **Dat pluralisme (zicht op die verschillende stromingen) is een rijkdom!**
 - Veel mensen → veel verschillende benaderingen → veel psychologen → ...
 - We moeten rekening houden met wetenschappelijke evidentie, maar niet uitsluitend
 - Ook de therapeutische wijsheid (ambacht van het vak) en alle verschillende theorieën zijn belangrijk
 - **Één verklaringsmodel of theorie per probleem/stoornis = niet haalbaar** (en: niet wenselijk)
 - **Gemeenschappelijke kern: wat zich afspeelt tussen mensen** (eerder dan wat zich afspeelt binnen een individu → maar: betekent niet dat dit niet relevant is)
 - **Syndroomspecifieke kennis vs therapeutische kennis** die zich van een syndroom niets aantrekt → *botst dat niet?* (**examenvraag**)
 - Bv. Minuchin koppelt deze twee wel aan elkaar
 - Bv. angststoornis: attentional bias of vermijdingsgedrag ... → neemt niet weg dat een gezin zich daarna richt, dat er zaken veranderd zijn in de ouder-kind relatie (en dus ook parallel werken aan: 'wat betekent (verandering) dat dan in je context?')
 - Therapeutisch kader: handig om hypothesen te gaan formuleren: wij houden ons niet zozeer bezig met het 'waarom', maar met het 'wat voor' (wat is de functie van dat symptoom?)
 - Belangrijk: niet lineair of beschuldigend bekijken
 - Eens de klacht er is, krijgt deze een functie, gaat het gezin zich daar naar plooiën, de narratieven worden rigide, ... → die zie je ook gebeuren, complementair aan het inwerken van de oorzaken

- Men ziet ook vaak dat alleen op de oorzaak werken niet voldoende is
 - **Relatie- en gezinstherapie: setting vs theorie**
 - Setting: met individuen, koppel, gezin, grotere groepen, ...
 - Theorie: gedragstherapie, psychoanalyse, relatie- en gezinstherapie, ...
 - Je kan daar kruiscombinaties van maken
- **Geschiedenis van vakgebied is ruim 50 jaar oud**
 - Diverse theorieën, modellen en praktijken
 - Sommige bleven, anderen transformeerden, andere verdwenen en nieuwe verschenen
- **Huidige tendens: sociale dimensie centraal stellen**
 - **Gezinnen en families** worden beschreven als **sociale configuraties**
 - Individuen worden begrepen binnen hun **sociale en relationele context**
- **Gemeenschappelijk iets: sensitiviteit voor diversiteit aan werkelijkheden en perspectieven**
 - Ieder heeft zijn eigen kijk op de wereld en deze zijn allemaal even veel waard
 - = Werken 'op maat'

DEEL 2: AANMELDING & ASSESSMENT

- **Therapie indelen in stadia is altijd arbitrair**
 - Bepaalde fasen lopen door elkaar
 - (Schijnbaar) overslaan van bepaalde fasen
 - ...
- **MAAR het proces van de therapie impliceert dat bepaalde taken best volbracht worden vooraleer aan een volgende fase te beginnen**
 - **Belang van opbouw van de therapie (fasering) en timing** (i.f.v. proces en het cliëntsysteem)
 - Bv. uitleg, contract afsluiten, zeggen dat iedereen het recht heeft om niet te antwoorden, ...
 - Zelfs al voor mensen je gezien hebben, heb je al een invloed (bv. doorverwezen omdat het 'een goede psycholoog is' → verwachtingen)
- **2 stadia binnen de 'pre-therapie':**
 - **Planning en aanmelding**
 - **Assessment of taxatie**
 - Maar: elke vraag die je stelt = invloed → heeft allemaal impact op wat er gaat gebeuren
 - Wie komt met wat net nu naar hier → zelfs dit is al een interventie (bv. wanneer je vraagt wie er mee zal komen, ...): mensen zijn daar mee bezig
 - Bv. ook wanneer je begint schrijven ('oei, nu heb ik iets belangrijk gezegd')
 - Het is een illusie om te denken dat je een assessment of taxatie kunt doen zonder tussen te komen → is ook al interventie

PLANNING EN AANMELDING

BELANG VAN DE BEHANDELCONTEXT

- **Betekeningen worden ge-co-construeerd**: samenspel tussen therapeut, cliëntsysteem en behandelcontext
 - De context en de beleving van de context, is voor iedereen anders → wordt ge-construeerd
 - Vandaar: belangrijk (zéker bij kinderen!): waarom denk je dat je hier bent? Waarom ben je naar mij gekomen?
 - Het is **heel belangrijk om die context te co-construeren**: waarom zijn wij hier? Wat kan ik voor jullie doen? (wat weet ik, wat weten zij, ... → belangrijk dat je in het begin 'niets weet' → cliënten zijn de experts van hun eigen probleem)
 - Tussenkomen in een gezin betekent **ALTIJD** iets! (ook na 1 gesprek) Je zal altijd een serieuze impact hebben!
- **Behandelcontext en het 'institutionele raster':**
 - **Eerste-, tweede- en derdelijns hulpverlening** (vrijwillig, gedwongen, onder druk, ...?): verschil in mandaat en 'diagnostische en behandelbril'

- Eerste lijn: zeer laagdrempelig
- Tweede en derde lijn: diagnose nodig
- Al die dingen zorgen ervoor dat de context helemaal anders is
- **Repertoire aan stijlen van redeneren en vertellen binnen de organisatie:** ordening en interpretatie van informatie (bvb. DSM-IV diagnoses vs. narratief denkkader)
 - Hoe er in de organisatie wordt gedacht
 - De specifieke cultuur van een bepaalde instelling, bepaalt ook mee hoe er zal gedacht worden
 - Ook belangrijk om te vertellen: ‘alles is vertrouwelijk, tenzij dat ik met mijn deontologische code of beroepsgeheim in de problemen kom’
 - Duidelijkheid, transparantie, ... zijn heel belangrijk!
 - Ook: waarschuwen dat je geheimhouding (bv. in geval van zelfmoord, misbruik, agressief gedrag, ...) niet kan garanderen: “ofwel stop je hier, zwijg je erover, ofwel kan ik niet garanderen dat ik niet met iemand overleg”
 - **Belangrijkste: je CO-CONSTRUEERT samen** wat er zal gezegd worden, hoe ermee zal omgegaan worden, wat de betekenis is, ...
- **Regime van procedures, routines, en voorschriften in de organisatie van de zorg** (bvb. wachtlijst-/intake-procedure, MDT-overleg, evaluaties, tijds kader crisis vs. residentieel) → bepalen enorm je manier van werken en de co-constructie van de realiteit
 - Bv. laten bijdragen naar eigen vermogen in CGGZ (moeilijke boodschap: ‘hoeveel is je dat waard?’)
 - Bv. 70-80€ vragen per sessie vragen als privépsycholoog → na een uur: geld ontvangen = niet gemakkelijk!
 - Bv. wanneer de persoon die de intake doet, niet de behandelaar is, ...
- **Medische en juridisch kader en financieringssysteem**
 - Vrijwillig vs. gedwongen HV
 - Eindverantwoordelijkheid binnen behandelproces (bvb. medicus)
 - Financiering (‘gesubsidieerd’ of niet)
- **Complicaties binnen de organisatie van de behandelcontext**
 - **Als therapeut stilstaan bij de vragen** (cf. wie komt met wat net nu hier)
 - Wie is de verwijzer? (bv. aangeraden door kennis vs telefoonboek)
 - Hoe heeft de verwijzing plaatsgevonden? (bv. huisarts vs iemand die vrijwillig komt)
 - Waarom? Welk oogmerk?
 - Wat vindt de cliënt van de verwijzing?
 - Waarom naar zijn ‘instelling’?
 - Nood aan een **contextuele reflectie!!!**
 - **Het is zeer belangrijk om al die complicaties te zien!**
 - “Huisarts B. verwijst echtpaar M. naar een therapeut voor hun relatieproblemen. In zijn verwijzing schrijft hij dat mijnheer M. een koppige man is die weinig oog heeft voor de verlangens van zijn vrouw en alles doet om haar onder controle te krijgen. Later blijkt dat de huisarts zelf enkele gesprekken heeft gevoerd met het koppel, maar dat die gesprekken uitliepen op ruzie tussen meneer M. en de huisarts. De huisarts heeft met mevrouw M. daarna nog enkele ‘ondersteunende’ gesprekken voordat hij verwijst naar een relatietherapeut (Handboek Systeemtherapie, p. 268)”

→ Praktijkvoorbeeld:

- **Verwikkelingen in de relatie tussen verwijzer en cliënt** → exploreren: hoe denkt hij, hoe denkt zij, de verwijzer, en wat denken zij dat jij denkt over hen? (= CIRCULAIR, verbondene, relatie)
- **Interpretatie van het probleem** (cf. interpunctie)
- **Visie op therapie en doelstellingen** (bv. ervaring met ondersteunende gesprekken door de huisarts)
- **Vroegere therapie-ervaringen** (wie is er ook nog aanwezig in de behandelingsruimte?!) → wie speelt er mee een rol, wie heeft ook nog een invloed?
 - Op den duur zit heel die behandelingsruimte vol met allemaal perspectieven, contexten, ... die daar zijn (ook al zijn ze daar niet)
 - Attent zijn op het feit dat mensen niet geïsoleerd zijn, maar dat ze deel uitmaken van een grotere context!
 - Van in het begin: al die contexten mee in rekening brengen (ook al zijn ze daar niet!)
 - Men brengt iedereen binnen (niet fysiek) (soms: ook door stoelen bij te zetten → kan helpen om dat te expliciteren) → bespreekbaar maken

kunnen worden 'overgedragen' naar de nieuwe behandelcontext

→ :: Doorheen therapieproces nood aan **contextuele reflectie** !!

→ Mensen zitten daar niet zomaar alleen!

PLANNINGSFASE

NETWERKANALYSE: WIE UITNODIGEN?

- **Belangrijk: hoe/waarmee ga ik beginnen? Waarom wel/niet? ...**
- Op basis van **informatie die voorhanden is**: verwijzer, aanmelder(s) of beiden
- (1) **Eigen idee** omtrent wie komt of (2) **zien** wie komt (cf. observatie van gezinsorganisatie/-structuur) → dit zijn twee mogelijke strategieën
 - Aan de beller overlaten om te bepalen wie wel en niet meekomt
 - Of: zelf een idee hebben over wie je erbij wilt (altijd toestemming vragen om een ander op te bellen!!)
- Aandacht voor **motivering naar aanmelder/cliëntsysteem** toe
 - Je hebt mensen met een **verschillende motivatie** om mee te komen:
 - **Visitors** → complimenteren dat men meegekomen is
 - **Complainants** → observatie-opdracht meegeven (betrokkenheid)
 - **Customers** → heel betrokken, dus kun je van alle dingen laten doen
- **Gezin-, partnersysteem of andere constellatie** (ideaal vs realistisch)
- **Soms aangevuld met derden** (bvb. voogd, school, sociaal werker, grootouders, vrienden)
- **Afhankelijk van de leeftijd van noodzaak van bepaalde mensen mee te vragen** (bvb. voogd/ouder(s)) als IP komt)

- Belangrijk bijkomend probleem: een probleem moet opgemerkt worden bij het kind, voordat het een probleem is → niet evident! (bv. verschil thuiscontext – school)
- Vraag: wie is het meest bezorgd om het probleem en wie heeft er het meest last van, voor wie zou er het meest impact zijn moest het probleem opgelost geraken?
- **Mogelijke keuze voor:** persoon die meest bezorgd is om IP en andere ondersteunende personen
- **'Ideaal': alle systeemleden aanwezig (koppel, gezin...) of niet?**
 - Afhankelijk van theoretisch kader
 - Vragen aan aanmelder of zelf in overleg gaan met cliëntsysteem
- **Bepaalde keuze is niet per definitie vast**
 - Constellatie kan variabel zijn ('strategische doel')
 - Zolang je maar altijd circulair bezig bent, ben je op een relatie-gezinsterapeutische manier bezig (ook als je individueel werkt!)
 - Wel stilstaan bij: eenmaal je iemand gezien hebt, zorgt dat voor een loyaliteitsconflict of niet?
 - In principe kun je inderdaad variëren van constellatie
 - Maar: echt orthodoxe systeemtherapeuten vinden dat je hiermee moet opletten!
 - **Let op met informatie waarvan de ander niet weet dat je die hebt!** → deze moet je altijd delen (en toestemming voor vragen)
 - 'Dit is wat ik over jullie weet, hoe gaan we daar nu mee omgaan?'
 - Hier werkt vooral het gezond verstand! Je mag nooit werken met geheimen (maar: je kan wel afspreken wat je naar de volgende sessie brengt)
 - Vanaf dat je informatie hebt die voorkomt dat je met iedereen meervoudig meerpartijdig kan zijn, moet je ermee stoppen en doorverwijzen! Of: er een tweede therapeut bij halen (één voor de kinderen, één voor de ouders → afgesproken wat men deelt in de gemeenschappelijke sessie)
- ****Denkoefening****
 - **Werkcontext:** CGGZ, kinderteam
 - **Telefonische aanmelding:** Moeder belt jou op om haar jongste dochter, Laura, aan te melden. Laura (8 jaar) wordt aangemeld omwille van gedragsproblemen thuis. Ze vertoont de laatste tijd meer en meer woede-uitbarstingen. De ouders weten niet meer zo goed hoe hier op te reageren. Enkele familieleden uitten vermoedens van het feit dat er bij Laura mogelijk sprake is van "ADHD".
 - **Wie nodig je uit voor een eerste gesprek en wat is jouw achterliggende motivatie?**
 - Belangrijk dat je goed nadenkt over de voor- en nadelen van je keuze (argumenten pro en contra) → stilstaan bij wat je allemaal in gang zet met je keuze!
 - Een goede motivatie is nodig op het examen! Het ene afwegen t.o.v. het andere! (Kun je genoeg redeneren en afwegen van: wat zijn de – vooral circulaire, verbondenheid, interpersoonlijke zaken die spelen in het voordeel of nadeel van een bepaalde keuze → allemaal zeer goed afwegen)

- Het kan ook zijn dat je meer dan enkel de familie uitnodigt (bv. iemand van school, grootouder, ...)
 - **Moeder en kind**
 - Voordeel: persoon die het meest bezorgd is (moeder)
 - Nadeel: je krijgt dan maar één mogelijke visie op het probleem
 - **Moeder, vader, kind en eventuele broers en zussen**
 - Voordeel: veel verschillende visies
 - Nadeel: hele procedure in gang zetten (Mag ik bellen? Bellen...)
 - Nadeel: het feit dat je het gezin uitnodigt (taxatie = therapie) suggereert dat de oplossing ook in het gezin ligt → gaat allerlei gedachten triggeren (denkt die misschien dat het mijn fout is?)
 - **Wat zijn mogelijke voor- en nadelen van deze keuze?**
 - **Welke extra informatie zou je nog willen om deze beslissing gemakkelijker te kunnen maken?**
 - **Hoe probeer je deze beslissing te motiveren naar moeder toe? Wat ga je zeggen aan die moeder als je andere mensen wil uitnodigen?**
- **EXAMENVRAGEN**

AGENDA OPSTELLEN: WAT VRAGEN?

- **Probleem zoals gedefinieerd door verwijzer/aanmelder**
 - Je hoeft nog niet onmiddellijk mee te gaan in de diagnose (maar: natuurlijk wel aansluiten bij wat mensen je vertellen)
 - Belangrijk te beginnen met wat je al weet van de verwijzer → maar hoeft je niet onmiddellijk als enige piste te zien
- **Preliminair hypothesen** gebaseerd op theorie vs. **‘blanco’ in het gesprek** stappen? (cf. (systeem)theoretisch kader)
 - Enerzijds: altijd opnieuw een soort blanco houding aannemen, in de zin van dat zelfs als die klacht enorm op ADHD lijkt, moet je daar zeer voorzichtig mee omgaan aangezien er veel andere verklaringsmechanismen kunnen zijn
 - Anderzijds: dit wil niet zeggen dat je niets weet als psycholoog (want je kan niet niet weten)
 - De **observatie van gedrag is niet zomaar automatisch te linken aan één bepaald ziektebeeld** → not-knowing: veel verschillende hypothesen, verklaringsmechanismen!
 - Proberen vermijden dat je enkel evidentie hoort in de richting van datgene waar je al aan dacht!
- **Routine interviewprocedures** (bvb. ontwikkelings- en gezinsanamnese, ...)
- Enkele voorbeelden van mogelijke vragen: “Wat is het belangrijkste probleem dat moet worden opgelost?”; “Wie is betrokken?”; “Wie is het meest bezorgd dat het probleem nu wordt aangepakt?”;...

AANMELDING

- Cf. *practica en skillslabs*
- **Informatieverzameling:**
 - Sociale introductie en kennismaking
 - Bespreken verwijzing
 - Metakijk op therapie als oplossing
 - Taxatie probleemgebieden
 - Contextverbreding en loyaliteitsdimensie
- **Hypothesen formuleren en toetsen**
- **Contract opstellen**

“METEN IS WETEN”: ASSESSMENT VERSUS TAXATIE

- Synoniemen?
 - Assessment: het meten van bepaalde intellectuele mogelijkheden, persoonlijkheid/aanleg, psychische structuur...
 - Taxatie als onderdeel van het diagnostisch proces
 - Gebruik van taal, tests, observatie-instrumenten, vragenlijsten, interviews en meetinstrumenten: middelen om gegevens te rasteren en kennis te construeren
 - “Taxatie” wordt gebruikt binnen systeemtherapeutische praktijk

“TAXATIE IS MEER DAN ALLEEN TESTEN EN METEN!”

- **Belangrijke taken bij “taxatie” zijn:**
 - Taxatie is meer dan een diagnose stellen of assessment van problemen
 - Taal is hierbij heel belangrijk! Vormt ook een onderdeel van taxatie: geeft een idee van hoe mensen denken over hun problemen
 - Een diagnose is iets dat je ‘onderhandelt’ (therapeut – cliënt) via vraag en antwoord → je creëert een soort therapeutische cultuur/relatie (en dit gebeurt niet unilateraal)
 - **Samenwerken met cliëntstelsel om het contract voor ‘assessment’ te realiseren**
 - “Ik ga vanalles aan u vragen, als ik rare vragen stel, moet je dat maar zeggen”
 - **Betrokkenheid en een therapeutische relatie opbouwen**
 - **Taxatie doen!**
 - Voorbeelden:
 - Instrumenten afnemen en/of vragenlijsten/testen interpreteren
 - Gesprekken voeren, ...
- **DOEL: beschrijven van de problemen en de relaties, interacties en contexten = “probleemtaxatie”**
 - Oog hebben voor **constructieve relaties, veerkracht en goedlopende terreinen** → zeer belangrijk om mensen daarin te bevestigen/bekrachten in dat zij dat zomaar doen, overleven in zo’n situatie

- **MAAR:** dit mag nooit ten koste gaan van het echt erkennen van hoe moeilijk dat de situatie is
- Therapie: ernst zeer goed benoemen, en tegelijkertijd hoop en steun geven → het één kan niet zonder het ander
- Het is zeer belangrijk dat mensen ook erkend worden in hun klacht!! Je mag niet een gevoel van onbegrip creëren, je mag de zaken niet wegrelativeren!
- De techniek van normaliseren kan daar wel soms bij helpen, om de stress er wat uit te halen → maar mag nooit ten koste gaan van het erkennen van de ernst van het lijden van de mensen
- **Beschrijvingen zijn werkhypothesen**
 - Veel hypothesen!
 - Zeggen dat je veel hypothesen hebt en dat je één voor één die zal bekijken
- **Systematiseren van hypothesen:** recursief toetsen en werkbaar uitgangspunt voor systeemtherapie* (~ empirische cyclus)
- **Accent afhankelijk van het systemisch referentiekader** (communicatie, hechting, structuren, relationele zaken, ...)
 - Benadrukken van **verschillende aspecten** (communicatie, hechting, gezinsstructuren...)
 - **Tijdsfactor** (afhankelijk van de therapeutische stroming):
 - Hier-en-nu interacties (structurele, communicatie, gedrags-): niet 'waarom', maar 'waarvoor' → hier gaan wij vooral mee werken
 - Verleden (intergenerationele, experiëntiële) → vooral in functie van contextualiseren (i.f.v. de generationele/interpersoonlijke binding met het verleden)
 - Beiden/combinatie (postmoderne, narratieve)
 - Ieder perspectief heeft **eigen methoden om te taxeren**
 - **Hypothesen vanuit verschillende systemische kaders:**
 - Intergenerationeel: "moeder heeft net als haar moeder/grootmoeder een heel hechte relatie met haar oudste zoon"
 - Communicatieperspectief: "beide partners zitten (circulair) vast in een patroon van wederzijds beschuldigen met een symmetrische escalatie tot gevolg"
 - Hechtingsperspectief: "de onveilige gezinsgehechtheid is te zien over de generaties heen, langs maternele zijde"
- **Diagnosevorming is een dynamisch afstemmingsproces tussen cliënten, HV's en hun contexten** (werkbaar uitgangspunt voor systeemtherapie)
 - Bv. context van terugbetaling, kinderbijslag vs context van school of familie → het kan heel belangrijk zijn om de juiste diagnose te hebben om de juiste zorg te verkrijgen, ...
 - In een revalidatiecentrum moet men 3 behandelaars hebben (= 3 verschillende disciplines): de situatie moet 'ernstig genoeg' zijn → in een dergelijke context kan die onderhandeling over de diagnose heel belangrijk zijn
 - Je hebt ook ouders die liever niet hebben dat je daar een term opplakt
 - Hoe zo'n dingen lopen, is echt in onderhandeling! Werkbare uitgangspunten die je onderhandelt samen met die mensen
- Enkele voorbeeldvragen om zicht te krijgen op de 'theorie van het cliëntsysteem': "Wat zijn de hulpvragen van de cliënt?", "Wat wensen en verwachten zij van de

diagnostiek en het advies?”, “Wat willen ze perse wel of niet en waarom?”, “Wat zou voor hen ‘goed nieuws’ zijn en wat ‘slecht nieuws’?”, “Wanneer zouden ze tevreden zijn?”, “Welke problemen en zorgen ervaren zij?”, “Hoe verklaren zij deze?”, en “Aan welke oplossingen denken zij zelf?” (Draaisma & Pameijer, 2013)

→ **Altijd:** betekenis van zo’n symptoom/syndroom/diagnose in zo’n context?

- **DUS:** het **voorgaande op een goede manier vertalen naar het cliëntsysteem** (o.m. aansluiting met hun visie(s), consensus mogelijk, bewoording...) → therapeut en cliëntsysteem creëren samen een context voor verandering
- **Taxatie is een therapeutische interventie:** manier om “andere betekenissen” te introduceren, onderhandelen
- Praktijkvoorbeelden
 - **Casus 1:** ADD-diagnose wordt bij zoon gesteld. Er wordt een vermoeden geuit dat vader mogelijk hetzelfde heeft. Vader is opgelucht (puzzelstukjes vallen in elkaar): in plaats van karaktertrekken die moeilijk te beïnvloeden zijn kan medicatie zijn ‘ziekte’ minder lastig maken voor anderen. Hij krijgt terug hoop en denkt dat de relatie met zijn nieuwe vriendin zo misschien toch kans op slagen heeft.
 - **Casus 2:** Autismediagnose wordt bij 15-jarige jongen gesteld. Hij is het er niet mee eens; zijn moeder is eerder opgelucht. In de therapie gaat het over het leren accepteren van het autisme. De jongen wordt steeds depressiever en het therapieproces loopt vast. Er volgt een doorverwijzing.

“MISSCHIEN MAAR BEST TOESTEMMING VRAGEN!”

→ **Contract voor taxatie opstellen:**

- Vooraleer je begint met je taxatie, moet je de **spelregels voor die onderhandeling duidelijk stellen!** (vertrouwelijkheid, ...) → dit moet voor ALLE gezinsleden (ook de kinderen) duidelijk zijn
- **Grenzen van vertrouwelijkheid aangeven:** alles is vertrouwelijk, tenzij uitdrukkelijk aangegeven
- **Informatie moet begrijpelijk zijn** voor alle gezinsleden
 - Kinderen hebben op jonge leeftijd al vrij goed zicht op hun eigen functioneren, ...
 - Dus: een kind moet niet per se 12 jaar zijn om introspectie te hebben, ...
 - Ook: goed opletten met welke ideeën een kind kan hebben over jou als therapeut (bv. ‘nooit bang’)

melijk leeftijd en maturiteit. Vanaf de leeftijd van 12 jaar wordt de minderjarige vermoed in staat te zijn tot een redelijke beoordeling van zijn belangen. Dit vermoeden is weerlegbaar. We gaan, in wat volgt, gedetailleerd in op deze gedachtegang.

- **Therapeut en cliënt verduidelijken verwachtingen en maken overeenkomst om samen te werken**
 - **Verwijzing** duidelijk maken (“dokter schreef”, “je mama zei”, ...) en nagaan of dit gedeeld wordt
 - **Mensen hebben recht om te weten bij wie ze terecht gekomen zijn, hoe je werkt, ...** (en dat er ook andere opties/mogelijkheden zijn, andere manieren van werken, ...)

- **Verschillende delen en aspecten van de assessment duidelijk maken** met mogelijkheid tot accepteren of verwerpen (bvb. alle gezinsleden aan bod, team, duur, camera en written consent, manier van werken)
- Belangrijk om aan te geven dat **iedereen de kans heeft om vragen niet te beantwoorden**

DE FOCUS VAN TAXATIE: WELKE INGANGEN?

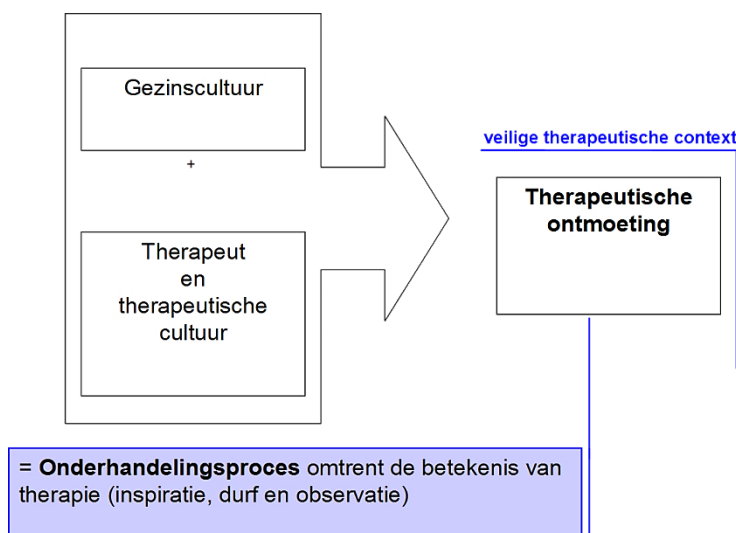
- **Taxatie als middel voor (1) engagement, (2) assessment en (3) interventie**
- Elke vorm van taxatie geeft **relationele informatie in combinatie met diagnostische informatie** die in een werkcontext noodzakelijk wordt geacht (Hanna & Brown, 2004)
- **Focus van de taxatie op**
 - Medische ingang: probleemgebieden, de relaties, interacties en contexten → syndroomspecifieke kennis is heel belangrijk, maar: gaat niet voorbij aan het onderhandelen van de relationele en contextuele betekenis! (het één sluit het ander niet uit!)
 - Relationele en contextuele ingang: de invloed van problemen op relaties en identiteit, de betekenis van een probleem/diagnose, ... → situering van het probleem in de context: circulariteit!
 - Oplossingen ingang: veerkracht en unieke uitkomsten (bv. ADHD → creativiteit)
 - Opvattingen en beelden
 - Mate van ervaren verandering
- **Enkele voorbeelden van taxatievragen met focus op:**
 - **Invloed van problemen op relaties en identiteit**: “Hoeveel tijd denk je dat je moeder/vader/broer per dag besteedt aan bang zijn voor de woedaanval?”; “Is dat meer, minder geworden of hetzelfde gebleven?”...
 - **Veerkracht en unieke uitkomsten**: “Wat in de situatie was anders dan anders?”; “Wat maakte dat je je anders of verschillend kon gedragen of voelen?”; “Wat ging er aan vooraf?”...
 - **Opvattingen en beelden**: “Wat is het tegengestelde van creatief?”; “Wie is het meest creatief in jullie familie?”; “Wie dan?”...
 - **Mate van ervaren verandering**: “Wanneer je het vergelijkt met drie maanden geleden, is de impact van het probleem op jullie relatie dan 30, 40 of...%?”; Is dat meer, minder of hetzelfde dan toen?”...

HET PROCES VAN DE TAXATIE: AANDACHTSPUNTEN?

- Cf. practica en skillslab
- **Gesprekstechnische methodieken**
 - **Invoegen**
 - **Meerpersoonsrelaties**
 - Positie 1: invoelen met 2 individuen afzonderlijk → makkelijkste positie om in te werken, als je deze goed onderhandelt
 - “Ik ga naar allebei even veel luisteren, en ik zou graag hebben dat jullie elkaar laten uitpraten, dat jullie stil zijn wanneer de ander praat”
 - Goed om vooral in het begin de verschillende visies te verkennen

- Vooraal vragen gesteld in functie van jezelf als therapeut
 - Positie 2: werken met koppel als geheel
 - Je richt je als psycholoog naar het systeem
 - “Ik zie dat er tussen jullie vanalles gebeurt”
 - Voordeel: je kan vooral hier en nu in de sessie zaken benoemen (bv. ideale interventie bij conflict), en dat mensen dit vaak gaan erkennen
 - Positie 3: therapeut als vertaler
 - Combinatie van positie 1 en 2
 - Je richt je als psycholoog naar beide partijen, maar je toont dat ze ook een effect hebben op elkaar
 - Naarmate je vordert in therapie, zul je meer in deze positie terecht komen
- **Meervoudige/multidirectionele partijdigheid**
- **Observeren vs. interpreteren**
 - Belangrijk: buitenkanten vallen niet altijd samen met binnenkanten
 - Er kunnen véél verschillende binnenkanten zijn ter verklaring van een buitenkant
- **Samenvatten**
- **Belang van opbouw van goede therapeutische werkerelatie**
 - Niet enkel informatie verzamelen en doorgeven
 - Noodzakelijk omdat de **therapeutische relatie de werkbare component is** naast de motivatie van de verschillende leden van het cliëntsysteem
 - Binnen de therapeutische werkerelatie **non-specifieke factoren implementeren** (o.m. empathie, warmte, oprechtheid...)
 - **Onvoorwaardelijke inleving in alle gezinsleden** (uitzonderingen!) → professionele inleving (je hoeft dus geen vrienden te worden met je cliënten)
 - **Samenwerkingsrelatie creëren en empowerende houding**: systeemleden als experts van hun eigen probleem, oplossingen, gezinsdynamiek, ...en therapeut expert van het proces (boodschap: gehoord dat er een probleem is, dat het moeilijk en complex is → engagement, uiterste best doen voor verbetering, ...)
 - **Houding therapeut**: respectvolle nieuwsgierigheid, neutraliteit en circulariteit
 - + onrespectvol t.a.v. je eigen ideeën
 - Let op met begrijpen! Niet te snel zeggen dat je het begrijpt → wel: leg het mij uit
 - Nieuwsgierigheid: verruimen i.p.v. vernauwen!
 - Neutraliteit: not knowing, meervoudige partijdigheid
 - Circulariteit: alles hangt met alles samen, alles is complexer dan dat het op het eerste zicht lijkt
 - Systeem uitnodigen hun **probleem vanuit verschillende en andere perspectieven te zien**
 - **Eerder uitnodigend dan directief** (“permission seeking”)
 - **Balans tussen sterkten en problemen**
 - **Bereidheid om te veranderen bij cliënt bepaalt het tempo** (soorten cliënten!): belang van timing → het tempo wordt ook in onderhandeling bepaalt!
 - Sommigen willen heel snel een oplossing, sommigen komen ook om niet te veranderen, of om hun partner te veranderen maar niet zichzelf, ...
 - Soms ben je er als therapeut ook om de homeostase te bestendigen

- Therapeut heeft **zelf nood aan contextuele reflectie** om bepaalde moeilijkheden te kunnen voorkomen (intervisie, supervisie)
 - Hoe kom ik tussen in iemand zijn eigen leven? En hoe zal mijn interventie in die zijn/haar leven effect hebben?
 - Wat zijn mijn eigen blinde vlekken?
 - **Opbouw therapeutische relatie soms tegengewerkt** door het “ik moet iets doen” of “redders”-syndroom (zeker vaak bij beginnende psychologen) → maar: heel belangrijk om een goede/veilige therapeutische relatie op te bouwen
 - **Specificiteit opbouw relatie met gezin:**
 - Complexer dan met individu
 - Voldoende aandacht aan elk systeemlid
 - Kunnen omgaan met driehoeksrelaties (triades)
 - Onvoorwaardelijk inleven, maar beschermen tegen teveel betrokkenheid
- = Creëren van een **veilige therapeutische context**



HOE TAXEREN MET WELKE METHODEN?

- **Verschillende methoden of onderzoeksinstrumenten om gegevens te rasteren en kennis te construeren:**
 - Taal – **gesprekken** of (semi-)gestructureerde interviews
 - Testmateriaal of meetinstrumenten – **testafname**
 - Observatie-instrumenten, creatieve methoden of observeren (met/zonder camera) – **observatie** (in je sessie, op school, vragen voor demonstratie, ...)
 - Vragenlijsten auto- of hetero-anamnese – **rapportage over perspectief** van eenieder op zichzelf, ander, relatie, gezin...
- De methoden of onderzoeksinstrumenten kunnen, maar zijn niet noodzakelijk, **gekoppeld aan één specifiek systemisch referentiekader**
- Naast **feiten** (diagnostische info, modelaspecifieke assessment) ook taxering van **betekenissen** (relationele info, modelspecifieke assessment) → **meerwaarde van een psychotherapeutisch kader bovenop de syndroomspecifieke kennis**
 - Taxatie van feiten kan ook via **geëigende instrumenten**

- Bvb.: taxatie van attributies (RAM), hechting (AAS), conflict (CPQ), kwaliteit (DAS)
- De gekozen methoden voor taxatie van betekenissen zijn **modelspecifiek** (= hangen af van het psychotherapeutisch kader) en is afhankelijk van de focus van de therapeut en zijn/haar preliminaire hypothesen
 - Bvb.:
 - Interactiepatronen: enactment, circulaire vragen, vragenlijsten, tests
 - Opvattingen: verhalen, metaforen, schrijfopdrachten
 - Intergenerationeel: genogram → heel interessant!

WELKE METHODEN OM TE TAXEREN – GEZINS- EN RELATIEDIAGNOSTIEK?

- **Taxatiegesprekken:**
 - **Gestructureerd interview**
 - Therapeut **afwisselend directieve en non-directieve houding** → ook een deel van de onderhandeling (hangt ook af van wie voor je zit)
 - **** Thema's gezinsanamnese ****
 - Genogram
 - Affectief en pedagogisch klimaat: straffen/belonen, inspraak van de kinderen, ouders op één lijn, structuur van de dag, gezamenlijke gezinsactiviteiten
 - Sociaal steunnetwerk, stressvolle gebeurtenissen
 - Gelijkenissen en verschillen beide partners/ouders (hetzelfde/anders doen)
 - ...
- **Non-verbale technieken**
 - **Dramatechnieken:** familieopstellingen/sculpting (cf. Satir), enactment (cf. Minuchin), Duplo-poppetjes (Diekman, 2005), ... → want: sommige zaken zijn niet zo gemakkelijk te zeggen
 - **Creatieve technieken:** tekenen, schilderen, klei of ander plastisch materiaal
 - **Psychomotore technieken:** familieleden in beweging brengen
 - Je mag hier geen diagnostische waarde aan hechten!!
- **Afnemen van gezins- en relatievragenlijsten**
 - Nijmeegse Ouderlijke Stress Index* (NOSI; Evers, Vliet-Mulder, & Groot, 2000)
 - Schaal voor Ouderlijk Gedrag* (SOG; Van Leeuwen & Vermulst, 2004)
 - Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ-Dut; Goedhart, Treffers, & Widenfelt, 2003)
 - Family Assessment Device (FAD-N; Wenniger et al., 1992)
 - Info over voornoemde vragenlijsten* is te vinden op <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/24/698.html>
 - Belangrijk: voorzichtig omgaan met die resultaten!

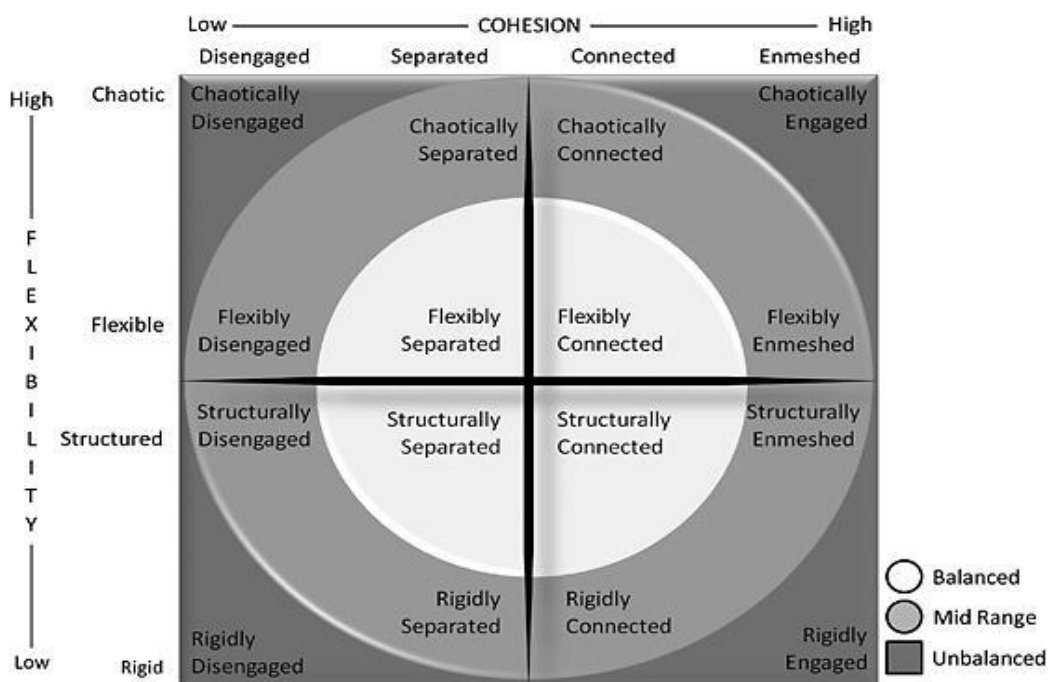
HOE TAXEREN MET SPECIFIEKE METHODEN VOLGENS EEN WELBEPAALD SYSTEMISCH REFERENTIEKADER?

