



Gedragsverandering in gezinnen

Deel 1 van 3 : Hoofdstuk 1 t/m 5

Ook verkrijgbaar : Deel 2 : Hoofdstuk 6 tot en met 11

Ook verkrijgbaar : Deel 3 : Hoofdstuk 12 tot en met 16

Bronvermelding:

Titel: Gedragsverandering in gezinnen

Zevende, volledig herziene druk

Auteur: Prof. Dr. Alfred Lange

Uitgever: Martinus Nijhoff

ISBN: 9068905554

Aantal pagina's boek: 665

Aantal hoofdstukken boek: 16

De inhoud van dit uittreksel is met de grootste zorg samengesteld. Incidentele onjuistheden kunnen niettemin voorkomen. Je dient niet aan te nemen dat de informatie die Students Only B.V. biedt foutloos is, hoewel Students Only B.V. dat wel nastreeft. Dit uittreksel is voor persoonlijk gebruik en is bedoeld als wegwijzer bij het originele boek. Wij raden altijd aan het bijbehorende studieboek erbij te kopen en dit uittreksel als naslagwerk erbij te houden. In dit uittreksel worden diverse verwijzingen gemaakt naar het studieboek op basis waarvan dit uittreksel is gemaakt.

Dit uittreksel is een uitgave van Students Only B.V. Copyright © 2004 StudentsOnly B.V. Alle rechten voorbehouden. De uitgever van het studieboek is op generlei wijze betrokken bij het vervaardigen van dit uittreksel. Voor vragen kan je je wenden per email aan info@studentonly.nl.

Inhoudsopgave

Deel 1: Achtergronden van het model

| | | |
|-------------|---|---------|
| Hoofdstuk 1 | Het gezin als systeem: de ontwikkeling van een begrippenkader | pag. 3 |
| Hoofdstuk 2 | De stromingen en hun geschiedenis | pag. 7 |
| Hoofdstuk 3 | Tien basisstrategieën | pag. 9 |
| Hoofdstuk 4 | Het behandelingsmodel: timing, fasering en integratie | pag. 13 |

Deel 2: Technieken

| | | |
|-------------|-----------------------|---------|
| Hoofdstuk 5 | Aanmelding en taxatie | pag. 14 |
|-------------|-----------------------|---------|

Deel 1 Achtergronden van het model

Hoofdstuk 1 Het gezin als systeem; de ontwikkeling van een begrippenkader

Benaderingen die op het individu gericht zijn zoals leertheorie en cognitieve theorieën waarin psychische symptomen gezien worden als aangeleerde gedragingen, behandelen zelden de patiënt en diens sociale omgeving als eenheid van behandeling.

Therapeuten ervoeren in de jaren 50 dat er tussen gezinsleden processen speelden die het succes van een individuele aanpak beïnvloedden. De **interacties** tussen mensen kwamen centraal te staan en niet meer de psychische conflicten van een enkel persoon. Een nieuwe theoretische stroming, de algemene systeembenadering bood een abstract begrippenkader waarmee de circulaire processen die zich in groepen afspeelden verklaard konden worden. De theorie is een metatheorie. Gezinstherapeut Jackson benadrukt de invloed van **communicatie** op het individu. Individuele problemen moeten ook aangepakt worden met behulp van een individuele therapie. Spiegel (1969): alle systemen die van invloed zijn op de therapie moeten geïdentificeerd worden en de effecten ervan moeten voorspeld worden.

Casusbeschrijving van een jongen (Roel Landman, 9 jaar) met somatische buikpijn veroorzaakt door een verstoorde ouderlijke relatie en hij heeft een aantal emotionele problemen die in een **intrapsychische therapie** behandeld zullen worden. Roel beschouwt zichzelf als de oorzaak van de conflicten in het gezin. De therapeut ontwikkelt op basis van de informatie over de andere gezinsleden een totaalbeeld over het functioneren van het gezin. Daarna bekijkt hij de verhouding met andere delen van de omgeving, de verschillende niveaus van systemen worden onderzocht.

Leo, 6 jaar, leerproblemen, normaal IQ. De therapeut concludeert spanningen binnen het gezin omdat Leo buitensporig veel aandacht krijgt. Alvorens gezinstherapie te starten, wordt Leo psychologisch getest. Daarna wordt de aandacht op de andere problemen in het gezin gericht.