STROMINGEN MET FOCUS OP GEDRAGSPATRONEN

- Structurele gezinstherapie
- Communicatie/strategisch
- Cybernetisch
- Leertheoretisch/gedragstherapeutisch
- Psycho-educatie

STRUCTURELE GEZINSTHERAPIE – GEDRAGSPATRONEN

- **Doel van de taxatie:** zicht krijgen op de visie van het **gezin en de gezinsstructuur** (incl. grenzen, flexibiliteit en cohesie)
- **“Multimethod, -person, -trait and -system assessment”** (Olson & Gorall, 2003)
 - *Multitrait*: gebaseerd op het circumplex model met drie centrale dimensies (cohesie, flexibiliteit en communicatie)
 - *Multimethod*:
 - “Insider’s perspective”: vragenlijsten (zelfrapportage)
 - “Outsider’s perspective”: observaties van de therapeut (accent op betrekkingaspect/proces)
 - *Multiperson*: iedereen van het systeem mag zijn/haar visie aangeven (completer beeld, mate van overeenstemming)
 - *Multisystem*: focus op individu, partnersubstelsysteem, ouder-kindsysteem, gans gezinssysteem en eventueel uitgebreid familie-/gezinssysteem
- **Belangrijk om te vragen : “Wie behoort tot jullie gezin?”**



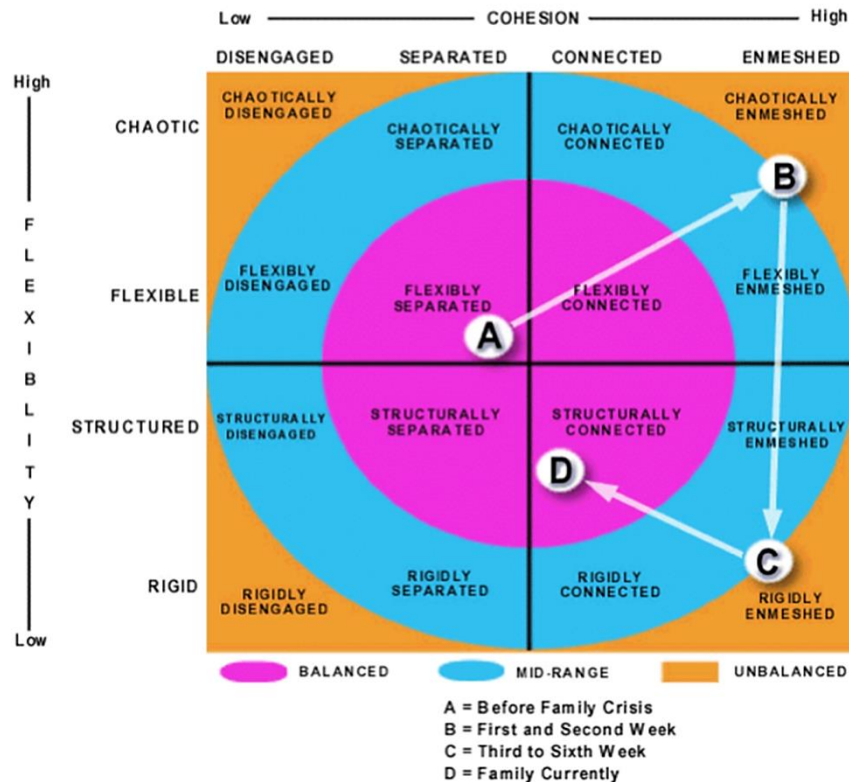


Figure 3: Family Change Before & After Husband's Heart Attack

- ***"Multimethod: insider's and outsider's perspective"***

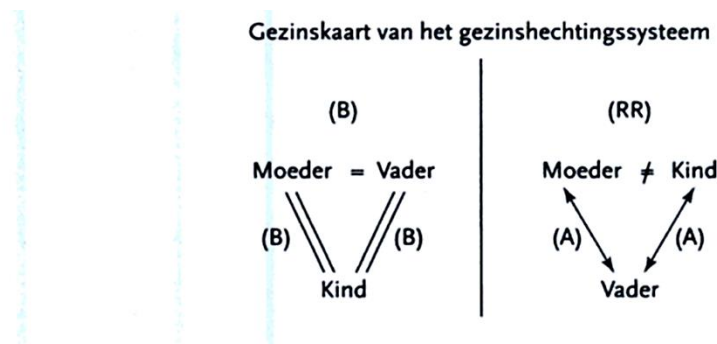
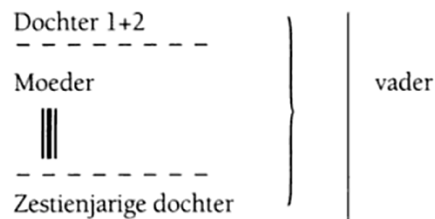
- **Vragenlijsten**

- (Leuvense) Gezinsvragenlijst* ((L)GVL; Vertommen e.a., 1986)
 - Gezinsklimaatschaal-II* (GKS-II; Jansma & de Coole, 1996), vertaling van de Amerikaanse FES (Moose)
 - Gezin Dimensie Schalen* (GDS; Buurmeijer & Hermans, 1988)
 - Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES; Olson, 1983)
 - Info over voornoemde vragenlijsten* is te vinden op <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/24/698.html>

- **Observaties van de therapeut**

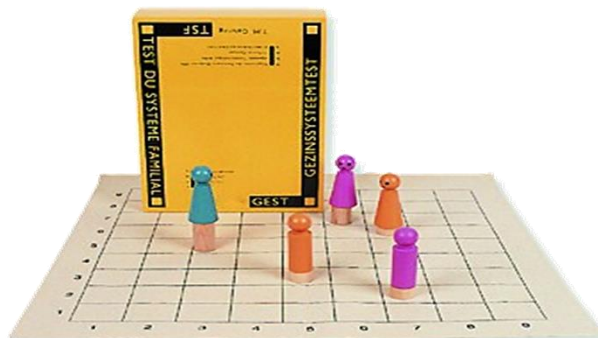
- **Gezinskaarten** (Minuchin, 1973):
 - Visuele representatie van de gezinsstructuur
 - De klacht bekijken binnen structuur
 - Weer te geven concepten: hiërarchie, transactiepatronen, subsystemen, grenzen, allianties en coalities → therapeut tekent en kan dan bv. vragen of dit klopt (cf. assessment = behandeling), maar het kan ook zijn dat de therapeut dit niet terugkoppelt naar het gezin

In gezinskaartjes tekende Minuchin (1973) de grenzen in het gezin als volgt: te open en te vage grenzen als - - - -, te gesloten en te starre grenzen als ——— en duidelijke doch doordringbare grenzen als Een conflict gaf hij als volgt weer: → ← en een coalitie tekende hij met een accolade: }



FIGUUR 2.2: Gezinskaart van het systeem van gezinshechting.
B = veilig; A = vermijnd; RR = rolomkering

- **Gezinssysteemtest (GEST; Gehring, 1995) - 'The Family Systems Test' (FAST; Gehring, 1986)**
 - Voor ieder gezinslid een popje kiezen + deze op het doek plaatsen
 - De onderzochte dimensies zijn:
 - Cohesie (afstand van elkaar) en hiërarchie (groot vs klein onderstuk) in het gezin en haar subsystemen
 - Kwaliteit van generatiegrenzen
 - Flexibiliteit van de gezinsstructuur
 - Kwantitatieve en kwalitatieve analyses
 - Individueel en interactief



- Gebruik bij jonge kinderen, vanaf 6 jaar
- Actuele en ideale gezinsstructuur
- Globaal en situatiespecifiek (bv. algemeen vs woede-aanval kind, ...)
- Onderzoek en klinische praktijk

- Materiaal: ondergrond met 81 velden, schematische houten figuren (neutraal en gekleurd), cilindrische houten blokken in 3 hoogten
- Instructies: d.m.v. bord, poppen en voetstukken laten zien hoe dicht alle gezinsleden bij elkaar staan en hoeveel macht en invloed elk lid heeft in het gezin
- Verschillende dimensies worden ‘beeldend’ voorgesteld: *cohesie* (afstand tussen figuren); intergenerationele *coalities* (o.b.v. vergelijken cohesie ouder-kind met ouderdyade); *hiërarchie* (verhogen van figuren: egalitair vs. hiërarchische – hiërarchie-omkering)
- **(Re-)enactment:** ensceneren van het probleem in de sessie → uitbeelden
 - Bv. Wat gebeurt er als Laura een paniekaanval krijgt? Toon dat eens?
 - Illustratie a.d.h.v. filmfragment
 - Wat hebben we geobserveerd in functie van de voornoemde structurele gezinstherapeutische concepten?
- **‘Creatieve observatietechnieken’**
 - **Illustratie:** “het land zonder regels”
 - Casus: vader – moeder – zoon (17j.) – dochter (14j.)
 - Opdracht om beiden m.b.v. een aantal kleine voorwerpen (poppetjes, materiaal, stiften, potloden) op een blad papier hun eigen idee van “het land zonder regels” te maken; dyades vader-moeder en broer-zus

COMMUNICATIE/STRATEGISCH – GEDRAGSPATRONEN

- **Doel van de taxatie:** zicht krijgen op de (**pathologische**) **communicatie- of interactiepatronen**
- **Praktijkvoorbeeld**
 - “Een vader en zijn 17-jarige zoon willen een leuke babbel en het draait steevast uit op ruzie. Wat gebeurt er? De vader stelt allerlei vragen om zijn interesse en bezorgdheid te tonen als goede vader. De zoon ervaart die vragen als verhoor en wantrouwen en wil duidelijk maken dat hij niet meer gecontroleerd moet worden.” (Handboek Systeemtherapie, 2008, p. 171)
 - **Herkadrering:** buitenkanten kunnen te maken hebben met heel veel binnenkanten
 - DUS: binnenkant naar boven halen waar men zelf nog niet aan gedacht had (bv. ruzie maken = investeren in elkaar)

COMMUNICATIE (MRI) – GEDRAGSPATRONEN

- **Doel van de taxatie:** identificatie van de **recursieve probleemonderhoudende gedragspatronen**
 - **Taxatiemethode MRI/communicatietheorie**
= **inzoomen op communicatie**
 - Kijken naar wat mensen doen
 - Luisteren naar wat ze zeggen
 - Letten op de context waarin gecommuniceerd wordt
 - Focus op de continue ‘onderhandeling’ over betekenissen
- } **Wat, door wie, op welke wijze en wanneer (NIET) GEZEGD?**

STRATEGISCH – GEDRAGSPATRONEN

- **Doel van de taxatie:** identificatie van de **pathologische triades, problemen met gezinscyclus-transities, symmetrische en complementaire relaties** → alles wat te maken heeft met die communicatie-axioma's, sequensen, ...
- **Taxatiemethode strategische benadering**
= **observatie van gedrag** (in het hier en nu) en detecteren van de gedragssequensen, enkel **focus op het huidige probleem** dat zich voordoet

CYBERNETISCH – GEDRAGSPATRONEN

- **Doel van de taxatie:** identificatie van de **pathologische interactiepatronen** ('the family games') en de **positieve feedbackloops**; en het detecteren van de **functie van het symptoomgedrag** (zowel m.b.t. gedrag en regels/betekenis, in functie van respectievelijk '1^e-' en '2^e-orde-veranderingen')
- **Taxatiemethode cybernetische benadering**
 - **Observatie van gedrag** (in het hier en nu) en detecteren van de gedragssequensen (bvb. 'demand-withdrawl' sequens)
 - **Vragenlijsten:** bvb. 'Communication Patterns Questionnaire' (CPQ; Christensen & Sullaway, 1984)
 - Praktijkvoorbeeld:
 - Hij verlaat het huis om te drinken → zij begint over geld → hij negeert het/haar → zij roept (nog) luider → hij verlaat het huis om te drinken ...
 - **Circulaire vragen** omtrent probleemdefinitie en probleemsequens*
 - = altijd verschilvragen
 - Voor beiden geldt:
 - Huidig/verleden(/toekomst/hypothetisch*)
 - Verschil
 - Niet-akkoord/akkoord
 - Verklaring/betekenis
 - "Information is the difference that makes the difference" (Bateson)
 - Circulaire vragen: enkele voorbeelden van sequensvragen
 - "Als je moeder pogingen doet om je zus te doen eten (om het huidige probleem op te lossen of te voorkomen) en ze weigert, wat doet je vader dan? Wat doet je moeder dan? Wat doet je broer dan? En wat doet je zus dan? En wat gebeurt er dan?" (heden)
 - "Wanneer is hij veranderd? Hoe reageerde je vader op eerdere situaties? Wat gebeurde er dan? Hoe is dat verschillend van ervoor?" (verleden – verschil)
 - "Wie gaat akkoord met moeder dat vader nu meer betrokken is bij de vechtpartijen dan vroeger?" (verleden – (niet-)akkoord)
 - "Wat denk je dat je vader zou doen mocht je moeder je broer negeren?" (hypothetisch)

COMMUNICATIE/STRATEGISCH/CYBERNETISCH – GEDRAGSPATRONEN

- **Gezinsspeldiagnostiek** (Lesterhuis & van Noort-Macquelin, 1997)
 - **Disfunctionele interactiepatronen** liggen aan de grondslag van gezinsproblemen; deze zijn ontstaan door **communicatieproblemen** (verkeerde interpretatie van elkaars boodschappen, misverstanden...)
 - **Drie sessies**
 - Gezelschapsspel met vaste opdrachten
 - Twee tekeningen: individuele gezinstekening + gezamenlijke opdracht
 - ‘Vrij spel’ (ongestructureerd)
 - Telkens 2 therapeuten die observatielijsten invullen: kijken naar a) individueel gedrag, b) interacties, en c) symboliek van tekening en spelinhoud

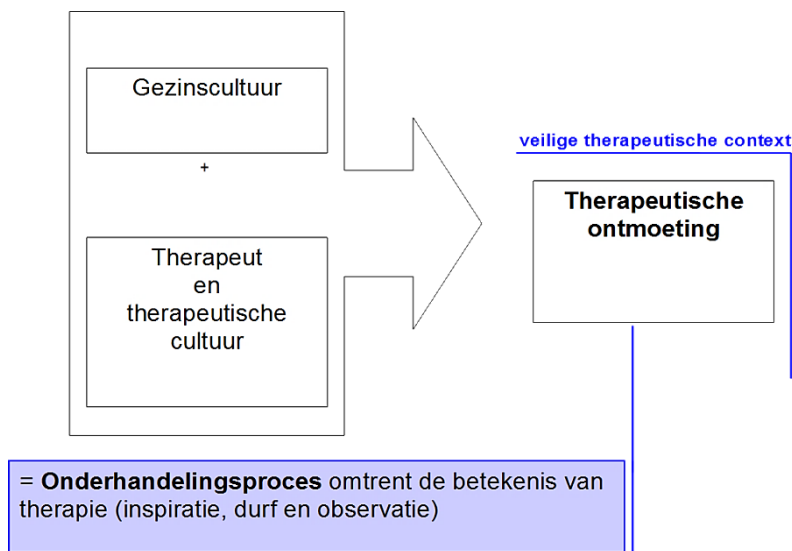
LEERTHEORETISCH/GEDRAGSTHERAPEUTISCH – GEDRAGSPATRONEN

- **Procedure** (gedragsmatig perspectief):
 - **Uitgebreide probleeminventarisatie**
 - Overzicht van alle problemen, uitlokkende factoren, cognities, bekrachtigende elementen, wanneer begonnen/aanleiding + observatie van interacties
 - **Visie van de therapeut:** legt deze voor aan het cliëntsysteem (probleem-samenhang - functieanalyse) + opvolgen van die hypothesen (~ empirische cyclus)
 - **Probleemkeuze**
 - **Meting van het probleemgedrag** (baseline: frequentie, intensiteit en duur)

STROMINGEN MET FOCUS OP OPVATTINGEN

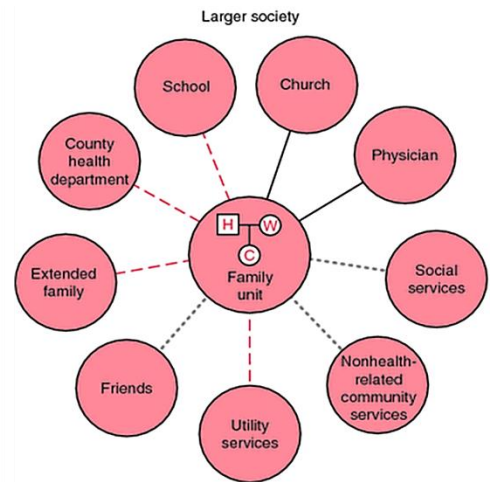
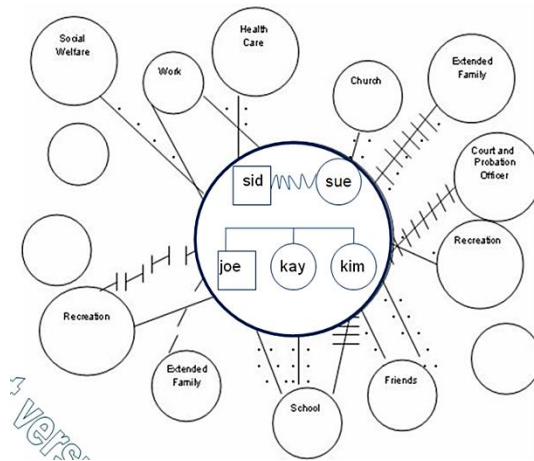
- **Constructivisme**
- **Sociaal-constructionisme**
- **Oplossingsgerichte therapie**
- **Narratieve therapie**
- **DOEL:** Zicht krijgen op de ‘**dominante**’ verhalen of wereldbeelden (i.c., constructies/ideeën/uitingen/...)
 - Beliefs = samenvloeiing van de individuele, relationele en sociale dimensies → sociaal geconstrueerde kennis (over een goed koppel, hoe een gezin moet functioneren, ...)
 - Het medium (voor assessment) is de taal (eerder dan observatie van buitenaf): belang van taal in de taxatie (én de therapie)
- Gelijkaardige **taxatiemethoden** als hiervoor maar vanuit een **dialogiserende benadering**
 - Bv. Gezinssysteemtest → kwalitatief gebruik hiervan: in dialoog met de verschillende leden van het systeem komen tot een begrip van waar men last van heeft
 - Therapie is een “ontmoeting”, gekenmerkt door een dialoog
 - De creatie van werkelijkheden in de therapeutische ruimte middels dialoog
 - “Meerstemmigheid”

- Bvb. via introductie van ‘alsof-luisteraars’ (belangrijke stemmen in het leven van de cliënten; Anderson, 2007)
- Nadruk op uitzonderingen op het aanwezige verhaal/wereldbeeld (bvb. een overwinningsverhaal)
- Enkele voorbeeldvragen: “Wie zegt dat oud worden een probleem is?”; “Zijn er anderen die daar geen graten in zien in oud worden?”; “Wie in jouw familie zou het niet eens zijn met deze diagnose?” “Hoe bent u dat te boven gekomen? En uw moeder?”...



- **Taxatiemethoden:** het **genogram** en **ecogram**

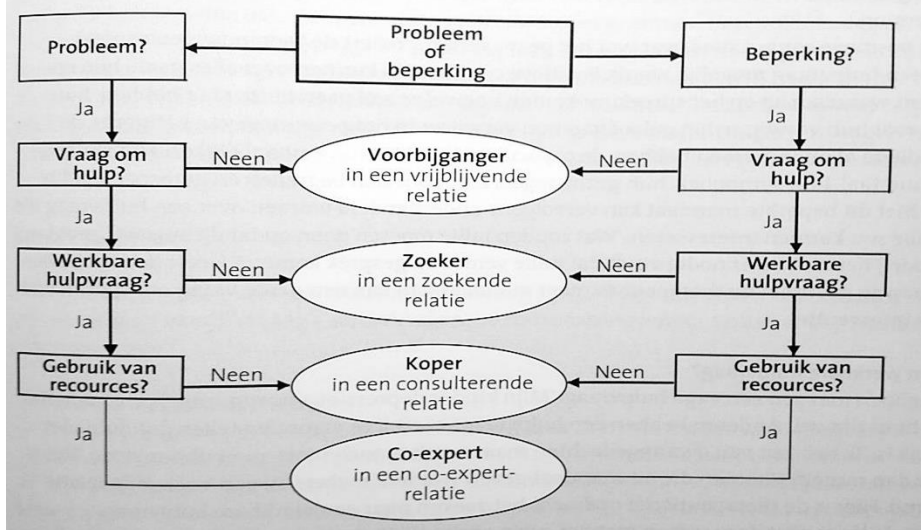
- **Genogram** (zie verder)
- **Ecogram**: in kaart brengen van de belangrijke sociale contacten van het cliëntensysteem, rekeninghoudend met de verschillende leefgebieden ('röntgenfoto' van het sociaal netwerk)
 - Een ecogram heeft de vorm van een ster: cliëntensysteem centraal
 - Rondom deze cirkel allerlei rondjes: de persoonlijke contacten van het cliëntensysteem:
 - Gezin van herkomst
 - Overige familieleden: (klein-)kinderen, zwagers, schoonzussen, neven en nichten
 - Vrienden
 - Oude buren, collega's en kennissen
 - Buren
 - Zorgverleners
 - ...
 - Kan heel nuttig zijn om de sociale complexiteit te visualiseren en daaromtrent dan in dialoog te gaan



OPLOSSINGSGERICHT – OPVATTINGEN

- **DOEL:** creëren van een **werkbare hulpvraag** ('niet-weten')
 - Focus op het **oplossingsverhaal**
 - **Basisassumptie:** informatie over het probleem, geeft zelden informatie over de oplossing → dus: het helpt niet om over problemen te gaan spreken
 - Je moet **mensen naar de toekomst oriënteren** en daar je energie als hulpverlener, cliënt of gezin gaan insteken
- **Taxatiemethode = interventieschema** (motiveren/doel duidelijk/hulpbronnen) = **focus op oplossingsverhaal** via mirakelvragen, schaalvragen, observatievragen, ... m.b.t. uitzonderingen
 → Toekomstprojectie in concrete gedragstermen → focus op oplossingen

Figuur 18.1 Het interventieschema (Le Fevere de Ten Hove, 2000)



STROMINGEN MET FOCUS OP HISTORISCHE, CONTEXTUELE FACTOREN

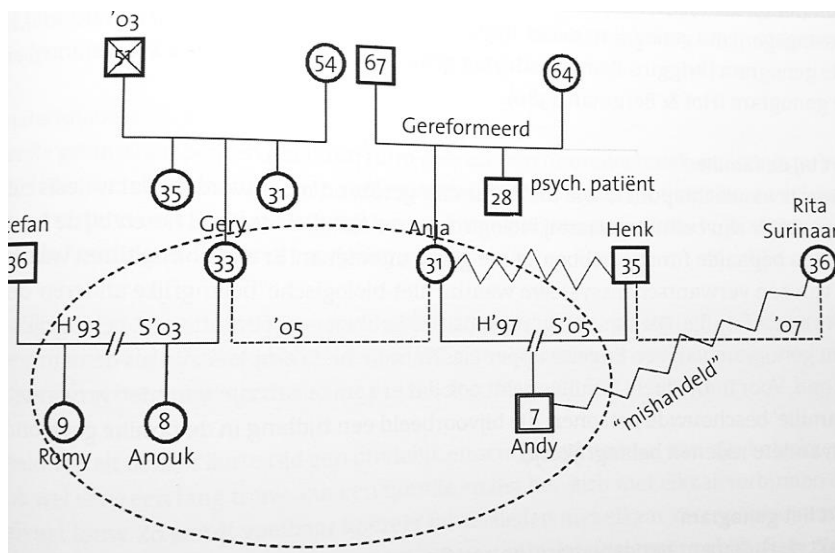
- Multigenerationele en contextuele therapie
- Psychoanalytische gezinstherapie
- Therapie gebaseerd op hechting

- **Experiëntiële gezinstherapie**

INTERGENERATIONEEL – HISTORISCH

- **Genogrammen**

- Genogram is een visueel schema van familieleden en hun relaties: ‘gestalt’ van de complexe familiepatronen
- Aanvankelijk énkél gebruikt bij taxatie (biografische gegevens van de familieleden bevragen) (McGoldrick & Gerson, 1985)
- Bruikbaar bij individuele systeem-, partner- en familietherapie
- **Verskillende soorten genogrammen mogelijk**, afhankelijk van het therapieperspectief en het probleem (bvb. geldgenogram, seksuele, spirituele, krachtengenogram, oplossingsgericht genogram, ...)
- **Aandachtspunten:**
 - Wie hoort bij de familie?
 - Wie maakt het genogram?
 - Focus op kracht
- Mogelijkheid om genogram te illustreren met kleine tekeningen (illugram, Pluut)



- **Illustratie:** “Anja (33) en Gerry (31) wonen sinds 3 jaar samen. Anja is 8 jaar getrouwd geweest met Henk en heeft uit dat huwelijk één zoontje: Andy (7). Gerry is 10 jaar getrouwd geweest met Stefan. Anja is bij Henk weggegaan omdat ze verliefd was op Gerry. Gerry heeft 2 dochters: Romy (9) en Anouk (8). ...Vier weken geleden kwam Andy thuis met het verhaal dat Rita hem ‘mishandeld’ had. Sinds die tijd wil hij niet meer naar Henk en Rita. Rita ontkent de ‘mishandeling’. Dat heeft geleid tot hoogoplopende conflicten, want Anja gelooft Andy en Henk gelooft Rita.”

HECHTING – HISTORISCH

- **Taxatie:**

- **Via de dialoog en/of het familieverhaal het cliëntsysteem toelaten om**
 - De ontkende emoties (primaire en secundaire) te uiten binnen de veilige therapeutische context

- ‘Gezinsgehechtheidsverhaal’ te brengen (bvb. via genogramverhaal): hoe dragen jullie zorg voor elkaar, hoe zat het met loyaliteiten, veerkracht, het bieden van steun en veiligheid aan elkaar, ...? → doel: hoe gaan we hiermee verder?

EXPERIËNTIEEL – HISTORISCH

- **Taxatie:**
 - Via dialoog het cliëntsysteem de **ontkende emoties laten uiten binnen de veilige therapeutische context** (o.a. detectie van het soort stresspatroon)
 - Bvb. depressie kan veroorzaakt worden door de onmogelijkheid om angst of woede te uiten in gezin
 - Veilige therapeutische context gecreëerd zodat mensen het hierover kunnen hebben
 - Satirs **creatieve of non-verbale technieken**: familieopstelling en -sculpturen, ‘spatial reframe’ en ‘parts- party’

DE BOODSCHAP (EIND FASE II)

- **Taxatie is voltooid als**
 - **Feiten** (bv. diagnose) en **betekenis** (voor de cliënt) **probleem gekend** zijn
 - Een **formulering van probleem en sterktes** (**case-formulation**) **mogelijk** is (dit is de uiteindelijke uitkomst van de taxatiefase; gaat verder dan ‘diagnose’)
 - Integratie van het verhaal van de cliënten + jouw theoretische en wetenschappelijke kennis, omtrent het ontstaan en de instandhouding van problemen, sterktes en zwaktes, ...
 - Het gaat hier niet om diagnoses → we hebben meer nodig dan dat: een analyse, formulering op maat van elk cliëntsysteem
- **Formulering van probleem en sterktes** wordt aan het gezin meegedeeld onder de vorm van een **boodschap aan het eind van het gesprek**
- Een **boodschap/case-formulation** moet:
 - **Complex genoeg** zijn zodat *probleemonderhoudende sequensen, opvattingen en contextfactoren* aan bod komen → Wat doen die mensen samen opdat ze problemen hebben? Hoe denken ze? En wat in hun denken en hun context zorgt ervoor dat ze die dingen blijven doen?
 - **Biedt een hele range aan aangrijpingspunten voor de interventie**
 - **Eenvoudig genoeg** zijn zodat iedereen het begrijpt
 - **Aansluiten** bij wat gezin heeft verteld in de sessie, maar ook **nieuwe informatie** bieden (balans verschil – ‘the difference that makes the difference’)
- Een **boodschap/case-formulation** moet (Carr, 2012; Philippot, Nef, & Verhofstadt, 2012):
 - **Nieuwe mogelijkheden** openen
 - **Complex genoeg** zijn opdat probleemonderhoudende sequensen, opvattingen en contextfactoren aan bod komen (mini-theorie; integratie verhaal cliënten & theoretische/wetenschappelijke kennis)
 - = aangrijpingspunt interventie (G,E,C)
 - **Eenvoudig genoeg** zijn opdat iedereen het begrijpt

- **Aansluiten** bij wat koppel/gezin heeft verteld in de sessie, maar ook **nieuwe informatie** bieden (balans verschil)
- **Tips!!!!**
 - Neem afstand en tijd (team! Huiswerk!)
 - Formuleer boodschap letterlijk (samenvatting: voorbereid!)
 - Geef boodschap mee, of herhaal in volgende sessie(s)
 - Geef eerst nieuwe afspraak
 - Begin met iets positief (bvb. “Dank voor openheid, ik hoor dat jullie kleine veranderingen zien...”) + sterktes van cliënt benadrukken, hoop geven
 - Reflecteer op de sessie(s) (gebruik de woorden/termen die cliënten zelf aanbrengen! Maatwerk!)
 - Geef perspectief op verandering (bvb. “Het team denkt dat jullie zeker gebaat zullen zijn bij...”)
 - Boodschap aan iedereen richten (in het systeem), opdat iedereen zich erkend, begrepen en betrokken voelt; empathiseer met de positie van elke cliënt in systeem
- **Geen unilaterale interventie** (unilaterale interventie ⇔ postmoderne visie), discussie mogelijk!
- **Ga effecten na** op de cliënt → monitor dat heel goed
- **Pas je aan** (tempo, motivatie, mogelijkheden van cliënten) en voorzie indien nodig nog een sessie om de cliënt te laten terugrapporteren i.v.m. effect op hen
- **Check stap voor stap of ze formulation hebben begrepen/akkoord gaan !**
- **Let op stiltes van één van de cliënten** (= niet akkoord gaan met jouw visie, een emotionele reactie die blokkeert, een blind volgen van jouw visie, een afhaken?)
- **Grotere participatie cliënt in feedbacksessie → grotere motivatie voor therapie, sterkere alliantie, sterker mandaat, minder drop-out**
- **Mate van structureren varieert** van therapeut tot therapeut
- **Sommige therapeuten willen geen expertpositie innemen** → in enkele korte zinnen visie (zie onder) op probleem geven en enkele globale ideeën omtrent waar therapie naar toe moet (bv. communicatie verbeteren, elkaar beter begrijpen)
- **Voorbeeld van een boodschap**
 - “Ik wil u danken omdat u zo open was tegenover mij. U begon mij een beeld te schetsen van wat er allemaal in u omgaat. Er zijn nog dingen die belangrijk zijn, daar komen we later zeker op terug. Het is niet ongewoon voor partners om andere behoeften aan ruimte en vrijheid te hebben binnen de relatie. Wat ik misschien hoor is dat mijnheer wat meer nabijheid wil terwijl mevrouw wat meer afstand prefereert. Het team denkt dat dit mogelijk te maken heeft met zaken uit jullie eigen verleden, ervaringen die jullie opdeden in het gezin waarin jullie opgroeiden.”
- **Gedetailleerd verslag**
 - Wordt vaak van “professionals” verwacht
 - **Therapeutische alliantie wordt versterkt** (door visie/analyse te geven: men geeft aan dat men zich in problematiek heeft ingewerkt, au sérieux neemt, wordt gewaardeerd)

- Als cliënt weten wat jij denkt en waar dat allemaal van komt (transparantie is heel belangrijk!!) → **stemmen eerder toe in een therapie** (sterker mandaat)
- Door **geuanceerde/evenwichtige visie** op relatieproblemen **vermijd je negatieve effecten** (alles is mijn fout, alles is haar fout) + **laat elke partner toe te bepalen welk specifiek stukje zij willen/kunnen veranderen** (vs. globale onhaalbare veranderingen)
- **Uit: Carr & McNulty, 2006**
 - ‘Over the last two sessions we have worked together to try to understand the difficulties that brought you here. These problems are complex and challenging. I have been impressed with the way you have faced up to them. A lot of other couples would have thrown in the towel by now. I’ve been impressed that you have stuck together through this process. Even though things are sometimes very rough in your lives, you are loyal to each other and to your children and seem to want to work things out. At this stage I can let you know my view, my assessment of the situation. Then you have a chance to think about this and make a decision about whether to move on to treatment or not (cf. FASERING). Should I tell you my assessment of the situation now?’
 - It’s clear to me that your difficulties follow a definite pattern that involves both of you, and it’s hard to know where it begins or ends. But for the sake of simplicity, let’s say the pattern begins with a disagreement, in which, James, you ask Sarah to do something for you because you feel stressed out, like calm the children down or treat you in a romantic way. But maybe you ask a bit aggressively because you think she’s going to say no. And then you, Sarah, find it hard to co-operate with James because you feel like you have enough on your plate already. You’re overloaded. Then, James, you criticize Sarah because it feels to you like she’s punishing you, and that’s not fair because you’re doing your best. Then you, Sarah, fight back. But this gets you riled up.
 - ‘Sometimes you notice this, and hear your heart beating too fast and think you might have a heart attack. On those occasions you have a panic attack; a fairly scary experience. James, when you see this, you sometimes feel like it’s your fault Sarah is having the attack and you then usually back off. Then there often is a gap of a few days where you are not on speaking terms. And then gradually the ice thaws between you. But the misunderstanding is not cleared up. So, the next time the pressure is on both of you and James, you ask Sarah to do something for you, the pattern repeats. I just want to check that pattern out with you.’
 - ‘The other thing we have talked about over the last two sessions are exceptions, times when the pattern that makes you both feel so bad should have happened but didn’t. There are times, James, when you help Sarah. Like when she is having difficulty with the children, or the car, or cooking dinner, or doing some other jobs. When you help her, she smiles at you or says something kind, and you both feel good. These exceptions give me hope that you may be able to sort out your difficulties. Can I check that you both recognize these exceptional patterns I’m talking about?’ ‘Now, from the stuff you’ve told me about your families, I suspect that for each of you, your part in the problem patterns and the exceptions comes in part from things you learned in the families you grew up in. But we can talk about that at another time . . . Right now, if you agree that these patterns are a useful way of looking at your problem and exceptions to it, the question is would you like to meet for a few more sessions to work on changing the problem pattern and bringing

more of the exception patterns into your lives? You can let me know later what your answer is to that question.'

KORTE SAMENVATTING METHODIEKEN

- Vragenlijsten en ratingscales
 - Klinisch interview
 - Spel-/creatieve/actietechnieken
 - Observatie spontaan gedrag of na instructie
- = **GECOMBINEERD GEBRUIK anno 2015**
- = **Per stroming (historisch) meer/minder gebruik van deze technieken**

DEEL 3: BEHANDELING

ALGEMEEN: HOE DIT 'PLANNEN' EN DOEN?

HOE 'PLANNEN'?

- **Behandelplan opstellen dient te gebeuren op basis van:**
 - De **taxatie** = case-formulation én feedback hierop door cliënt
 - **Mandaat van de therapeut:** i.f.v. vraag van cliëntstelsysteem (wat wil de cliënt?) en/of behandelcontext (wat kan de therapeut bieden?)
 - Bv. partnerrelatietherapie: verbetering relatie of oplossen ambivalentie m.b.t. verderzetting relatie? → verschillende vraag van een koppel, zorgt voor een verschillend mandaat dat je krijgt (en daar moet je je aan houden als therapeut)
 - Bv. PAAZ → 15 weken PRT niet wenselijk/mogelijk; vraag ouderbegeleiding → idem
 - **Wat mag ik? Wat kan ik?**
 - **Samenwerkingsrelatie tussen therapeut én cliëntstelsysteem:**
 - Samen beslissen doelstellingen, duur, regelmaat, ...
 - Noodzakelijke basisattitude: **empowerment** van het cliëntstelsysteem en context → als hulpverlener een context creëren opdat mensen opnieuw in staat zouden zijn om grip te krijgen op hun probleem, leven, ...
- **Belangrijke aspecten bij het opstellen van behandeldoelen:**
 - **MAGIE → SMART-doelstellingen**, bijkomend:
 - Positief geformuleerd
 - Rekening houdend met de marges van mogelijke verandering
 - In onderling overleg met hele gezin/partners
 - Volgorde aanbrengen
 - **MAGIE** =
 - Meetbaar
 - Acceptabel
 - Gecommuniceerd
 - Inspirerend
 - Engagerend (zich erin herkennen, voordelen ervan zien, zien welke waarden ermee gediend worden)
 - Concretiseren tot **SMART** =
 - Specifiek
 - Meetbaar
 - Acceptabel
 - Realistisch
 - Tijdgebonden
 - **Richtinggevend:** geeft aan wat je wilt bereiken en stuurt het gedrag + aangegeven welke resultaten wanneer moeten bereikt worden

- **Betrokkenheid cliënt is cruciaal** (bevorderen via bv. toekomstgerichte vragen)
 - Hoe zouden dag-na-dag activiteiten in het gezin zijn als het probleem was opgelost?
 - Wat is de minimum stap die moet gezet worden opdat het gezin zou geloven dat ze op weg zijn naar oplossing?
 - Mensen motiveren alvorens je gaat inzetten op behandeling
- **Gemeenschappelijke doelen formuleren voor alle leden van het systeem** (koppel, gezin):
 - **Vaak moeilijk proces** (cf. “verander de andere” vs. “samen anders doen”) die een aantal gesprekken vraagt → vraagt heel wat reframing, ...: naar een genuanceerde kijk op problemen
 - Wat zou elk gezinslid winnen/verliezen bij het bereiken van een doelstelling: “wie zou het meest winnen/verliezen?”
 - **Motivatie en bereidheid om samen te werken** zijn noodzakelijke voorwaarde! (1^e stap in therapie)
- **Soms is het noodzakelijk om meer milde therapeutische ambitie te koesteren**
 - **Veranderen versus aanvaarden** (nooit zomaar onderwerpen of status quo aanvaarden → het gaat wel om de balans van aanvaarden vs veranderen)
 - **Afhankelijk van problematiek** (individueel/systeem)
 - Bv. misbruik; schizofrenie → kun je niet zomaar veranderen
 - **Veelal combinatie** van deze twee
 - **Context creëren waarin beide bespreekbaar en mogelijk zijn**
 - Bv. koppels:
 - Wat verdragen we van elkaar?
 - Wat moeten we niet veranderen aan onszelf? (= inbouwen van tolerantie t.o.v. elkaar, om gemotiveerd te zijn om sommige zaken wel te veranderen)
 - Wat geeft ons de motivatie om bepaalde dingen wel te veranderen?
- **Plannen van tussentijdse evaluatie met cliëntsysteem om therapeutisch proces te evalueren**

HOE DOEN?

BELANG VAN DE THERAPEUTISCHE RELATIE (CF. IDEM TAXATIE)

- 30% van de variantie in uitkomst door therapie, is toe te schrijven aan de kwaliteit van de therapeutische alliantie
- **R&G therapie: therapie met meer dan 1 persoon** (vs. zogenaamde individuele therapie)
 - Ouders (en kinderen), partners (koppel), deel van gezin, ...
 - = **Complex gebeuren: vraagt specifieke aandacht en vaardigheden in het kader van de opbouw van een therapeutische relatie/alliantie**
 - **Relatie cliëntsysteem – psycholoog = meervoudige therapeutische relatie !!!**
 - Extra aandacht voor empathiseren, het begrijpen van ieders visie, benadeling opnemen, ... → niet alleen het gevoel hebben dat je empathisch bent, maar het ook zo kunnen communiceren, ...
 - Therapie-outcomes, drop-out

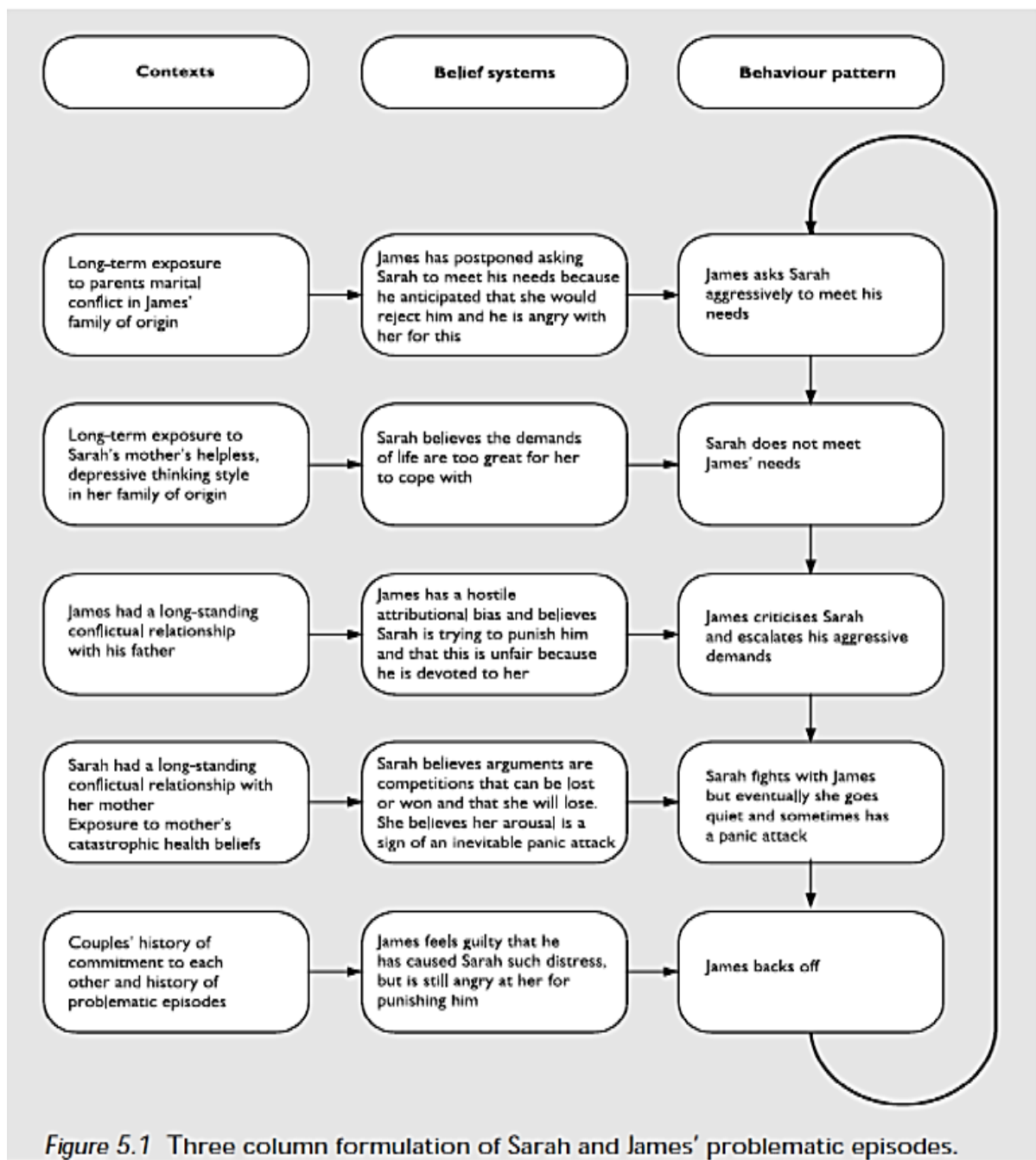
- Ieders perspectief begrijpen → empathisch begrip
 - Benadeling (P1 vs. P2; ouder vs. adolescent)
- **“Meervoudige partijdigheid”** (niet 1 kant kiezen; elke visie beluisteren, erkennen)
- **Triadische effecten**
 - Bv. koppel in therapie; beide partners zijn aanwezig: vrouw klaagt over man die te weinig thuis is; hulpverlener zegt tegen vrouw: “dat moet inderdaad lastig zijn voor je” → vrouw voelt zich erkend, man voelt zich aangevallen (= triadisch effect) → effect bedoeld voor vrouw heeft ook effect op man → je moet daar oog voor hebben!
 - **Balans nodig:** erkenning en verwerping t.o.v. elk lid van het systeem
- Cf. inzetten van **algemene gespreksvaardigheden**:
 - Luister/actieresponsen: reflecteren, parafraseren, samenvatten, concretiseren, ...
 - Basishouding: echtheid, empathie, respect, blijvende uitnodigende houding, samenwerking, ...
- **Welke is de plaats/stijl van de therapeut in het therapeutisch proces?**
 - **Visie afhankelijk van theoretisch kader** (bv. directief: structureel vs. narratief), alsook van de **persoon van de hulpverlener zelf**
 - De therapeut moet **altijd zoeken naar een werkbare positie** van waaruit men het cliëntsysteem kan helpen (stijl aanpassen i.f.v. het vinden van een goede aansluiting bij het cliëntsysteem)

ETHIEK

- **Ethiek** is de **systematische reflectie op motieven en consequenties van handeling** (niet schaden, welzijn bevorderen) → *Waarom doen we dingen? Doen we iets wel om iemands welzijn te bevorderen?*
- Zie:
 - <https://www.compsy.be/deontologie>
 - <http://www.bvrgs.be/deontologische-code>

SELECTIE VAN DE INTERVENTIE

- **I.f.v. caseformulation/doelstellingen** (zie tekstje onder + ‘three column formulation’)
- **Effectiviteit in onderzoek** met vergelijkbare problematiek, bv. communicatietraining bij communicatieproblemen (cf. evidence-based werken)
- **Motivatie en veranderingsmogelijkheden** van het cliëntsysteem, bv. willen geen huiswerkopdracht maken
- **Vaardigheden/voorkeuren van de therapeut**



- **Doorbreken van specifieke interactiepatronen**
- **Modificeren en verrijken van specifieke belief-systems**
- **Verminderen impact van contextuele/historische factoren**
- First, the couple's difficulties were reframed as an interactional problem. They learned to monitor the occurrence of problematic episodes and to withdraw from them if they spotted themselves contributing to them.
- Second, the couple noted the similarities between their exceptional problem-free episodes and cooperative communication and problem-solving skills. They developed these skills further so they could apply them to potentially conflictual situations.
- Third, James learned to identify and express his attachment needs in a direct way, and to use this skill regularly to prevent a buildup of need-frustration and aggression.