Dyadische subsystemen: een sociaal systeem van twee mensen

Interacties tussen moeder en vader: de ruzies over de onderwerpen tussen vader en moeder verminderden als gevolg van de problematiek rond Roel. De vader reageert heel anders op Roel dan de moeder. Tussen de ouders ontstaan er machtsproblemen die over Roel uitgevochten worden. Alle gezinsleden zijn debet aan het ontstaan van de problematiek. Het betrekken van de school bij de behandeling is niet erg zinvol omdat de gezinsproblematiek het meest ernstig is. Veel problemen binnen gezinnen kunnen teruggevoerd worden op situaties buitenhuis.

Ecologische systeembenadering: natuurlijke omgeving van een gezin staat centraal (woonsituatie, etnische integratie, relaties met familie, burens, collega's, etnische integratie).

Wanneer een gezin een geïsoleerd bestaan leidt en geen steun krijgt bij problemen in de opvoeding is dat een ongezonde situatie. Goede contacten met anderen kunnen problemen binnen het gezin helpen voorkomen. Echter een gezin dat te open is, kan ook moeilijkheden tegenkomen.

Een gezinstherapeut kan ingrijpen op verschillende niveaus en aanpassen aan individuele kenmerken. In het begin moeten alle betrokken aanwezig zijn zodat later individuele ziekten, de structuur van het gezin, de relatie met de buitenwereld en destructieve interactionele processen wisselend aangepakt kunnen worden. Bij gezinstherapie is niet alleen het gezin betrokken, ook de meest relevante **sociale context** wordt meegenomen in de behandeling.

Rollen in het gezin. Vogel en Bell (1960) noemen een kind zoals Roel de **zondebok**. Hoffman noemt het een afwijker. Veel zondebokken worden opgenomen maar door gezinstherapie waarin de gezinsstructuur veranderd wordt, kan dit voorkomen worden. Vaak verbergen gezinnen hun problemen en de zondebok. Dit mechanisme, het handhaven van de gezinsmythe is lastig. Gezinnen die zichzelf afschermen van veranderingen zijn **homeostabiel**. Palazolli e.a. introduceerden de positieve connotatiebehandeling met daarbij een paradoxale houding van de therapeut. Deze uit niet zijn mening over de situatie, maar beloont de zondebok voor zijn opofferingen aan het gezin teneinde de rest van het gezin weer normaal te kunnen laten functioneren.

In een gezin is hiërarchie nodig, sommige leden hebben meer verantwoordelijkheid. Haley vindt niet dat altijd eerst aan de ouders gewerkt moet worden zoals in de **Milanese school** wel het geval is. In deze Milanese schooltheorie wordt het kind gevraagd om bewust nog wat langer dezelfde symptomen te vertonen zodat eerst de slechte ouderrelatie naar voren komt. Minuchin: structurele gezinstherapie, grenzen tussen de subsystemen, ouders moeten verantwoordelijkheid nemen.

1.5

Gebrekkig optreden van (één van) de ouders afhankelijk van individuele factoren en van de structuur van het gezin (machtsstrijd). Haley, **de perverse triade**: kenmerken van pathologische systemen:

- ontkenning van de coalitie tussen twee personen
- interactieproces: proces van gemeenschappelijke activiteiten van iemand van de hoogste generatie en iemand van de lagere generatie gericht tegen een derde
- generatieverschil: twee mensen van dezelfde generatie en één uit een lagere generatie verwickeld in een interactieproces.

De systemen vallen of uit elkaar of een van de leden gaat psychiatrische symptomen vertonen. **Rigide triade**: moeilijk voor de ouders een kind buiten conflicten te houden. Gevolgen perverse triade: vorming van een front door aantal leden en een derde lid wordt psychiatrisch patiënt. Deze triade kan ook ontstaan in andere natuurlijke groepen.

Doordat de therapeut ziet hoe de gezinsleden onderling communiceren worden interactieprocessen voor hem duidelijk. De leden moeten hun problemen zelf kunnen oplossen doordat de destructieve interactiepatronen gericht gewijzigd worden door de therapeut.

1.6

Watzlavick et al.: Een interactioneel systeem is een proces waarin de aard van een relatie wordt bepaald door twee of meer personen. Volgens Haley vragen mensen die elkaar ontmoeten zich af wie wat voor het zeggen heeft. Deze afspraken zijn vaak impliciet en onbewust. In veel gezinnen zijn conflicten afkomstig van een onopgeloste **regelproblematiek**. Wanneer er een conflict is over de inhoud van een boodschap gaat het eigenlijk meestal om de relationele kant, de vraag wie het voor het zeggen heeft.

Interpunctieproblematiek: leestekens aangeven in de communicatie waardoor personen kunnen aangeven waar het beginpunt is van het conflict, dit is meestal tevens de oorzaak van de onenigheid. Het is van essentieel belang dat ingezien wordt welk effect het eigen gedrag op

dat van de ander heeft. Soms wordt het gedrag versterkt door een vicieuze cirkel van interpunctieproblematiek.

Betrekking en inhoud: het inhoudsaspect is de zakelijke kant (feiten) van een ruzie. Op betrekkningsniveau wordt de onderlinge relatie vastgesteld. Bateson noemt dit 'command aspect'. Hier wordt de machtsstrijd uitgevochten op inhoudsniveau en dit lost de regelproblematiek niet op.

Bateson: **complementaire en symmetrische interacties**. In het eerste geval is er een patroon van gedragingen die bij elkaar passen en tegelijkertijd tegengesteld van aard zijn. De verhoudingen worden steeds extremer, degene die verzorgt gaat dat steeds meer doen en degene die zich laat verzorgen laat steeds meer verzorging toe. In het geval van een symmetrische communicatie over en weer wordt het gedrag van de ene persoon gevolgd door (bijna) hetzelfde gedrag van de ander. Dit mondt vaak uit in concurrentie en uiteindelijk een machtsstrijd. Het beste is het dat gezinsleden complexiteit in hun onderlinge interacties aanbrengen, dus verschillende soorten van gedrag afwisselen (**parallele interactie**).

Palo-Alto groep: voorlopers gezinstherapie in de VS. **Double bind** verschijnselen negatief effect van communicatie op de ontvanger. Strijdige onderdelen van boodschappen:

Tegenstrijdigheden binnen een communicatiekanaal: discrepanties tussen uitingen, geen eenduidige lijn

Paradoxe boodschappen: opdrachten die in zichzelf strijdig zijn. Vb: jij moet eens wat spontaner doen. Dit kan niet want als de aangesprokene dat probeert is hij al niet meer spontaan, maar gehoorzaam aan de opdrachtgever. Dit type boodschap heeft vooral een negatieve uitwerking wanneer er sprake is van een **complementaire relatie**.

Stemmings- en angststoornissen zijn **somatoforme stoornissen** volgens DSM-IV. Gedrag is symptomatisch wanneer klachten die niet somatisch zijn, zoals hoofdpijn of rugpijn van invloed zijn op anderen terwijl de persoon zelf denkt er niets aan te kunnen doen. In de systeemtheorie spreekt men van **symptomatische klachten**. Wanneer de partner extra aandacht besteed aan de partner met klachten werkt dit belonend. De persoon met symptomatische klachten behaalt winst uit het vermijden van angst (primaair) en de extra verzorging (secundair). Door het gedrag onregelmatig te belonen, wordt het symptomatische gedrag in stand gehouden en soms zelfs versterkt. In de behandeling kunnen de andere gezinsleden leren selectief het gedrag te bekrachtigen. Echter, mensen met klachten die niet somatisch zijn behalen geen winst uit hun klachten. Toch worden ook bij hen de symptomen soms bekrachtigd en kan het nodig zijn dit patroon te doorbreken.

1.7

In het begin van een relatie tussen partners zijn de omstandigheden meestal gunstig en worden de verschillen in gewoonten en cultuur vaak onderschat. Soms heeft een van de partners zich meegaand opgesteld en zich aangepast. Er ontstaan conflicten wanneer er minder ruimte is om zich aan elkaar aan te passen door de **veranderde rollen**. Er ontstaan grote problemen wanneer men wil dat de persoon verandert en niet meer alleen het gedrag. Het proberen veranderen van het gedrag moet ook gepaard gaan met een machtsstrijd en interpunctieprocessen. Veel situaties ontwikkelen zich aanvankelijk tot impliciete regels, pas later ontstaan er hierdoor problemen.

1.8.

Levenscyclus van het gezin en psychiatrische symptomen (Haley). Fases:

- Kinderloze fase: samenleven of trouwen tot geboorte eerste kind
- Uitbreidingsfase: geboorte eerste kind tot en met geboorte laatste kind
- Stabilisatiefase: opvoeding kinderen tot en met verlaten van het huis door eerste kind
- Fase waarin kinderen het huis verlaten
- Leeg nest: alle kinderen zijn uit huis
- Laatste fase: een partner blijft alleen over na overlijden van de ander

Veel gezinnen wijken van dit schema af als gevolg van verschillen tussen mensen in de wijze waarop ze de stadia doorlopen en maatschappelijke veranderingen. Tegenwoordig werken mensen minder en worden ze ouder.