- Fourth, Sarah was helped to control her panic attacks using a cognitive behavioural programme involving exposure to interoceptive cues and relaxation and copings skills training.
- Fifth, James helped Sarah overcome her agoraphobia through partner-assisted graded exposure to feared situations involving travelling away from the house for gradually increasing distances. Carr & McNulty, 2006
- **Keuze voor protocol** (empirisch ondersteund, effectiviteit in de relatie- en gezinstherapie)
 - **Helpen ook om indicaties te stellen** ('protocollair' interventies plannen); bv.:
 - **Gedragstherapeutische partnertherapie:** alternative levels of intervention (alhiërarchie)
 - **Oplossingsgerichte therapie:** interventieschema
 - **'Emotionally focused therapy protocol'**
 - **'Directieve relatietherapie protocol'**
 - ...

THERAPIEDOELSTELLINGEN I.F.V. HET THEORETISCH KADER EN DAARAAN GEKOPPELDE INTERVENTIES

THERAPIEDOELEN – THEORETISCH KADER

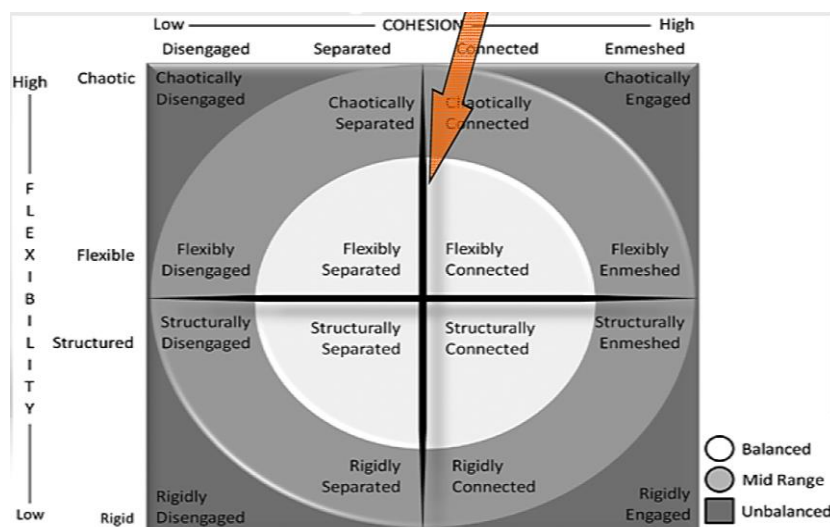
STROMINGEN MET DE FOCUS OP GEDRAGSPATRONEN

- **Algemeen:** verstoren/vervangen van de recursieve probleemonderhoudende gedrag (spatronen)

STRUCTURELE GEZINSTHERAPIE

THERAPIEDOELSTELLING

- **Promoten van een 'gezonde' ("gebalanceerde") gezinsstructuur** door het verstoren van de chaotische, rigide of kluwen/loszand probleemonderhoudende interactiepatronen



THERAPEUTISCHE TECHNIEKEN/INTERVENTIES

- **Herstructureren van het gezin** (interventies zoals enactments, grenzen markeren, reframing om gezinsstructuur uit te dagen)
 - **Joining**: steunen, ‘tracking’ en ‘mimicry’
 - **Enactment/re-enactment**
 - **Reframing** (herkadrering)
 - **Intensiteit verhogen** (verhogen duur of intensiteit van gevoel via interactie, boodschap of via herhaling)
 - **Uit balans brengen** (één gezinslid meer steunen dan ander om gezinsstructuur uit balans te brengen)
 - **Grenzen markeren**: de flow aan info tussen gezinsleden reguleren bv. d.m.v. zitposities of via “enkel voor zichzelf spreken”
 - **Focussen**
 - **Uitdagen van gezinsassumpties**→ Cf. Video minuchin

TOEPASSING

- Multiprobleem gezinnen met **delinquente adolescenten**
- Gezinnen met **kinderen met psychosomatische klachten**

STRATEGISCHE/MRI/COMMUNICATIE THERAPIE

THERAPIEDOELSTELLINGEN

- Het **verstoren van de probleemonderhoudende gedragspatronen** die geassocieerd zijn met:
 - Pathologische triades (cf. Incongruente hiërarchie)
 - Vermijding van gezinscyclus gebonden transitie
 - Symmetrische/complementaire relaties
 - Het management van liefde en controle gerelateerde zaken
- De **therapeut** tracht:
 - De (specifieke) oplosbare problemen te definiëren
 - De gepoogde oplossingen te identificeren en zicht te krijgen op hun werkzaamheid (i.f.v. stoppen vs. verder zetten; metacommunicatie)
 - Zicht te krijgen op de circulariteit door goed te luisteren naar hoe het cliëntsysteem de problemen verwoordt
 - Paradoxe directieven te geven om het cliëntsysteem zicht te geven op het beginpunt van het probleem (≠ oorzaak)

THERAPEUTISCHE TECHNIEKEN/INTERVENTIES

- **Gedragsinterventies van therapeut** (proactief)
- **Doelgerichte interventies op specifiek gedrag**:
 - Veranderen van ouderlijke rollen binnen de pathologische triades
 - Empoweren van ouders die kampen met jongvolwassenen die problemen hebben met ‘uit-huis gaan’
 - Rituelen voor gezinsgeweld en -misbruik
 - Paradoxe interventies en ‘doen-alsof’ interventies met specifieke symptomen

- Voorschrijven van symptomen: bewust weerstand oproepen
- 'Restraining strategy': "op de rem staan" (tempo)
- 'Positioning strategy': perceptie van het probleem in overdrijvende trap
- Interventie die een opdracht aan een cliënt inhoudt die op het eerste zicht contra-intuïtief is en de therapeutische goals van de cliënt lijkt tegen te spreken (bv. verander traag, symptoom voorschrijven)
- Herkadrering via de functie van het symptoom (metacommunicatie)

TOEPASSING

- Gedragsproblemen bij kinderen
- 'Leaving-home' problematiek (adolescenten)
- Druggebruik bij adolescenten
- Seksueel misbruik
- Partnerrelatieproblemen
- Specifieke gedragsproblemen

CYBERNETISCHE THERAPIE ('1E ORDE')

THERAPIEDOELSTELLINGEN

- Het **verstoren van de probleemonderhoudende gedragspatronen** die geassocieerd zijn met:
 - Pathologische triades (cf. Incongruente hiërarchie)
 - Vermijding van gezinscyclus gebonden transitities
 - Symmetrische/complementaire relaties
 - Het management van liefde en controle gerelateerde zaken
- De **therapeut** tracht:
 - De (specifieke) oplosbare problemen te definiëren
 - De gepoogde oplossingen te identificeren en zicht te krijgen op hun werkzaamheid (i.f.v. stoppen vs. verder zetten; metacommunicatie)
 - Zicht te krijgen op de circulariteit door goed te luisteren naar hoe het cliëntsysteem de problemen verwoordt
 - Paradoxe directieven te geven om het cliëntsysteem zicht te geven op het beginpunt van het probleem (≠ oorzaak)
- ≠ '2e orde', stromingen die focussen op beliefs
- Cf. Illustratie in de video van Boscolo & Cecchin

CBT/LEERTHEORETISCHE GEZINSTHERAPIE

THERAPIEDOELSTELLINGEN

- Het **verstoren van de coërcieve gedragspatronen en emotionele problemen** en het **herstructureren van negatieve cognities**

THERAPEUTISCHE INTERVENTIES/TECHNIEKEN

- 'Contingency contracting' ("als, dan"-contract, bv. ouders/kinderen; quid pro quo)
- Time-out procedure

- Probleemoplossing- en communicatietraining
- Cognitieve herstructurering
- Emotionele aanvaardingstraining
- Zelfcontrole training

TOEPASSING

- Gedragsproblemen bij kinderen
- Partnerrelatieproblemen (distress)
- Bvb.:
 - Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)
 - Triple P-Positive Parenting Program: “a multilevel system of parent intervention for behavioral and emotional problems in children and adolescents”; cf. “Behavioral Family Intervention”
 - Gestructureerd en preventief programma voor ouderschaps-/opvoedings-ondersteuning

STROMINGEN MET DE FOCUS OP OPVATTINGEN

- **Algemeen:** andere en ‘meer-helpende’ betekenissen introduceren en versterken van krachten en uitzonderingen

CONSTRUCTIVISME

THERAPIEDOELSTELLING

- **Uitbreiden van persoonlijke en gezins-/familiale beliefssystemen** zodat deze meer accurate voorspellingen kunnen maken

THERAPEUTISCHE TECHNIEKEN/INTERVENTIES

- **Uitspreken van de constructen**
- **‘Fixed-role’ therapie** om meer complexe en flexibele individuele en gezins-construct(systemen) bespreekbaar te stellen; de rol opnemen van iemand anders (die een andere kijk op de dingen heeft, andere beliefs) gedurende bv. 1 week → nabespreking: effect op eigen belief

TOEPASSING

- Geen specifieke domeinen

TWEEDE-ORDE CYBERNETICA/MILANESE GROEP

THERAPIEDOELSTELLING

- **Uitdagen van het gezins-/familiaal beliefstelsel** dat onderliggend is aan de probleemonderhoudende interactiepatronen

THERAPEUTISCHE TECHNIEKEN/INTERVENTIES

- Therapeut neemt een **neutrale positie** in om **geleidelijk aan beliefssystemen, interactiepatronen (“family games”) en gezinsrelaties te veranderen**
 - **Circulair bevragen** binnen de sessie (circulariteit en verschillen tussen mensen worden zichtbaar)
 - **Einde-van-de-sessie opdrachten:**
 - Positieve connotatie/herkadrering (intenties van gezinsleden)
 - Split-team boodschappen: empathiseren met beliefs, gevoelens en gedrag van verschillende delen van het systemen of dilemma
 - **Paradoxe voorschriften:** (1) omtrent de rol van elk gezinslid in de probleemonderhoudende gedragspatronen en (2) om het gezinsbeliefstelsel uit te dagen:
 - Bv. rituelen en symptomen voorschrijven (om interactiepatronen die tot problemen leiden te doorbreken)
 - Dit noemt ritueel omdat de rol, het gedrag, de situatie voor elk van de gezinsleden duidelijk wordt vastgelegd; het oncontroleerbare gedrag wordt controleerbaar)
 - Worden toegepast bij **weinig flexibele systeem** en er een **sterke focus is op individuele pathologie**
 - Liggen **ver af van de initiële doelstellingen van het cliëntsysteem**
 - Vergen een **belangrijke en creatieve inbreng van de therapeut**
 - Noodzakelijk dat er een **goede therapeutische relatie** is
 - Noodzakelijk dat er **genoeg input van het systeem** is (vrijheid)

TOEPASSING

- Adolescente psychose
- Anorexia nervosa

SOCIAAL-CONSTRUCTIONISME

THERAPIEDOELSTELLING

- Het co-construeren of het naar voor brengen van een **nieuw en meer adaptief beliefstelsel**

THERAPEUTISCHE TECHNIEKEN/INTERVENTIES

- Therapeut neemt een **nieuwsgierige en eerbiedige** houding aan
- Inbreng van de **reflecties van de therapeut en het team**
- **Circulair vragen** om ruimte creëren om nieuwe beliefs te co-construeren
- **‘Interventive interviewing’** via circulaire vragen (Tomm) = iedere vraag wordt gezien als een interventie
- **Strategizing:** een engagement om gericht therapeutische verandering na te streven (verschillende invalshoeken mogelijk) (Tomm); interviewen met duidelijke intentie
- Therapeut lost het probleem op in een **collaboratief/samenwerkings-/dialogiserend gesprek**

TOEPASSING

- Geen specifieke domeinen

OPLOSSINGSGERICHTE THERAPIE

THERAPIEDOELSTELLING

- Het **voorkomen van uitzonderingen** (wanneer het probleemgedrag niet voorkomt) **vermeederen**

THERAPEUTISCHE TECHNIEKEN/INTERVENTIES

- Therapeut neemt een **nieuwsgierige en eerbiedige houding** aan
- **Inbreng van de reflecties** van de therapeut en het team
- **Interventies/technieken:**
 - Doelstelling d.m.v. het gebruik van de mirakelvraag
 - Deconstructie van het probleem
 - Exploratie van de verschillen tussen de problematische en uitzonderings-episodes
 - Schaalvragen omtrent (tussentijdse) verandering en coping
 - Verschillende interventies bij soorten cliënten, i.c.:
 - Complimenteren
 - Observatie-/voorspellingstaak
 - Recreëren van uitzonderingen

TOEPASSING

- Alcohol- en drugsproblemen

NARRATIEVE THERAPIE

THERAPIEDOELSTELLING

- Het **'re-authoring' van persoonlijke narratieven** totdat ze niet langer de persoon doen samenvallen met het probleem, waardoor deze persoon zichzelf terug als competent ziet

THERAPEUTISCHE TECHNIEKEN/INTERVENTIES

- **Not-knowing houding** van de therapeut
- **Interventies/technieken:**
 - Externaliserende conversaties: externaliseren van het probleem ("the person is not the problem" → "the problem is the problem" = personage)
 - Bevraging van vroegere uitzonderingen
 - Eigen competentie verhogen ("thickening the thin plot") generalisatie ('reauthoring conversations')
 - Uitbreiding van het verhaal in de toekomst
 - 'Uitnodigen' van familieleden als buitenstaanders/getuigen ('re-membering', 'outsider witness') en betrekken van de ruime sociale omgeving/maatschappij
 - Invitatie om deel te nemen aan 'bringing-it-back' activiteiten (cliënt kunnen anderen die ook met probleem kampen vertellen over hun aanpak)

STROMINGEN MET DE FOCUS OP CONTEXT EN HISTORISCHE FACTOREN

- **Algemeen:** impact van context modificeren en/of beschermende factoren mobiliseren

MULTIGENERATIONELE EN CONTEXTUELE THERAPIE

THERAPIEDOELSTELLINGEN

- Differentiatie van gezin van oorsprong en het ontwikkelen van een niet-hiërarchische persoon-tot-persoon relatie met de ouders
- Exoneratie (vrijpleiten) van de ouders = helpen begrijpen dat bepaalde familieleden (kwetsende) zaken deden met positieve intenties en/of vanuit bepaalde intergenerationele loyaliteiten
 - Als cliënten dit meer begrijpen zijn ze minder geneigd om ditzelfde kwetsende gedrag te herhalen

THERAPEUTISCHE TECHNIEKEN/INTERVENTIES

- Gezinsleden **vaardigheden aanleren om te komen tot zelfreflectie en tot het reduceren van de emotionele reactiviteit en detriangulatie van emotionele gezins-/familiale situaties** (= verstand gebruiken om de emotionele druk de baas te kunnen)
- **Blootleggen van onzichtbare loyaliteiten en faciliteren van de exoneratie**

TOEPASSING

- Huwelijksproblemen
- Gedragsproblemen bij kinderen
- Multigenerationele patronen van misbruik en geweld

PSYCHOANALYTISCHE GEZINSTHERAPIE

THERAPIEDOELSTELLINGEN

- Faciliteren van het **inzicht in de mutuele projectieve processen** (hoe wil ik dat de andere is? → deels wat ik wil/deels eigenheid partner)
- **Verbeteren van partners hun mogelijkheden om conflict te containen** (= effect van andere op zichzelf en daarover communiceren) **en aan elkaars noden voor autonomie en verbondenheid tegemoet te komen**

THERAPEUTISCHE TECHNIEKEN/INTERVENTIES

- **Partnerrelatietherapie is langdurig; gezinstherapie kan korter zijn**
- **Therapeut is non-directief** en behelst het creëren van een therapeutische ruimte, luisteren, empathie, het gevoel volgen, duiden van weerstand en confrontatie met de basis angst

TOEPASSING

- Huwelijksproblemen
- Rouw

THERAPIE GEBASEERD OP HECHTING

THERAPIEDOELSTELLINGEN

- Partners helpen om een **veilige hechting te ontwikkelen** en hun **huwelijk als een veilige basis te zien** van waar gezinsproblemen een oplossing kunnen vinden
- Gezinnen helpen om **nieuwe scripts en een interactioneel bewustzijn** te ontwikkelen

THERAPEUTISCHE TECHNIEKEN/INTERVENTIES

- Therapie is **kortdurend**
- **Verstoren van negatieve interactiepatronen** door het faciliteren van wederzijdse uiting en aanvaarding van (hechtings)noden en emoties die ‘in de kou staan’
- Gezinnen helpen om **therapeut als een veilige ‘basis’ voor improvisatie te gebruiken**
- **Ouders** helpen **intersubjectiviteit met kinderen** te ontwikkelen

TOEPASSING

- Relatieproblemen
- Kindermishandeling en verwaarlozing
- Gedrags- en emotionele problemen bij kinderen

EXPERIËNTIËLE GEZINSTHERAPIE

THERAPIEDOELSTELLINGEN

- Faciliteren van **duidelijke communicatie, spontaneïteit, expressie van negatieve en positieve emoties, flexibele regels, rollen, niet-rationele speelsheid en persoonlijke groei en zelfverwezenlijking** van de gezinsleden en het ganse gezin

THERAPEUTISCHE TECHNIEKEN/INTERVENTIES

- **Verantwoordelijkheid voor het therapie-proces bij het cliëntsysteem** leggen
- Het **gezin ‘ontmoeten’ op een emotioneel niveau**
- De **persoon van de therapeut gebruiken** om verandering te faciliteren
- Binnen de sessies, gebruik maken van sculpting, psychodrama en andere Gestalt-methoden om de **emotionele expressie en ervaringen** te faciliteren
- **‘Co-therapie teams’**: proces en IP-niveau

TOEPASSING

- Geen specifieke domeinen

PSYCHO-EDUCATIEVE BENADERINGEN

THERAPIEDOELSTELLINGEN

- Systeemleden helpen om **communicatieve, probleemoplossende en copingvaardigheden te ontwikkelen** om om te gaan met ‘zieke’ gezins-/familieleden

- Systeemleden helpen om **emotioneel geladen interactiepatronen te vermijden** (cf. 'expressed emotion')

THERAPEUTISCHE TECHNIEKEN/INTERVENTIES

- Eéng gezins- of meergezins sessies
- Psycho-educatie omtrent ziektemanagement, communicatie, coping en reductie van emotioneel geladen interactiepatronen

TOEPASSING

- Schizofrenie
- Bipolaire stoornis
- Chronische ziekte

ANDERE SYSTEMISCHE BEHANDELINGEN, TECHNIEKEN EN PRINCIPES

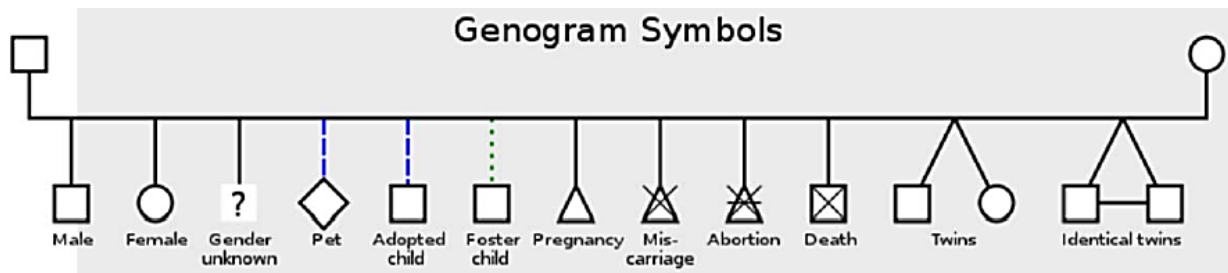
- **Vandaag de dag: integratief, eclecticisch**
 - *Eclectisch*: ideeën uit de verschillende stromingen gebruiken, en interventies opzetten o.b.v. een klinisch oordeel → zo wordt voornamelijk gewerkt vandaag de dag
 - *Integratief*: die rijkdom van verschillende ideeën incorporeren, maar op een meer systematische manier hypothesen formuleren en te werk gaan → veel systematischer
- **Voornaamste interventies/technieken:**
 - Doorbreken van specifieke interactiepatronen
 - Modifieren en verrijken van specifieke belief-systems
 - Verminderen impact van contextuele/historische factoren

BEHANDELING: SYSTEMISCHE INTERVENTIES

- Genogrammen
- Non-verbale interventies
- Rituelen
- (Circulaire) vragen stellen
- Opdrachten
- Focussen en vergroten
- Informeren
- Herkadreren
- Metaforen

GENOGRAM

- Zie eerder en practica!



- **Evolutie van problemen over verschillende generaties** wordt zichtbaar; **belangrijke personen en hun invloed** wordt zichtbaar
 - **Exploring** = transgenerationele invloeden, patronen exploreren, en hun invloed op leven/problemen nu (taxatie; therapie: inzihtsbevorderend)
 - **Reexperiencing** = emoties uitdrukken die verband houden met deze transgenerationele invloeden (pijn, kwetsing, moeilijkheden rond gezin van herkomst, ...) → emoties herbeleven
 - **Reconnecting** = bv. met ouders waarmee men geen contact meer heeft (om loyaliteitsconflicten op te lossen); contact zoeken (therapeut coacht, bereidt voor), brief schrijven, ...
- **Verminderen impact van contextuele/historische factoren** (gaat verder dan de taxatie!)

NON-VERBALE INTERVENTIES

ACTIE-/DRAMATECHNIKEN & CREATIEVE/SPELTECHNIKEN

- Soms nood aan gezien het **werken op interacties (interpersoonlijke ruimte)** **complex** is → gaat men **visualiseren**
- Bij het werken met kinderen of jongeren soms **nood aan 'andere talen'**

ENACTMENT/RE-ENACTMENT

- **3 fasen:**
 - Hulpverlener definieert/selecteert **problematische interactiesequens**
 - Hulpverlener **introduceert enactment** (taxatie)
 - "Bespreek dat nu eens met je dochter"
 - "Kunnen jullie mij eens tonen hoe ruzies bij jullie beginnen, aangepakt worden, ..."
 - "Hoe loopt dat dan, wie begint er, kan je dat eens tonen nu"
 - "Jouw dochter zegt dat je te streng bent, kan je dan eens tonen hoe jij haar toespreekt als ze te laat van een feestje komt"
 - Men observeert wat daar gaande is, wat er gebeurt (cf. taxatie)
 - Hulpverlener leidt het systeem naar **modificatie van interactie (re-enactment)**: in het hier en nu, in de sectie
 - Via kleine veranderingen in de therapieruimte (hier en nu) → nieuwe ervaringen geven (microveranderingen in interacties) → transfer en toename (therapie)
 - "Probeer dit nu een keer te zeggen zonder de hele tijd ..."
 - "Zou het helpen als je ...?" (bv. veranderen van toon)

ACTIE/DRAMATECHNIKEN: SCULPTING

- Gezinsleden maken **fysieke opstelling van gezin** → één iemand (vaak de jongste) krijgt de opdracht om zijn/haar gezin uit te beelden
- Symboliseert **hoe ‘sculpter’ zijn/haar gezinsrelaties ervaart** (nu, vroeger, ideaal, tijdens conflict, ...)
 - “De moeder mag de sculpting starten. Er wordt aan haar gevraagd om een beeld van haar gezin te maken, hoe het nu voor haar voelt. Ze gaat gestrekt op de grond liggen en vraagt alle kinderen op haar te gaan zitten. Vader had ze eerst bij het raam gezet, kijkend naar buiten. ‘Zo voel ik me’, zegt ze benauwd met al het gewicht op haar”
 - “Joost loopt heen en weer tussen de samengestelde gezinnen van zijn vader en moeder die co-ouders zijn. Steeds moet hij zich aanpassen aan de verschillende omstandigheden, en weer andere broertjes en zusjes. Hij begint steeds somberder te kijken tijdens het heen en weer lopen. Na een tijdje gaat hij op de grond zitten, tussen de twee gezinnen in, met zijn hoofd in zijn handen. Er is geen beweging meer in hem te krijgen.”
- **Goede voor- en nabespreking nodig!**
- **Stappen:**
 - Men vraagt gezinsleden om **in stilte hun gedachten/gevoelens te monitoren** als ze ‘gesculpt’ worden (dus: niet direct reageren); daarna mogen ze hun **gedachten/gevoelens/posities bespreken**
 - Men vraagt aan gezinsleden om een **positie in te nemen die zij comfortabeler vinden, hoe zij het graag zouden willen in de toekomst, ...**
 - Men vraagt aan gezinsleden om **veranderingen toe te lichten die zij nodig hebben** om zich beter te voelen → bespreekbaar maken
- Dit vraagt om wat **uit je ‘comfort zone’ te komen m.b.t. verbale technieken** (maar: je moet hiervoor opgeleid zijn! Dit is niet zomaar een rollenspel!)
- “Anne vraagt Tom opgerold op de grond te gaan zitten als een onbeweeglijke, sterke rots. Zelf komt zij in beweging als de branding en loopt onophoudelijk naar de rots toe. Ze raakt hem aan, speelt met zijn haar, loopt hard tegen hem op, maar de rots geeft geen enkele reactie. Na een korte tijd stromen de tranen over haar wangen terwijl ze af en aan blijft lopen.” (taxatie)
- Wat kan het laten verergeren, zwarte scenario: “Anne loopt steeds moedelozer richting rots, uiteindelijk geeft ze op en loopt weg, de ruimte uit.”
- Wat is het gewenste scenario: “Anne loopt richting rots en gaat er rustig tegenaan zitten, de rots ontdooit door de warmte van de rustige aanraking en komt in beweging. De rots vormt rondingen om plezierig tegen aan te leunen”
- Wanneer dit laatste beeld tot rust is gekomen, volgt er een gesprek waarin mensen tot de kern kunnen komen van hun teleurstelling, angsten, verlangens. Vervolgens volgt gesprek over welke stappen er genomen kunnen worden om de verlangde situatie dichterbij te brengen: “Tom legt uit dat hij heus wel in beweging zal komen als ze hem niet de hele tijd zo belaagt, zo bekritiseert. Hij wil haar graag steunen en het samen doen, maar als ze zo op hem timmert, kruipt hij in zijn schulp.”

CREATIEVE/SPEL TECHNIKEN: OBJECTEN – POPPETJES

- **Gestructureerd** (bv. gezinssysteemtest)

- **Niet gestructureerd** (duplo, playmobil)
- Tijdens het ‘spelen’ gaat hulpverlener **vragen stellen over wat er gebeurt, wie er bij is, wat invloed heeft, wat wordt er gedacht, ...** (cf. Wat wordt er niet meer gezien door cliënt?)
- Laat cliënt **praten over de gedachten, gevoelens, interacties en effecten van de “poppetjes” op elkaar, contexten** (taxatie)
- **Kijk samen met cliënt naar het ‘spel’**, geen face-to-face gesprek om ondervraagmodus te vermijden (bv. hulpverlener neemt zelf een poppetje)
- **Veilige/andere manier om over (lastige) dingen te praten**, sommige cliënt praten niet graag/goed, praten zorgt voor impasse en overspoeld geraken
- Poppen scheppen **afstand**: je externaliseert de situatie, je concretiseert, en je plaats cliënten in een reflectiemodus
- **Probleemverkenning (taxatie) + induceren van verandering** (concretiseren, bespreekbaar maken, vaardigheidstraining)
 - Het kan naast taxatie ook gebruikt worden als interventie!
 - *Bv.* kind wordt gepest op school → weerbaarheid verhogen

CREATIEVE/SPELTECHNIKEN: ANIMAL ATTRIBUTION STORYTELLING

- **Cliënt kiest dier ter representatie van elk gezinslid**
- Dan **vertelt cliënt een verhaal** d.m.v. deze dieren
- Ontworpen om **lastige dingen** (geheimen, conflicten) **bespreekbaar te maken of bij moeilijk praten** (kinderen, impasse, ...)
- Voorbeeld:
 - *Sara and Jacob Cohen came to therapy with their daughter Dana (4y) and their son Roy (9y), who was diagnosed with oppositional defiant disorder. Roy was aggressively rebellious, wet his bed, and alternated between depression and angry outbursts in which he said he wished he were dead. He also showed extreme sibling rivalry with his little sister and frequently punched her during arguments.*
 - *Roy entered the office for the first session firmly in his father’s grasp. He’d been crying and was determined not to cooperate. The therapist assured him that he wasn’t going to be forced to do anything and that he didn’t have to participate if he didn’t want to.*
 - *When the therapist introduced the animal storytelling game, she began by asking Dana, the youngest member of the family to begin (to prevent her from copying other family members). “If your mother were an animal, what animal would she be?”*
 - *Dana replied that her mother would be a horse, her father a squirrel, her brother a chicken, and herself a wolf. When asked to make up a story about these animal characters, Dana related the following: “Once upon a time, a horse went to visit his friend the chicken. At the same time, a wolf came to eat the chicken, but the horse saved the chicken. Then the squirrel took the chicken and the horse to visit him under his tree and made the chicken laugh”*
 - *What this story revealed was that four-year-old Dana, who was seen as the good child and her brother’s victim, saw herself (wolf) as an aggressor to her brother (chicken) and as an outsider to the family interaction (not invited to the fun under the squirrel’s tree). Her parents were extremely surprised by this portrayal of the family.*

- When she was asked for an example of acting like a wolf, Dana described when Roy used the computer, she would watch from the door and then “attack” his mouse-using hand and run to her mother. Roy would chase her, “clucking” like a chicken, but he couldn’t retaliate because Dana was protected by mother.
- Roy usually shouted and raged and then got punished, leaving the computer free for Dana to use.
- Here’s Roy’s story: Once upon a time, when an elephant (dad) went for a walk in the jungle, he stepped on a cockroach (Dana). The cockroach got squished, but the elephant did not notice and went on this way. A cat (Roy) came, found the squished cockroach, and thought it was a frisbee. He took it to his friend the dog (mom) in order to play with it. They played frisbee with it until they were tired and threw it back to where the cat had found it. The elephant came back, took the squished cockroach, and ate it. The cockroach recovered and ran around inside the elephant. This tickled him so that he burst out laughing, expelling the cockroach through his mouth so hard that it landed in the same place where he was stepped on before. Then one day, the elephant went for a walk again and stepped on it again.
- Both children’s stories portrayed the father as a disengaged figure –a funny squirrel who appears after the danger is gone and a passing elephant who does damage without even noticing. This picture, which did not match the family’s official version of the father as loving and involved, was also reflected in the mother’s story, in which the father was represented as a mischievous but unapproachable dolphin. The children’s stories helped the parents to see Roy in a different light. They agreed that when Roy started raging, cursing, and throwing things, they would consider it “clucking like a chicken”, and they would keep their distance. Moreover, the parents took the children’s perspectives into account and stopped blaming Roy for all the fights. They decided to enforce equal consequences when the children fought. They were both sent to time out. Roy thought this was fair, and sibling rivalry decreased considerably.

CREATIEVE/SPELTECHNIKEN: TEKENINGEN

- **Materiaal gebruiken in therapie** (klei, tekening)
- **Vaak sterke talen**: vaak ankerpunten in therapie want anders dan praten; vaak gemakkelijker om complexe dingen te verwoorden
- **Doel**:
 - Vanzelfsprekende wegen verlaten (dingen zien die men al lang niet meer ziet)
 - D.m.v. tekeningen verandering op gang brengen: probleem benoemen, externaliseren, er vat op krijgen, ertegen vechten (i.p.v. vechten tegen zichzelf)
- Het **doel staat centraal**, niet het materiaal
- Wordt **vaak niet au sérieux genomen** (het is maar spelen, enkele therapie als je praat, is voor psychiatrie, is voor kinderen, ...)
- **Indien cliënten niet willen heeft dit vaak te maken met opvattingen over therapie** (praten, ernstig, ...) → opvattingen zorgen voor barrières
- **Leg uit aan cliënt wat je ermee wil bereiken** (mensen uitnodigen, je bewust zijn van mogelijke perspectieven hierop)
- Cf. Sabine Vermeire; Interactie-Academie Antwerpen

- **Verschillend van interpreteren van resultaat (tekening, spel, etc.) door hulpverlener als expert** → het is samen spreken, en het spreken over mogelijk maken
 - Want: resultaat is altijd meerduidig:
 - Soms kopie van werkelijkheid
 - Soms verwijzing naar iets in de werkelijkheid
 - Soms verborgen betekenis
- **Opgelet voor:**
 - Zich blootgeven in de 'drive' van het creëren, zichzelf verliezen (in emoties, in schuld, ...)
 - Samen spelen staat los van probleem → duidelijk mandaat om taxatie te doen (niet gewoon met een kind spelen)
 - Sluit niet aan bij cliënt, aanvaardbare omgangsvormen
 - Kunstresultaat belangrijker dan proces
 - Het indringende van beelden (goed onderhandelen wat er gebeurt met de tekening, wat je daarmee gaat doen: in dossier, meenemen, in vuilbak, ...) → zeker als het gaat over heel ingrijpende zaken
- **Voorbeeld:** werken met **externaliserende dialoog** (kan ook d.m.v. tekeningen)
 - *Let us call the force that makes you hit people the Hammerman. Ok? Would you like to draw the Hammerman for me? How does he look like? ...* → kind tekent
 - *What age were you when you first noticed the Hammerman was affecting your life? Did the Hammerman make things between you and your mum/dad/friends/brother/sister/teacher, better or worse? Tell me about a time when the Hammerman was trying to make things between you and mum/dad/... go wrong, and you stopped him. How did you stop the Hammerman, that one time? Who was there? What happened before you beat him? How did you beat him? How did you feel afterwards? What happened then? You have beaten Hammerman that one time.*
 - *Were there others? Because you have beaten the Hammerman, what does that say about you as a person? Does it say that you are becoming stronger, smarter, grown-up? Would you be interested in noticing over the next week how you will beat the Hammerman again? Will you come back and tell me the story about how you beat him again? When you beat him again, you will receive a certificate for beating the Hammerman and copies of this will be sent to a list of people you think should know about your victory. Who will be on that list ...?*

RITUELEN

- Ritueel is een **actiesequens die éénmalig of herhaaldelijk plaatsvindt op een vooraf bepaalde plaats en tijd**
- Rituelen hebben een **speciale, symbolische betekenis en creëren een gemeenschappelijke ervaring** (bv. Kerstmis, kerstboom, kerstmenu → betekenis van samenzijn, harmonie, ...)
- Steeds **min of meer hetzelfde, voorspelbaar** (bv. kledij die men draagt, woorden die gesproken worden, ruimtes die versierd zijn)

SOORTEN RITUELEN

- **Collectieve rituelen** (bv. boom met Kerst, eieren met Pasen) → bijna iedereen doet dit

- **Rituelen die fases markeren in de levenscyclus** (bv. trouwring = ‘eeuwige’ verbondenheid; rijst gooien = symbool vruchtbaarheid)
- **Eigen familierituelen**
 - Dagelijkse routines (bv. slapengaan, begroeten, eetmomenten, ...)
 - Familietradities: vieren/herdenken van gebeurtenissen die belangrijk zijn voor de familie (bv., verjaardagen, huwelijksverjaardagen, overlijden, ...)
 - Viering van collectieve feestdagen of herdenkingsdagen (bv. Kerstmis, Allerheiligen, moederdag...)
 - Rituelen bij overgangen in levenscyclus (bv. huwelijk, geboorte/doop, begrafenis, ...)

FUNCTIE VAN RITUELEN

- **Affirmatie/versterken van relaties**
- **Veranderingen markeren en vergemakkelijken**
- **‘Genezend zijn’** (bv. verdriet/herinnering achterlaten, verlies een plaats geven)
- **Belangrijke waarden/betekenenissen uitdrukken**
- **Viering** (bv. bevrijding, genezing)
- **Intergenerationele functie** (tradities overdragen)

KENMERKEND VOOR RITUELEN

- **Symbolen en symbolische handelingen**
- **Verdwijnen bij trauma, emigratie, crisis, rigiditeit/verplichting, ...**

THERAPEUTISCHE RITUELEN

- **Herstellen van verloren rituelen** (bv. migranten, vluchtelingen)
- **Vormen van nieuwe (beter passende) rituelen** (bv. bi-culturele koppels: Chanuka of Sinterklaas?)
- **Overgangsrituelen** (transities maken: bv. accepteren, vergeven)
- **Afscheids- en rouwrituelen ontwerpen** (herinnering laten gaan)
- **Rituelen die problematische/rigide gedragspatronen/gezinsinteracties blokkeren**
- **Therapie als ritueel**

PROCES VAN HET RITUEEL: 3 FASEN

- **Vorbereiding**
- **Ervaren van het ritueel**
- **Re-integratie in het gewone leven**

VOORBEELD

- “Wanneer duidelijk wordt dat Anna klaar is om het afscheidsritueel te volbrengen maken we een afspraak om naar het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling van Leuven te gaan. Anna vraagt een vriendin en haar huisarts mee als getuigen van het proces (= steunfiguren). Ze vertelt hen over de betekenis van het ritueel en de reden waarom ze hen in het bijzonder erbij wil hebben. Ook de getuigen bereiden zich voor op het ritueel en brengen iets mee dat het proces van Anna zoals zij het beleefd hebben, symboliseert. Een medewerker van het VK heet ons welkom en vertelt over de werking van het centrum en de betekenis van de Golem voor het VK. Voor we naar de Golem gaan doen we samen een openingsronde. Iedereen vertelt wat het betekent om hier persoonlijk en vanuit de functie of rol (vriendin, arts, therapeut, maatschappelijke vertegenwoordiging door VK) aanwezig te zijn bij het ritueel en wat we Anna toewensen. Dan vertelt Anna haar verhaal aan de hand van het ‘rituele doosje’ dat ze maakte. In het doosje zitten allerlei symbolische objecten die ze er één voor één uit haalt en met of zonder woorden betekenis geeft.

Sommige objecten wil ze hier bij de Golem achterlaten, andere geeft ze een plek in haar doosje en zijn waardevol voor haar verder leven.

Ze vraagt hulp aan de getuigen om samen met haar de moeilijke en donkere tijden die nog kunnen komen, het hoofd te bieden. Het bewaken van de hoop en het vertrouwen in de toekomst beseft ze niet alleen te kunnen. De stenen in de buik van Anna’s wolf worden bij naam genoemd, krijgen vorm en betekenis.