Sommige ouderen worden depressief of raken in een **isolement** omdat hun kinderen nauwelijks tijd voor ze hebben. Hulpzoekende gezinnen ervaren problemen bij het overgaan naar een andere fase en het uitvoeren van de taken die daarbij horen. Bij een moeilijke overgang treedt er soms geen stabilisatie van de nieuwe fase op en de situatie blijft instabiel. Ze blijven steken in oude gedragspatronen.

Wanneer kinderen adolescenten worden, vinden sommige ouders het lastig hun **opvoedingsstijl** aan te passen. Ze vervallen dan in volledige discipline of het volledig weglaten van regels. Soms zien ouders er tegen op te moeten functioneren zonder hun kinderen. Jongeren die ontsporen, hebben vaak een gebrekkig **losmakingsproces** gekend volgens Haley. Ten gevolge van problemen in de overgang naar een nieuwe fase kunnen psychiatrische problemen ontstaan.

Hoofdstuk 2 De stromingen en hun geschiedenis

2.1

Psychoanalytisch (intergenerationele) benadering, Ackerman: relaties tussen gezinsleden gebaseerd op het gezinsfunctioneren in het verleden. Het symptomatisch gedrag van een persoon is te verklaren vanuit de rol van andere gezinsleden die onduidelijk is. De therapie is in het bijzonder gericht op het emotioneel functioneren. Bowen: differentiatie van het individu, cliënten moeten zich leren los te maken van het verleden en een scheiding aanbrengen tussen verstandelijke en emotionele gedragingen. Wynne bedacht het concept van **pseudomutualiteit**. Hier is er sprake van een te grote eenheid binnen het gezin.

Boszomeny-Nagy introduceerde de **intergenerationele** benadering. De mate van loyaliteit van het kind aan de ouders staat hierbij centraal. Loyaliteit die onzichtbaar is, ontstaat wanneer een kind zich niet goed losmaakt van het gezin. Gespleten loyaliteit: het kind voelt zich gedwongen te kiezen ten opzichte van welke ouder het kind zich loyaal opstelt.

In Nederland wordt de intergenerationele therapie tegenwoordig **contextuele gezinstherapie** genoemd. Vergevingsgedrag, vooral bij misbruik vormt de kern. De historie van een cliënt wordt uitgetekend met behulp van een **genogram**. In **verhalende therapie** moeten cliënten hun levensloop beschrijven. Er wordt dan een analyse gemaakt van de beschrijving van het verleden en het huidige functioneren van de psyche. Zo concludeerde Rapee dat angststoornissen vaak gepaard gaan met een tekort aan controle binnen het gezin in het verleden.

2.2

In **structurele gezinstherapie (Minuchin)** wordt het gezin de kern van de behandeling. **Pathogene structuren**, ofwel een kluwengezin of een gezin met heel weinig samenhang, leiden tot problemen. Samenzweringen tussen gezinsleden, samenhang, betrokkenheid en hiërarchie zijn sleutelbegrippen. Veel toegepast bij eetstoornissen en psychosomatische stoornissen. De therapeut voegt zich in in het gezin en past zich aan. Theorie is sterk gericht op huidige situatie en de feedback van de therapeut.

2.3

Haley: communicatietheoretische benadering. Regelproblematiek en machtsstrijd als basis voor allerlei conflicten. Ziekmaakende vormen van contacten tussen gezinsleden staan centraal. Schizofrenie zou ontstaan door inconsistent gedrag van de moeder. Bateson vormde Palo-Alto groep, **Erickson** beïnvloedde de ontwikkeling van de theorie op basis van communicatie (later: strategische stroming).

2.4

Ervaringsgerichte gezinstherapie heeft raakvlakken met Gestalttherapie. Deze therapie richt zich op bewustzijn, het heden en durven voor jezelf op te komen. De therapeut moet zich erop bedacht zijn niet de indruk te wekken dat alle problemen door hem opgelost kunnen worden.

2.5

Leertheoretische gezinstherapie, rationeel onderhouden. Bandura: leren door imitatie en de ouders fungeren als model. Tegenwoordig aandacht gericht op veranderen van ideeën over eigen persoon en omgeving, niet alleen maar waarnemen – cognitieve gedragstherapie.