Dan gaan we samen naar de Golem. Hij blijkt groter dan we verwacht hadden. Anna kan met moeite aan de klep op zijn borstkas. Zo offert ze het materiaal dat ze wil achterlaten. Het is duidelijk een fysieke maar zeker ook emotionele inspanning. Het afschrikwekkende schilderij van haar vader is te groot en kan niet in zijn geheel in de klep gegoooid worden. Ze moet het letterlijk klein maken, ze verscheurt het en stampt met haar voeten tot het een klein pakje is. Met een grote opluchting verdwijnt het in de buik van de Golem. Wanneer alles geofferd is, staat Anna te trillen op haar benen, ze huult en lacht tegelijkertijd en vraagt een omhelzing van ieder van ons. Samen staan we rond de Golem, de buik is dichtgenaaid, nu nog wachten tot de wolf zal verdrinken. “

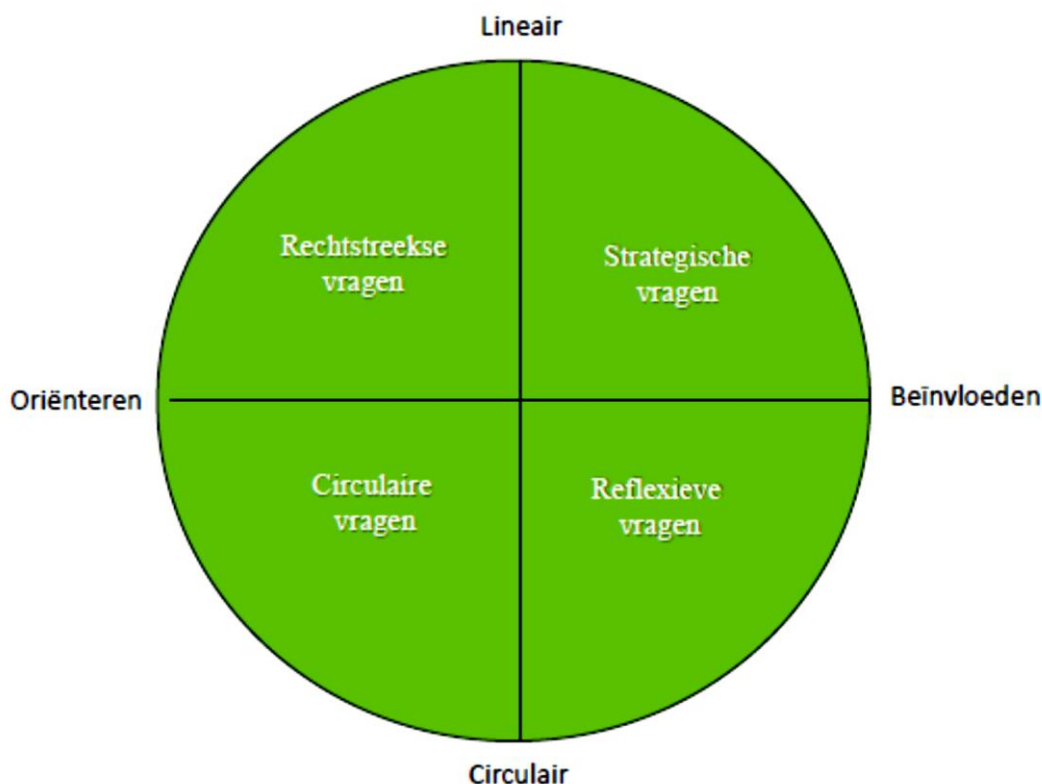
(CIRCULAIRE) VRAGEN STELLEN

- Zie eerder en practica

INDELING VAN TOMM

- **Indeling van Tomm (1992): 4 types vragen gesitueerd op 2 assen:**
 - Variatie m.b.t. **wie de informatie zal gebruiken**: “gericht op oriëntatie (O)” tot “gericht op beïnvloeding (B)”
 - Variatie m.b.t. **lineariteit** (L) dan wel circulariteit (C)
 - Types vragen:
 - Rechtstreekse, directe vragen (L + O)
 - Circulaire vragen (C + O)
 - Strategische vragen (L + B)
 - Reflexieve vragen (C + B)

- **Rechtstreekse vragen:** informatie voor de therapeut, onderzoekend, deductief, inhoudelijk, feitelijk, bedoeld om probleem uit te leggen en duiden vaak iemand/iets aan dat verkeerd is en/of moet veranderen (“wat is het probleem?”; “waarom was jij te laat thuis?”...) (L + O)
- **Circulaire vragen:** informatie voor de therapeut, exploratief, vanuit nieuwsgierigheid, info over interactiepatronen of connecties gezin— buitenwereld (“wat is er anders aan de dagen dat man niet overwerkt?”; “wie begint over het onderwerp school?”; wat gebeurt er voor, tijdens en na het probleem?”) (C + O)
- **Strategische vragen:** suggereren beïnvloeding, opperen mogelijkheden in bepaalde richting (confrontaties), huidig interactiepatroon doorbreken en manier veranderen van met probleem omgaan (“wat zou er nodig zijn om u en uw man op gelijke lijn te krijgen ten aanzien van het ouderschap naar uw zoon toe?”; “wat zou er gebeuren als u het gedrag van uw zoon zou negeren?”) (L + B)
- **Reflectieve vragen:** faciliteren verandering in cliëntsysteem, zonder sturend te zijn, d.m.v. Vragen nieuwe reacties bij systeemleden bewerkstelligen, uitgaand van idee dat het systeem in staat is anders te reageren (neutraliteit) (“als u niet meer zou overwerken, hoe zou het leven er dan uitzien, wat zou anders zijn?”) (C + B)
- **Indeling van Tomm** (1988) in 4 verschillende soorten vragen op 2 assen:
 - Variatie in vragen m.b.t. **wie de informatie als antwoord op vraag zal gebruiken** (continuüm)
 - Gericht op **oriëntatie** (begrijpen, i.f.v. HV)
 - Gericht op **beïnvloeding** (i.f.v. CL)
 - Variatie in vragen m.b.t. het om **lineaire** dan wel **circulaire** informatie gaat
 - **Lineair:** oorzaak – gevolg
 - **Circulair:** alles hangt met alles samen



- **Rechtstreekse vragen**

→ Wat is het probleem?

- **Oriënteren** (voor hulpverlener) en **lineair**
- **Onderzoekend, deductief, rond inhoud en feiten, om probleem uit te leggen**
- Duiden vaak iemand of iets aan dat **verkeerd** is en **moet veranderen** (lineair)
- Bv. “Waarom komt uw man laat thuis van werk?” (veel werk, pas gepromoveerd, komt niet graag thuis,...)

- **Circulaire vragen**

→ Wat zijn de verschillende effecten?

- **Oriënteren** (hulpverlener) en **circulair**
- Circulair (alles is met alles verbonden) => **systemisch denkkader**
- **Exploratief, nieuwsgierigheid therapeut**
- Informatie over **patronen tussen mensen**
- Bv. “Wat is er anders aan de dagen dat uw man niet overwerkt? Wie begint over het onderwerp overwerken? Wat is verschil tussen vroeger en nu?”

- **Strategische vragen**

→ Peilen naar verandering

- **Beïnvloeden** (voor cliënt) en **lineair**
- **Nieuwe mogelijkheden in een bepaalde richting opperen**
- Gaan uit van **oorzaak-gevolg relatie**
- **Suggereren veranderingen** in bepaalde richting
- Bv. “Wat zou er gebeuren, mijnheer, indien U ‘s ochtends vroeger zou beginnen werken waardoor U vroeger thuis zou kunnen komen?”

- **Reflexieve vragen**

- Bedoeling **cliënt te laten nadenken**
- **Beïnvloeden** (voor cliënt) en **circulair**
- **Faciliteren ook verandering, maar zonder richting aan te geven, laten verschillende mogelijkheden open....**
 - => **Neutraal**
 - Zonder richting! Cliënt zelf in staat ander gedrag te bewerkstelligen
- D.m.v. vragen **nieuwe reacties** bewerkstellingen (dus cliënt in staat om anders te reageren)
 - Het is de bedoeling om de mogelijkheid tot verandering meer open te legen
- Bv. “Als u, mijnheer, niet zou overwerken, hoe zou het leven van jullie dan veranderen?”
- Bv. **CL**: “Mijn echtgenoot is een ramp. Hij heeft geen aandacht meer voor me en respecteert me niet. Ik hoop echt dat u hem kunt veranderen nu we samen in therapie gaan, want zo gaat het niet langer. Als hij dat toch eens zou inzien!”
 - Rechtstreekse vraag? Waarom?
 - Circulaire vraag? Wanneer is het begonnen?
 - Strategische vraag? Wat wil je anders?
 - Reflexieve vraag? Zijn er zaken die je al hebt geprobeerd?

OPDRACHTEN

- Vaardigheidstraining en gedragsuitwisseling
- Paradoxe opdrachten (zie eerder)
- Non-verbale opdrachten (zie eerder)
- Monitoringsopdrachten
- Reflectiebevorderende opdrachten

VAARDIGHEIDSTRAINING EN GEDRAGSUITWISSELING

- **Indicatiestelling:**
 - Wanneer **cliëntsysteem gemotiveerd is om te veranderen** (want: je gaat actief en directief met hen om), **elkaar niet beschuldigen** (= collaboratieve modus: probleem als een probleem dat samen moet worden aangepakt), **duidelijk omschreven problemen** hebben (bv. vaardigheidstekort op vlak van communiceren, grenzen stellen, ...), **kunnen samenwerken én flexibel genoeg zijn** om advies op te volgen (want: therapeut zal sturend zijn)
 - Typische problemen: vaardigheidstekort → interactiepatronen doorbreken die het probleem vormen/in standhouden (bv. relatieontevredenheid, gezinsconflict)
- **Voordelen:**
 - **Gevalideerde en goede manier van werken** (cf. evidence-based werken) om een aantal problemen aan te pakken in een bepaalde context
 - **Relatief eenvoudig en vergt weinig creativiteit** van therapeut
 - Kan **geëvalueerd** worden door de therapeut of cliënt (vaak snel korte termijn effect, bv. ruzies die afnemen)
 - **Communicatie als basis van alles!!** Vaak 1^e stap bij aanpak complexere problemen
 - Bv. communicatietraining
 - = basisvoorwaarde binnen koppels en gezinnen

VAARDIGHEIDSTRAINING

- Bij **koppels:**
 - Globale communicatievaardigheden
 - Conflicthantering/problemsolving
- Bij **ouders:**
 - Verandering bij kind door verandering aan te brengen in die aspecten van gezin die invloed uitoefenen op het probleemgedrag
 - Belangrijk bij specifieke klachten zoals: gedragsproblemen, ontwikkelings- en leerstoornissen, misbruik en verwaarlozing, slaap- en eetproblemen, scheiding, nieuw-samengestelde gezinnen → gewerkt aan opvoedingsvaardigheden = positieve interacties tussen ouders en kinderen laten toenemen
 - Oudertraining, 'parent management' (PMTO) en 'family game'
- **Stappen van de training**
 - Instructies geven (papier)
 - Oefenen in sessie (deelvaardigheden)
 - Feedback van de therapeut

- Thuis oefenen (en terug rapporteren in de sessie)

COMMUNICATIETRaining

- **Doelstellingen:**
 - **Leren actief luisteren**
 - Zichzelf op **meer directe manier uitdrukken** zonder defensiviteit (ik-boodschappen)
- **Basisprincipe:** één partner is aan het woord en de ander luistert, dan rolwissel
- Deze training is nuttig (soms ook noodzakelijk), maar **volstaat zelden** → vaak een middel om een ander, lange termijn doel te gaan bereiken

Table 9.2 Guidelines for listening and communications skill

Specific guidelines	General guidelines
<i>Listening skills</i>	Make a time and place for clear communication
Listen without interruption	Remove distractions and turn off the TV
Summarise key points	Discuss one problem at a time
Check that you have understood accurately	Try to listen with the intention of accurately remembering what was said
Reply	Try to listen without judging what is being said
<i>Communication skills</i>	Avoid negative mind-reading
Decide on specific key points	State your points without attacking the other person
Organise them logically	Avoid blaming, sulking or abusing
Say them clearly	Avoid interruptions
Check you have been understood	Take turns fairly
<u>Uitleg; modelling; oefenen</u> <u>(neutraal-conflict topic)</u> <u>sessie/thuis</u>	Be brief
	Make congruent 'I statements'

CONFLICTHANtering

- **Doel:** aanleren hoe conflicten oplossen door directe interactie
- **Basisassumptie:** relatieverval niet door conflict op zich, maar door hoe met conflict wordt omgegaan → het wordt een chronische statie van relatie/gezin (met negatieve affectiviteit)

Table 9.3 Guidelines for problem-solving skills

Specific guidelines	General guidelines
Define the problem	Make a time and place for clear communication
Brainstorm options	Remove distractions and turn off the TV
Explore pros and cons	Discuss one problem at a time
Agree on a joint action plan	Divide one big problem into a few small problems
Implement the plan	Tackle problems one at a time
Review progress	Avoid vague problem definitions
Revise the original plan	Define problems briefly
	Show that the problem (not the person) makes you feel bad
	Acknowledge your share of the responsibility in causing the problem
	Do not explore pros and cons until you have finished brainstorming
	Celebrate success

GEDRAGSUITWISSELING

- **Doel: ratio positief ten aanzien van negatief gedrag veranderen** → want op basis hiervan gaan mensen uitmaken of ze een goede of slechte relatie hebben
- Sociaal-psychologische en gedragstherapeutische principes
- Meer belang hechten aan het gedrag thuis dan in sessie!!!

ILLUSTRATIE MET PRAKTIJKVOORBEELD

- **Sessie 1:**
 - Opdracht 1: “jullie maken elk een aparte lijst met alle gedragingen waarvan jij vermoedt dat de andere graag heeft dat jij die meer of minder stelt” (= ‘beste gok’ partners’ wensen) → hierover nadenken zonder daar met de ander over te overleggen
 - Niet uitproberen (omdat het de creativiteit zou kunnen hinderen)
 - Boodschap = jullie hebben beiden de macht om unilateraal iets aan de relatie te veranderen (≠ slachtoffer van macht van de andere)
- **Sessie 2:**
 - Bespreking wenslijst (verduidelijking)
 - Andere partner moet stil blijven, therapeut kan wel aanvullingen vragen/geven → vraagt een vrij directieve of sturende houding van de therapeut
 - Resultaat = beide partners apart hebben lijst met alle mogelijke gedragingen die ze voor elkaar zouden kunnen doen → alleen al horen of merken dat de ander daarover nagedacht heeft, kan een positief therapeutisch effect hebben
 - Opdracht 2: “kies enkele items uit lijst, niet aan elkaar verklappen welke, voer gedrag uit en monitor de effecten op het geluk van je partner”
 - Expliciet verbod op bespreken lijsten
 - Geen van beiden heeft verplichting, belangrijkste aspect is de keuzevrijheid en de mogelijkheid tot elkaar verrassen
 - Doelstelling = andere gelukkig maken
 - Opdracht schriftelijk meegeven
- **Sessie 3:**
 - Effect meestal onmiddellijk waarneembaar
 - Ingaan op welk gedrag en effecten opgemerkt werden bij de partner
 - Ingaan op de moeilijkheidsgraad van hetgeen geprobeerd/gedaan werd
 - Partner krijgt de mogelijkheid om iets in te brengen (eerste keer!)

VOOR- EN NADELEN

- **Voordelen:**
 - Vlug verandering
 - Partners leren hoe ze hun eigen therapeut zijn (zelf creatief zijn in het bedenken van zaken en in het genereren van alternatieven): heuristisch aanleren waardoor meer flexibel in genereren alternatieven
 - Leren communiceren en onderhandelen
- **Nadelen:**
 - Weinig generalisatie (ze doen wel die opdracht, maar voor de rest verandert er niet zoveel → vraag: wat belemmert de transfer van deze zaken?)

- De gepresenteerde problemen worden niet besproken
- Geen aandacht voor korte termijn-balans positief/negatief gedrag

BEHAVIORAL CONTROL PROGRAMS

- **Doel: alternatieven bieden voor probleem in stand houdende interacties**
 - Bv. interacties tussen ouders en kinderen die leiden tot fysieke mishandeling (en die het gedrag van het kind niet zullen verbeteren)
- **Ouders en kinderen helpen bij het reguleren van “boosheid” = initieel toename agressie, dan stilaan afname = lastig**
 - Steeds in combinatie met interventies die de ouder-kind relatie verbeteren (bv. spel, reward systems, ...) → naast beter disciplineren, betere grenzen, ook kijken hoe ouders de relatie met hun kind kunnen verbeteren! (= geen koude, kille interventie)
 - De afname van het negatieve gedrag komt pas op langere termijn → inbouwen en met ouders/kinderen bespreken dat het lastig zal zijn en ze niet gedemotiveerd moeten geraken

Table 9.5 Guidelines for behaviour-control programmes

Specific guidelines	General guidelines
Behaviour Control Programme	Set out with the expectation that you can teach your child one good habit at a time
Agree on a few clear rules	Build in episodes of unconditional special time into behavioural control programme
Set clear consequences	Frame the programme as learning self-control
Follow through	Involve the child in filling in, designing and using the monitoring chart or system
Reward good behaviour	Monitor increases in positive behaviour as well as decreases in negative behaviour
Use time-out or loss of privileges for rule breaking	Do not hold grudges after episodes of negative behaviour
Monitor change visibly	Avoid negative mind reading
Time-out	Avoid blaming, sulking or abusing
Give two warnings	Ask for spouse support when you feel bad about the programme
Bring the child to time-out without negative emotion	Celebrate success
After five minutes engage the child in a positive activity and praise him for temper control	
If rule-breaking continues, return child to time-out until 30 seconds of quietness occurs	
Engage in positive activity with child and praise for temper control	

BELONINGSSCHEMA'S LEREN GEBRUIKEN

- **Aanleren alternatieve bestraffing = reward systems**

Table 9.4 Guidelines for reward systems

Specific guidelines	General guidelines
Define the target behaviour clearly	Present the reward system to your child as a way of helping him or her learn grown-up habits
Decide when and where the monitoring will occur	All parental figures in the child's network should understand and agree to using the system
Make a smiling-face chart or points chart	Use a chart that is age-appropriate. Smiling faces or stars are good for children and points may be used for adolescents
Explain to the child that they can win points or smiling faces by carrying out the target behaviour	The sooner points are given after completing the target behaviour, the quicker the child will learn
Ask the child to list a set of prizes that they would like to be able to buy with their points or smiling faces	Highly valued prizes lead to faster learning
Agree on how many points or faces are necessary to buy each prize	Try to fine tune the system so that successes are maximised
Follow through on the plan and review it for effectiveness	If prizes are not being won, make the target behaviour smaller and clearer, or the cost of prizes lower, and make sure that all parent figures understand and are committed to using the system
	If the system is not working, do not criticise the child
	Always keep the number of target behaviours below five

Table 12.1 Points chart for an adolescent

For these target behaviours you can earn points	Points that can be earned
Up by 7.30 am	1
Washed, dressed and finished breakfast by 8.15	1
Made bed and standing at door with school bag ready to go by 8.30	1
Attend each class and have teacher sign school card	1 per class (max 8)
Good report for each class	1 per class (max 8)
Finish homework	1
Daily jobs (e.g. taking out dustbins or washing dishes)	1 per job (max 4)
Bed on time (9.30)	1
Responding to requests to help or criticism without moodiness or pushing limits	2
Offering to help with a job that a parent thinks deserves points	2
Going to time-out instead of becoming aggressive	2
Apologising after rule-breaking	2
Showing consideration for parents (as judged by parents)	2
Showing consideration for siblings (as judged by parents)	2
Cash in points for privileges and accept fines without arguing	2

Table 12.2 Adolescents privileges and fines -			
You can buy these privileges with points	Points	You must pay a fine for breaking these rules	Points
Can watch TV for 1 hour	10	Not up by 7.30 am	1
Can listen to music in bedroom for an hour	5	Not washed, dressed and finished breakfast by 8.15	1
Can use computer for 1 hour	5	Not made bed and standing at door with school bag ready to go by 8.30	1
Can stay up an extra 30 minutes in bedroom with light on	5	Not attend each class and not have teacher sign school card	1 per class
Can stay up an extra 30 minutes in living room	10	Bad report for each class	1 per class
Can have a snack treat after supper	20	Not finish homework within specified time	1
Can make a phone call for 5 minutes	10	Not do daily jobs (e.g. taking out dustbins or washing dishes)	1 per job
Can have a friend over for 2 hours	25	Not in bed on time (9.30)	10

→ Als dit op een collaboratieve manier wordt aangebracht, kan dit een zeer effectieve tool zijn om probleemgedrag te doorbreken (dit hoeft geen koude, kille interventie te zijn)

PARADOXALE OPDRACHTEN

- **Doel:** cf. eerder (worden minder en minder gehanteerd, want postmoderne therapeut vinden het niet zo fijn om strategieën achter de hand te houden → verkiezen transparantie)

NON-VERBALE OPDRACHTEN

- **Doel:** cf. eerder: drama, creatieve, bewegingstechnieken: in sessie of als opdracht tussen sessies (bv. tekening maken van gezin → volgende sessie terug rapporteren)

MONITORINGSOPDRACHTEN

- **Doel:** gedragingen van zichzelf en anderen registreren → dan samen leggen
- **Opdracht op zich zet al verandering 'in gang'** (focus change); concretiseren → differentiëren ("ik ben altijd bang" → "in situatie x en y ben ik bang, in situatie z is het minder")
 - Het feit dat mensen bewust worden dat gedrag veranderbaar is, kan er al voor zorgen dat we verandering zien
 - De uitzonderingssituatie grijp je dan aan om te bespreken
- **Praktijkvoorbeeld:**
 - De vrouw zegt: "hij is alleen met zichzelf bezig"
 - Monitoringsopdracht:
 - Vrouw: opschrijven aan welke kleine signalen ze zou kunnen aflezen dat haar man wel om haar geeft
 - Man: opschrijven wanneer hij wel een kleine bevestiging of compliment krijgt van zijn vrouw

- **Effect:** aandacht richten op onverwachte i.p.v. op destructieve interacties → bespreken of we deze ‘uitzonderingen’ kunnen laten toenemen (door veranderingen in denken en gedrag)!

REFLECTIEBEVORDERENDE OPDRACHTEN

- **Doel: bevorderen van reflectie** (inherent aan therapie; inzicht verhogen) → in de psychologie gezien als één van de veranderingsmechanismen
- **Voorbeelden** van reflectiebevorderende opdrachten:
 - Circulaire vraag: zet aan tot denken over relaties, over hoe dingen lopen (‘aha-erlebnis’)
 - Brief schrijven aan overledene, ouder, geliefde (maar: niet opsturen): gevoelens/gedachten krijgen vorm
 - ‘Trots cv’ schrijven over wat gelukt is in leven: focus op sterktes
 - Iets uitzoeken in de familie (bv. waarom is er 10 jaar tijd tussen 2 kinderen) of genogram maken
- **Nieuwe info, inzichten, betekenissen (cf. beliefs) → nieuw gedrag induceren via nieuwe inzichten**

FOCUSSEN EN VERGROTEN

- Zie eerder
- **Focussen:** therapeut maakt een selectie uit die grote hoeveelheid informatie en richt zich daarop op een intensieve wijze om dit verder te exploreren → doel: kijk erop veranderen en gedragssequensen doorbreken
- **Thema keuze impliceert een afweging:** niet te groot (risico: te vaag blijven), niet te klein (risico: cliënt vindt het onbelangrijk) en toch relevant voor de gepresenteerde problemen en de onderlinge interacties (cf. Aponte-video (over gezin met volwassen mentaal geretardeerde dochter): ontbijt → therapeut vergroot deze situatie uit, omdat dit symbool staat voor de gezinsrelaties) (zie voorbeeld onder)
- **Interactie/moment uitvergroten door hierop te focussen → metaforische betekenis van het gekozen thema**
 - Bv. uitzonderingen, demonstratie van vervaagde ouder-kind hiërarchie, ...
 - Doel: dominante beliefs/narratieven doorbreken
- **Voorbeeld:**
 - *Ouders rapporteren dat er niets meer met hun zoon te beginnen is: hij is brutaal, luistert niet, maakt dingen kapot thuis, op school gaat het niet goed, de trainer heeft hem uit de ploeg gegooid, hij zit de hele tijd voor de computer*
 - Thema kiezen ter exploratie: brutaal
 - Wat zegt hij dan, tegen wie, wanneer, ...?
 - Wat heeft iedereen van het gezin daarover te zeggen?
 - Hoe reageert iedereen daarop?
 - Interacties binnen het gezin zullen duidelijk worden
 - Therapeut blijft aandacht van het gezin steeds op deze kwestie richten en op mogelijke alternatieven voor hun gedrag (training) (wijzigen dominant verhaal; (uitzondering?))

- **Minuchin (1973): focussen + ontregelen gezinsinteracties**
 - Gezin waar kinderen niet luisteren en huis op stelten zetten
 - In sessie: moeder is aan het praten, dochtertje neemt ongevraagd een snoepje uit de tas van moeder. Therapeut ziet dit en richt aandacht daar op: hij vergroot moment uit, vanuit zijn hypothese dat er sprake is van zeer gebrekkige grenzen tussen ouder- en kindersubstelsysteem

INFORMEREN

- Zie eerder!
- **Informeren is belangrijk in elke fase!! → transparantie**
- **Psycho-educatie:** het cliëntsysteem informeren m.b.t. het ontstaan, de instandhouding, herval van de problematiek, of ook m.b.t. het vermijden van herval

EVIDENCE-BASED GEZINSTHERAPIE BIJ SCHIZOFRENIE

- **Individueel gezin of in groep**
- **Met of zonder patiënt erbij**
- **Psycho-educatie** (ontstaan, medicatie, stress, herval)
- **Focus op schuldreductie, belangrijke positieve rol** die gezin kan spelen in rehabilitatie patiënt
- **Communicatietraining**
- **Problem-solving skills training**
- **Voorbeeld:** Psychoeducational guidelines for families/friends of schizophrenics: here is a list of things everyone can do to make things run more smoothly:
 - Go slow. Recovery takes time. Rest is important. Things will get better in their own time.
 - Keep it cool. Enthusiasm is normal. Tone it down. Disagreement is normal. Tone it down, too.
 - Give them space. Time out is important for everybody. It is okay to offer. It is okay to refuse.
 - Set limits. Everyone needs to know what the rules are. A few good rules keep things calmer.
 - Ignore what you can't change. Let some things slide. Don't ignore violence or use of drugs.
 - Keep it simple. Say what you have to say clearly, calmly, and positively.
 - Follow doctor's orders. Take medications as they are prescribed.
 - Take only medications that are prescribed.
 - Carry on business as usual. Reestablish family routines as quickly as possible. Stay in touch with family and friends.
 - No street drugs or alcohol. They make symptoms worse.
 - Pick up on early signs. Note changes. Consult with your family physician.
 - Solve problems step by step. Make changes gradually. Work on one thing at a time.
 - Lower expectations, temporarily. Use a personal yardstick. Compare this month with last month rather than with last year or next year.

INFORMEREN BIJ PARTNERRELATIEPROBLEMEN

- **Couple Care:** The Program → mensen kunnen van thuis uit aan hun relatie werken
 - Partners informeren over het ontstaan van relaties, relatieproblematiek, de instandhouding van die relatieproblematiek
 - Communicatie, conflicthantering, intimiteit, ... → vanuit psycho-educatie perspectief: gewoon informeren
 - Vroeger: bv. verloofdencursus
- <http://www.couplecare.info/>

HERKADREREN

- Zie eerder & practica!
- = **Cognitieve shift:** ander perspectief op de klacht (of elkaar) → gedragswijziging
- **Heretiketteren/herkadreren** = betekenis aan klacht hechten die anders is dan betekenis die de cliënt geeft, klachten vanuit ander maar plausibel perspectief zien (cf. constructivisme); andere interpunctie maken (cf. communicatie-axioma's)
- **Normaliseren** is een vorm van herkadreren (abnormaal, pathologisch → normaal) → techniek die vaak ingezet wordt: begrijpbaar/invoelbaar maken van een bepaald gedrag van een persoon in een bepaalde context
 - Bv. Man van 56 jaar wil zeilboot kopen, wil verre reizen maken, verandert van job - → "hij is aan het doorslaan" → "ik wil dromen verwezenlijken"
- **O.b.v. creativiteit/levenskennis therapeut + model** → hier (R&G): systemische en interactionele herkadrering
- **Onmisbaar om met koppels samen aan de slag te gaan!! Essentiële voorwaarde om te kunnen samenwerken!!**

SYSTEMISCHE HERKADRERING

- **Individuele kijk op probleem** (oorzaak probleem = andere, hoe iemand IS = stabiel, verantwoordelijkheid) → **interactionele kijk**
- **Voorbeeld:**
 - Een koppel met relatieproblemen komt op gesprek bij PRT. Elk van hen wil de therapeut ervan overtuigen dat de andere partner ervoor gezorgd heeft dat ze niet meer gelukkig zijn in hun relatie. Zij noemt hem een "egoïst die er nooit voor haar is", hij noemt haar een "veeleisend mens waarvoor hij nooit goed kan doen"
= individuele kijk
 - **Voorgestelde herkadrering:** "jullie zijn het blijkbaar zo oneens met elkaar dat jullie elkaar heel wat verwijten naar het hoofd slingeren en elkaar de schuld geven van de spanningen in jullie relatie. Op basis van wat jullie mij vertellen denk ik dat de voornaamste reden van jullie wederzijdse verwijten en beschuldigingen is dat jullie allebei heel erg ontgoocheld zijn (= gemeenschappelijke interpunctie: partners verbinden in het hier en nu), in elkaar, in de relatie, ... ik krijg de idee dat jullie allebei een heel groot gemis voelen in jullie relatie, namelijk het gemis aan een partner die beantwoordt aan de behoeftes die elk van jullie heeft in de relatie (= begrip, steun, erkenning van het gemis). Jij mevrouw, voelt een gemis aan een

steunende partner die er voor je is als dat nodig is. Klopt dit? U meneer, voelt het gemis aan een partner die waardeert wat u doet voor haar. Klopt dit? Als men in een relatie niet krijgt waar men zo naar verlangt dan geraakt men verbitterd, kwaad, teleurgesteld, bang, ... wat is het bij jullie? Dit kan partners dan aanzetten om uit frustratie te gaan afdwingen waar men denkt recht op te hebben, steun, respect, etc. Zou het kunnen dat dit bij jullie ook zo loopt? En dat die manier van dingen aan elkaar te vragen maar niet te krijgen uitmondt in een gemene ruzie, die steeds terugkeert, en erger wordt. En die jullie uit elkaar drijft, verder en verder. En die jullie kwaad en eenzaam achterlaat....”

→ probleem = ruzie i.p.v. de andere partner → verbindend → samen vechten tegen = vertrekpunt

- **Individueel → interactioneel**
- **Onoplosbaar, stabiel, statisch → wijzigbaar, controleerbaar, hanteerbaar**
- **Negatief → positief (gedrag als inzet: wat wil die persoon met zijn/haar gedrag tonen?)**
 - “Ons kind is een stout kind, het luister niet, het heeft geen respect voor ons”
 - “Uw kind geeft met zijn gedrag dus aan dat het niet akkoord gaat met de regels en grenzen die u oplegt. Zou het kunnen dat uw kind aangeeft dat het misschien meer gebaat is bij een andere aanpak. Zou het kunnen dat uw kind door niet te luisteren aangeeft te willen onderhandelen over de grenzen die u stelt. Misschien is het toe aan meer autonomie? Wat denkt u?”
- **Voorwaarden:**
 - **“The difference that makes the difference”:** niet te groot (verlies van aansluiting) niet te klein (meer van hetzelfde)
 - Bv. verwaarloosd aspect van gedrag, context: is er, is te begrijpen
 - **Steeds effecten checken!** (want: als het niet goed valt of niet geaccepteerd wordt, betekent dat je te snel gaat of het niet goed valt)
- **Doel: veranderen en aanvaarden verschillen**
- **Doel: herkadring als basis voor gemeenschappelijke interpuncties!!!** (essentieel bij werken met systeem; cf. positie 3)
- **Hulpverlener vertaalt hoe elk(e) partner/gezinslid verschillende meningen/manieren van zijn/doen binnenbrengt:** hulpverlener erkent ieders visie, ziet/benoemt het verschil, verbindt (in hun kijk)
 - Individuele interpuncties → gemeenschappelijke interpunctie
- Dit omdat verschillende leden van systeem **vastzitten in zwart-wit discussies/waarheidsgevechten** die samenwerking niet meer toelaten
- Doel is om **inzet van elk te erkennen en hen in coöperatieve positie te brengen** voor problem-solving (voorbereidend werk!), communicatie en elke vorm van vaardigheidstraining → **NOODZAKELIJK!** (als het niet aanslaat/aansluit, moet je je conclusies trekken: dan moet je naar een andere therapievorm, bv. individueel, overgaan)
- **Voorbeeld:**
 - “Er zijn verschillende manieren waarop je een goede ouder kan zijn. Mevrouw ziet dit vooral als thuis zijn bij de kinderen, tijd doorbrengen met hen, hen een warme thuis geven. Dit is inderdaad zeer belangrijk voor kinderen om zich goed te voelen. Meneer zie ik dan weer voor zijn gezin en kinderen zorgen op een heel andere manier. Hij vindt het belangrijk dat er brood op de plank komt, er moet geld verdiend worden.

Kinderen kosten inderdaad veel geld en dat krijg je niet cadeau. Dus wat ik zie is twee zorgende ouders die elk op hun eigen manier zorg dragen voor hun gezin en op hun eigen manier invullen wat “een goede ouder zijn” betekent. Jullie zijn het daar niet over eens, dat is duidelijk. Jullie proberen elkaar te overtuigen van jullie eigen visie op wat een goede ouder is, maar daarbij wordt vaak vergeten dat er meerdere manieren zijn en niet één goede manier om ouder te zijn...”

SPLIT-MESSAGES

- = **Andere manier om nieuwe perspectieven/inzichten binnen te brengen**
 - Je geeft een dubbele boodschap, een boodschap met een aantal elementen die verschillende perspectieven representeren
 - “Enerzijds en anderzijds” → denk daar eens over na: kom uit die zwart-wit visie en denk daarover na
- **Voorbeeld:**
 - *“I’m struck by the fact that there are two different ways of looking at this problem. On the one hand you could say, this problem has been with us for too long. It is really time now to plan a way out of this mess no matter what it takes. On the other hand, you could say: changing our situation, taking on this problem, trying to agree on a plan, and then trying to follow through is going to lead to more fighting, more conflict, more hassle. It is just not worth it. Let’s pull out now to avoid further disappointment. These are two different viewpoints. Both are valid. Between now and the next session you may wish to think about each of these different positions.” Carr, 2006*
 - *“The team was impressed by the strengths with which each of you hold your differing viewpoints on how best to tackle this problem. The team members were, however, divided in their views. Half of the team, like you Mrs xxx thought that this is a situation that requires a softly, softly approach, because they know that in the past your daughter has responded to this and so may do so again. The other half of the team took your approach Mr xxx. They believed that a strict, firm but fair approach was called for. They feared the worst if the problem was not nipped in the bud. However, there was a consensus among all of us, that whichever approach you go for in the end that you will need to agree on it or it will be very confusing for your child.” Carr, 2006*

OBSERVEREN REFLECTING TEAM (ANDERSEN, 1991)

- **Gezin en hulpverlener** (die achter one-way screen zat) **verwisselen van plaats**
- Tijdens de sessie: **gezin krijgt kans om hulpverlener te observeren die over hen praten + hun reacties hierop aan de hulpverlener te geven**
- **Doel:** gezin wordt impliciet **uitgenodigd om alternatieve perspectieven, verklaringen, oplossingen, hantering, ... omtrent hun probleem te overwegen + zien een constructieve manier van omgaan met verschillen** (modelling)
- **Gezinsleden met tegengestelde meningen voelen zich begrepen:** iedereen voelt zich erkend (en apprecieert dat dat er zoveel moeite gedaan wordt om daarover na te denken → meer bereid om bepaalde zaken te overwegen, daaraan te werken)

- Bij gezinnen met veel weerstand tegen veranderen: **bevordert egalitaire relatie tussen cliënt en hulpverlener** → cliënt meer geneigd tot medewerking, openstaan nieuwe ideeën, verandering
- **Reflecting team: belangrijk om de taal van de cliënt te gebruiken, jargon vermijden + respect + empathie bij praten over**
- *Here are some reflections from such practice where a family has a child with a chronic illness.*
- *Team member 1: One thing that went through my mind when I was listening to that conversation is how committed everyone is solving this problem that , on the face of it, seems overwhelming.*
- *Team member 2: It occurred to me how brave xxx was being. Really brave. Having this chronic illness, but just keeping going on. I'm impressed. The idea that being brave and keeping going are the way to do it.*
- *Team member 3: I felt like I could see yyy point of view very clearly. You know, the idea that sometimes it is easier just to turn off. Tune out. As a sort of survival thing. Like, if you let yourself worry about this sort of stuff all the time, then it would be too much.*
- *Team member 4: I was struck by how zzz explained her sense of exhaustion and then linking that to the really busy schedule she has. And then linking that back to the demands of caring for a child with a chronic illness. In all that, I was hearing the need for sharing the load a bit more.*
- *Team member 1: another thing that was really clear to me was the idea that there is a better way to do things. I think that was an idea mentioned by everyone especially xxx. I think these were the main themes that came up for us today. Will we leave it there? The invitation is now for xxx, yyy, zzz, to discuss and reflect on our ...*

HERKADREREN → NORMALISEREN

- **Eigen aan systeemdenken = depathologiserend** (cf. hoop geven, resilience en outcomeonderzoek), **draagkracht vergroten**
- **Klachten zien als “te begrijpen” gevoel, gedrag, cognitie gegeven de situatie/context**
- *Bv. gezinsontwikkeling, transitie ouderschap*
- Leidt tot **onmiddellijke daling spanning** (tgv. inzicht en geruststelling: we zijn niet gek of slecht)
- **Empowerment → effectiever reageren op situaties** (competentie, controle)

METAFOREN

- **Metafoor** (= verhaal berustend op vergelijking; betekenis ene wordt overgedragen op andere) creëert een **symbolische ruimte**: het niet gezegde, onuitspreekbare kan worden gezegd
 - Grote verhalen (vb. sprookjes, bijbelverhaal, ...)
 - Kleine verhalen (vb. anekdotes)
 - Relatiemetaforen (vb. jaloersheid parallelproces broertjes/ouders)
 - Metaforische objecten (vb. voorwerpen zeggen wat iemand voelt/denkt ‘zwarte piet rondgeven’ – blameren; trouwring op tafel leggen – wil scheiden)
 - Creatieve metaforen (vb. sculptuur, tekening, gedicht vertelt verhaal)
 - Taalmetaforen (vb. “jij bent mijn rots in de branding”)
- **Enkel metaforen communiceren indien je denkt dat het constructief kan zijn voor de cliënt**
- **Geïndividualiseerd gebruiken**

- Gebruik **beelden die de cliënt inbrengt** → “beelden” gebruiken om uit te drukken wat je voelt, denkt, ervaart = betekenis te omvatten
 - *Ik krijg er kippenvel van*
 - *Ik heb een krop in mijn keel*
 - *Ik ben verlamd van schrik*
- **Aanbrengen als hypothese** (vrijblijvend/flexibel) → in dialoog met de cliënt komen beelden spontaan naar boven (= metaforen die de therapeut zelf aanbrengt)
 - *Een kikker die zich opblaast, een bezige bij, ...*
 - *Een egeltje dat stekelig is aan de buitenkant maar kwetsbaar aan de binnenkant*
 - *Je hebt het gevoel op het kleine paadje naast de snelweg van het leven te staan*
- **Geen enkele metafoor past 100%**
- **Ga effect na** (ermee verderwerken of achterwege laten)
- Beelden/metaforen zijn **krachtig**
- **Doel: vorm van externaliseren** (afstand, reflectie)

AFSLUITEN EN EVALUEREN VAN DE BEHANDELING

- **Tijd nemen om goed af te ronden, om de behandeling goed af te sluiten**
- **‘Formele’ en ‘informele’ manier van evalueren van de therapeut**
 - Via **gesprek**: einde van de sessie, tussentijds, eindevaluatie = *informeel*
 - **Vragenlijsten**: ratingschalen omtrent therapeutische alliantie, resultaat in termen van veranderingen/verbeteringen, ... (bv. Lemmens, De Corte, Hofstadt, 2015; Duncan et al., 2003; Pinsof et al.) = *formeel*
 - Voorbeeld: Session Rating Scale
 - Manier om meer systematisch te gaan evalueren of hetgeen we doen (het gewenste) effect heeft

“FADING OUT” SESSIONS

- **Proces van ontbinding van therapie** begint van zodra er verbetering wordt opgemerkt (= gedacht in termen van empowerment)
- **Tijdsinterval tussen de sessies wordt dan vergroot** (zo geef je signaal dat je vertrouwen hebt in hun competenties om hun moeilijkheden aan te pakken zonder continue professionele hulp)
- “Op basis van wat jullie doen en zeggen krijg ik de indruk dat de dingen beter gaan. Ik denk dat het nuttig is om te kijken of jullie deze verbetering kunnen aanhouden gedurende een langere tijd. Laten we de tijd tussen de gesprekken misschien wat langer maken, laat ons zeggen drie à vier weken. We kunnen dan daarna bespreken hoe het gelopen is. Wat denken jullie?”