2.6

Milanese school (systeemtheoretische gezinstherapie): symptoomdrager leidt aandacht af van de problemen tussen ouders (homeostatische tendenties). Paradoxaal benadering bij rigide homeostatische gezinnen: verandering bewerkstelligen door te zeggen dat verandering vooral niet hoeft. Circulaire interviews: geen rechtstreekse vragen.

2.7

Psycho-educatie: voorlichting over stoornis. **EE** (expressie van emoties) dient zoveel mogelijk vermeden te worden en een rustige thuisomgeving bij schizofrenie.

2.8

Probleemgerichte gezinstherapie: eerst probleem analyseren daarna interventie waardoor destructieve processen verdwijnen, negatieve feedback loops oplossen.

2.9

Indeling van de verschillende stromingen:

Directe technieken (meeste theorieën) versus **indirecte** technieken (communicatie + probleemgerichte theorie)

Congruente (meeste theorieën) versus **paradoxaal advies** (probleemgerichte theorie)

Actuele situatie versus **verleden** (intergenerationele theorie)

Ervaring (intergenerationele, experiënte, structurele en milanese theorie) versus **gedrag** (communicatie, cognitieve, psycho-educatie en probleemgerichte gezinstherapie).

2.10

De communicatietheoretische, cognitief-gedraggerichte en probleemgerichte stroming analyseren patronen van interactie en geven aanwijzingen voor gedrag. De milanese (cybergenetische) en experiënte therapieën bekijken de actuele situatie, maar minder de interactie.

Hoofdstuk 3 Tien basisstrategieën

3.1

Cliënten moeten zelf leren hoe hun problemen op te lossen. Het vermogen dit te doen moet door middel van therapie vergroot worden. Wanneer dit niet geleerd wordt, zal er in toekomstige probleemsituaties een emotionele of gedragsstoornis kunnen ontstaan. Patiënten kunnen getraind worden om problematische situaties zelf op te lossen. Stadia van probleemoplossen:

- Algemene oriëntatie: acceptatie dagelijkse problemen en hoe er mee om te gaan
- Omschrijven van het probleem
- Ontwikkelen van keuzemogelijkheden: eventuele oplossingen verzinnen
- Beslissing nemen: beste oplossing kiezen
- Evaluatie

Cursussen die als doel hebben het vermogen problemen het hoofd te bieden te vergroten, blijken succesvol en zelfs effectief voor de niet-deelnemende partner.

3.2

Niet voor jezelf kunnen opkomen komt voor bij verlegen mensen en psychiatrische stoornissen zoals schizofrenie, eetstoornissen en delinquentie. Een toename van **assertiviteit** bij een individu na therapie betekent dat ook de omgeving daar op moet reageren.

3.3

Bij het oplossen van problemen in gezinnen kan het zinvol zijn te leren op een andere manier te communiceren en niet de aandacht leggen op het gelijk hebben. **Communicatieregels**:

- voorkomen van lange monologen door een van de partners
- beweringen uitspreken beter dan opmerkingen verpakken in vragen
- gedrag benoemen en niet opnoemen van negatieve eigenschappen
- Afwachten van een goed moment is goed, zelfcontrole bij boosheid voorkomt grote conflicten
- excuseren voor bepaald gedrag is positief
- direct versus indirect taalgebruik, beter specifieke dan verpakte uitingen. Er is een relatie tussen het geestelijk welzijn en taalgebruik (neurolinguïstisch programmeren).
- verleden niet misbruiken om veranderingen in het heden te voorkomen
- voor jezelf praten: aangeven wat je voor jezelf wilt en niet brengen alsof dat de wil van de ander is
- niet andermans gedachten lezen, daarmee wordt de ander in een zwakke positie gebracht
- elkaar onderbreken gezien als onfatsoenlijk, maar in gezinnen waarin dit niet gebeurt is er vaker psychopathologie doordat mensen niet ongedwongen kunnen spreken.
- positieve opbouwende kritiek effectiever dan verwijten
- geen vage termen gebruiken, maar concreet zijn
- accent leggen op het hoe en het effect van het oplossen van een probleem in plaats van de waaromvraag
- nadruk op de boodschap en geen trucs gebruiken. Veelgebruikte, maar ineffectieve trucs zijn: onbelangrijke punten aanhalen, het omdraaien van een situatie om iets te bewerkstelligen, argumenteren op basis van voorvallen uit het verleden. In plaats daarvan een constructieve opmerking maken: 'ik zou het fijn vinden als...'

3.4

In het leren omgaan met stoornissen is het toenemen van controle over de eigen persoon een belangrijk punt, zodat de cliënt op een betere manier zijn onvrede kan uiten.

3.5

Gedurende elke therapie zal er herstructurering van het gezin en/of de omgeving en de ideeën over het eigen gedrag plaats moeten vinden (strategische gezins- en leertheorie). Het veranderen van de opbouw van een gezin (coalities wegnemen) kan grote gevolgen hebben voor de patiënt. Tegenwoordig wordt de structuur geleidelijk aangepakt zodat ouders zich beter begrepen voelen.

Wegnemen niet-functionele gedachten (**self fulfilling prophecy**: het zelf in stand houden van negatieve gedachten door bevestiging). **Persuasie-therapieën**: leren logisch over zichzelf na te denken. **Moderne cognitieve therapie**:

- schemata: algemene opvattingen bij het verwerken van informatie
- cognitieve vertekening: nieuwe informatie wordt zo verdraaid dat ze in een bepaald schema passen (zwart-wit denken, generaliseren, uitvergroten, gedachten lezen)
- negatieve automatische gedachten: komen snel op en vaak onbewust, soms over eenzaamheid, schuld of waardeloosheid

Cognitieve therapieën gaan uit van de invloed van de cognitie en gedachten op de stemming. Echter, uit onderzoek is gebleken dat de stemming gedachten en het denken beïnvloedt.

Denkfouten in gezinnen volgens cognitieve therapie:

- rigide standaarden: oude normen hanteren die conflicten veroorzaken
- misattributies: altijd iets toeschrijven aan de partner in plaats van aan de situatie
- selectieve waarneming en aandacht
- negatieve verwachtingen

Zelfperceptietheorie: cliënten nieuwe gedragingen laten uitvoeren met behulp van gerichte taken die uitmonden in een positiever zelfbeeld. Ook taalkundige interventie zinvol, ander vocabulaire aanleren.

Attributietheorie: mensen zoeken steeds naar verklaringen voor hun gevoelens en gedrag waardoor hun gevoel daardoor beïnvloed wordt. Vaak blijven conflicten onuitgesproken doordat ze aan de verkeerde oorzaak worden toegeschreven.

Omgekeerd placebo-effect: effect tegengesteld aan het verwachte effect bij placebo doordat mensen angstig zijn te falen wanneer de placebo niet werkt.

Positief etiketteren dient ervoor cliënten hun eigen gedrag positiever te laten beoordelen en dan ook makkelijker te kunnen veranderen. Etiketten moeten werkbaar zijn en oplosbaar, of omgezet in een positiever benadering. Het geven van gerichte taken kan resulteren in nieuwe ideeën over gezinsleden waardoor er op een andere manier gecommuniceerd gaat worden.

3.6

Integratie individuele, structurele en interactionele niveau. Combinatie van structurele gezinstherapie en individuele therapie bijvoorbeeld. Door op verschillende niveaus tegelijk in te grijpen, versterken de ingrepen elkaar.

3.7

Respectvol en bewust toepassen van **motiveringstechnieken**. Voor het succes van een therapie is een positieve houding van de therapeut van belang, naast geruststelling en inzet. Behandelaars moeten betrokken, warm en vriendelijk zijn, klachten moeten serieus genomen worden en ze moeten doorvragen. Patiënten stellen het op prijs wanneer er praktische

informatie gegeven wordt, ze mee mogen beslissen en de therapeut een optimistische houding aanneemt. Maar: het mag niet betekenen dat de problemen geminimaliseerd worden, de therapeut moet wel aangeven dat therapie nodig is. Voor het zelfvertrouwen van cliënten is het ontvangen van complimenten en het zich gewaardeerd voelen van belang.

Eenwording met het gezin voorwaarde in structurele gezinstherapie, daarbij vindt adaptatie aan de stijl van het gezin plaats en acceptatie van de problemen. Een therapeut moet ook zelfvertrouwen uitstralen, deskundig en tegelijk bescheiden optreden. Daarnaast moet hij of zij er zich van verzekeren dat de cliënt begrijpt wat er uitgelegd wordt. De motivatie van patiënten hangt af van de inhoudelijke kwaliteit van de sessies. Aan het begin van de behandeling aangeven wat er ongeveer gaat gebeuren en hoe lang het gaat duren is plezierig voor cliënten. Ook duidelijkheid schepen over huiswerk, dit schriftelijk vastleggen en een taak als moeilijk voorstellen vergroot de motivatie.