BESPREKING BEHOUD & VERANDERING

- **Mate waarin de therapiedoelen zijn bereikt** wordt besproken wanneer contract rond is of wanneer verbetering merkbaar is

- Wanneer doelen bereikt zijn, worden **opvattingen van cliënt m.b.t. de blijvende duur van deze verandering bevestigd**
- “Denk je dat verbetering x van voorbijgaande aard of van blijvende aard is? Hoe weet je dat het niet zomaar een opflakking is die snel overgaat? Wat zou jou/je man/je moeder/... ervan overtuigen dat de verandering blijvend is? → dit is pure metacommunicatie over het proces: van waar komen we, waar willen we nog naartoe, ...?”
- Vervolgens zal de therapeut **samen met de cliënt een “verhaal” construeren m.b.t. dit veranderingsproces** en dit door het probleem nog eens aan te halen, de formulering, hun vooruitgang in de behandeling en de huidige stand van zaken

HERVALMANAGEMENT

- Cliënt worden uitgenodigd om **stressvolle situaties te bedenken waarin herval mogelijk is**
- Hun **mogelijke negatieve reacties op herval worden besproken + manier waarop ze de dingen die ze in therapie hebben geleerd kunnen gebruiken** om op een productieve manier met dit herval om te gaan → hierdoor niet hopeloos, maar wel weerbaar worden
- **Gebruik metaforen** zoals roken, drinken, nagelbijten om de kans op herval aan te geven
- Eens de cliënt de idee van **“herval is mogelijk”** heeft aanvaard, kan worden gekeken naar **hoe dergelijk herval kan worden voorspeld of voorkomen**
- “Mocht herval zich voordoen, in welk soort situaties zou dit dan allicht zijn? Mocht je een herval moeten voorspellen, naar welke tekenen zou je dan kijken? Op basis van wat je nu weet over het ontstaan van het probleem, hoe zou je kunnen zien dat een herval zich aankondigt?”
- Meestal is het zo dat **herval uitgelokt wordt door dezelfde factoren aan de oorsprong** van het probleem (daarom is een grondige caseformulation/assessment zo belangrijk!), maar **ook een toename van stress** verhoogt de kans op herval (normatieve transities, scheiding, ziekte, verandering in school/werkcontext)
- **Sluit af met vragen over hoe men zal omgaan met herval**
- “Stel dat herval zich voordoet, wat zouden jullie dan doen? Jullie hebben nu een aanpak van het probleem gevonden, stel dat een herval zich voordoet, hoe zou je dan deze aanpak opnieuw aanwenden?”

ONTBINDEN VAN THERAPIE

- Gezien als **episodisch gebeuren eerder dan het einde van de therapeutische relatie** → dit betekent niet dat dit een verbreken is van de therapeutische relatie die wij opgebouwd hebben (“Jullie kunnen me steeds opnieuw bereiken”)
- **Van belang zeker bij chronische problemen**
- **Zorgt er voor dat mensen geen gevoel van “verlaten worden” krijgen**
- **Je kan hiervoor**
 - Een follow-up gesprek in de toekomst plannen,
 - Je kan hen een sessie beloven die ze kunnen krijgen wanneer ze er nood aan hebben, zonder weer op de wachtlijst te moeten
 - Je kan telefonische back-up garanderen (maar: ga daarvoor niet over je grens!) → opletten voor overbetrokkenheid!

- Op deze manier blijven cliënten verbonden met hulpverlening zonder nog te komen consulteren

RECONTRACTING

- In sommige gevallen leidt het **einde van het ene contract tot het maken van een nieuw contract**
- Bv. na PRT maak je een contract met één van beide partners voor individuele therapie → dit hypothekeert natuurlijk wel voor een stuk toekomstige PRT met het koppel

FOUTENANALYSE

- **Als therapiedoelen niet worden bereikt dan is het in het voordeel van de cliënt om niet meer van het zelfde te doen**
 - **Cliënten** worden op die manier **gespaard van het in een therapie blijven** zonder vooruitgang
 - **Therapeuten** gaan **burn-out tegen** die kan optreden na veelvuldig falen
- **Redenen voor therapeutische mislukkingen:**
 - Case-formulation die niet aansloot bij cliënten of die onvoldoende openingen voor verandering inhield
 - Case-formulation zat ernaast en focuste op de verkeerde beliefs, interacties, contextuele factoren; therapeutische alliantie was niet sterk genoeg
 - Therapeut kon niet om met de weigering tot verandering en de daarmee geassocieerde weerstand
 - Tegenoverdracht die ervoor zorgt dat neutraliteit en onpartijdigheid in het gedrang komt
 - Onvoldoende zicht op de context die verhinderend werkte (armoede, sociale perspectieven)
 - ...
 - **Belangrijk:** zicht krijgen op de context en op de risicofactoren, veranderings-belemmerende factoren

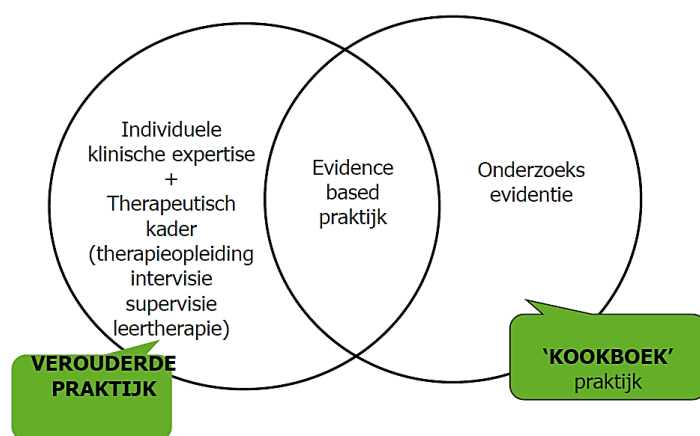
DEEL 4: IS SYSTEEMTHERAPIE EVIDENCE-BASED?

- Luide roep naar 'betere', meer 'efficiënte' therapie
- Maatschappelijke, ethische verantwoordelijkheid om cliënt te voorzien van de beste behandeling
- Empirische ondersteuning van systeemtherapie is noodzakelijk om te overleven in dit evidence-based tijdperk

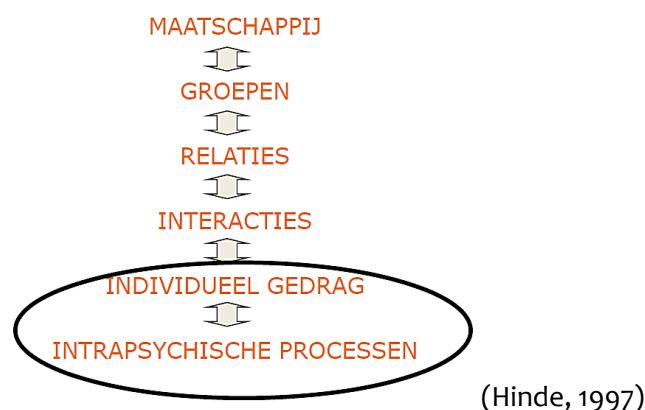
AFBAKENING VAN HET VELD

WAT IS EVIDENCE-BASED PRACTICE?

- Vraagt de integratie van *individuele klinische expertise* met de *beste externe beschikbare gegevens* van systematisch onderzoek (fundamenteel, outcome, procesonderzoek)
 - Externe evidentie kan klinische praktijk informeren, maar kan de klinische ervaring niet vervangen!
 - APA, Evidence based practice in psychology, American Psychologist, Vol 61(4), May-Jun 2006, 271-285.
 - Verhofstadt, De Mol, & Buysse (2008) Verhofstadt, De Smet & Lowyck (2014) Buysse, De Mol, & Verhofstadt (2008 & 2014)



WAT IS SYSTEEMTHERAPIE?



- ST = sociale complexiteit als vertrekpunt

SYSTEEMDENKEN = CONTEXTDENKEN

- Individu en zijn/haar problemen moeten continu gesitueerd worden binnen hun ruimere interpersoonlijke, sociale, & historische context (Fraenkel, 2006)
- Mensen zijn het product van hun context

Gezins-/familierelaties

- Ouders, partners, kinderen (naasten)
- Cliënt wordt **sterk beïnvloed door interacties met gezins-/familieleden** (vice versa)
- Focus van interventies voor veel systeemtherapeuten
 - « Familietherapie »
 - « Gezinstherapie »
- Belang van context kan hier tot herleid worden, maar moet niet (bv. student op kot; MST)

Overige context

- Sociale netwerk (vrienden, collega's, burens, ...)
- Publieke systemen rond individu (school, kinderopvang, CLB, jeugdrechtsbank)
- Groepen, subculturen, sociale klasse
- Maatschappelijke waarden, normen, conventies, sociale perspectieven, « men-denken »
 - Goede ouder? Goede relatie? Goede opvoeding?
- ...

KLINISCHE BELANG VAN CONTEXT

- Fundamenteel onderzoek toont belang contextuele factoren voor functioneren individu, koppel, gezin (cf. R&G studies) → als we dat niet mee opnemen, verwaarlozen we eigenlijk een deel van de determinanten van het gedrag van onze cliënt
- Therapie = 1u/week vs. context = 167u/week → wij zien onze cliënt 1u per week, maar al die andere uren van de week is de cliënt onderhevig aan de invloeden die van zijn context uitgaan
- DUS: deze context in rekening brengen bij assessment, case-formulation, interventies, ... verhoogt de therapeutische impact

→ Context centraal impliceert focus op:

- Interpersoonlijke, tussenruimte, interacties, wat er tussen mensen gebeurt
- Oneindige beïnvloeding (cf. communicatieaxioma 1)
- Circulaire beïnvloeding (vs. lineaire causaliteit)

AFBAKENING VAN HET VELD: SYSTEEMTHERAPIE

- **Systeemtherapie** (ST) = verzamelnaam interventies die:
 - Klachten van de cliënt in kaart brengen in hun context

- **Context** (vaak partner, gezin) **bij behandeling betrekken**
 - **Behandeling** richten op **interacties**
- Omvat relatietherapie, gezinstherapie, ouderschapstraining, multi-systeemtherapie, ...

LAATSTE 10 JAAR BINNEN SYSTEEMTHERAPIE: TWEE TRENDS

- **Bij therapeuten: populariteit van narratieve/sociaal-constructionistische benaderingen**
 - = gebaseerd op **postmoderne ideologie** ('onderzoek is eigenlijk niet relevant, want het zegt niets over deze specifieke cliënt die voor ons zit')
 - = geleid tot **creatieve manier van therapie**
 - = maar benadrukt uniciteit cliënt en ziet onderzoek dat op zoek gaat naar gelijkenissen over cliënt/koppels/families heen als irrelevant → het negeren van wetenschappelijke kennis is even pretentius als wetenschappelijke kennis als alomvattend/dominant te beschouwen
- **Bij onderzoekers:** ontwikkeling van rigoureuze wetenschappelijke evaluatie van therapie-manuals, gebaseerd op structurele, strategische, en cognitief gedragstherapeutische perspectieven (= minder narratief-dialectisch perspectief); toename van onderzoek naar koppel-/gezins(dis)functioneren
 - = gebaseerd op **positivistische ideologie**
 - = geleid tot **"evidence base" voor ST**

KLOOF ONDERZOEK-PRAKTIJK

- Tot eind jaren 1980 deed men **niet de moeite om grote aantal ST perspectieven te onderzoeken** (cf. door charismatische personen ontwikkeld)
- Veel van het onderzoek heeft **geen enkele impact op de dagdagelijkse praktijk** van systeemtherapeuten ("irrelevant en onbegrijpbaar" Verhofstadt & De Mol, 2015, symposium BVRGS) → naast wetenschappelijke publicaties is het belangrijk om de resultaten ook te gaan vertalen naar tijdschriften voor professionals
- **MAAR:**
 - **Globale tendens richting "evidence based practice"** in vergelijking met vroeger: toename aantal/kwaliteit van evaluaties ST
 - **Internationaal: druk binnen gezondheidszorg** om prioriteit te geven aan "evidence based" interventies (terugbetaling!)
- **Onontkombare competitie voor beperkte financiële middelen → essentieel voor ST:**
 - Om **goed op de hoogte te zijn van de beschikbare evidentie** voor hun therapievorm (want die is er)
 - **Evidence-based practices in hun klinisch werk te integreren** (in postmoderne therapeutische attitude)
- **Meta-analyses/reviews bevestigen dat ST voor veel individuele/relatieve klachten/problemen bij kinderen/volwassenen effectief is** (Sprenkle, 2002& 2012; Pinsof & Wynne, 1995)
- Shadish & Baldwin (2003): review van 20 meta-analyses van ST voor brede range aan kind/volwassenen problemen
 - Gemiddelde effect size na therapie = .65
 - Gemiddelde effect size na 6-12m = .52

→ Gemiddelde cliënten in behandelgroepen deden het beter op KT en LT dan 71% van de cliënt in de controlegroepen

- **Kosten-effectiviteit** (Crane & Christenson, 2012): ST reduceert kosten gezondheidszorgen; vaak kosten- effectiever dan individuele therapie

→ **ST werkt, en dit kunnen we aantonen aan beleid, zorgmanagers, ...**

EN NU?

- Echter, **dergelijke “globale” conclusie** (‘het werkt’) is **weinig informatief** voor dagdagelijkse praktijk van R&G therapeut (→ research-informed practice)
- **Nood aan kennis over welke “specifieke” ST-interventie meest effectief is bij specifieke problematiek**

WAT WERKT BIJ WELKE PROBLEMATIEK?

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Verplichte literatuur (cf. slides)• Carr (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems, JFT, 36, 107-157.• Carr (2014). The evidence base for couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult- focused problems, JFT, 36, 158-194.• Links naar treatment manuals, protocollen• Update van Carr (2000 a&b); Carr (2009 a&b) |
|---|
- Gebaseerd op **zeer uitgebreide literatuursearch** naar ST bij range aan kind/volwassen problematieken (t.e.m. juli 2013)
 - Databases (Psycinfo, Medline), family therapy journals, mental health journals, textbooks over evidence-based practice, ...
 - Meta-analyses en systematic review papers → hiertoe beperkt
 - RCT studies + uncontrolled studies

SYSTEEMTHERAPIE VOOR PROBLEMEN BIJ KINDEREN

- **Slaapproblemen, eetproblemen, hechtingsproblemen**
 - 25-30% van de kinderen
 - Impact op gezinsfunctioneren & kinderontwikkeling (Zennah, 2012)
- **Mishandeling/verwaarlozing**
 - 10-25% van de kinderen (Stoltenborgh et al., 2011, 2012, 2013a&b)
 - Negatief effect op psychologische ontwikkeling kinderen (Myers, 2011)
- **Seksueel misbruik**
 - 1-20% van de kinderen
 - Negatief effect op psychologische ontwikkeling kinderen
- **Gedragsproblemen**
 - ODD, pervasieve CD, ADHD, druggebruik (1-24%) (Merikangas et al., 2009)
 - KT: schoolse, emotionele, relationele problemen
 - LT: problemen op volwassen leeftijd (Pliszka, 2008)

- **Druggebruik**
- **Emotionele problemen:** angst, depressie, rouw, bipolaire stoornis, suïcidepoging
 - Impact op kinderen en hun gezin
 - Hinderen schools functioneren en contacten peergroup
- **Somatische problemen:** enuresis, encopresis, recurrente buikpijn, astma, diabetes
- **Psychose**
- **Belangrijk!!!**
 - Bij ouders met psychiatrische problemen → 1/3 van hun kinderen krijgt ook psychische problemen
 - Huil-/eet-/slaap-/hechtings-/gedragsproblemen
 - Vaak reeds preventief begeleiding opzetten, om te kunnen interveniëren bij ernstige slaap-, eet-, ... problemen

SLAAPPROBLEMEN

- **Family-based behavioral programs** effectief bij in-/doorslaapproblemen (Hill, 2011)
- **Centrale therapeutische methode:** elke poging in de richting van het gewenste gedrag moet worden geprezen
- **Ouders gecoacht/geleerd om adequaat/constructief met hun kind om te gaan:**
 - Dagslaapjes kinderen te verminderen
 - Positieve bedtijd routines te ontwikkelen
 - Contact met kind beperken indien wakker
- **Family-based en farmacologische interventies** (tranquillizers) hebben beiden **effect op KT** (Mindell et al., 2006; Ramchandani et al., 2000)
- **Enkel family-based interventies hebben positief LT effect**
- **Kortdurende therapie** (max. 15 sessies; 3 à 4 maanden)
- **Ambulante behandelprogramma's volstaan**

EETPROBLEMEN

- Voedsel weigeren, niet zelf willen eten, braken, niet willen slikken → **inhuus, calorietekort**
- **Family-based behavioral programs**
 - Ouders bekrachtigen eten, verhinderen op een consequente manier ontsnappen aan voedingssituatie, negeren onaangepaste voedingsresponsen, voedings-situatie aangenaam maken
 - Effectief in verbeteren van eetproblemen en gewichtstoename (e.g., Sharp et al., 2010)
- **Kortdurende therapie** (max. 15 sessies; 3 à 4 maanden)
- **Ambulante behandelprogramma's volstaan**

HECHTINGSPROBLEMEN

- **Onveilige hechting is risicofactor voor psychisch/relatieel welzijn op KT/LT** (Madigan et al., 2013; Fearon et al., 2010; Dozier et al., 2008)

- **Korte, gestructureerde interventies** (thuis bij verzorgers/ouders) gericht op **verhogen parental sensitivity** bij ouders (geen brede scope, maar focus op één aspect): ouders leren kinderen op borst dragen, in armen nemen voor lange tijd, herkennen/interpreteren/adequaaf beantwoorden signalen van distress bij kind
- **Interventie intensiteit aanpassen aan kwetsbaarheid gezin**

METHODES

- **Werkboek** (psycho-educatie)
- **Video-modelling:** ouders leren skills door bekijken videoclips met (on)responsief oudergedrag, kindgedragingen
- **Video feedback:** ouders leren skills door videotapes van henzelf met hun kinderen te bekijken
- **Directe coaching:** ouders worden direct gecoacht in skills mv. 'oortje', therapeut achter one-way screen

! HIGH RISK FAMILIES !

- Bovenstaande interventies volstaan niet voor heel problematische families → intensievere therapie (ook individueel met de ouder(s) zelf) nodig!
- Ouders met moeilijk verleden, veel actuele stressoren, weinig support, geweld, ...
- **Intensieve, LT family-based interventies nodig:** inclusie van psychotherapie voor ouder gericht op oplossen ambivalente gevoelens t.a.v. ouderschap/kinderen (cf. gegeven achtergrond van moeilijke kindertijd en actuele stress)
- **Wekelijkse interventie** (eventueel thuis) **gedurende 1 à 2 jaar**
- Lieberman & Van Horn, 2005

FYSIEKE MISHANDELING/VERWAARLOZING

COMPLEX PROCES (ETIOLOGIE)

- **Kind met bepaalde karakteristieken die hem/haar kwetsbaar maakten voor mishandeling** (jonger dan 5 jaar, ontwikkelingsachterstand, ziekte = veel zorg en aandacht !!; moeilijk temperament, agressief gedrag = moeilijk bij te sturen)
- **Kwetsbare ouder:** misbruikte ouder, psychologische problemen, beperkte skills = uit balans, emotieregulatie, beperkte draagkracht
- **Context:** veel stress, partnerrelatieproblemen, weinig steun, ...
- **Gedragspatroon** (typisch):
 - **Kind doet iets**, bv. roepen, niet eten, liegen, ... wat door ouders als zéér aversief en intentioneel ervaren wordt ('mijn kind doet dit opzettelijk om mij als ouder te laten falen')
 - **Fysieke straf volgt**
 - **Letsel groot** omwille van woede en gebrek aan inhibitie
 - Bv. telefoon gaat, moeder neemt op, kind weent:
 - *Kind van 8 maand wil moeder expres verhinderen om met haar zus te bellen*

- Kind van 8 maand was geschrokken van geluid telefoon en ontgoocheld omwille van moeders exclusieve aandacht die verdween

GRONDIGE ASSESSMENT VEREIST = MAATWERK

- Zicht krijgen op elk van deze factoren + aangrijpingspunt voor interventie
- Bron: Carr, 2008

Table 10.1 Schedule for a comprehensive family assessment package for use in cases of physical child abuse

Subsystem	Assessment procedures
Child	Individual <u>interview</u> with child (if the child is old enough) to assess personal strengths and resources (including assertiveness) and his or her account of the abusive incident, perception of all relevant risk factors, and wishes for the future
Parents	Individual <u>interviews</u> with parents to assess acceptance or denial or responsibility for abuse, parenting skills and deficits, personal resources and problems, reconstruction of the abusive incident, and perception of all relevant risk factors
Parent-child interaction	Parent-child <u>interaction observation</u> sessions to assess positive aspects of parenting and risk factors associated with parent-child interactions A sample session of treatment to assess responsiveness to behavioural coaching in supportive play, use of reward systems and non-violent behavioural control methods
Marital couple	Marital <u>interview</u> to assess marital risk factors especially joint communication and problem-solving skills for dealing with childcare issues and conflict management A sample session of treatment, to assess couples' responsiveness to coaching in joint communication and problem-solving skills for managing childcare issues
Family accommodation	<u>Visit</u> to family residence to assess crowding, hygiene, safety of the home for the child and opportunities for age-appropriate cognitive stimulation and play
Role of extended family	Individual <u>interviews</u> with other members of nuclear and extended family to assess their acceptance or denial of the abuse, their perception of risk factors, their reconstruction of the abusive incident (if appropriate), their childcare skills and deficits Joint interviews with extended family and nuclear family to observe quality of their relationship to nuclear family and assess potential for support

Subsystem	Assessment procedures
Role of other involved professionals	Individual <u>interviews</u> or written reports from other involved <u>professionals</u> in child protection, social services, health, education, and justice to obtain their expert view of risks and resources within the family and their potential future involvement in supporting the family or providing services Joint interviews with other community-based resource people, such as the foster parents with whom the child is temporarily based, home-help, befriender, leader of mother and toddler group, director of nursery or day-care facility, etc. to observe relationship to parents and assess potential for supporting the family in future

- **Grondige assessment: gestructureerd - minstens 6 maand**
 - **Gericht op specifieke problemen in relevante subsystemen:**
 - Gericht op kind (posttraumatische adjustment)
 - Gericht op ouders (ouderschapsvaardigheden + **ouderbegeleiding/ouderschaps-ondersteuning waarbij de ouder en zijn last centraal staat!**)
 - Gericht op familie/netwerk (sociale steun)

COGNITIEVE-GEDRAGSMATIGE GEZINSTHERAPIE

- **16 sessies**
- **Ouders en kinderen helpen bij het reguleren van 'boosheid' = behavioral control programs/ time-out → alternatieven aanbieden voor probleem-instandhoudende interacties**
 - **Initieel toename agressie**, dan stilaan afname = lastig
 - Steeds in combinatie met interventies die **ouder-kind relatie verbeteren** (bv., spel, reward systems, ...)
- **Communicatie en problem-solving treatment: partners leren met eigen conflict om te gaan i.p.v. op kind te projecteren**
 - Aanpak problemen kinderen vraagt **sterke alliantie ouders; consensus** m.b.t. huisregels, opvoeding, ...
 - NIET MOGELIJK zonder communicatie/ problem-solving skills (is vaak zo in multi-problem gezinnen)
 - Andere interventies niet mogelijk; is in veel multi-problemgezinnen zo
 - **Alternatieven aanbieden** voor probleem-instandhoudende interacties
- **Aanleren alternatieve bestraffing = reward systems**
- Carr, 2008; Kolko et al., 1996, 2002; Rynyon et al., 2013

Table 9.5 Guidelines for behaviour-control programmes

Specific guidelines	General guidelines
Behaviour Control Programme Agree on a few clear rules Set clear consequences Follow through Reward good behaviour Use time-out or loss of privileges for rule breaking Monitor change visibly Time-out Give two warnings Bring the child to time-out without negative emotion After five minutes engage the child in a positive activity and praise him for temper control If rule-breaking continues, return child to time-out until 30 seconds of quietness occurs Engage in positive activity with child and praise for temper control	Set out with the expectation that you can teach your child one good habit at a time Build in episodes of unconditional special time into behavioural control programme Frame the programme as learning self-control Involve the child in filling in, designing and using the monitoring chart or system Monitor increases in positive behaviour as well as decreases in negative behaviour Do not hold grudges after episodes of negative behaviour Avoid negative mind reading Avoid blaming, sulking or abusing Ask for spouse support when you feel bad about the programme Celebrate success

Table 9.2 Guidelines for listening and communications skills

Specific guidelines	General guidelines
Listening skills Listen without interruption Summarise key points Check that you have understood accurately Reply Communication skills Decide on specific key points Organise them logically Say them clearly Check you have been understood Allow space for a reply Outline; modelling; oefenen (neutraal-conflict topic) sessie/thuis	Make a time and place for clear communication Remove distractions and turn off the TV Discuss one problem at a time Try to listen with the intention of accurately remembering what was said Try to listen without judging what is being said Avoid negative mind-reading State your points without attacking the other person Avoid blaming, sulking or abusing Avoid interruptions Take turns fairly Be brief Make congruent 'I statements'

Table 9.3 Guidelines for problem-solving skills

Specific guidelines	General guidelines
Define the problem Brainstorm options Explore pros and cons Agree on a joint action plan Implement the plan Review progress Revise the original plan	Make a time and place for clear communication Remove distractions and turn off the TV Discuss one problem at a time Divide one big problem into a few small problems Tackle problems one at a time Avoid vague problem definitions Define problems briefly Show that the problem (not the person) makes you feel bad Acknowledge your share of the responsibility in causing the problem Do not explore pros and cons until you have finished brainstorming Celebrate success

Table 9.4 Guidelines for reward systems

Specific guidelines	General guidelines
Define the target behaviour clearly	Present the reward system to your child as a way of helping him or her learn grown-up habits
Decide when and where the monitoring will occur	All parental figures in the child's network should understand and agree to using the system
Make a smiling-face chart or points chart	Use a chart that is age-appropriate. Smiling faces or stars are good for children and points may be used for adolescents
Explain to the child that they can win points or smiling faces by carrying out the target behaviour	The sooner points are given after completing the target behaviour, the quicker the child will learn
Ask the child to list a set of prizes that they would like to be able to buy with their points or smiling faces	Highly valued prizes lead to faster learning
Agree on how many points or faces are necessary to buy each prize	Try to fine tune the system so that successes are maximised
Follow through on the plan and review it for effectiveness	If prizes are not being won, make the target behaviour smaller and clearer, or the cost of prizes lower, and make sure that all parent figures understand and are committed to using the system
	If the system is not working, do not criticise the child
	Always keep the number of target behaviours below five

Table 12.1 Points chart for an adolescent

For these target behaviours you can earn points	Points that can be earned
Up by 7.30 am	1
Washed, dressed and finished breakfast by 8.15	1
Made bed and standing at door with school bag ready to go by 8.30	1
Attend each class and have teacher sign school card	1 per class (max 8)
Good report for each class	1 per class (max 8)
Finish homework	1
Daily jobs (e.g. taking out dustbins or washing dishes)	1 per job (max 4)
Bed on time (9.30)	1
Responding to requests to help or criticism without moodiness or pushing limits	2
Offering to help with a job that a parent thinks deserves points	2
Going to time-out instead of becoming aggressive	2
Apologising after rule-breaking	2
Showing consideration for parents (as judged by parents)	2
Showing consideration for siblings (as judged by parents)	2
Cash in points for privileges and accept fines without arguing	2

Table 12.2 Adolescents privileges and fines			
You can buy these privileges with points	Points	You must pay a fine for breaking these rules	Points
Can watch TV for 1 hour	10	Not up by 7.30 am	1
Can listen to music in bedroom for an hour	5	Not washed, dressed and finished breakfast by 8.15	1
Can use computer for 1 hour	5	Not made bed and standing at door with school bag ready to go by 8.30	1
Can stay up an extra 30 minutes in bedroom with light on	5	Not attend each class and not have teacher sign school card	1 per class
Can stay up an extra 30 minutes in living room	10	Bad report for each class	1 per class
Can have a snack treat after supper	20	Not finish homework within specified time	1
Can make a phone call for 5 minutes	10	Not do daily jobs (e.g. taking out dustbins or washing dishes)	1 per job
Can have a friend over for 2 hours	25	Not in bed on time (9.30)	10

OUDER-KIND INTERACTIE THERAPIE

- Chaffin et al., 2004; Timmer et al., 2005
- 6 sessies: **verhogen van motivatie** ouders om in **ouderschapstraining** (leren over kindontwikkeling, ouderschapsvaardigheden, hoe kan je kinderen aanpakken) te gaan
- 7 sessies: **live coaching** van ouders-kinderen in **positieve kindgerichte interacties** (bv. samen spelen, kind dat weent troosten, leuk slaapritueel)
- 7 sessies: **live coaching** van ouders-kinderen in “**disciplineren**” (time-out)

MULTI-SYSTEEMTHERAPIE (PRINCIPES ZIE VERDER BIJ CD)

- **Gezins/netwerkbijeenkomsten**: sociaal, professioneel (verhogen sociale steun, hulp inschakelen, zelfhulpgroep, isolatie doorbreken ouders en kinderen, baby-sitting, ander huis zoeken)
- **Herkaderen van interactionele patronen**: gedrag kind interpreteren op empathische, positieve manier i.p.v. negatieve intentionele manier
 - *Bv. telefoon gaat, moeder neemt op, kind weent:*
 - Kind van 8 maand wil moeder expres verhinderen om met haar zus te bellen
 - Kind van 8 maand was geschrokken van geluid telefoon en ontgoocheld omwille van moeders exclusieve aandacht die verdween
- **Opdrachten gericht op wijzigen van interactiepatronen**
- **Beperkte case load** (4 tot 6 gezinnen)
- Henggeler et al., 2009; Brunk et al., 1987

BELANGRIJK: FAMILY-BASED & GESTRUCTUREERD

- **Minstens 6 maanden**
- Gericht op kind (posttraumatische adjustment)

- Gericht op ouders (ouderschapsvaardigheden)
- Gericht of familie/netwerk (sociale steun)
- **Grondige assessment**
- (Chaffin et al., 2004; Edgeworth et al., 2000; mcdonald, 2001; Tolan et al., 2005, ...)

SEKSUEEL MISBRUIK

COMPLEX PROCES (ETIOLOGIE)

- **Pleger** komt in situatie waardoor hij geprikkeld wordt en denkt over misbruik
- **Pleger:** ziet misbruik als emotioneel congruent ('het is niet erg, het kan, het mag, ...'), is geprikkeld door kinderen, vaak geen partner, geen skills voor het uitvoeren van niet-coërcieve seks (seks heeft voor hen altijd te maken met een zekere dwang → sociaal-relatieel deficit!), zelf vaak slachtoffer geweest (seks niet goed 'geleerd' → slachtoffer wordt dader), ...
- **Pleger creëert situatie waar belemmeringen worden weggewerkt:** kind met weinig supervisie, sociale isolatie, kind geen steun van niet-misbruikende ouder, minimaliseert schuld/angst om betrappt te worden/impact op kind, drugs/alcohol, kind belonen/beloven/bestrafen/bedreigen

GEZINSFACTOREN GEASSOCIEERD MET SEKSUEEL MISBRUIK

- **Gedesorganiseerde gezinnen:** weinig controle, beperkte afgrenzing, iedereen in gezin weet het, meerdere kinderen misbruikt, ouder terroriseert gezin, ...
- **Overgeorganiseerde gezinnen:** strikt geheim, één kind, vaak gevolg van relatieproblemen, seksuele dissatisfactie in relatie
- In beide gevallen **geen protectieve of supportieve relatie** tussen kind en niet-misbruikende ouder → het kind kan daar niet op terugvallen, wordt niet beschermd

TRAUMAGERICHTE COGNITIEF-GEDRAGSMATIGE GEZINSTHERAPIE

- Leenarts et al., 2012; Deblinger et al., 1996
- Met **kinderen** (individueel - groep; 5 à 8 kinderen; 12 sessies)
- Met **niet-misbruikende** ouder (individueel - groep)
- **Ouder-kind sessies**
- **Pleger** (individueel - groep)
- **Kinderen:**
 - Omgaan met misbruik-gerelateerde herinneringen (van dissociatie naar integratie)
 - **Dissociatie:**
 - Bewustzijn wordt veranderd t.g.v. grote spanning en angst → misbruiksituatie wordt losgekoppeld van gewone bewustzijn, alsof misbruik zich afspeelde met andere persoon
 - Splitsing in verschillende bewustzijnstoestanden en gebrek aan verbinding tussen ene en andere bewustzijnstoestand → kind

ontwikkelt twee bewustzijnsvormen (bv. wat wordt ervaren in de ene toestand, kan niet zomaar worden ingevoerd in de andere toestand)

- Het niet voelen, jezelf in trance brengen → niet geraakt kunnen worden = veilig = overlevingsmechanisme (kunnen we niet zomaar afnemen! Wel kind leren op een andere manier met die angst – die van existentiële aard is – en spanning om te gaan)
 - Relaxatie
 - Aanleren van assertieve en zelfbeschermingsvaardigheden (afgrenzingissues)
 - Bespreken van victimisatie (positief zelfbeeld ontwikkelen; ze zijn wél iemand met waarde, geen gebruiksvoorwerp, empowerment)
 - Gesproken rond seksuele ontwikkeling, want hebben ook de zaken ‘fout geleerd’ (ongepast seksueel gedrag)
 - Leren omgaan met intense emoties (ervaren, leren plaatsen, bestaansrecht geven) → opdat men niet meer in de dissociatie, automutilatie of somatisering zou terecht komen
- **Niet-misbruikende ouder** (en kinderen):
 - Ontwikkeling van steunende en protectieve relatie met kind (want kind heeft nood aan steunfiguur!)
 - Ontwikkelen van support netwerk voor henzelf
 - Omgaan met gevoelens van schuld, schaamte, woede, ...
- **Pleger:**
 - Leeft niet meer in gezin (tot voldoende protectie; minstens 1 jaar, als het nog haalbaar is; vaak enkel nog bezoek door pleger, onder supervisie)
 - Volgt therapie (ontkenning doorbreken, volledige verantwoordelijkheid nemen voor misbruik, nieuwe levenswijze ontwikkelen zonder misbruik (hervolpreventie)
 - Leren hoe respect en vergeving t.o.v. kind te krijgen
 - Eigen misbruik bespreken
 - Relatieproblemen bespreken

BELANGRIJK

- Goede assessment
- Werken met gezin
- Werken met aparte subsystemen
- Min. 6 maanden
- Beperkte case load

GEDRAGSPROBLEMEN

OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER

- **Negatief, agressief en opstandig gedrag** (driftbuien, spreekt vaak volwassenen tegen, weigert vaak aan verzoeken of regels van volwassenen te voldoen, irriteert vaak met opzet andere mensen, legt de schuld van fouten en ongepast gedrag vaak bij anderen, is vaak lichtgeraakt of snel geïrriteerd door anderen, vaak kwaad of verongelijkt)

- Meer dan bij leeftijdsgenoten en kinderen in dezelfde fase van ontwikkeling
- Veroorzaakt duidelijk lijden in de sociale omgang, op school
- **ODD in stand gehouden door:**
 - **Kindfactoren:** zelfregulatieproblemen, moeilijk temperament
 - **Contextfactoren:** beperkte ouderschapsvaardigheden omwille van psychologische problemen, middelen misbruik, beperkte kennis over kinderonwikkeling, criminaliteit, veel partnerconflict, partnergeweld, chaotische gezinsorganisatie, ...
- Kinderen hebben **last met reguleren van sterke negatieve emoties en hebben nood aan zeer consistent ouderschap + warmte om hun negatieve emoties te sussen** (supportive family climate !!!)
- **Therapie op beide set van factoren gericht !**
- **Heel veel onderzoek** (> 100 studies; bv. Michelson et al., 2013; Comer et al., 2013; Leijten et al., 2013; Serketich et al., 1996; mcart, 2006)
 - ➔ **Parent training:** heel effectief voor kinderen (verbetering 60- 70% kinderen) én ouders (parental adjustment)
 - = **Ouders helpen om vaardigheden** (Patterson et al., 2010) **te ontwikkelen om:**
 - Frequentie prosociaal gedrag verhogen (aandacht hebben voor, bekrachtigen)
 - Frequentie antisociaal gedrag verlagen (negeren, time-out, contracten)
- **Technieken:**
 - **Video-modelling:** ouders leren child-management skills door het bekijken van video clips met (on)succesvol oudergedrag
 - **Video-feedback:** ouders leren child management skills door videotapes van henzelf met hun kinderen te bekijken
 - **Immediate feedback:** ouders worden direct gecoacht in child-management skills d.m.v. 'oortje', therapeut achter one-way screen
 - Bv. Webster-Stratton et al., 2010; Zisser & Eyberg, 2010
- **Kinderen:** therapie gericht op **reguleren van eigen emoties, sociale problem-solving** (bv. Kazdin, 2010)
- **Bijkomende modules** (stressmanagement, parental support) gericht op **specifieke kwetsbaarheden bij ouders** (beperkte steun, stress door armoede) **verhogen effectiviteit** substantieel (Reyno & mcgrath, 2006; Thomas et al., 2007; Zisser et al., 2010; Sanders et al. 2010)
- **Belangrijk:**
 - Parent training
 - Simultane kind therapie
 - Bijkomende ouder therapie indien geïndiceerd (assessment)
 - Min. 6 maanden
 - 10-20 sessies per module

ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)

- **Persistente overactiviteit, impulsiviteit, aandachtsproblemen**
= grotendeels **constitutioneel bepaald** (Thapar et al., 2013)

- Dus: **ST slechts deel van multi-modale programma's met farmacologische component** (bv. Dupaul et al., 2012; Hinshaw et al., 2007)
- **KT effecten**: vnl. t.g.v. medicijnen
- **LT effecten**: vnl. t.g.v. ST (gezinnen, scholen, ouders en kinderen); effect medicatie neemt af over de tijd (bv. Swanson et al., 2009) → er moet daar een alternatieve, niet-medicamenteuze behandeling naast staan, willen we het effect op lange termijn gaan behouden
- **Multi-modale programma's**
 - **Medicijnen**
 - **Gezinstherapie** (samenwerking ouders in opvoeding, warme/supportieve gezinsrelaties, duidelijke communicatie; duidelijke en flexibele regels en routines; duidelijke hiërarchie)
 - **Parent training** (Lee et al., 2012; Rajwan et al., 2012)
 - **Gedragprogramma's op school voor kinderen** (idem thuis; contacten ouders-school)
 - **Coping skills training voor kinderen** (omgaan met aandachtsproblemen, impulsiviteit, agressie, overactiviteit)
- **Belangrijk**:
 - Multimodale programma's
 - Focus op gezin, school, kind
 - Medicijnen
 - Min. 6 maanden
 - Daarna multi-disciplinaire begeleiding bij transities

PERVASIEVE GEDRAGSPROBLEMEN IN DE ADOLESCENTIE (CD)

- 1/3 van de kinderen met gedragsproblemen ontwikkelt conduct disorder = **persistent patroon van antisociaal gedrag in gezin en gemeenschap**
- **Zelf-regulatie problemen, gebrekkige ouderschapsvaardigheden, extrafamiliale factoren** (deviante peer group, veel stress, weinig steun, lage SES, sociale isolatie) als determinanten (Murrihey et al., 2010)
- **Gezinstherapie effectief** (bv. reduceert opname in instellingen, kans op recidive) (meta-analyses: Baldwin et al., 2012; Wollfenden et al., 2002)
 - Functionele familie therapie (FFT)(Alexander et al., 2013)
 - Multi-systeem therapie (MST)(Henggeler et al., 2010)
 - Pleegzorg
- **Chronic care model** (episodisch interventies over lange tijd heen) zijn **beter/effectiever dan een acute care model** (bv. opname en dan niets meer) → **het is belangrijk om als hulpverlener op continue basis aanwezig te zijn, zodat men kan ingrijpen wanneer nodig**
- **Aangepast aan complexiteit en ernst probleem** (continuüm van zorg)!
- **9 maanden + intensieve nabehandeling**
- **Individuele therapie met jongere** (cf. MST)
- **Contacten met netwerk** (leraars, maatschappelijk werkers, ...) om zorg te coördineren (cf. MST)
- Besparing per case = 40,000 dollar (bijzondere jeugdzorg & slachtofferhulp)

- **Belangrijk:**
 - **Continuüm van zorg:**
 - FFT (30 sessies, 6 maanden)
 - MST (20u/maand, 6 maanden)
 - Treatment foster care (1 jaar)
 - **Supervisie + beperkte case-load**