3.8

Leerprocessen kunnen geïntensiveerd worden door prikkels aan te bieden:

- nieuwsgierigheid opwekken
- verrassingen, onverwachte confrontatie met niet-functioneel gedrag of juist complimenteren
- keuzes aanbieden
- metaforen gebruiken
- eentonige gesprekstoon vermijden
- ervaring op laten doen door problemen in de sessie op te lossen
- tussen de zittingen door contact te houden
- brieven meegeven aan gezinsleden
- huiswerkopdrachten geven
- opname van de zitting maken
- symbolen, rituele handelingen gebruiken

3.9

Valkuilen:

- kwetsen van gevoelens vermijden tijdens de behandeling omdat er dan geen veilig klimaat geschapen wordt
- partijdigheid vermijden

3.10

Wanneer patiënten **ambivalent** staan ten opzichte van therapie, kan het helpen om klachten zwaar voor te stellen en een sombere indruk te wekken. Vooral in gevallen waarin cliënten eigenlijk geen zin hebben omdat het veel energie vergt of ze vrezen de aandacht te verliezen kan een pessimistische houding van de therapeut ten opzichte van de effecten van therapie effectief zijn. De therapeut gaat als het ware in gevecht met de cliënt die eigenlijk niet mee wil werken en geeft later feedback op de veranderingen. Zo een vijandige opstelling kan nodig zijn wanneer:

- cliënten vijandig zijn t.o.v. de therapeut
- cliënten niet coöperatief zijn
- sceptisch zijn over de veranderingen
- cliënten steeds de therapeut verbeteren
- cliënten aangeven dat de therapie voor hen niet zal werken
- cliënten de gemaakte afspraken niet nakomen.

De therapeut moet zich afvragen of het niet zo is dat de cliënt niet capabel genoeg is en dat hij vreest voor de behandeling, of dat het verzet kenmerkend is voor de persoon, ofwel dat het verzet wordt veroorzaakt door de opmerkingen van de therapeut. In deze gevallen kan de behandelaar zich het beste aansluiten bij de negatieve houding van de cliënt door aan te geven dat de kans op succes klein is, dat men er somber over is en dat het misschien beter is überhaupt geen therapie te starten zodat de cliënt juist wordt aangemoedigd om aan het probleem te gaan werken. Dan zal hij er bij de therapeut op aandringen toch een behandeling te starten. Deze **judo´ houding** kan toegepast worden wanneer cliënten het belang van therapie nog niet helemaal inzien. Opties aan de cliënten bieden kan helpen hen te motiveren en ze het idee te geven het heft zelf in handen te hebben. Door de juiste strategie toe te passen kunnen cliënten gemotiveerd raken om mee te werken, daarnaast moet er altijd sprake zijn van respect en interesse van de zijde van de therapeut.

Hoofdstuk 4 Het behandelingsmodel: timing, fasering en integratie

Momenteel zijn de communicatietheoretische en structurele gezinstherapie het meest rijkbaar, in combinatie met andere theorieën om zowel op individueel als op het niveau van de interacties te kunnen vaststellen wat de problemen zijn en welke ingrepen daarbij vereist zijn. **Eclecticisme** : verschillende strategieën toepassen, **multimodale therapie**.

4.1

Niet bij alle cliënten werkt dezelfde volgorde in de behandeling op dezelfde manier. **Keuzes bij het kiezen van een tijdstip voor een bepaalde verandering:**

- toepassen seksuele therapie of achterwege laten
- aandacht richten op verleden of heden
- binnen een sessie het juiste tijdstip kiezen voor een bepaald onderdeel
- paradoxale opdrachten of opdrachten die niet tegengesteld zijn aan het gewenste effect
- grote sprongen nemen of kleine
- een judo houding aannemen of een meer gebruikelijke benadering
- confrontatie wel of niet aangaan
- ingaan op structuur van het gezin of op de klacht

4.2

In probleemoplossende gezinstherapie keert onderstaande volgorde vaak terug :

1. Inventarisering van de problemen en de situatie van het gezin
2. Kiezen van behandelpunten, daarna stappenplan maken en een behandelingscontract
3. Richten op de wijze waarop cliënten met hun problemen omgaan
4. Generalisatie en losmaken van de therapie:
 - aantal zittingen verminderen
 - situaties waarin cliënt kan terugvallen in oude gedragspatronen oefenen
 - cliënt leren zelf de problemen op te lossen

4.3

Soms komen er nieuwe problemen aan het licht in de tussenliggende fasen. Zie hoofdstuk 4; p. 138, Gedragsverandering in gezinnen, Lange.