FUNCTIONELE FAMILIE THERAPIE (FFT)

- Begin '70 ontwikkeld (Alexander; Sexton)
- Voor **gezinnen met jeugdige delinquenten**
- Als **alternatief voor bestaande meer individueel gerichte interventies** (toen gezinnen van jeugdigen met gedragsproblemen gezien als ongemotiveerd en niet bereid tot meewerken aan gedragsverandering)
- **Essentieel:** het gezin is de cliënt en niet enkel de jongere met gedragsproblematiek
- **Uitgangspunt** = veel gedragsproblemen dienen een *relationele functie*
 - *Reguleren van relationele connectie:* onafhankelijkheid, autonomie, afstand vs intimiteit, interafhankelijkheid te regelen
 - *Reguleren van relationele hiërarchie:* machtsverhoudingen in gezin te regelen
- **Doel** = probleemgedrag vervangen door niet-probleemgedrag dat dezelfde functie vervult
- Wekelijks
- 8-30 sessies over 3 tot 6 maanden
- **Cognitieve, structurele, strategische basis**
- **Uitgangspunt** = door een verandering aan te brengen in de wijze waarop het gezin met elkaar omgaat, met elkaar problemen oplost en conflicten hanteert, neemt het probleemgedrag van de aangemelde jeugdige af, evenals eventueel reeds aanwezig of te verwachten toekomstig probleemgedrag van andere kinderen in het gezin
- **Duidelijke fasering** die de therapie structureert (behandelprotocol met een duidelijke fasering)
 - Therapeuten focussen op fase-gebonden uitkomsten in de context van complexe gezinsproblematiek
 - Elke fase bevat specifieke doelen, interventietechnieken en therapeutische vaardigheden die nodig zijn voor succes
 - **3 fasen:**
 - Verbindings-/motiveringsfase (essentieel!)
 - Gedragsveranderingsfase
 - Generalisatiefase

Verbindings- en motiveringsfase

- **Doel** = **begrijpen/doorbreken weerstand** (tegen de hulpverlening) **binnen gezin** (motiveren gezin voor gedrags-verandering), WANT: complete uitputting (het enige dat men eigenlijk wil, is dat de adolescent opgenomen wordt ⇔ complexe interpersoonlijke beïnvloeding binnen het gezin)

- **Via aanwezige machteloosheid verminderen** (niet afgeschrikt, niet negeren) + **omzetten in betrokkenheid/motivatie**
 - Gezinnen uitgeput → “neem hem in individuele therapie, fix it”
 - Empowering: we gaan het samen doen!
- **Via herkadrenen probleem van intra- naar interpersoonlijk, gemeenschappelijk**
- **Herkadrenen:**
 - **Invoegen en benadeling oppakken:** “je hebt het gevoel dat hij/zij altijd al zichzelf in nesten heeft gewerkt, en dat is inderdaad lastig. Ik merk dat je heel bang bent dat hij/zij in de gevangenis zal terecht komen. Daarom probeer je hem/haar steeds opnieuw te overtuigen van jouw mening.”
 - **Herkadrening:** “Op die manier komen jullie heel vaak in conflict. Jullie weten allebei heel goed wat jullie willen. Jij wil dat hij naar je luistert en de regels volgt. Hij wil meer zelfstandig zijn. De uitdaging is om samen te zoeken naar manieren waarop dit kan. Voor jou om nog steeds als gezinshoofd te worden gerespecteerd en voor hem om zich volwassen te gaan gedragen en zich ook naar de huisregels te schikken”
 - **Check effect**
 - **Thema: zoeken naar autonomie, grenzen, ...**
 - **FFT herkadreningen** (Gordon, 1995)
 - Child problem behaviours to be reframed to parents:
 - Sibling conflicts: seeking attention, kids are bored, or jealous not doing homework: too difficult, child lacks confidence, low on priorities, embarrassed to ask for help, peers pressure child not to do homework
 - Child talks back to parent: need for independence, child showing they can think on their own, practicing their debating skills, may be imitating an argumentative parent
 - Child curses parent: does not know how to put their feelings into words, wants some space or privacy, seeks attention, imitation of others in the family who curse, immature impulse control
 - ...
 - Parent behaviours to be reframed to children:
 - Parent nags children to be more responsible: wants them to succeed later, may have unrealistic expectations for child's maturity or age, wants children to feel sense of pride
 - Parent is uninvolved with children: parents needs space, is under pressure, parent does not know how to be involved without being controlling (did not learn how from own parents), respects children's privacy
 - Parent yells at children: parent is tired or frustrated, parent cares too much, takes their job to give guidance and teach maturity too seriously, has learned that yelling works to get things done
 - Parent hits children: does not know other methods, believes children need spanking, parent is frustrated and does not know how to put their feelings into words, learned this from their parents and never questioned it
 - Marital conflict: parents unaware it is upsetting to children and not paying attention

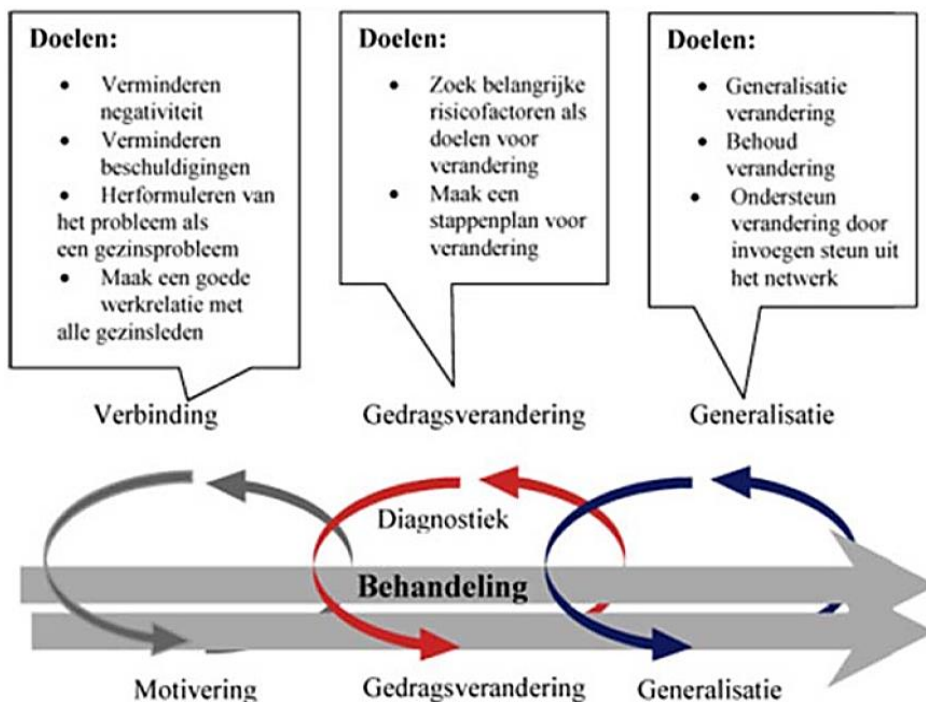
- Parent is overly controlling: parent tries too hard to make sure child is safe or behaves properly, learned this from their parents, parent is too attached to child, cares too much, parent has hard time trusting
- Parent calls child names: temper control problems, hopes to shock child into behaving well, learned to do this growing up
- **Gezamenlijke formulering van een gezinsthema**, waarbij voor alle gezinsleden duidelijk is welke bijdrage zij kunnen hebben in het zodanig met elkaar omgaan dat dit leidt tot een vermindering van het probleemgedrag van de jongere → collaboratieve modus
- **!!! Met alle gezinsleden een gelijke verbinding aangaan + erkennen in positieve intentie**
- **Beschuldigingen nemen af** (werk motiverend, hoopgevend)

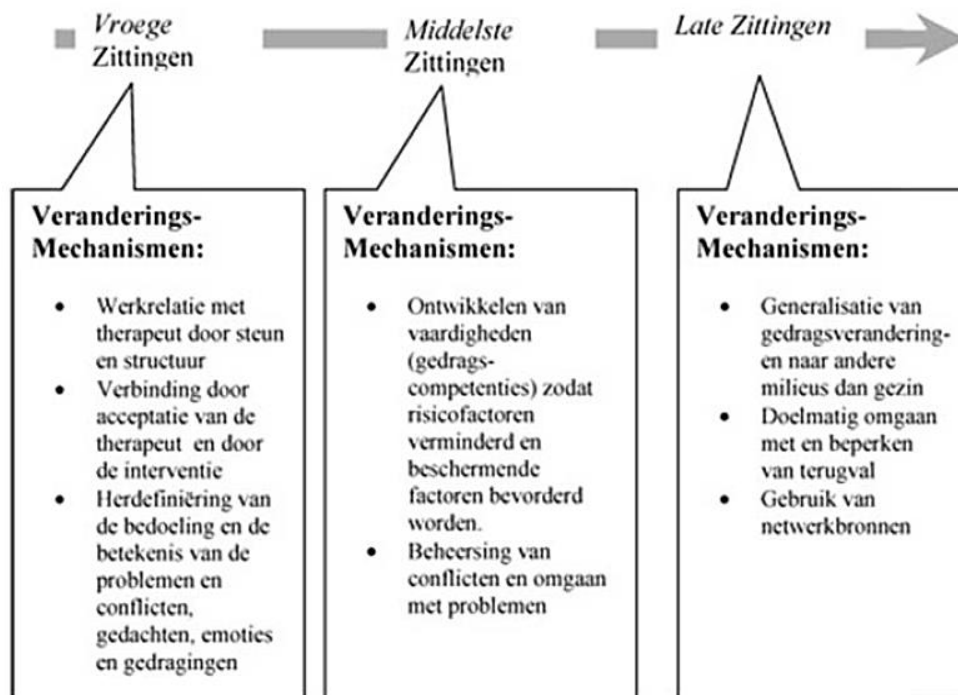
Gedragsveranderingsfase

- **Vaardigheden leren** aan alle gezinsleden, die aansluiten bij het aandeel dat zij hebben in de omgang met elkaar
- Communicatievaardigheden, probleemoplossende vaardigheden, conflicthanteringsvaardigheden, opvoedingsvaardigheden
- **Gedragsverandering nastreven die haalbaar is** voor het gezin in zijn geheel

Generalisatiefase

- **Uitbreiden** van aangeleerde vaardigheden van gezin in hun geheel naar terreinen buiten gezin zoals school
- **Vorbereiden** van het gezin op het omgaan met nieuwe problemen
- **Gezin toegang verschaffen tot andere voorzieningen/hulpbronnen** die gezin nodig heeft (binnen eigen familie- of vriendenkring, of andere vormen van hulpverlening of ondersteuning die nog nodig zijn)





• Gordon (1995) – Case example

Larry is a 16-year-old referred for family therapy by the juvenile court following his third theft, as well as gang fights after school, as an alternative to institutional placement. Mr. G, Larry's father, is physically disabled and stays home where he does household chores. Mrs. G. works in a paper plant. They also have a daughter, Heather, 14 years old.

Two therapists recently trained in the FFT model meet with most of the family weekly in the family's home. Over three sessions, their assessment of the family reveals that **communication** is defensive with much blaming and little listening. Family members **believe the worst of each other's motives** and small problems don't get resolved, often escalating into severe conflict after which one person leaves the house. Larry is frequently criticized by both parents, often for his temper. He seeks distance from his mother but wants contact with his father. Both parents want distance from Larry. They often pick at him until he loses his temper and leaves to be with his delinquent friends.

Heather is her father's favorite, and reliably gets both parents' attention by tattling on Larry. Her poor compliance with chores and homework is not noticed by Mr. G. and is only sporadically targeted for criticism by Mrs. G. Mr. G. Loosely monitors the children while Mrs. G. is at work, and does not carry out Mrs. G.'s restrictive policies with either child. The children have no input into rules or consequences, and the parents complain of irresponsible academic, peer, and sibling behavior.

During the therapy phase, covering much of the next five sessions (as well as part of the first three sessions), the family's resistance to each other and to the therapists is lessened through **reframing and pointing out strengths**. The therapists explained how each family member unwittingly got locked into defensive patterns, and how the parents' lack of appropriate behaviors was partly a result of their own parents' teaching. Larry's motives for acting-out with his friends, seen by his parents as lack of respect for them, was portrayed as seeking approval-from peers- that he was missing at home, and as wanting his parents to be proud of his independence and ability to make decisions that weren't disastrous. Mr. G.'s distancing of Mrs. G. was relabeled as respecting her need for privacy after a tiring day at work.

Deel 4: Is systeemtherapie evidence-based?

Heather's tattling on Larry was relabeled as her desire for her parents' approval and to get Larry's attention. Mr. G's not carrying out mom's restrictive policies with the children was relabeled as not wanting to hurt his relationship with the children. The presence of family conflict was repeatedly tied to poor communication skills and the lack of a specific conflict resolution plan rather than ascribing them to negative personality traits and motives of family members.

The education phase, covering most of the next four sessions, included teaching and prompting the parents to use reinforcement (verbal, granting privileges) for the children's compliance. Larry was also taught stress reduction techniques such as taking a walk outside when he noticed that he was getting angry, telling himself that he was strong enough to withstand provocation by immature peers, and taking several deep breaths while telling himself that he could keep his "cool". Heather agreed to report only on Larry's improved behavior (thereby allowing her to continue to get parental attention). Mr. G. relayed these messages to Larry via notes placed on his bedroom door, allowing him to maintain his distance from Larry. Family members practiced active listening and "I" messages during therapy sessions and also with weekly homework assignments (which they completed about 50% of the time).

The therapists structured a **problem-solving format** for the family to follow and led them through several rehearsals. The family worked out a contract on their own between sessions, which were spaced out to twice per month in preparation for termination. In their contract, Larry agreed to report to Mr. G. when he was going to be late coming home from school and Mr. G. agreed to refrain from criticizing Larry when he brought his friends home. Improved homework and chore compliance led to Larry's being allowed to have friends stay overnight, which increased the supervision he received from his parents.

With the decrease in conflict, Mrs. G. And Mr. G. spent more time discussing improvements and started some family activities, such as trips and renting movies selected by all. Two follow-up therapy sessions four weeks and three months after termination revealed minimal conflict and confidence that the family could resolve future problems on their own.

MULTI-SYSTEEM THERAPIE (MST)

- [Www.mst-nederland.nl](http://www.mst-nederland.nl)
- Henggeler et al.
- Gebaseerd op **sociaal ecologisch model** = **verschillende** systemen (gezin, school, buurt, peergroep) **beïnvloeden elkaar voortdurend**
 - Gedrag kan alleen begrepen worden als het wordt **bestudeerd in de natuurlijke omgeving** van de persoon
 - Probleemgedrag jongere **in stand gehouden door recursieve interacties** tussen jongere en zijn context (dus interacties doorbreken)
- **Cognitieve, structurele, strategische basis** → veel ruimer dan FFT
 - **Gezinstherapie** (om gezinsfunctioneren te verbeteren)
 - **Individuele skills training adolescent**
 - Study skills → academic achievement
 - Zelfregulatie van angst, depressie, agressie
 - Social skills → andere peers
 - **Interventies met school, netwerk** (empoweren key figures om problemen aan te pakken)
 - Regelmatige gezins-/individuele sessies (thuis), sessies op school/netwerk

- 3-6 maand; 5 cases/therapeut (is weinig, maar wordt verklaard doordat die mensen 24/7 beschikbaar zijn)
- 24/7 beschikbaarheid bij crisis
- Bespaart 60,000 dollar/case aan plaatsing, jeugdrechtsbank, slachtofferhulp!!!
= belangrijke kosteneffectiviteit!

De 9 MST behandelingsprincipes

De complexiteit van de problemen van de jeugdigen en hun gezinnen vergt grote flexibiliteit in de opzet en uitvoering van de interventies in de praktijk. Om die reden wordt MST uitgevoerd aan de hand van negen behandelprincipes. Ze zijn bedoeld om MST in de praktijk goed te kunnen uitvoeren. Hieronder volgt een korte samenvatting van de negen MST principes (uit: Kavelaars en Van Geffen, nog niet gepubliceerd). Voor uitvoerige bespreking wordt verwezen naar Henggeler e.a. (2009).

Principe 1: Hoe past het gedrag/probleem in de omgeving, wat is de 'fit'?

- Het primaire doel is het vinden van de fit tussen het probleemgedrag van de jongeren en de omringende systemen. Er wordt gezocht naar de functie van het probleemgedrag van de jongere. Vervolgens ontwikkelt de therapeut samen met het team en de supervisor testbare hypothesen over de behoeften van het systeem aan de hand van concrete en meetbare factoren.
- *Voorbeeld:* de therapeut tekende fitcirkels voor de rollen die school, ouders, vrienden, buurt en individuen hadden met betrekking tot elk van de gedragsproblemen waarvoor Rick was doorverwezen

Principe 2: Interventies zijn positief en gericht op sterke punten van het gezin

- Therapeuten benadrukken in hun analyse en gesprekken de positieve en sterke punten van het gezin. Interventies die het minst overhoop halen, hebben vaak het meest blijvende effect. Dit vergt sensitiviteit van de therapeut. Er wordt gezocht naar de manieren waarop het gezin gewoonlijk de problemen oplost. Daarnaast wordt geprobeerd de belemmeringen die succes in de weg staan weg te nemen, in plaats van het gezin een nieuwe onbekende manier van doen aan te leren.
- *Voorbeeld:* de therapeut bespreekt meneer Wouters' toewijding aan zijn zoon en de behoefte van Rick om zijn respect te verdienen zodat ze gemotiveerd aan de interventies mee zullen doen

Principe 3: Interventies versterken verantwoordelijk gedrag van gezinsleden waardoor onverantwoordelijk gedrag wordt verminderd

- Interventies in een MST behandeling zijn gericht op het bevorderen van verantwoordelijk gedrag tussen gezinsleden. Onverantwoordelijk gedrag wordt ontmoedigd. Aan het begin van een behandeling worden alle personen in kaart gebracht die invloed hebben op het gedrag van een jongere. Elke persoon wordt ondersteund bij het nemen van meer verantwoordelijkheid ten aanzien van het gedrag van de jongere. Er wordt geen verantwoordelijkheid bij de jongere weggenomen. Het uitgangspunt is dat het leven van de jongere leuker moet worden als hij zich verantwoordelijk gedraagt, en minder leuk als hij zich onverantwoordelijk gedraagt. Er wordt gewerkt met dagelijkse bekrachtigers van het gedrag, en minder met wekelijkse of maandelijkse bekrachtigers.

- Voorbeeld: de overkoepelende doelen van de MSB behandeling waren erop gericht dat Rick naar school ging, zou stoppen met drugs en zich zou houden aan zijn vaders regels. De interventies moesten er ook voor zorgen dat meneer Wouters een effectievere ouder werd

Principe 4: Interventies zijn gericht op het hier en nu, op actie en helder gedefinieerd

- Interventies in een MST behandeling zijn gericht op het hier en nu. Ze zijn actiegericht en pakken goed gedefinieerde problemen aan. Omdat MST een op gedrag gebaseerde methodiek is, wordt er met observeerbare en meetbare doelen gewerkt. Alle betrokkenen weten wat er door wie, wanneer gedaan wordt. De behandeldoelen worden zo geformuleerd dat een therapeutische verandering makkelijk te volgen is.
- Voorbeeld: de behandeldoelen waren duidelijk gedefinieerd en konden objectief worden gemeten door bijvoorbeeld aanwezigheidslijsten op school en urinetesten. De therapeut richtte zich met de interventie op factoren die de huidige situatie konden aanpakken, zoals ouderlijk toezicht in plaats van eerdere gebeurtenissen zoals Ricks boosheid over zijn moeders afwezigheid

Principe 5: Interventies zijn gericht op gedragsreeksen

- In een MST behandeling wordt onderzocht welke opeenvolgingen van gedragingen aan het probleemgedrag voorafgaan. Een behandelingsinterventie wordt gericht op een zo vroeg mogelijk punt in de gedragsreeks. Een opvallend specifiek kenmerk van MST is de aandacht voor transacties tussen systemen die in verband worden gebracht met de geïdentificeerde problemen, bijvoorbeeld de 'empowerment' van de ouders om de jongeren uit deviante peergroepen los te weken en contacten met prosociale leeftijdgenoten te bevorderen.
- Voorbeeld: de therapeut stelde dat de slechte relatie thuis-school werd veroorzaakt door interacties tussen vader en zoon (onvoldoende toezicht, ruzie), vader en school (vader vermeed school; school heeft zich een negatief beeld gevormd over vader) en de jongere en school (geen goed toezicht op de jongere op school; jongere gaf onjuiste informatie aan vader). Vervolgens ontwikkelde de therapeut interventies gericht op elk van deze interacties

Principe 6: Interventies sluiten aan bij het niveau van de ontwikkeling en komen tegemoet aan de ontwikkelingsbehoeften van een jongere

- Een MST interventie moeten passen bij het ontwikkelingsniveau van de jongere in de behandeling. In de adolescentie wordt een jongere steeds meer onafhankelijk van het gezin, en meer betrokken bij leeftijdgenoten. Jongeren met gedragsproblemen verkeren vaak in een omgeving van jongeren die een negatieve invloed hebben op hen. Een van de belangrijkste doelen is een jongere te leren vriendschappen te ontwikkelen met positieve leeftijdgenoten, en te onderzoeken wat een dergelijk doel in de weg staat. De aard van de interventies binnen een gezin hangt dus af van het ontwikkelingsniveau van een jongere en zijn ouders. Interventies bij kinderen of vroege pubers zijn meer gericht op een toename van controle door de ouders. Interventies bij een adolescent zijn meer gericht op het leren nemen van zelfstandige besluiten, waarbij de jongere ondersteund wordt door bijvoorbeeld een ouder.
- Voorbeeld: het gedragsplan van de jongere omvatte beloningen en consequenties die aansluiten bij de belevingswereld van adolescenten, zoals muziek, videospelletjes, mobiele telefoongebruik, vervoer, eten en geld

Principe 7: Interventies worden zo opgezet dat de gezinsleden dagelijks of wekelijks een voortdurende inspanning moeten leveren

- Voortdurende inspanning van de gezinsleden bevordert hun betrokkenheid bij de behandeling. Door te werken met kleine tussenstappen zorgt de therapeut ervoor dat de deelnemers elke dag succes boeken op weg naar de overeengekomen doelen. Dit heeft als voordeel dat problemen sneller worden opgelost omdat de betrokken personen er actief aan werken en iedereen gericht blijft op het resultaat. Het wordt direct opgemerkt wanneer iemand achterblijft of zich niet verbindt met de behandelplannen. Interventies die dagelijkse feedback vragen zijn bijvoorbeeld het uitvoeren van huishoudelijke taken door de jongere, het monitoren hiervan door de ouders en het toepassen van passende consequenties door de ouders. Interventies die minder frequent worden toegepast zijn bijvoorbeeld een ouder/kind weekend om de relatie te verbeteren.
- *Voorbeeld:* het dagelijkse thuis-school rapport en het gedragsplan thuis, vereiste een dagelijkse inspanning van de jongere en de ouder

Principe 8: Interventies zijn geschikt voor evaluatie en verantwoording

- De werkzaamheid van interventies wordt vanuit verschillende invalshoeken geëvalueerd. Therapeuten hebben de verantwoordelijkheid om belemmeringen die succes in de behandeling in de weg staan weg te nemen. Iedereen levert een bijdrage aan de ontwikkeling van interventies en de definitie van het resultaat. De MST therapeut onderzoekt of betrokkenen consistent zijn in hun beoordeling van de vooruitgang en of iedereen in staat is de nieuwe strategieën in het gezin toe te passen. De therapeut ontvangt daardoor directe feedback over de vooruitgang in de behandeling. Wanneer binnen een tot twee weken de interventies niet tot positieve resultaten hebben geleid, moeten alternatieve interventies worden overwogen.
- *Voorbeeld:* de therapeut controleerde het drugsgebruik door middel van frequente urinetesten, de aanwezigheid op school door rapportages van de school, en het nakomen van de tijd waarop de jongere thuis moest zijn via de vader en reclasseringsverslagen

Principe 9: Interventies worden zo opgezet dat de behandeling kan worden gegeneraliseerd en de therapeutische verandering langdurig kan worden gehandhaafd

- De interventies in de behandeling worden zo ontworpen dat ze de resultaten op langere termijn bevorderen en generaliseren. Therapeuten moeten daarom interventies bedenken die blijvend toepasbaar zijn, ook als de behandeling afgerond is. Er wordt gewerkt in de thuissituatie om te komen tot generalisatie van gedrag. Beïnvloeden, begeleiden, onderwijzen maar juist niet zelf uitvoeren is de stelregel voor een MST-therapeut.
- *Voorbeeld:* meneer Wouters leerde te communiceren met de school, zijn sociale netwerk te gebruiken, urinetesten te verkrijgen om Nicks druggebruik te controleren, en gedragsinterventies te ontwikkelen en uit te voeren om Ricks psychosociale functioneren te verbeteren

De do-loop ofwel de behandelstappencyclus

Per behandelstap worden hierna de klinisch-theoretische overwegingen gegeven en worden criteria genoemd die bepalen of een volgende behandelstap kan worden gezet.

Aanmeldingsklachten

De klachten waarvoor is verwezen (delinquent en antisociaal gedrag) worden beknopt, specifiek, in termen van gedrag beschreven naar frequentie, intensiteit of heftigheid en duur. Deze dragen daarmee bij zowel aan het formuleren van behandelingsdoelen als aan de criteria voor afsluiting.

Het motiveren en betrekken van ouders en sleutelfiguren

Ouders en sleutelfiguren zijn gezien de problematische ervaringen met de jongere wisselend bereid om aan MST deel te nemen. Daarom wordt het motiveren en betrekken van ouders en sleutelfiguren en afstemming op hun wensen en doelen, gezien als een proces dat continu aandacht en beïnvloeding vraagt van de behandelaar.

Wensen ouders en sleutelfiguren

Alle sleutelfiguren worden in kaart gebracht en de door het gezin en andere sleutelfiguren gewenste resultaten worden genoteerd in de eigen woorden van betrokkenen.

Overkoepelende doelen

De overkoepelende doelen hangen samen met het delinquente en antisociale gedrag waarvoor is verwezen naar MST, bepalen het door het gezin en sleutelfiguren gewenste resultaat, geven richting aan de behandeling en geven criteria voor afsluiting. Doelen worden specifiek, concreet en meetbaar geformuleerd. Bijvoorbeeld: X is 90 % van de tijd aanwezig op school en haalt voldoende voor alle vakken, zoals blijkt uit rapportages van school.

Het concept 'fit'

De 'fit' beschrijft hoe het probleemgedrag in de omgeving past, welke factoren ('fit'-factors) het gedrag in stand houden en welk bewijs daarvoor is. Dit maakt het mogelijk hypothesen te ontwikkelen over welke factoren het belangrijkst zijn. Omdat de ouders bij het maken van elke 'fit' worden betrokken, wordt duidelijk waarvoor de ouders het meest gemotiveerd zijn om aan te werken. Bovendien leren ze al doende beter analytisch denken en zetten daarmee de eerste stap op weg naar een beter probleemoplossend vermogen.

Tussendoelen

Tussendoelen dragen bij aan het stap voor stap dichterbij brengen van de overkoepelende doelen en zijn gericht op de meest directe en krachtige beïnvloeders van gedrag. Ze volgen de prioritering van de hypothesen over de bijdrage van de 'fit'-factors' aan de meldingsklachten en moeten haalbaar zijn binnen dagen of weken.

Ontwikkeling van interventies

Interventies moeten voldoen aan de 9 MST principes (zie §1.5) en zijn gericht op de factoren die het gedrag het meest direct en krachtig aansturen. Ze worden in volgorde van belangrijkheid uitgevoerd, wanneer mogelijk tegelijkertijd. Vooraf wordt bepaald via welk gedrag gemeten kan worden of de interventie succes heeft gehad. In principe is elke interventie mogelijk die voldoet aan de behandelprincipes en past in de behandelstappencyclus. Het adagio voor een interventie is: 'whatever it takes'. Er zijn geen beperkingen, mits de interventies voldoen aan de negen behandelprincipes (zie §1.5) en passen in de behandelstappencyclus. Dit voorkomt ongelimiteerde en ongeplande wildgroei van interventies.

Interventies uitvoeren

Interventies zijn gebaseerd op sterke kanten van het gezin, maken gebruik van empirisch - gevalideerde methoden en testen hypothesen over verband tussen de 'fit'-factoren en het te veranderen gedrag. Therapeutische vaardigheden worden ingezet. Metingen worden verzameld.

Beoordeling van de mate van succes en de belemmeringen bij de interventie

De beoordeling is gericht op de uitgevoerde interventies en steunt of ontkracht de hypothesen over de factoren die het gedrag in stand houden. Vooruitgang is een succesvol afgemaakt tussendoel. Belemmeringen zijn specifieke factoren die het behalen van tussendoelen in de weg staan.

Verbeterde analyse hoe gedrag in omgeving past

Het doorlopen van bovenstaande behandelstappen leidt tot een bevestiging of een bijstelling van de eerdere analyse ('fit') op basis waarvan bij vooruitgang nieuwe tussendoelen kunnen worden gevonden en waarmee een nieuwe behandelstappencyclus kan worden doorlopen. Zodra de overkoepelende doelen zijn bereikt, kan de behandeling worden beëindigd.

Voorbeeldcasus

- Bureau Jeugdzorg meldt Erik aan voor behandeling bij een instelling die MST uitvoert. Erik is reeds enkele jaren bekend bij justitie door het plegen van een aantal delicten waaronder straatroof, afpersing, heling en mishandeling. Wegens recidive tijdens zijn proeftijd is Erik opnieuw geplaatst in een justitiële jeugdinrichting.

Bij de start van de behandeling worden de factoren die het probleemgedrag van Erik (en het gezin) stimuleren en afremmen in kaart gebracht. Op basis van deze analyse wordt een plan van aanpak opgesteld.

Zo wordt met moeder hard gewerkt aan het zich eigen maken van de opvoedingsvaardigheden die noodzakelijk zijn voor Erik, waaronder het toezicht houden en het duidelijk stellen en handhaven van regels, middels het consequent straffen en belonen. Daarnaast wordt met moeder geoefend in rollenspellen om neutraler en zakelijker te reageren op Erik's gedrag waarmee hij moeders gevoelige snaar weet te raken.

Om de zware taak voor moeder te verlichten, wordt gezocht naar steunfiguren voor moeder. Zo helpt oma met oppassen als Erik huisarrest heeft, is de wijkagent bereid langs te komen als Erik agressief dreigt te worden en steunen vriendinnen van moeder haar in haar strenge pedagogische aanpak en praten haar uit het hoofd dat Erik 'zielig' is.

Om de omgang met zijn problematische vriendengroep te stoppen, wordt een 24-uurs monitor systeem opgezet, waarin moeder, broer, school en wijkagent samenwerken. Tegelijk wordt eraan gewerkt dat Erik nieuwe positieve contacten en activiteiten ontwikkelt. Zo gaat hij 2 x per week met zijn broer naar de sportschool en komt hij in aanraking met leeftijdsgenoten waar een positieve invloed vanuit gaat. Gaandeweg verbetert de sfeer in huis en weet moeder hoe ze Erik kan aansturen. Erik bevindt zich niet meer in zijn oude vriendengroep en toont zich gemotiveerd voor school. Tijdens de MST-behandeling heeft Erik niet gerecidiveerd. De behandeling kan dan ook na 5 maanden met succes worden afgesloten.

TREATMENT FOSTER CARE

- Chamberlain et al.
- MST-principes (cf. supra) gecombineerd met gespecialiseerde pleegzorg

- **“Treatment foster care parents”**: getrainde pleegouders, gebruiken gedragsprogramma’s gericht op reductie antisociaal gedrag en uitbouwen relatie met jongere, w begeleid
- **Gezinstherapie**: met ouders en jongere; wekelijks; gericht op parenting skills (fair, consistent, non-violent), gezinscommunicatie/problemsolving

DRUGGEBRUIK BIJ ADOLESCENTEN

- **Gezinstherapie** (FFT, MST, brief strategic, MDFT) **effectiever dan individuele therapie en therapeutische gemeenschap + goedkoper dan opname** (Tanner-Smith et al., 2013; zie Carr 2014 voor systematic reviews + meta-analyses)
- **Gezinstherapie**: regelmatige sessies over 3-6 maanden, intensieve betrokkenheid gezin nodig (gericht op drugsvrij worden, context creëren drugsvrije levensstijl, reorganisatie van het gezin, hervulpreventie)
- **Individuele therapie** (soms medicamenteuze ondersteuning, detoxicatie, methadon nodig)
- **Coördineren zorg: contacten andere professionals**

MULTI DIMENSIONAL FAMILY THERAPY (MDFT)

- Liddle et al.: <http://www.mdft.org/>
- **Interventie & assessment:**
 - Adolescenten
 - Ouders
 - Gezinsinteracties
 - Gezin & systemen errond (professionals, school, rechtbank)
- **3 fasen:**
 - Engageren van gezinnen
 - Werken rond thema’s centraal in herstel en consolideren van behandel-effecten
 - Ontbinden therapie

→ **Belangrijk**: lange termijn effect van dergelijke gezinstherapeutische interventies!
- **4-6 maanden; 16-25 sessies**
- <http://www.mdft.org/Resources/Videos>

Doelen binnen MDFT domeinen

- Adolescent
- Ouder
- Familie
- Gemeenschap

ADOLESCENT DOMAIN	•Decrease/eliminate substance abuse •Improve the teen's communication, emotional regulation, coping, and problem solving skills •Improve school performance and reduce/eliminate criminal behavior
PARENT DOMAIN	•Improve parenting skills & parental teamwork •Rebuild emotional connection with youth •Enhance parents' individual functioning
FAMILY DOMAIN	•Improve family communication and problem solving skills •Improve family interactions about day-to-day and big picture issues •Enhance feelings of love and connection among family members
COMMUNITY DOMAIN	•Improve family members' relationships with school, court, legal system, workplace, and neighborhood •Build family members' capacity to access and obtain needed resources

BRIEF STRATEGIC FAMILY THERAPY

- Szapocznik et al.
- Gericht op **verbeteren gezinsinteracties** gerelateerd aan druggebruik
- **Sessies met gezin: coaching** gezinsleden tot modifieren deze interacties → meer functionele interacties
- **Engageren gezinsleden, identificeren + modifieren interactiepatronen**
- 3-6 maanden; 12-30 sessies (Santisteban et al., 2006)
- <http://archives.drugabuse.gov/txmanuals/BSFT/BSFT2.html#Goals> → case examples!

EMOTIONELE PROBLEMEN: ANGST, DEPRESSIE, ROUW, BIPOLAIRE STOORNIS, SUÏCIDEPOGING

- Impact op kinderen en hun gezin!
- Hinderen schools functioneren en vlotte sociale contacten met de peergroup

ANGST

- Scheidingsangst, fobie, gegeneraliseerde angststoornis, obsessief-compulsieve stoornis, PTSD
- **Excessieve schrik** voor specifieke interne/externe situaties + **vermijding** van deze situaties (cognitief, fysiek, gedragsmatig)

GEZINSTHERAPIE

- Bv. Barrett et al., 2003; Phal et al., 2010)

- **Kindmodule:** angst management skills (exposure, relaxatie, cognitieve coping, verhogen/mobiliseren van sociale steun); psycho-educatie (Wat is angst? Wat voel je allemaal in je lichaam? Wat denk je dan? Wanneer wordt het erger?)
- **Oudermodule:** belonen kinderen bij gebruik angst management skills, negeren van vermijgend/angstig gedrag, eigen angst leren hanteren, communicatie/problem-solving skills ontwikkelen om kwaliteit van ouder-kind interacties te verhogen; psycho-educatie rond angst en de in stand houding
- **Parent-assisted coping/exposure:** kinderen in angstitlokkende situatie brengen op een geplande manier; hen hierdoor helpen d.m.v. coping skills en steun van ouders → ouders helpen hun kinderen om hen bij te staan in angstitlokkende situaties
- Max. 15 sessies
- **Effectiever dan individuele therapie, zeker indien ouder ook angsstoornis heeft** (zie systematic reviews in Carr, 2014) → dan werkt men op beide tegelijkertijd
- **Goede site** (voor stage, therapie): <http://www.anxietybc.com/parent/start.php>

DEPRESSIE

- **Majeure depressie is een episodische stoornis** gekenmerkt door negatieve/geïrriteerde stemming, interesse verliezen dagdagelijkse activiteit, psychomotorische agitatie/retardatie, moeheid, lage self-esteem, pessimisme, overdreven schuldgevoel, suïcidedgedachten, verlaagde concentratie, verstoring slaap/eetpatroon
- **Terugkerende episodes van 4 maanden;** interval tussen enkele maanden en jaren
- **Etiologie:** genetische kwetsbaarheid + stressvolle situaties + beperkte toegang tot support-netwerk
- **Gezinstherapie:**
 - Stress reduceren
 - Support stimuleren voor jongeren en hun gezin
- **In combinatie met medicatie** (maar vaak weigering inname, ineffectief, grote kans op herval → gezinstherapie)(Goodyer et al., 2007; Vittengl et al., 2007) → daarom gaat men jongeren niet enkel met medicatie behandelen
- **Kort (12 sessies) maar inbouwen eventuele heropstart** bij volgende depressieve episode ('chronic care model')
- Gezinstherapie (attachment-based familietherapie, cognitive behavioral family therapy, ...) (zie Stark et al., 2012 voor review):
 - Gezinsstress reduceren (intern/extern)
 - Gezinssupport verhogen (intern/extern)
 - Duidelijke ouder-kind communicatie
 - Family-based problem solving
 - Doorbreken van negatieve, kritische (depressie- instandhoudende) ouder-kind interacties (via herkadring)
 - Bevorderen veilige ouder-kind hechtingsrelaties
 - Psycho-educatie mbt depressie
 - Met kinderen (individuele kindertherapie): pessimistische beliefs wijzigen, negatieve emoties hanteren

ATTACHMENT-BASED FAMILY THERAPY (DIAMOND)

- **Bevorderen van attachment** tussen adolescent en ouder
- **De-attachment t.g.v. problemen bij ouders** (parenting skills deficits, criticism, distress) **en adolescenten** (gebrek aan motivatie, negatief zelfbeeld, problemen met affectregulatie)
- **Therapie:** reframing, alliantie opbouwen met adolescenten en met ouders, attachment adolescent/ouders herstellen, familiecompetentie opbouwen

<https://ppw.kuleuven.be/home/onderzoek/Lego-lab/voor-hulpverleners>

- **Fase 1: Relationale Herformulering**
 - Tijdens de eerste sessie wordt besproken hoe vanuit ABFT naar de problemen van de adolescent gekeken wordt en welk het behandeldoel zal worden (rationale). Ouders en adolescent krijgen te horen dat het probleem niet meer als een probleem van de adolescent beschouwd wordt, maar als een probleem dat pas zal opgelost worden als de relatie tussen de ouders en de adolescent weer verbeterd is. De ouders krijgen te horen dat ze als het ware het medicijn zullen zijn om tot oplossingen te komen. Dit idee komt in de plaats van hun gevoel dat ze geen macht hebben over de situatie. Bovendien wordt er niet langer gekeken naar de adolescent als iemand die zich afzondert en zich onafhankelijk van het gezin opstelt, maar naar de adolescent als iemand die eenzaam en alleen is. De familie wordt gemotiveerd voor de verdere fasen.
→ Let wel dat je niet in de lineaire causaliteit terecht komt! Ouders niet gaan beschuldigen (heel subtiel tewerk gaan, altijd vanuit die bidirectionaliteit)
- **Fase 2: Werkrelatie met de Adolescent**
 - De relatie met de adolescent komt tot stand door de adolescent te beschouwen als een gezond en sterk persoon. De therapeut geeft aan zijn/haar gedachten en gevoelens ernstig te nemen. De therapeut legt uit dat hij of zij de kant van de adolescent zal ondersteunen telkens die geholpen moet worden om de hulp en steun te krijgen die ze nodig hebben van de familie. Tegelijkertijd bespreekt de therapeut dat het ook nodig zal zijn om rekening te houden met de verwachtingen en gevoelens van de ouders en dat dit dus niet betekent dat de adolescent altijd gelijk zal krijgen. Tenslotte zal de therapeut grondig bespreken met de adolescent wat die uit de behandeling wil halen. Deze fase eindigt met het bespreekbaar maken van de relationele teleurstellingen van de adolescent. Er wordt gekeken waar de adolescent ambivalente gevoelens over heeft en hoe deze gevoelens besproken zouden kunnen worden tijdens een gezamenlijk gesprek met de ouders. Dit gesprek wordt volledig voorbereid met de adolescent.
- **Fase 3: Werkrelatie met de ouders**
 - In de volgende fase wordt een werkrelatie met de ouders opgebouwd door hun sterktes in kaart te brengen, veel complimenten en erkenning te geven, in te schatten hoeveel ouderlijk engagement er nog is, in te schatten hoe hopeloos de ouders zich voelen, mee te voelen met de worsteling van de ouders, en goed te bevragen wat de ouders uit de therapie willen halen. Nadat de therapeut de ouders heeft proberen te begrijpen en hun verlangens en teleurstellingen in kaart heeft gebracht, wordt hen uitgelegd welke belangrijke rol ze spelen als veranderingsmechanisme in de behandeling. Vervolgens worden de ouders

voorbereid op het gesprek met de adolescent. De therapeut geeft aan dat hij gedurende het ganse gesprek de ouders zal bijstaan, maar ook steeds het gesprek zal sturen om de vooropgestelde behandeldoelen te bereiken. Tenslotte worden de ouders voorbereid op de heftige emoties die ze tijdens het gesprek zullen ervaren. Dit gebeurt door de ouders te coachen en hen strategieën aan te leren om met deze emoties om te gaan.

- **Fase 4 en 5: Herstellen van hechtingsschema's**

- De voorgaande taken zijn allemaal ontwikkeld om de vierde taak, het herstellen van de hechtingsschema's, tot een goed einde te brengen. In het meest optimale geval, begint deze fase van de therapie met de adolescent die vertelt over een ervaring in het verleden waarin hij/zij het vertrouwen verloor in de ouders (bijvoorbeeld naar aanleiding van een conflict of het gevoel dat de ouders niet responsief reageerden op een hulpvraag). De ouders trachten hier op een niet defensieve manier naar te luisteren. Dit moet de adolescent vervolgens helpen om te vertellen hoe erg hij/zij zich gekwetst voelde tijdens deze ervaring. Herstel van vertrouwen is mogelijk als de ouders de gevoelens van de adolescent kunnen erkennen. Indien mogelijk, begeleidt de therapeut dit ganse proces zonder zelf nog echt tussenbeide te komen. De therapeutische taak is beperkt tot het helpen van de adolescent en de ouders op een constructieve en ondersteunende manier over de beleving van de adolescent te praten. In dit gesprek kan de complexiteit van het interpersoonlijk falen uitgebreid aan bod komen.
- Tijdens dit gesprek worden gevoelens vaak voor het eerst uitgedrukt. De adolescent wordt aangemoedigd meer verantwoordelijkheid voor zijn/haar eigen bijdrage in vroegere conflicten te erkennen. Indien de ouders erin slagen op een ondersteunende manier te luisteren naar het verhaal van de adolescent, krijgen ze ook de ruimte om hun eigen kant van het verhaal aan de adolescent te vertellen en hun eigen kwetsbare gevoelens (afgewezen, onzekerheid,...) beter uit te drukken.
- Ten slotte wordt gedurende een vijfde en laatste taak gewerkt aan het zelfbeeld van de adolescent. Er wordt besproken hoe een positief zelfbeeld kan dienen als een buffer tegen stress. Hierbij wordt de adolescent geholpen om haalbare uitdagingen te zoeken en zijn sociale netwerken terug op te bouwen. Tegelijkertijd worden de ouders nu beschouwd als een veilige basis die gebruikt kan en moet worden als steunpunt tijdens het opbouwen van nieuwe competenties.

Rouw

- **Gezinstherapie** (faciliteren van rouwen als gezin, elkaar steunen, verminderen ouder-kind conflict, reorganisatie gezin na verlies)
- **Individuele therapie kind/jongere:** exposure met rouwgerelateerde herinneringen, cues; uitwerken van een coherent (positief) narratief over hun leven met de overledene
- 12 sessies

BIPOLAIRE STOORNIS

- **Recurrente episodische stemmingsstoornis** gekenmerkt door episodes van manie/hypomanie, depressie, gemengde stemming

- **Sterke genetische basis**
- **Primaire behandeling:** farmacotherapie (lithium) om stemming te stabiliseren (Kowatch et al., 2009)
- **Stress in gezin en gebrekkige steun zijn belangrijke predictoren van herval**
- **Gezinstherapie:**
 - Psycho-educatie (problemen + aanpak)
 - Gezinscommunicatie
 - Problem-solving skills training

SUÏCIDEGEVAAR/ZELFBESCHADIGING

- **Complexe set van risicofactoren:** individuele kenmerken (bv. aanwezigheid psychiatrische problematiek), problemen in context (bv. gezin) (Hawton et al., 2012; Ougrin et al., 2012)
- **Noodzakelijke elementen van effectieve gezinstherapie:**
 - Jongeren en gezin doen samen risk assessment
 - Werken samen aan plan voor risk reductie (individuele therapie + therapie met gezin & netwerk)
 - Vervat in MST, dialectische gezinstherapie, attachment-based, MFT, youth nominated support team
- **Belangrijk:**
 - Individuele + gezins- risk assessment
 - Individuele + gezinstherapie
 - 3-6 maanden
 - Opname-optie of plaatsing behouden (bij tekort aan resources in context)

MST

- Ontwikkeld voor conduct disorder
- **Suicide risk assessment**
- **Gezinstherapie:** support verhogen
- **Individuele therapie:** stemmingsregulatie, social problem- solving skills
- **Netwerk:** stress verlagen, support verhogen
- Regelmatige, frequente, home-based, sessies (gezin/jongere) + sessies op school
- 3-6 maanden

DIALECTISCHE GEDRAGSTHERAPIE

- **Individuele therapie** (gericht op stress tolerantie, emotie regulatie, omgaan met crisis; via interpersoonlijk functioneren/eigen gedachten/gevoelens monitoren & managen, effectief hierop reageren + psychosociale vaardigheden)
- **Multi-family psycho-educatie:** begrijpen van zelfverwonding, skills ontwikkelen om jongeren te beschermen en te steunen

YOUTH NOMINATED SUPPORT TEAM (KING ET AL., 2000 & 2006)

- **Jongeren stellen eigen support team samen:** duiden ouder/voogd aan + drie leden uit hun netwerk (familie, school, peergroup)
- **Support team:** krijgen psycho-educatie m.b.t. probleem, therapie; leren hoe ze jongere kunnen steunen, helpen omgaan met moeilijke situaties
- Worden gevraagd wekelijks contact met jongere te hebben

EETSTOORNISSEN: ANOREXIE, BOULIMIE, OBESITAS

- **Eetstoornissen bij jongeren:** excessieve focus op het controleren van lichaamsgewicht + inadequaat en ongezond eetpatroon
- **LT:** fysieke en/of mentale problemen
- **Belangrijk:**
 - Tussen 6 en 12 maanden
 - 10 sessies op wekelijkse basis, dan tweewekelijks, dan maandelijks
 - Follow-up

ANOREXIE

- **Gezinstherapie** (Couturier et al., 2012; Eisler, 2005; Lock, 2011; Robin et al., 2010; Stuhldreher et al., 2012):
 - Ouders worden bijgestaan in het samenwerken om hun kind weer aan het eten te krijgen
 - Gezin als coach voor de jongere om een autonoom, gezond eetpatroon + aangepaste leefstijl te ontwikkelen (normale adolescent-ontwikkeling)
 - Gezin cruciaal in behandeling
 - Zeer effectief (bv. 6m-6j follow up -> 60-90% volledig genezen); effectiever dan individuele therapie; effectiever dan opname
- ⇔ **Traditionele behandeling:**
 - Individuele behandeling, hospitalisatie
 - Participatie ouders niet nodig, niet gewenst
 - Zien gezinsproblemen vaak als één van de oorzaken → schuldgevoel bij ouders

Lock & Le Grange, 2013 (bron: www.maudsleyparents.org)

- **Phase I: Weight restoration**
 - The Maudsley Approach proceeds through three clearly defined phases, and is usually conducted within 15-20 treatment sessions over a period of about 12 months.
 - In Phase I, also referred to as the weight restoration phase, the therapist focuses on (1) the dangers of severe malnutrition associated with AN (growth hormone changes, cardiac dysfunction, and cognitive and emotional changes...) (2) assessing the family's typical interaction pattern and eating habits, and (3) assisting parents in re-feeding their daughter or son.
 - The therapist will make every effort to help the parents in their joint attempt to restore their adolescent's weight. At the same time, the therapist will endeavor to align the patient with her/his siblings.

- A family meal is typically conducted during this phase, which serves at least two functions:
- It allows the therapist to observe the family's typical interaction patterns around eating, and it provides the therapist with an opportunity to assist the parents in their endeavor to encourage their adolescent to eat a little more than s/he was prepared to (cf inpatient program: nurses)
- Most of this first phase of treatment is taken up by coaching the parents toward success in the weight restoration of their offspring, expressing support and empathy toward the adolescent, and realigning her with her siblings and peers. Throughout, the role of the therapist is to model to the parents an uncritical stance toward the adolescent. The therapist will work hard to address any parental criticism or hostility toward the adolescent.
- **Phase II: Returning control over eating to the adolescent**
 - The patient's acceptance of parental demand for increased food intake ("starvation is not an option"), steady weight gain, as well as a change in the mood of the family (i.e., relief at having taken charge of the eating disorder), all signal the start of Phase II of treatment.
 - This phase of treatment focuses on encouraging the parents to help their child to take more control over eating once again. The therapist advises the parents to accept that the main task here is the return of their child to physical health, and that this now happens in a way that is in line with their child's age and their parenting style.
 - For example, the patient may want to go out with her friends to have dinner and a movie. However, while the parents are still unsure whether their child would eat entirely on her own accord, she might be required to have dinner with her parents and then be allowed to join friends for a movie.
 - In addition, all other general family relationship issues or difficulties in terms of day-to-day adolescent or parenting concerns that the family has had to postpone can now be brought forward for review.
- **Phase III: Establishing healthy adolescent identity**
 - Phase III is initiated when the adolescent is able to maintain weight above 95% of ideal weight on her/his own and self-starvation has diminished.
 - Treatment focus starts to shift to the impact AN has had on the individual establishing a healthy adolescent identity. This entails a review of central issues of adolescence and includes supporting increased personal autonomy for the adolescent, the development of appropriate parental boundaries, as well as the need for the parents to reorganize their life together.

BOULEMIE

- **Gezinstherapie:**
 - Ouders worden bijgestaan in het samenwerken om hun kind op te volgen tijdens en na de maaltijd (doorbreken cirkel)
 - Gezin als coach voor de jongere om een autonoom, gezond eetpatroon + aangepaste leefstijl te ontwikkelen
 - Even effectief als cognitieve gedragstherapie (individueel) (= treatment of choice; Wilson & Fairburn, 2007)

OBESITAS

- **Vnl. gevolg van lifestylefactoren** (voeding, te weinig beweging)
- **Gezinstherapie**
 - Focus op verandering lifestyle
 - Dieet + sport programma wordt besproken en ouders coachen kinderen om dit na te volgen
 - Effectiever dan individuele interventies

SOMATISCHE PROBLEMEN: ENURESIS, ENCOPRESIS, RECURRENTE BUIKPIJN, ASTMA, DIABETES

- **Gezinstherapie incorporeren in multi-disciplinaire pediatrische programma's**
- **Psycho-educatie, communicatie, problem-solving skills om met probleem om te gaan**

PSYCHOSE

- **Positieve symptomen** (hallucinaties, wanen) en **negatieve symptomen** (afgevlakt affect, doelloos gedrag), disorganisatie in denken, handelen, voelen
- Eerste episode: late adolescentie
- **Recurrente episodes → schizofrenie**
- **Medicatie** (antipsychotica) + **gezinstherapie** (supportief klimaat creëren, psycho-educatie m.b.t. ontstaan/herval, communicatie/problem solving training, reductie stress en negatief affect)

CONCLUSIE: WAT WERKT?

- **ST is effectief voor range aan kind/adolescent problemen**
- **Korte interventies** (zelden meer dan 20 sessies)
- Vaak **multi-disciplinair**
- Vaak **ambulant**
- **Treatment manuals** (protocollen) **beschikbaar voor diverse problemen** → kunnen gebruikt worden
- Evidence-based interventies **meestal ontwikkeld in cognitieve gedrags-, structurele, strategische gezinstherapeutische tradities**
- **Onderzoek nodig naar narratieve/sociaal-constructionistische therapie** = heel vaak gebruikt
- EBP kunnen worden **geïntegreerd in therapie-opleidingen**
- EBP **geïntegreerd in post-moderne (narratieve, social construction) therapievormen**

SYSTEEMTHERAPIE VOOR PROBLEMEN BIJ VOLWASSENEN

RELATIEPROBLEMEN

- **Vaak voorkomend** (lossen zichzelf niet op → scheidingen)

- Zijn **duur gezien hun gevolgen** (rechtbank, gezondheid, welzijn) (Lebow et al., 2012; Halford & Snyder, 2012)
- **Therapie: 20 sessies, minimum 6 maanden**

EMOTIONALLY FOCUSED THERAPY (EFT)

- Johnson, 2008; Vanhee, Lemmens, Moors, Hinnekens, & Verhofstadt, submitted
- **Hechtingsbehoefte niet voldaan in relatie; leidt tot angst; wanhopig zoeken naar “security”; voedt conflict en escalatie** (demand-withdrawal)
- **Doel:** inzicht geven aan koppel in dit gebeuren + manieren zoeken om aan elkaars hechtingsbehoefte wel te voldoen (hoe elkaar wel geruststellen/hoe elkaar niet overrompelen)

BEHAVIORAL COUPLES THERAPY

- Jacobson & Margolin, 1979
- **Te veel negatieve en te weinig positieve uitwisselingen** leiden tot **relatieproblemen** (cf. 5:1)
- Communicatietraining, problem-solving training, behavioral exchange procedures
- **2 componenten:**
 - Cognitieve component (CBT; Baucom et al., 2008; Byrne et al., 2004) om destructieve beliefs/verwachtingen te wijzigen
 - Acceptancecomponent (van verschillen) (IBCT; Jacobson & Christensen; Dimidjan et al, 2008) voegt weinig toe

BEHAVIORAL EXCHANGE PROCEDURE

- **Bedoeling om frequentie positief gedrag te verhogen en negatief gedrag te verlagen** (5:1) → satisfactie verhogen
- Men maakt **lijst met dingen die elke partner leuk vindt/waardeert** en nodigt elke partner uit iets van die lijst te doen voor de andere op een manier die fijn is voor allebei (expliciet)
 - “Giver” doet het vrijwillig, “receiver” vindt dit leuk, drukt dankbaarheid uit
- Partners doen dit **zonder er iets over te zeggen** (meer subtiel)
- **Effect besproken in volgende sessie + tips voor verhogen effectiviteit**

INSIGHT-ORIENTED COUPLE THERAPY

- Snyder & Mitchel, 2008
- **Onbewust en ineffectief gebruik van destructieve relationele (emoties/gedrag) patronen** die zijn geleerd in gezin-van-herkomst of vorige relaties
- Kwetsingen uit vorige relaties (unmet needs, angsten, ...) staan intimiteit met huidige partner in de weg
- **Doel:** identificeren van sterke emotionele reacties op huidige gebeurtenissen (intense kwetsing, woede als reactie op iets wat partner doet)
- **Exploreren van vroegere relaties** waar gelijkaardige gevoelens ervaren werden

- **Leren begrijpen van deze reacties als toen adaptieve copingmechanismen** (unmet interpersonal needs) die nu intimiteit in de weg staan
- Dit begrip leidt tot **empathie t.o.v. zichzelf en elkaar** (experientiële component) → intensiteit gevoelens daalt
- Zoeken naar **constructieve manieren om aan hun gevoelens uiting te geven en anders met elkaar om te gaan**

PSYCHO-SEKSUELE PROBLEMEN

- Libidoproblemen, orgasmestoornissen, dyspareunie, vaginisme, erectiestoornis, ... (Lewis et al., 2010)
- Stoornisspecifiek - kort (max. 10 sessies; 3 maanden)
- **Multimodale couple-based programma's** (Berner et al., 2012; Fruhauf et al., 2013; Gunzler et al., 2012)
 - **Sekstherapie:** psycho-educatie, technieken, gedragsexperimenten (seksueel contact op voorschrift, gradueel → reductie performantie-angst; seksueel genot verhogen), cognitieve therapie (beliefs, verwachtingen die seksueel verlangen/angst bepalen)
 - **Medicatie** (viagra, ...)
 - **Relatietherapie** (bij relatieproblemen die oorzaak/gevolg zijn) Binik & Hall, 2014 bv. overspel

PARTNERGEWELD

- **Vroeger steeds slachtoffer en dader apart → staat werken aan relatie in de weg** (polarisering rol, toenadering lastig)
- **Individuele therapie** (traditioneel) → **beperkte effectiviteit**; men kiest daarom meer en meer voor PRT (! Focus op geweld & middelengebruik als determinant) (Barner et al., 2011; Murphy et al., 2010; O'Farrell et al., 2012; Stith et al., 2012)
- **Relatietherapie effectief**
 - **MAAR** enkel bij partners die wensen samen te blijven
 - Bereid zijn gedurende hele behandeling (6 maanden) samen te werken
 - Bij symmetrisch & situationeel geweld
 - Single couple & multi-couple therapy
- **!!! Goede assessment doen - exclusiecriteria:**
 - Complementair/repetitief/systematisch gepland/dwingende controle (vs. symmetrisch/impulsief geweld)
 - Rechtvaardiging geweld
 - Psychische wijzen van mishandeling zoals vernederen, dreigen, isoleren, ...
- **No-harm/safety contract = dreigend geweld moet stoppen**
 - Indien geen no-harm contract: partners apart in (groeps)therapie (eerst veiligheid dan kwetsbaarheid)
- **Basiselementen:**
 - Psycho-educatie
 - Verantwoordelijkheid opnemen voor geweld (= centraal)

- Wijzigen beliefs die geweld justifiëren
- Anger management training
 - Bewustwording + oefenen met ander gedrag
 - Herkennen van anger cues, signaleren van spanning, psycho-educatie over fysiologie
 - Time-out gebruiken/verdragen
 - Relaxatie om arousal te doen dalen
 - Interacties verderzetten op niet gewelddadige manier
- Communicatie & problem-solving training
- Safety skills (bij eventuele escalatie)

ANGSTSTOORNISSEN

PANIEKSTOORNIS

- **Herhaaldelijke, onverwachte paniekaanvallen** (= periodes van intense angst, nervositeit die minuten/uren duren)
- **Arousal schommelingen** (bv. ademhaling/hartslag versnellen) gepercipieerd als signalen voor paniekaanval → lokken angst uit
- Vaak **secundaire agorafobie** (vermijden publieke plaatsen uit schrik paniekaanvallen)

OCD

- **Obsessieve gedachten t.g.v. bepaalde cues** (bv. vuil) en **compulsieve, angst-reducerende rituelen** (bv. handen wassen; enkel KT angstreductie)

ANGSTSTOORNISSEN: ALGEMEEN

- **Groot aantal mensen niet geholpen door medicatie**, wensen medicatie niet te nemen, verdragen bijwerkingen niet, hervat bij stoppen medicatie (Antony & Stein, 2009)
- **Psychotherapie is dus heel belangrijk**
- **Gezinstherapie/partnerrelatie therapie mogelijk**
 - **Gezinsleden delen probleeminstandhoudende beliefs/opvatting**
 - Bv. arousal → “ik ga doodvallen”, hartaanval → spoedopname; cardioloog, ...
 - **Gezinsleden houden gedrag in stand** door patiënt te helpen bij het vermijden van angststimulus, ritueel, ritueel niet in vraag te stellen; in conflict gaan erover
 - Angst heeft **grote impact op gezinsrelaties** (qol gezin, koppel, activiteiten, conflict)
 - **DUS** relatie/gezinstherapie gericht op **doorbreken van dit proces + inschakelen partners/ gezinsleden** bij het overwinnen van angst/obsessies/dwang → even effectief als individuele therapie (treatment of choice)
- **Mogelijke behandelingen/therapieën:**
 - Communicatietraining
 - Psycho-educatie (bv. niet te veel meegaan in ritueel; niet te veel conflict erover)
 - Problem-solving training

- Partner-assisted exposure + response preventie
 - Coping skills training (self-talk, ademhalingstechnieken, relaxatie)
 - Beliefs onderliggend aan vermijdingsgedrag wijzigen
- Ambulant 15 tot 30 sessies
- Soms medicatie nodig

STEMMINGSTOORNISSEN

DEPRESSIE

- Episodisch, droevige gemoedstoestand, interesseverlies in activiteiten, psychomotorische agitatie/retardatie, vermoeidheid, laag zelfvertrouwen, pessimisme, schuldgevoelens, suïcide neiging, concentratie/eet/slaapproblemen
- **Genetisch kwetsbare mensen in stresserende omstandigheden/systemen waar er beperkte toegang is tot sociale/supportieve relaties** (herval; meerdere depressieve episodes → recidiverende depressieve stoornis)
- **Medicatie:** idem angststoornissen (geen effect, geen inname)
- **Veel onderzoek naar effectiviteit partnerrelatietherapie/gezinstherapie** (zie Carr, 2014 voor meta-analyses):
 - ST > no treatment
 - ST= individuele therapie
 - PRT = individuele cognitieve gedragstherapie (treatment of choice)
- **ST: gezinsstress reduceren + sociale steun mobiliseren + interactiepatronen (helper-helpee) en beliefs die (ongewild) depressie in stand houden wijzigen**
- **Mogelijke behandelingen/therapieën:**
 - Psycho-educatie
 - Problem-solving training
 - Communicatietraining
 - Steun & dyadic coping
 - Plannen van leuke dingen doen samen
 - Stijgende inspannings- en moeilijkheidsgraad
 - Van samen naar zonsondergang kijken tot samen wandelen, naar de film gaan, ...
 - Destructieve interactiepatronen doorbreken
 - Rolomwissel → impact depressie op elkaar begrijpen
 - Caregiver maakt ruimte voor patiënt door minder te helpen en hem/haar taken te laten doen
 - Elkaar complimenten geven i.p.v. kritiek
 - Depressieve negatieve beliefs wijzigen
 - Negatieve belief → automatisch alternatief genereren + evidentie ervoor zoeken → indien waar, zichzelf via selftalk belonen
- **Depressie: behandeling (algemeen):**
 - Ambulant/residentieel
 - 7 tot 20 sessies
 - ST én medicatie indien nodig

- Focus op mood management & relatieverbetering
- Follow-up voorzien

BIPOLAIRE STOORNIS

- Recurrent optreden van episodes van hypomanie, depressie, mixed mood states
- **Etiologie: genetische factoren + stress exposure + individuele/gezinscoping strategie + medicatietrouw** (Miklowitz et al., 2007)
- **Primaire behandeling: medicatie** (Geddes et al., 2013)
- **ST: reductie hervat/heropname, verbetering QoL, medicatietrouw, reductie stress binnen gezin**

ALCOHOLMISBRUIK

COMMUNITY REINFORCEMENT AND FAMILY TRAINING (CRAFT)

- **Gezinsleden die niet gebruiken, worden geholpen** om bij alcoholverslaafden het risico op fysiek geweld te reduceren, communicatie te verbeteren, motiveren van gebruikers om te stoppen met drinken en hulp te zoeken (= doelgroep: veel gebruikers immers niet gemotiveerd voor behandeling)
 - **Gezinsleden die niet gebruiken worden gemotiveerd** om activiteiten te zoeken buiten het gezin om de afhankelijkheid t.o.v. de alcoholverslaafde te reduceren
 - **CSO's** (concerned significant others) **hanteren gedragstechnieken** (zie onder) **om hun interacties met gebruiker te veranderen**
 - **Doel: gebruiker tot behandeling aanzetten, gebruik reduceren in de tussentijd, zelfzorg CSO's**
1. To determine whether they are appropriate candidates for CRAFT given the risk for increased violence; to recognize the early signs for domestic violence, particularly as new behavioral change techniques are introduced that are intentionally designed to be experienced as negative by the IP; to have a safety plan in place.
 2. To use a CRAFT Functional Analysis to outline the triggers of the IP's drinking or drug abuse, as well as the positive and negative consequences of it; to focus on the CSOs' own unintentional role in the maintenance of the IP's using cycle.
 3. To communicate more effectively with the IP about a variety of matters.
 4. To appropriately and consistently use positive reinforcement for the IP's nonusing prosocial behavior.
 5. To withdraw reinforcement at times of IP use; to allow for the natural, negative consequences of the IP's using behavior.
 6. To identify their own areas of life dissatisfaction, and develop specific plans for addressing them; to reward themselves more often.
 7. To learn the proper method and time for suggesting treatment to the IP; to have a "rapid intake" plan in place to clinically accommodate the IP should he or she agree to treatment.
 8. To be prepared to support the IP in therapy; to be patient if the IP continues to refuse treatment or drops out prematurely.

ALCOHOLMISBRUIK

- **Behavioral couples therapy** (O'Farrell & Clements, 2012)
 - **Alcohol-focused interventions**
 - **Abstinentie promoten: sobriety/"antabuse" contract** (2 partners sluiten dit af)
 - The first part of the contract is the "sobriety trust discussion". In it, the patient states his or her intent not to drink or use drugs that day (in the tradition of one day at a time) and the spouse expresses support for the patient's efforts to stay abstinent.
 - For patients taking a recovery-related medication (e.g., disulfiram, naltrexone), daily medication ingestion witnessed and verbally reinforced by the spouse also is part of the contract. The spouse records the performance of the daily contract on a calendar you give him or her.
 - Both partners agree not to discuss past drinking or fears about future drinking at home to prevent substance-related conflicts which can trigger relapse, reserving these discussions for the therapy sessions.
 - At the start of each BCT session, review the Sobriety Contract calendar to see how well each spouse has done their part.
 - Have the couple practice their trust discussion (and medication taking if applicable) in each session to highlight its importance and to let you see how they do it.
 - Urine drug screens taken at each BCT session are included in BCT for all patients with a current drug problem. If the Sobriety Contract includes 12-step meetings or urine drug screens, these are also marked on the calendar and reviewed. The calendar provides an ongoing record of progress that you reward verbally at each session.
 - **Psycho-educatie** omtrent alcoholproblemen
 - **Relationship-focused interventions:**
 - **Constructieve communicatie bevorderen:** communicatietraining + problem-solving training (hoe samen met alcohol omgaan, afleiding zoeken, etc.)
 - **Steun van gezin** bij het stoppen mobiliseren
 - **Positieve gevoelens & activiteiten promoten**

SCHIZOFRENIE

- **Recurrente psychotische stoornis**
- **Positieve symptomen:** wanen, hallucinaties
- **Negatieve symptomen:** vlak affect, desorganisatie, passiviteit
- **Ontstaan:** genetische en neurologische factoren
- **Verloop:** grote impact van stress, individuele en familiale coping, medicatietrouw
- **Primaire behandeling:** farmacologisch (acute episodes + preventief)
- **50% hervalt en hervalt groter in onsupportieve/stresserende gezinscontexten** (kritiek, vijandigheid, overbetrokkenheid)

GEZINSTHERAPIE

- **Doel:** stress reduceren, steun mobiliseren!!
- Min. 6 maanden, min. 10 sessies

- Heel **goede effecten**
- **Verloop:**
 - Individueel gezin of multi-family therapy
 - Met of zonder patiënt erbij (parallelgroepen voor patiënten)
 - Psycho-educatie (ontstaan, medicatie, stress, herval)
 - Focus op schuldreductie, belangrijke positieve rol die gezin kan spelen in rehabilitatie patiënt
 - Communicatietraining & problem-solving skills training (hanteren van stress/crisis)
- **Psychoeducational guidelines for families/friends of schizophrenics**
 - Here is a list of things everyone can do to make things run more smoothly:
 - Go slow. Recovery takes time. Rest is important. Things will get better in their own time.
 - Keep it cool. Enthusiasm is normal. Tone it down. Disagreement is normal. Tone it down, too.
 - Give them space. Time out is important for everybody. It is okay to offer. It is okay to refuse.
 - Set limits. Everyone needs to know what the rules are. A few good rules keep things calmer.
 - Ignore what you can't change. Let some things slide. Don't ignore violence or use of drugs.
 - Keep it simple. Say what you have to say clearly, calmly, and positively.
 - Follow doctor's orders. Take medications as they are prescribed. Take only medications that are prescribed.
 - Carry on business as usual. Reestablish family routines as quickly as possible. Stay in touch with family and friends.
 - No street drugs or alcohol. They make symptoms worse.
 - Pick up on early signs. Note changes. Consult with your family physician.
 - Solve problems step by step. Make changes gradually. Work on one thing at a time.
 - Lower expectations, temporarily. Use a personal yardstick. Compare this month with last month rather than with last year or next year.

CHRONISCHE ZIEKTE: KANKER, CHRONISCHE PIJN, ...

CHRONISCHE ZIEKTE

- **ST = deel van multi-modale programma's**
- **ST=**
 - Relatietherapie
 - Gezinstherapie
 - MFT support groups
 - Carer support groups
- **Psycho-educatie (ontstaan, behandeling) + supportieve context voor patiënt/partner + forum ter exploratie van impact op en coping door gezinnen (cf. groepstherapie)**

CONCLUSIE: WAT WERKT?

- **ST is effectief voor range aan problemen bij volwassenen**
- **Korte interventies** (zelden meer dan 20 sessies)
- Vaak **multi-disciplinair/deel van multimodale programma's**
- **Ambulant** volstaat vaak
- **Treatment manuals** (protocollen) beschikbaar voor **diverse problemen** → kunnen gebruikt worden

- Evidence-based interventies meestal ontwikkeld in cognitieve gedrags-, structurele, strategische tradities
- Onderzoek nodig naar narratieve/sociaal constructionistische therapie = heel vaak gebruikt
- EBP kunnen worden geïntegreerd in therapie-opleidingen
- EBP geïntegreerd in post-moderne (narratieve, social construction) therapievormen

TOEKOMST

- Doeltreffendheidsonderzoek (efficacy a.d.h.v. RCT's) heeft zijn beperkingen
- Bruikbaarheidsonderzoek (effectiveness) nodig
- Procesonderzoek nodig = focust op processen die leiden tot verandering in therapie
- Fundamenteel onderzoek naar relaties/gezinnen

EFFICACY RESEARCH – RCT DOELTREFFENDHEIDSONDERZOEK

- Systematische evaluatie van interventie in gecontroleerde klinische onderzoekscontext (meten van verandering)
- Focust op specifiek en omschreven probleem/stoornis
- Experimentele groep (behandelgroep) vs. controlegroep (alternatieve behandeling)
- Random toewijzing cliënt aan experimentele of controle conditie
- Hulpverlener specifiek getraind, protocol strikt volgen (onderlinge vergelijkbaarheid)
- Pre-postmeting, en follow-up assessment op outcome measures
- = CLINICAL TRIAL OF TREATMENT
- Bevindingen:
 - Psychotherapie heeft **geen vaste, vooropgestelde duur**
 - Psychotherapie is **niet gebonden aan technische handleidingen**
 - Patiënten gaan bij een **therapeut naar hun keuze**
 - Patiënten hebben **vaak meerdere problemen**, niet één diagnose
 - Psychotherapie wil het **algemene functioneren verbeteren**, eerder dan het reduceren van specifieke symptomen
 - Om de interne validiteit te verbeteren, wordt **externe validiteit opgeofferd**
 - **RCT's focussen niet op de gangbare patiënt in de klinische praktijk**
 - Patiënten die doorgaans gezien worden in klinische praktijk komen niet in aanmerking voor RCT
- Toekomst
 - Doeltreffendheidsonderzoek (efficacy) heeft zijn beperkingen
 - Bruikbaarheidsonderzoek (effectiveness research) nodig

BRUIKBAARHEIDSONDERZOEK

- Bruikbaarheid en toepasbaarheid van behandeling in de brede (gevarieerde) populatie en in de 'echte' praktijk
- Belang van **externe validiteit en generaliseerbaarheid**

- Ongeacht specifieke diagnose, co-morbide psychopathologie, lengte van ziekte
- Hulpverlener **geen specifieke training in protocol**
- **Outcome measure niet symptoomgericht maar breder:** levenskwaliteit, relatietevredenheid, persoonlijkheid
- **Sluit beter aan bij behoefte clinici** (want sluit dichterbij hun ervaring)
- **Toekomst**
 - Doeltreffendheidsonderzoek (efficacy) heeft zijn beperkingen
 - Bruikbaarheidsonderzoek (effectiveness) nodig
 - Procesonderzoek nodig = focust op processen die leiden tot verandering in therapie

PROCESONDERZOEK

- **Onderzoek naar “moderatoren van verandering”**
 - Welke variabelen modereren verandering (demografische, individuele, relationele)?
= voor wie werkt deze therapie wel/niet?
 - Zo kunnen we cliënten matchen met behandeling die best werkt voor hen
- **Common factors onderzoek:**
 - Factoren en mechanismen eigen aan **succesvolle therapie, ongeacht theoretische oriëntatie**
 - **Therapeutische relatie, cliëntfactoren** (motivatie therapie & verandering), **therapeutfactoren, hoop, niet-specifieke behandelfactoren** (meer adaptief gedrag, emotie, cognities aanleren)
 - **Specifieke common factors voor ST:** conceptualisatie van problemen als interpersoonlijk, context betrekken bij interventie, therapeutische alliantie met alle leden systeem
- **Monitoren van therapeutische verandering:**
 - Cliënten vullen **voor begin sessie korte vragenlijst** in m.b.t. problemen en sterktes op aantal belangrijke domeinen (individueel functioneren, relatie met partner, kinderen, gezinsklimaat etc.)
 - **Verandering wordt onmiddellijk besproken** met cliënt
 - **Data-driven:** info stuurt therapie
 - **Verandering over de tijd heen wordt in kaart gebracht**
- Systemic Clinical Outcomes in Routine Evaluation (SCORE 15)
- Systemic Therapy Inventory of Change (STIC)
- Outcome Rating Scale (ORS) → *Hoe is het met u gegaan sinds ons laatste contact?*
- Session Rating Scale (SRS) → *Hoe vond u de bijeenkomst?*

CONCLUSIE

- **Systeemtherapie werkt**
- **Werkzaamheid specifieke systeemtherapeutische interventies aangetoond**
- **Geen schrik van onderzoek:** zegt niet wat we moeten doen

- **Perfekte integratie mogelijk in postmoderne/sociaal-constructivistische manier van werken**

PROBLEEMSTELLING: UP TO DATE BLIJVEN?

- Teveel onderzoeksartikelen
- Ingewikkelde presentatie onderzoeksgegevens
- Geen tijd om te zoeken
- Onduidelijk waar je moet zoeken
- Bewijs moeilijk te interpreteren

GEVOLGEN VAN HET NIET BIJBLIJVEN

- Klinische praktijk loopt achter op onderzoek
- Klinische praktijk is “opinion-based” i.p.v. “evidence-based”
- Gebruik van niet ondersteunde interventies
- Effectieve interventies te weinig gebruikt

ALGEMENE SAMENVATTING

FOCUS OP INTERACTIEPATRONEN

- Het zijn zich herhalende patronen van gezinsinteracties die een rol spelen in het onderhouden van problematisch gedrag (symptomen)
- Doel van behandeling is het **doorbreken van de interactiepatronen en het verstoren/vervangen van de recursieve probleemonderhoudende gedragspatronen**, via onder meer communicatietraining en problemsolving

STRUCTURELE BENADERING

- Psychosociale problemen worden gezien als het **gevolg van de structurele kenmerken van het gezin**
 - Het accent wordt gelegd op **hoe het proces verloopt**, i.p.v. op wat er gezegd wordt (de inhoud): hoe organiseert het gezin zich?
 - **Problemen** ontstaan als **gezinnen zich niet kunnen aanpassen** aan veranderende omstandigheden, en wanneer er bijvoorbeeld een stagnatie in de gezinscyclus is
 - Wanneer men het **gedrag van het kind wil veranderen**, stelt men dat men de **structuur van het gezin moet veranderen**, want dit houdt volgens deze school het probleemgedrag in stand
 - Het zijn **structurele kenmerken van het gezin die invloed hebben op de pathologie en deze in stand houden**, zoals de grenzen (en regels) van het gezin, de cohesie en hiërarchie, flexibiliteit en de gezinsontwikkelingscyclus (**Minuchin!**)
 - **Observaties** zijn de belangrijkste bron van informatie, gezien het accent ligt op het betrekkningsniveau (proces) en niet op de inhoud
 - Men heeft vooral aandacht voor spontane gebeurtenissen (bv. hoe gaat men gaan zitten in therapie, wie zit waar?)
 - De **therapeut is actief, beweeglijk en directief**, maar is niet neutraal
 - De therapeut gaat **wisselende coalities** aan en toont **meervoudige partijdigheid**
 - De therapeut maakt **integraal deel uit van het therapeutisch systeem**
 - Het **grootste doel van therapie** is het **herstructureren en introduceren van een nieuwe visie**
- Doel taxatie: zicht krijgen op de visie van het gezin en de gezinsstructuur
 - **Multitrait, multimethod, multiperson, multisystem**
 - **Goed bevragen: wie behoort tot het gezin?**
 - Vragenlijsten: insider perspective
 - Leuvense gezinsvragenlijsten
 - Gezinsklimaatschalen (GKS-II)
 - Gezinsdimensionele schalen: ervaren van gezinsfunctioneren
 - FACES
 - Observaties: outsider perspective
 - Gezinskaarten: visuele representatie gezinsstructuur (4)
 - Gezinssysteemtest: actuele en ideale gezinsstructuur (4)
 - Enactment en re-enactment: esceneren van het probleem in sessie

- Creatieve observatietechnieken
- **Doel behandeling: promoten van een ‘gezonde’ (“gebalanceerde”) gezinsstructuur** door het verstoren van de chaotische, rigide of kluwen/loszand probleemonderhoudende interactiepatronen → kan meerdere partijen uitnodigen (niet enkel gezin)
 - **Past de gezinsstructuur bij omstandigheden?**
 - **Methoden: herstructurerende technieken**
 - *Joining/invoegen*: steunen, ‘tracking’ en ‘mimicry’
 - *Enactment*: ensceneren van het probleem in de sessie
 - *Reframing* (herkadrering)
 - *Intensiteit verhogen*: herhaaldelijk benoemen repetitief interactiepatroon
 - *Uit balans brengen*: alternatief gedragsrepertoire aanbrengen (bv. coalitie)
 - *Grenzen markeren*
 - *Focussen*: hier en nu ~ Minuchin, snoepje
 - *Uitdagen van gezinsassumpties*
 - *Sculpting*
 - **Vooraf toepasbaar bij**
 - Multiprobleem gezinnen met delinquente adolescenten
 - Gezinnen met kinderen met psychosomatische klachten

MRI/COMMUNICATIE EN STRATEGISCHE SYSTEEMTHEORIE SAMEN

- Beide theorieën zijn **uitgangspunten voor systeemtheoretische psychotherapie**; ze zijn ontstaan uit dezelfde groep van mensen die **trachten de wetmatigheden van interacties en omgangsvormen bloot te leggen** → men gaat op zoek naar manieren om bepaalde stoornissen in interacties/communicatie te duiden/verklaren
 - **Centraal element: paradoxale communicatie & double bind**
 - Inhoudelijk vs. metacommunicatief niveau komen niet overeen
 - Hangt samen met double bind: leidt tot verwarde denk- en communicatiepatronen en werd vroeger gezien als oorzaak van schizofrenie (4 voorwaarden)
- **Doel behandeling: het verstoren van de probleemonderhoudende gedragspatronen** die geassocieerd zijn met:
 - Pathologische triades (cf. incongruente hiërarchie)
 - Vermijding van gezinscyclus gebonden transities
 - Symmetrische/complementaire relaties
 - Het management van liefde en controle gerelateerde zaken
 - **Technieken**
 - Gedragsinterventies van therapeut: proactief
 - Doelgerichte interventies op specifiek gedrag:
 - Veranderen ouderlijke rollen binnen pathologische triade
 - Empoweren van ouders: jongeren die uit huis gaan
 - Rituelen voor gezinsgeweld en misbruik
 - Paradoxale interventies en doen-alsofinterventies: symptomen
 - Herkadrering via functie van symptoom: metacommunicatie
 - Gezinsspeldiagnostiek
- **Vooraf toepasbaar bij**
 - Gedragsproblemen bij kinderen

- 'Leaving-home' problematiek (adolescenten)
- Druggebruik bij adolescenten
- Seksueel misbruik
- Partnerrelatieproblemen*
- Specifieke gedragsproblemen*

STRATEGISCHE SYSTEEMTHEORIE

- Deze theorie stelt dat de **geobserveerde stoornissen in stand worden gehouden door aanwezige recursieve probleem-onderhoudende gedragssequenties**, zoals *bv.* pathologische triades of moeilijkheden met transitie
 - Het systeem (het gezin) **organiseert zich d.m.v. bepaalde interactiepatronen rond de klacht**, waardoor de klacht in stand gehouden wordt
 - Binnen deze benadering wordt er **enkel naar de circulaire verbanden gekeken**, er is geen lineaire causaliteit
 - Dit betekent wel dat men **enkel kijkt naar het proces**, en niet naar de inhoud
 - Men probeert **op een indirecte manier verandering in het systeem te verkrijgen**.
 - Het soort klacht doet er niet toe, men gaat aan de hand van korte-termijn en doelgerichte pogingen trachten in te werken op de interactiepatronen om zo het probleem op te lossen of het symptoom te veranderen
 - Therapeutische interventies zijn dus symptoomgericht
 - Men werkt in het hier en nu en kijkt naar concreet observeerbaar gedrag
 - *Bv.* aan de hand van paradoxale opdrachten tracht men de interactiepatronen te beïnvloeden
 - Het nadeel bij deze benadering is dat men er **geen rekening mee houdt dat verschillende klachten of problemen een andere interventie kunnen vereisen** (5 stappen van therapeutische interventie)
- **Doel taxatie: identificatie van pathologische triades, problemen met gezinscyclustransities, symmetrische en complementaire relaties**
 - Methode: **observatie van gedrag in het hier en nu en detecteren van gedragssequensen** → enkel focus op het huidige probleem dat zich voordoet
- **Doel behandeling:**
 - **Gedragssequenties blokkeren en nieuwe omgangsvormen introduceren**
 - Reframing
 - Directieve paradoxale opdrachten geven
 - Symptoom voorschrijven om symptoom en gedragssequenties uit elkaar te halen
 - Metaforen, symbolen en rituelen
 - Gezinsspeldiagnostiek

COMMUNICATIEBENADERING

- De **vijf communicatieaxioma's vormen de basis voor iedere communicatie**
 - Binnen deze benadering worden de **communicatiepatronen tussen de verschillende leden** centraal gesteld
 - Men gaat niet het individu als oorzaak van het probleem zien, maar men gaat de **aanwezige, recursieve probleem-onderhoudende communicatiepatronen** en

gedrag patronen van het systeem benoemen als oorzaak en in stand houder van de klacht

- Centraal in deze benadering staan de 5 axioma's van Watzlavick
- **Doel taxatie: zicht krijgen op (pathologische) communicatie of interactiepatronen**
 - MRI/communicatietheorie: inzoomen op communicatie
 - Wat, door wie, op welke manier en wanneer werd iets (niet) gezegd?
 - Kijken naar wat mensen zeggen
 - Luisteren naar wat ze zeggen
 - Letten op de context waarin gecommuniceerd wordt
 - Focus op de continue onderhandeling over betekenissen

CYBERNETISCH MODEL: 1^E ORDE CYBERNETICA

- Deze benadering stelt **feedback, circulaire causaliteit en homeostase centraal**
 - **Circulaire causaliteit** wijst erop dat leden van een systeem elkaar constant wederzijds beïnvloeden en dus constant verbonden zijn met elkaar
 - Het **geheel is meer dan de som van de delen**
 - Er is **geen interpunctie** aan te duiden en de **schuldvraag is niet aan de orde**
 - Het **individu** wordt hier gezien als **ondergeschikt aan het systeem**, daar het systeem gezien wordt als een autonoom en zelfregulerend geheel
 - **Uitwisselingen (regels)** binnen het systeem zijn functioneel voor het **behoud van het gezinsevenwicht (homeostase)**
 - Deze benadering stelt dat iemand uit het gezin **problematisch gedrag en klachten** gaat ontwikkelen wanneer er een **gebrek is aan bronnen voor veranderen (morfogenese)**
 - Door negatieve, probleemreducerende feedback wordt de homeostase behouden en is er dus weerstand tegen verandering
 - Er bestaan binnen deze benadering ook **twee vormen van verandering: eerste-orde verandering** (gedragsverandering) en **tweede-orde verandering** of regelverandering (15 principes!)
- **Doel taxatie: identificatie van pathologische interactiepatronen en positieve feedbackloops, en het detecteren van de functie van het symptoomgedrag**
 - **Vragenlijsten**
 - **Observatie van gedrag en detecteren van gedragssequensen**
 - **Circulaire vragen** omtrent probleemdefinitie en probleemsequens
 - Verleden/heden/toekomst
 - Verschilvragen
 - Akkoord/niet akkoord
 - Verklaring/betekenis (hypothetisch)
 - 1^e orde therapeut kan observeren, assessment doen en interveniëren zonder deel te worden van nieuw geheel
 - Hypotheseren – neutraliteit – circulariteit
- **Doel behandeling (zelfde als vorige 2): 1^e en 2^e orde verandering**
 - Cliëntstelsel is per definitie weerstandig: kortelange therapie
 - Op einde van de sessie standaard paradoxale opdracht
 - Positieve herkadring of reframing

- Therapeutische neutraliteit
- Circulaire vragen
- Gezinsspeldiagnostiek

GEDRAGSTHERAPEUTISCH/LEERTHEORETISCH

- **Alle gedrag is aangeleerd: disfunctionele gedragspatronen worden gezien als oorzaak van de klacht**
 - Het is de **systematische bekrachtiging van niet-adequaat gedrag** die geleid heeft tot het probleemgedrag of de symptomen
 - Voorbeelden hiervan zijn onduidelijke regels, weinig bekrachtigen van pro sociaal gedrag, negatieve cognities, niet aanvaarden van verschil, enz.
 - Focus op balans geven en ontvangen: fairness
 - **Groot belang van assessment: observatie van probleemgedrag**
 - Probleemanalyse: wat is het specifiek probleemgedrag?
 - Functionele analyse: wat zijn de gevolgen van het gedrag?
 - Via observatie !!
- **Doel taxatie: gedragsmatig perspectief**
 - Uitgebreide probleeminventarisatie
 - Visie van de therapie voorleggen aan cliëntsysteem
 - Probleemkeuze
 - Meting van het probleemgedrag
- **Doel behandeling: het verstoren van de coërcieve gedragspatronen en emotionele problemen en het herstructureren van negatieve cognities**
 - **Methode: balans positief en negatief gedrag herstellen**
 - ‘Contingency contracting’: contingenties en cognities veranderen
 - Iedereen wordt evenveel beloond: quid pro quo principe
 - Time-out procedure
 - Probleemoplossing- en communicatietraining
 - Cognitieve herstructurering/verandering
 - Emotionele aanvaardingstraining
 - Zelfcontrole training
 - Positieve bekrachtiging aanleren, modelling: bv. lijst maken
 - Meestal directe interventies
 - **Vooraf toepasbaar bij**
 - Gedragsproblemen bij kinderen
 - Partnerrelatieproblemen (distress)
 - Bv. Parent-child interaction therapy // Positive Parenting Program

PSYCHO-EDUCATIEVE GEZINSTHERAPIE

- **Doel: informeren van alle gezinsleden over de psychische aandoening – oorzaken, symptomen, verloop en behandeling**
 - Op gang brengen van verwerkingsproces
 - Verbeteren van gezinscommunicatie
 - Reduceren van belasting van alle gezinsleden
 - Aanleren of stimuleren van adequate coping skills

- Hervalpreventie
- **Doel behandeling:** systeemleden helpen om communicatieve, probleemoplossende en copingvaardigheden te ontwikkelen om om te gaan met 'zieke' gezins-/familieleden + helpen om emotioneel geladen interactiepatronen te vermijden
 - **Methoden**
 - Eengezins of meergezinssessies
 - Psycho-educatie omtrent ziektemanagement, communicatie, coping en reductie van emotioneel geladen interactiepatronen
 - **Vooraf toepasbaar bij**
 - Schizofrenie
 - Bipolaire stoornis
 - Chronische ziektes
 - Recent ook bij depressie en eetstoornissen

FOCUS OP OPVATTINGEN

- Deze benadering kan gezien worden als een reactie op de mechanistische visie van gedragspatronen
- Een systeem van opvattingen en verhalen staat centraal en onderhoudt zich herhalende gedragspatronen
 - De **werkelijkheid is sociaal geconstrueerd** en men kent enkel de **eigen waarheid en waarneming**
 - Observator en geobserveerde bestaan nooit los van elkaar en de taal is het centraal medium, gezien het realiteiten creëert, contextgebonden en niet eenduidig is
- Het doel van therapie is het **creëren van nieuwe en meer leefbare perspectieven op de realiteit**, het maken van een hoopvol verhaal
 - De **therapeut is geen expert meer** maar is gelijkwaardig en maakt integraal deel uit van het cliëntsysteem
 - Het **cliëntsysteem is expert** m.b.t. de eigen problemen en oplossingen
 - Deze benadering is gericht op het **modificeren en verrijken van de onderliggende beliefssystemen** → VERHALEN EN METAFOREN!

ALGEMEEN VOOR OPVATTINGEN

- **Doel taxatie:** zicht krijgen op de dominante verhalen of wereldbeelden (via taal!!)
 - **Gelijkaardige taxatiemethoden** als vorige maar vanuit *dialogiserende benadering*
 - **Herkadrering**
 - Creatie van werkelijkheden via dialoog: overwinningverhaal
 - Meerstemmigheid
 - Nadruk op uitzonderingen op het aanwezige verhaal/wereldbeeld
 - Methoden
 - Genogram: verminderen impact contextuele/historische factoren
 - Ecogram: sociale contacten en leefgebieden
- **Doel behandeling:** andere en 'meer-helpende' betekenissen introduceren en versterken van krachten en uitzonderingen (modificeren en verrijken onderliggende beliefs) + het creëren

van nieuwe en meer leefbare uitzichten/perspectieven op de realiteit → het maken van een nieuw en hoopvol verhaal

- Reflecting team en one-wayscreen !!
- Methoden ter observatie !!

TWEEDE ORDE CYBERNETICA (MILANESE SCHOOL)

- **Doel behandeling:** uitdagen van het gezins-/familiaal beliefstelsel die onderliggend is aan de probleemonderhoudende interactiepatronen → focus op veranderen van de visie van het gezin door positieve herkadring en hanteren van therapeutische neutraliteit, eerder dan gedragsverandering bewerkstelligen
 - **Methoden**
 - Neutrale positie: nieuwsgierig en non-knowing approach
 - Positieve herkadring
 - Circulair bevragen !!!
 - Einde-van-de-sessie opdrachten
 - Paradoxe voorschriften: omtrent gedragspatronen + beliefstelsel
 - Bv. rituelen en symptomen voorschrijven
 - Destructive family games observeren
 - Rules of the game detecteren en verstoren
 - Paradoxe opdracht meegeven
 - One-wayscreen gebruiken
 - **Vooraf toepasbaar bij**
 - Adolescente psychose
 - Anorexia nervosa
 - **Verschiede fasen:** presessie, sessie, intersessie, postsessiediscussie en interventie

CONSTRUCTIVISME (EPISTEMOLOGISCHE THEORIE)

- Deze theorie stelt dat er **binnen elk gezin evenveel gezinsopvattingen zijn als dat er gezinsleden aanwezig zijn**, doordat elk individu een **eigen innerlijke landkaart van de wereld** construeert
 - Elk lid van het systeem wordt gezien als een **universum op zichzelf** → er is meer aandacht voor het individu
- Het is dan dus ook het **probleem dat het systeem bepaalt**, in plaats van omgekeerd, want iedereen die het probleem ervaart, wordt samengebracht
→ **Waarde van kennis ligt in de bruikbaarheid !**
 - **Onderscheid:**
 - Radicaal constructivisme: stelt dat communicatie onmogelijk is doordat iedereen een eigen waarheid heeft en alles wordt bepaald door persoonlijke factoren
 - Alternatief constructivisme: stelt dat individuele wereldbeelden op elkaar lijken voor zover ze beïnvloed worden door dezelfde omgeving, en verschillen van elkaar voor zover ze afhankelijk zijn van hun eigen individuele interpretatie
 - Elke visie is gelijkwaardig, al is de één wel meer bruikbaar voor oplossing dan de andere

- **Gezinnen ontwikkelen opvattingssystemen** die ge(in)valideerd worden door gezamenlijk gedrag en interacties
 - Deze opvattingssystemen **bieden een houvast en helpen om accuraat gebeurtenissen te anticiperen**
 - **Problemen en symptomen** gaan voorkomen bij een **te strak of te los opvattingssysteem** of kunnen ook voorkomen bij **transities in de gezinsontwikkelingscyclus of bij het ruimer systeem**
 - Hierdoor is adaptatie dan niet of onvoldoende mogelijk
 - Men stelt wel dat **opvattingen kunnen veranderen wanneer de opvattingen geïnvaleideerd worden** onder invloed van nieuwe herhaalde ervaringen
 - Alhoewel dergelijke verandering afhankelijk is van verschillende factoren (beschikbaarheid en openheid, bedreigende situaties en eerst randconstructen/dan pas kernconstructen), wijst dit wel op circulair denken
- **Doel taxatie:** opvattingssystemen en predicties blootleggen en accuraatheid testen: flexibiliteit en complexiteit vergroten
- **Doel behandeling:** uitbreiden van persoonlijke en gezins-/familiale beliefsystemen zodat deze meer accurate voorspellingen kunnen maken
 - **Therapeut:** zowel expert als gelijkwaardig
 - **Methoden**
 - Uitspreken van constructen
 - 'Fixed-role' therapie om meer complexe en flexibele individuele en gezinsconstruct(systemen) bespreekbaar te stellen
 - **Vooraf toepasbaar bij:** geen specifieke domeinen

SOCIAAL-CONSTRUCTIVISME

- Binnen deze benadering **breidt men het constructivisme uit** en stelt men dat **iedere overtuiging ingebed is in een sociale context** en wordt **geconstrueerd op basis van omgeving, persoonlijke factoren en sociale interacties**
 - **Bruikbare wereldbeelden** worden in de sociale gemeenschap behouden en evolueren tot '**sociale perspectieven of men-denken**'
 - Deze wereldbeelden zijn *bruikbaar* wanneer ze **mogelijkheden bieden voor het oplossen van problemen, bekomen van adaptie, het vervullen van noden en overleving**
 - Een centraal begrip binnen deze benadering zijn '**stuck systems**', waarbij men stelt dat problemen zich voordoen wanneer een systeem **slechts één of een beperkt aantal manieren heeft om te denken over problemen en de oplossingen** en niet openstaan voor alternatieve mogelijkheden (onvoldoende flexibel)

→ TAAL IS CRUCIAAL !
- **Doel van behandeling:** het co-construeren of het naar voor brengen van een nieuw en meer adaptief beliefsysteem (stuck systems oplossen), meer bruikbare visie
 - **Methode**
 - Nieuwsgierige en eerbiedige houding + neutraliteit (not-knowing approach)
 - Oneerbiedigheid ten aanzien van eigen (favoriete) referentiekader
 - Reflecties van therapeut en team

- Circulaire vragen: nieuwe beliefs co-construeren (toekomstgericht)
 - Mirakelvraag
 - Verschilvraag
 - ...
- Interventive interviewing: circulaire vragen van Tomm
- Bevraging van extremiteiten
- Strategizing: gericht therapeutische verandering nastreven
- Collaboratief/dialogiserend gesprek
 - Reflecting team (one-wayscreen)
 - Meerstemmigheid
 - Verschillende therapeuten geven mening
 - Meerdere visies binnen cliëntsysteem erkennen
- **Vooraf toepasbaar bij:** geen specifieke domeinen
- **Cf. Oplossingsgerichte therapie en narratieve therapie**

OPLOSSINGSGERICHTE THERAPIE

- Focus wordt hier gelegd op de **recursieve probleem-onderhoudende interactiepatronen** die de klacht in stand houden en ervoor zorgen dat er geen uitzonderlijke omstandigheden worden gerecreëerd
- Binnen de therapie wordt er **vooral aandacht besteed aan uitzondering**: momenten waarin het probleem niet voorkomt, en momenten waarop er wel op een goede manier met het probleem werd omgegaan (coping)
- **Doel van therapie is het recreëren van nieuwe uitzonderingen, maar hiervoor dient er een “andere manier van praten” te zijn over de problemen**
- Binnen deze benadering is **ook de motivatie sterk van belang**, wat besproken wordt in de eerste sessies = visitors/complainant/customers
- **Geen onderscheid tussen assessment en therapie = gebeurt door elkaar**
- **Doel taxatie: creëren van een werkbaar hulpvraag (niet-weten als therapeut)**
 - **Aanvang:** Wat is het probleem? Wat is de motivatie? Wat is de rol van de therapeut? (3 posities)
 - **Methode:** interventieschema's !!
 - Mirakelvragen
 - Schaalvragen
 - Observatievragen
- **Doel behandeling: het voorkomen van uitzonderingen vermeederen**
 - **Andere manier van kijken naar klacht**, soort klacht doet er niet toe
 - **Methode**
 - Nieuwsgierige en eerbiedige houding
 - Inbreng reflecties therapeut en team
 - Mirakelvraag: doelstellingen bepalen
 - Deconstructie van het probleem
 - Exploratie van verschillen tussen problematische en uitzonderingsepisodes
 - Schaalvragen omtrent verandering en coping
 - Uitzonderingsvragen

- Afhankelijk van soort cliënten
 - Complimenteren
 - Observatie-/voorspellingstaak: uitzonderingen nagaan
 - Recreëren van uitzonderingen: gedragstaken
- **Vooral toepasbaar bij:** alcohol- en drugsproblemen

NARRATIEVE THERAPIE

- **Narratieven** zijn ordenende en betekenisgevende ideeën die identiteit, leven en problemen construeren
 - Dergelijke verhalen worden **geconstrueerd in interactie met anderen**, want het is slechts wanneer de verhalen verteld en uitgesproken worden, dat ze werkelijkheid worden
 - **Elke persoon heeft zijn eigen verhaal** en dat wordt beïnvloed door individuele en familiegeschiedenissen, sociale klasse, etniciteit, geloof en seksuele preferenties (familie is een cultuur en een sociaal taalsysteem)
 - **Pathologieën en klachten** worden veroorzaakt en in stand gehouden wanneer **verdrukkende verhalen iemands leven domineren** of wanneer het **verhaal** dat iemand heeft, **niet past binnen de ervaringen en omgeving**
 - Mogelijkheden tot het ontstaan van nieuwe narratieven worden dan uitgesloten
 - Dit wijst opnieuw op een **lineaire oorzaak**
 - Wel stelt deze benadering dat de **cliënt auteur is van zijn eigen verhaal** en de kracht heeft om zijn verhaal te veranderen, wat opnieuw wijst op een zekere vorm van circulariteit
- **Doel behandeling:** het **‘re-authoring’ van persoonlijke narratieven totdat ze niet langer de persoon doen samenvallen met het probleem, waardoor deze persoon zichzelf terug als competent ziet (zelf eigen verhaal herschrijven)**
 - Men probeert **verhalen naar voor te halen die weggedrukt werden door het probleemverhaal** → de therapeut tracht zich hierbij wel aan te sluiten bij de specifieke ervaringswereld van de cliënten en hun omgeving
 - **Men kijkt ruimer dan uitsluitend familieleden**
 - **Methode**
 - Not-knowing approach: actief + niet-wetend
 - Re-authoring: leven ‘herschepjen’ op een niet-problematische manier
 - Externaliserende conversaties: the problem is the problem, not the person
 - Bevraging van vroegere uitzonderingen
 - Eigen competentie verhogen
 - Uitbreiden van verhaal van de toekomst
 - Uitnodigen van familieleden als buitenstaanders/getuigen
 - Betrekken van ruime sociale omgeving/maatschappij
 - Invitatie om deel te nemen aan bring-it-back activiteiten
 - Uitzonderingen
 - Circulaire vragen: verschilvragen, schaalvragen
 - Extra: stappen (White & Epston)
 - Externaliserende conversaties: the problem is the problem
 - Reauthoring conversations: landscape of action / of identity
 - Re-membering: aandacht richten op andere leden

- Getuige zijn: outsider witness (andere mensen uitnodigen)
 - Therapeut staat de-centraal!
- **Vooraf toepasbaar bij**
 - Encopresis
 - Coping met hallucinaties
 - Anorexia nervosa
- Voorbeeld van eerste vraag
 - Bv.: “Wat denk je dat de verwijzer over jou verteld heeft”
 - Open en circulaire vragen !!

→ Narratieve therapie gaat in tegen AST !!

FOCUS OP CONTEXTUELE, HISTORISCHE EN CONSTITUTIONELE FACTOREN

- Deze benadering gaat nog een stap verder en benadrukt de **rol van historische, contextuele en constitutionele factoren in de vorming van bepaalde opvattingssystemen en van problematische interactie-/gedrag patronen**
 - **Hoe komen opvattingen en interactie-/gedrag patronen tot stand?**
 - Binnen deze benadering worden **deze factoren expliciet in rekening gebracht door te werken met de ruimere familie en een breed sociaal netwerk**
 - Anderzijds is men ook **coachend om met deze factoren te kunnen leren omgaan**
- **Algemeen voor behandeling: impact van context modificeren en/of beschermende factoren mobiliseren (genogram en ontwikkelingscyclus)**
- **Huidige context + intergenerationeel**

MULTIGENERATIONELE/TRANSGENERATIONELE GEZINSTHERAPIE

- Binnen deze benadering staat de assumptie centraal dat de **ruimere familie-eenheid de primaire bron is van menselijke emotionele ervaringen**
- Het **concept van zelfdifferentiatie** staat hier centraal, dat is de mate waarin een individu **autonoom** kan zijn tegenover anderen en er mogelijkheid is tot **separatie** van gedachten en gevoelens zodat individuen op zichzelf kunnen bestaan
 - Er doet zich een **transgenerationeel proces** voor
 - **Problemen** ontstaan wanneer iemand **niet of onvoldoende is kunnen loskomen** van het gezin en systeem waardoor men **in nieuwe relaties (onbewust) problemen gaat herhalen** uit het gezin van herkomst
 - Er doet zich een vorm van **multigenerationele transmissie** voor: ouders projecteren hun eigen maturiteit op hun kinderen (family projection) en deze kinderen gaan op hun beurt dan partners kiezen met weinig differentiatie/maturiteit (hoog vs. laag angstige gezinnen)
- **Taxatie: genogrammen (focus op verleden) met als doel de intergenerationele overdracht van destructieve patronen tegen te gaan (loyauteiten en onevenwicht balans)**
 - **Technieken**
 - Extended family systems: afzetten van gezin
 - Genogram en ontwikkelingscyclus

- **Doel behandeling:** differentiatie van GVO en het ontwikkelen van een niet-hiërarchische persoon-tot-persoon relatie met de ouders + vrijpleiten van de ouders
 - **Methode: genogram en ontwikkelingcyclus**
 - Differentiatieproces promoten
 - Reflecties op gevoelens: emotional cut-off
 - Vaardigheden aanleren: zelfreflectie en reduceren emotionele reactiviteit
 - Blootleggen van onzichtbare loyauteiten en faciliteren van vrijpleiting
 - De-triangulatie
 - **Vooraf toepasbaar bij**
 - Huwelijksproblemen
 - Gedragsproblemen bij kinderen
 - Multigenerationele patronen van misbruik en geweld
- **Ongeveer zelfde voor contextuele therapie: nadruk op een existentieel op relaties gebaseerd begrip van het menselijk leven en op (intergenerationeel) dialoog**
 - Binnen deze benadering staat de **relationele ethiek** centraal als overkoepelende factor voor de drie andere dimensies (feiten, individuele psychologie en systemische interactie)
 - **Symptomen dienen begrepen worden uit een gebrek aan fairness in de interactie tussen de gezinsleden**
 - Wanneer de balans van geven en nemen binnen een systeem verstoord is, kan dit aanleiding geven tot pathologieën
→ Lineaire manier van denken
 - **Therapie dient erop gericht te zijn deze fairness opnieuw te installeren**, om zo intergenerationele overdracht van destructieve patronen tegen te gaan
 - Bij een ouder-kind relatie is er een structurele ongelijkheid binnen de balans van geven en nemen, gezien de ouders het kind het leven hebben gegeven
 - Problemen kunnen dan bv. ontstaan wanneer loyauteit tegenover de ouders in het gedrang komt
 - Kernwoorden p. 50

PSYCHO-ANALYTISCHE GEZINSTHERAPIE

- **Object-relatie-gebaseerd:** de **onbewuste primitieve relationele schema's** van het zelf en de Anderen zijn gebaseerd op vroegere ouder-kind relaties en worden herhaald in huidige betekenisvolle relaties
 - **Problemen** ontstaan wanneer men **splitting gebruikt als beschermings-mechanisme**, waarbij men anderen emotioneel ervaart als 'all-good' of 'all-bad' (*need exciting vs. need reciting, drie subsystemen*) en de **projectie rigide** is
 - Hierdoor gaat men bijvoorbeeld in problematische relaties komen en zich volledig of net onvoldoende confirmeren aan de Ander
- **Doel behandeling:** faciliteren van het inzicht in de mutuele projectieve processen en verbeteren van partners mogelijkheden om conflict te containen en aan elkaars noden voor autonomie en verbondenheid tegemoet te komen (non-directief!)
 - **Methode**
 - LT partnerrelatietherapie of KT gezinstherapie
 - Non-directief, creëren van therapeutische ruimte, luisteren, empathie, ..

- **Vooral toepasbaar bij**
 - Huwelijksproblemen
 - Rouw

THERAPIE GEBASEERD OP HECHTING

- Hechtingsbehoeften niet bevredigd door rigide patronen die emoties blokkeren, geen veilige basis waardoor oude scripts worden herhaald
 - Emotionfocusedtherapy = empirisch getoetste, integratieve en geprotocolleerde behandelvorm voor partnerrelatieproblemen (9 stappen in 3 fasen)
 - Emoties zijn belangrijk in de zelfbeleving, zowel in het adaptieve als maladaptieve functioneren en in het bewerkstelligen van therapeutische veranderingen. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen primaire emoties of onderliggende hechtingsbehoeften en secundaire emoties. Probleemonderhoudende sequensen blijven dan bestaan omdat partners hun hechtingsbehoeften willen bevredigd zien en zorg gaan afdwingen via weinig effectieve afdwingstrategieën. (bv. demand-withdrawal)
 - Doel therapie: maladaptieve emotie écht ervaren in de sessie waardoor de mogelijkheid gecreëerd wordt tot het ervaren van een nieuwe (primaire) adaptieve toestand. Eerst worden de secundaire emoties bewerkt, daarna de primaire. Problemen bij het koppel worden dan geherkadreerd in termen van niet voldoen aan elkaars hechtingsbehoeften: leren voldoen, leren emoties uiten, ...
 - Scripttheorie: gezinsproblemen
 - Familiescripts worden doorgegeven over generaties heen in verhalen en ervaringen. Het zijn geïnternaliseerde gedeelde verwachtingen binnen een gezin over het invullen van de gezinsrollen in de stressvolle situaties die zich voordoen en voorspelt elkaars gedrag. Toch is er ook nood om zelf geïmproviseerde of innovatieve scripts te schrijven voor zichzelf (en niet enkel replicatieve of correctieve verhalen). De vorm en de verteltrant van de familieverhalen vertellen iets over de gezinsgehechtheid. Wanneer er een gebrek is aan veilige hechting in de kindertijd heeft men vaak de kracht of sterkte niet om zelf dergelijke verhalen te ontwikkelen. De lineaire oorzaak wordt hier dus bij het gebrek aan veilige hechting gelegd.
 - Doel therapie: creëren van een veilige basis voor het hele gezin zodat men innovatieve scripts kan ontdekken. Therapeut dient ook de angst te containen, want anders-doen impliceert het in vraag stellen van huidige rollen en regels.
- Doel Taxatie: via dialoog gezinshechtingsverhaal brengen + emoties uiten
- Doel behandeling: veilige hechting + veilige basis creëren + gezinnen helpen om nieuwe scripts en een nieuw interactioneel bewustzijn te ontwikkelen
 - ECT-C: methode
 - Kortdurend + protocollair
 - verstoren neg interactiepatronen: wederzijdse uiting en aanvaarding
 - therapeut als veilige basis voor improvisatie
 - ouders helpen intersubjectiviteit met kinderen te ontwikkelen
 - vooral toepasbaar bij
 - relatieproblemen
 - kindermishandeling en verwaarlozing

- gedrags- en emotionele problemen bij kinderen

EXPERIENTIËLE GEZINSTHERAPIE (WHITAKER & SATIR)

- Deze benadering is atheoretisch en stelt het cliënt-centered perspectief centraal dat stelt dat elk persoon de inherente tendens bezit om te streven naar persoonlijke groei en zelfrealisatie. Hierbij is er nood aan adequate steun en minimale repressieve sociale controle. Problemen en probleemonderhoudend gedrag ontstaan wanneer men belemmerd wordt in deze persoonlijke groep. Bv door communicatieproblemen; beperkte range aan emotionele expressies; rigide set van regels, rollen en routines; onvoldoende persoonlijke en relationele groei en dit is gelinkt aan problemen in gezin van oorsprong. Hierdoor ontstaat er een kloof tussen wie het individu zou willen zijn en tussen wie het individu moet zijn.
 - historisch van belang, nu reeds uitgestorven: ook geen echte school
 - WEL BELANGRIJK: aandacht voor relatie met cliënt en juiste condities
- Doel taxatie: via dialoog het cliëntsysteem ontkende emoties (primaire en secundaire) laten uiten binnen een veilige therapeutische context (detectie van stresspatroon)
- Doel behandeling: Faciliteren van duidelijke communicatie, spontaneïteit, expressie van negatieve en positieve emoties, flexibele regels, rollen, niet-rationele speelsheid en persoonlijke groei en zelfverwezenlijking van de gezinsleden en het ganse gezin → zelfwaardegevoel, zelfverwezenlijking, verantwoordelijkheid opnemen en zelfbewustzijn
 - Methode
 - Kernfactoren: ervaringsgericht veranderen en echtheid van de therapeutische relatie
 - verantwoordelijk voor TH-proces bij cliëntsysteem
 - gezin ontmoeten op emotioneel niveau
 - persoon van HV gebruikten om verandering te faciliteren
 - interventies: sculpting, psychodrama en andere gestalt methoden
 - co-therapie teams: proces en IP-niveau
 - vooral toepasbaar bij: geen specifieke domeinen

PROBLEEMOPLOSSENDE GEZINSTHERAPIE

- Tegenreactie op psycho-analytisch perspectief: inzicht in het probleem is noch noodzakelijk noch voldoende om tot verandering te komen. De therapeut richt aandacht van het gezin op de toekomst om hen te helpen de gezinsdynamiek, die probleemonderhoudend gedrag stimuleren, te veranderen. Het is multidimensioneel en systemischgeïoriënteerd.
 - Zes dimensies van gezinsfunctioneren
 - Probleemoplossend vermogen
 - communicatie
 - rollen
 - affectieve responsiviteit
 - affectieve betrokkenheid
 - gedragscontrole
 - Behandeling: kortdurend en kostenefficiënt (4 fasen met 2 delen)

OVERIGE SYSTEMISCHE INTERVENTIES

- Genogrammen: evolutie van problemen over generaties heen
 - exploring: transgenerationale invloeden exploreren
 - re-experiencing: emoties uitdrukken die ermee verband houden
 - reconnecting: loyaliteitsconflicten oplossen
 - verminderen impact contextuele en historische factoren
- Non-verbale interventies:
 - enactment en re-enactment: naspelen en betere alternatieven maken
 - sculpting: plaatsen zoals je je voelt
 - creatieve technieken: probleem benoemen en er vat op krijgen
- Rituelen: creëren een gemeenschappelijke ervaring
 - herstellen van verloren rituelen: bv. migranten
 - vormen van nieuwe (beter passende) rituelen
 - overgangsrituelen: transities (accepteren, vergeven)
 - afscheids- en rouwrituelen
 - rituelen die problematische gezinsinteracties blokkeren (3 fasen)
- (Circulaire) vragen stellen: indeling volgens TOMM – circulair is best
- Opdrachten
 - vaardigheidstraining en gedragsuitwisseling
 - vaardigheidstraining
 - communicatietraining en conflicthantering of problemsolving
 - oudertraining, parentmanagement, familygame
 - gedragsuitwisseling
 - ratio positief ten aanzien van negatief gedrag veranderen
 - behavioral control programs: bv. bij mishandeling
 - alternatieven aanbieden
 - bv. alternatieve bestraffing (time out)
 - reguleren van boosheid
 - ouder-kind relatie verbeteren !! (moet erbij!!)
 - paradoxale opdrachten:
 - non-verbale opdrachten
 - monitoringsopdrachten: gedragingen van zichzelf en anderen registreren
 - reflectiebevorderende opdrachten: brief, genogram, CV, circulair
- Focussen en vergroten: themakeuze impliceert een afweging!
- Informeren: belangrijk in elke fase van de behandeling, focus op schuldreductie
 - bv. schizofrenie!! (communicatietraining + problemsolving)
- Heretiketteren: bv. normaliseren als vorm van herkadering
 - hoe systeemleden zichzelf zien of hoe anderen hen zien
 - gedrag en interactiepatronen
 - intenties, wensen en verlangens
 - de context
 - de visie van de therapeut
 - individueel ↔ interactioneel
 - stabiel, onveranderbaar ↔ wijzigbaar, controleerbaar
 - negatief ↔ positief
 - the difference that makes the difference

- Of: splitmessages
- Verhalen en metaforen: creëren van symbolische ruimte
 - grote verhalen: bv. bijbel
 - kleine verhalen: anekdotes
 - relatiemetaforen: bv. jaloersheid parallelproces
 - metaforische objecten: bv. trouwring
 - creatieve metaforen: bv. gedicht
 - taalfmetaforen: rots in de branding
- observering reflecting team: in samenspraak met cliëntsysteem!!
- systeemdenken = depathologiserend
 - klachten worden gezien als 'te begrijpen' gevoelens, gedrag en cognities gegeven de situatie of context → daling spanning en empowerment!

CENTRAAL BIJ ASSESSMENT

- Focus op gedragspatronen: focus op recursieve en probleemonderhoudende gedragspatronen (modernisme): multitrait/method/person/system
 - observatie !! (outsider)
 - vragenlijsten !! (insider)
 - circulaire vragen
 - Gezinsspeldiagnostiek: disfunctionele interactiepatronen blootleggen en doorbreken via drie fasen
 - gezelschapsspel met vaste opdrachten
 - twee tekeningen: individueel + gezamenlijk
 - vrij spel: ongestructureerd
 - Twee therapeuten: observatielijsten invullen over
 - individueel gedrag
 - interacties
 - symboliek tekening en spelinhoud
 - Meervoudige partijdigheid !
- Focus op opvattingen: (postmodernisme)
 - gelijkaardige methoden maar vanuit **dialogiserende benadering!!**
 - neutraliteit, oneerbiedigheid en nieuwsgierigheid
 - gelijkwaardigheid therapeut en cliëntsysteem
 - not-knowing
 - actief en niet-wetend
 - Herkadrering
 - werkelijkheden creëren via dialoog: verhalen en metaforen!
 - nadruk op uitzonderingen
 - belang van taal !!
 - meerstemmigheid
 - genogram
 - ecogram
 - reflecting teams: onewayscreen

CENTRAAL BIJ BEHANDELING

- Focus op gedragspatronen: inwerken op interactiepatronen
 - herstructurerende technieken
 - paradoxale interventies en doen-alsof interventies
 - metaforen, symbolen, rituelen
 - circulaire vragen
- Focus op vattingen: creëren van nieuwe en meer leefbare perspectieven op de realiteit en meer helpende betekenissen introduceren en versterken van uitzonderingen en krachten
 - dialoog!!
 - positieve herkadring
 - circulaire vragen
 - mirakel, verschil, schaal, doel, ...
 - interventive interviewing
 - externaliserende conversaties (white en epston)
 - extremiteiten
 - meerstemmigheid
 - reflecting team + oneway screen

SAMENVATTEND OVERZICHT: STROMINGEN

STROMINGEN MET FOCUS OP GEDRAGSPATRONEN

- **Structurele gezinstherapie**
 - Gezond: duidelijke grenzen, flexibele rollen, moderaat niveau cohesie
 - Ongezonder: rigide of diffuse grenzen, chaotische of rigide rollen, enmeshment of loszandgezinnen
- **MRI groep**
 - Gezond functioneren: afwezigheid recursieve probleem-onderhoudende gedragspatronen
 - Ongezonder functioneren: aanwezigheid recursieve probleem-onderhoudende gedragspatronen
- **Strategische gezinstherapie**
 - Gezond: duidelijke intergenerationele grenzen, flexibel met transitie omgaan, mix van complementair en symmetrische communicatie, liefde eerder dan geweld
 - Ongezonder: pathologische triades, moeilijkheden met transitie, exclusief complementair/symmetrisch, symptoom als metafoor voor het écht probleem, problemen met liefde geven en krijgen of controle
- **(Cognitieve) gedragstherapie**
 - Gezond: ouders werken samen duidelijke regels voor kinderen uit, bekrachtigen prosociaal gedrag maar niet antisociaal gedrag, positieve cognities, partners hebben hoge mate van wederzijds bekrachtigen, aanvaarden verschillen, positieve probleem solving en communicatie
 - Ongezonder: o coërcieve interacties, onduidelijke regels, weinig bekrachtigen prosociaal gedrag, negatieve cognities, weinig wederzijdse bekrachtiging, verschil wordt niet aanvaard, weinig vaardigheden

STROMINGEN MET NADRUK OP OPVATTINGEN

- **Constructivisme**
 - *Gezond*: gezinsleden hebben een persoonlijk en gezinsopvattingensysteem dat voldoende complex, flexibel en congruent is om adaptatie aan veranderende omstandigheden in ontwikkelingscyclus en breder ecologisch systeem mogelijk te maken
 - *Ongezond*: gezinsleden hebben een persoonlijk en gezinsopvattingensysteem dat te rigide, simpel en onsamenvattend is zodat adaptatie aan ... onvoldoende of niet mogelijk is
- **Sociaal constructionisme**
 - *Gezond*: gezinsleden hebben een opvattingensysteem dat voldoende flexibel is om adaptatie aan veranderende omstandigheden binnen het gezin en in het breder ecologisch systeem mogelijk te maken
 - *Ongezond*: gezinsleden hebben een opvattingensysteem dat onvoldoende flexibel is om...
- **Oplossingsgerichte therapie**
 - *Gezond*: gezinsleden hebben aandacht voor uitzonderlijke omstandigheden waarin de veel voorkomende problemen niet voorkomen en ze leren hoe ze deze omstandigheden kunnen creëren wanneer ze specifieke problemen moeten oplossen
 - *Ongezond*: gezinsleden engageren zich in recursieve probleem-onderhoudende gedragspatronen en recreëren geen uitzonderlijke omstandigheden
- **Narratieve therapie**
 - *Gezond*: dominante narratieven bevrijden en ondersteunen gezinsleden in het gezin, waar plaats gemaakt wordt voor het creëren van verhalen rond persoonlijke competenties
 - *Ongezond*: dominante narratieven beknotten gezinsleden, geven gewicht aan problemen en sluiten mogelijkheden tot het ontstaan van nieuwe narratieven uit

STROMINGEN MET FOCUS OP HISTORISCHE, CONTEXTUELE EN CONSTITUTIONELE FACTOREN

- **Multigenerationele en contextuele gezinstherapie**
 - *Gezond*: gezinsleden zijn gedifferentieerd van hun gezinnen van herkomst en niet voorbestemd om problemen uit gezin van herkomst te herhalen door onbewuste loyaliteiten
 - *Ongezond*: niet losgekomen van gezin van herkomst en dit wordt onderhouden door gezinsleden die emotioneel afgesneden worden van gezin, herhaling problemen door onbewuste loyaliteiten
- **Psycho-analytische gezinstherapie**
 - *Gezond*: ontwikkelen een emotioneel ervaren van partners (object relaties) van initieel 'all-good' of 'all-bad' tot wie ze echt zijn, met hun sterkten en zwakten
 - *Ongezond*: emotioneel ervaren van anderen als 'all-good' of 'all-bad' en over blijft deze splitsing en projectie rigide
- **Therapie gebaseerd op hechtingstheorie**

- *Gezond*: hechtingsbehoeften worden bevredigd in context van flexibele interactiepatronen die emotioneel engagement promoten; voldoende veiligheid voor iedereen om nieuwe scripts te kunnen improviseren
- *Ongezonder*: hechtingsbehoeften niet bevredigd door rigide patronen die emoties blokkeren, geen veilige basis waardoor oude scripts worden herhaald
- **Experiëntiële gezinstherapie**
 - *Gezond*: congruente communicatie; range van negatieve en positieve emoties toelaten; spontane interacties; open voor de niet-rationele, speelse kant van het leven; moedigen persoonlijke groei en groei van gezinsrelaties aan
 - *Ongezonder*: communicatieproblemen; beperkte range aan emotionele expressies; rigide set van regels, rollen en routines; onvoldoende persoonlijke en relationele groei en dit is gelinkt aan problemen in GVO

BESLUIT M.B.T. STROMINGEN MET FOCUS OP GEDRAGSPATRONEN, OPVATTINGEN EN HISTORISCHE EN CONTEXTUELE FACTOREN

- **Term ‘systeemtherapie’ beter vervangen door ‘systemische therapie’** om de veelheid aan invalshoeken binnen het systemische vakgebied te omvatten?
- **Geschiedenis van vakgebied is ruim 50 jaar oud**
 - Diverse theorieën, modellen en praktijken
 - Sommige bleven, anderen transformeerden, andere verdwenen en nieuwe verschenen
- **Huidige tendens: sociale dimensie centraal stellen**
 - Gezinnen en families worden beschreven als sociale configuraties
 - Individuen worden begrepen binnen hun sociale en relationele context
- **Gemeenschappelijk iets: sensitiviteit voor diversiteit aan werkelijkheden en perspectieven** = Werken ‘op maat’