Deel 2 Technieken

Hoofdstuk 5 Aanmelding en taxatie

Doordat er in gezinstherapie op meerdere niveaus hulp wordt verleend, is de manier van taxeren ook anders dan bij individuele therapie.

5.1

Bij **aanmeldingen** is het van belang dat weigerende gezinsleden toch meekomen naar het eerste gesprek. In de **taxatie** van de problematiek wordt informatie over de achtergrond van de aangemelde patiënt verzameld evenals gegevens over de invloed van de problemen op andere gezinsleden en op het gezinsfunctioneren, de aanwezige hulpbronnen en de structuur van het gezin worden geïnventariseerd.

Wanneer er pas in een later stadium een **gezinsgesprek** plaatsvindt, bestaat het risico dat er coalities gesloten worden. Daarom is het van belang dat alle gezinsleden in ieder geval de eerste sessie bijwonen. De therapeut kan iedereen zover krijgen door:

- Aan te geven dat het slechts om één sessie gaat waar nog geen verplichtingen aan verbonden zijn
- Overtuigend over te komen en de noodzaak van een gezinsgesprek benadrukken
- De aanmelder te helpen een gezinslid over te halen door dit te oefenen in een rollenspel
- Uitleggen dat de aanwezigheid nodig is om zoveel mogelijk informatie te krijgen

5.2

In de onderstaande gevallen is het eerste gesprek géén gezinsgesprek:

- wanneer de kinderen jonger zijn dan 10 jaar bij relatieproblematiek
- in een crisissituatie
- een adolescent in een proces van losmaking van de ouders
- een gezinslid wil een geheim delen met de therapeut
- wanneer de kinderen niet weten wat er speelt

5.3

In het eerste gesprek wordt vooral praktische informatie over het gezin en de situatie uitgewisseld, waarna de (psycho) therapeut de behandelde voorbereid op volgende afspraken.

5.4

Informatie voorafgaand aan de behandeling kan leiden tot onjuiste etikettering en beïnvloeding. **Halo-effecten in de waarneming**: neiging alleen te letten op positieve gedragingen wanneer en vooraf een positieve indruk van de cliënt was. Informatie afkomstig uit tests en medisch onderzoek moeten wel meegenomen worden in de beoordeling van de noodzaak en aard van de therapie. De therapeut moet vermijden dat hij na een eerste individueel aanmeldingsgesprek door overige gezinsleden als een **coalitiepartner** van de aanmelder gezien wordt.

5.5

Een **behandelingscontract** wordt gebruikt om duidelijkheid te scheppen tussen cliënten en de therapeut. Te vroege onderbreking is niet verstandig, want dan komt het werkelijke gedrag

wellicht niet naar voren. Een contract neemt onzekerheid weg en kan het voor de patiënt makkelijker maken te begrijpen wat hem of haar te wachten staat.

5.6

Bij cliënten die aanvankelijk niet mee willen en laaggeschoolde cliënten is het geleidelijk wijzigen van het behandelplan vaak effectief. Ook gebeurt het dat de therapeut nog geen zicht heeft op de effecten van de therapie en in de loop van de tijd **geleidelijke veranderingen** aanbrengt.

5.7

Voor de diagnostiek wordt gebruik gemaakt van **vragenlijsten** over communicatie in het gezin, controle van gedrag, betrokkenheid en emotionele expressie. Tegenwoordig worden vaak vergevingsgezindheid en de mate van het uiten van emoties gemeten. In de communicatietheoretische benadering worden **observatieschema's** toegepast. In de leertheorie wordt vooral de tevredenheid over en kwaliteit van bepaalde aspecten gemeten.

Voor het meten van de vaardigheid om problemen in de communicatie op te lossen is er een vragenlijst ontwikkeld: de IPOV (interactionele probleemoplossing vragenlijst). Daarnaast kunnen klinici gebruik maken van vragenlijsten die de houding van ouders ten opzichte van opvoeding meten en vragenlijsten die een indicatie geven van de draagkracht van gezinnen (Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie). Skinner en anderen ontwikkelden de Family Assessment Measure, die de relatie tussen ouder en kind in kaart brengt (Nederlandse bewerking: Ouder-kind Interactie Vragenlijst gereviseerd, OKIV-R). Deze OKIV-R heeft een hoge validiteit en is een goede predictor van gezinsproblematiek. Behalve het gebruik van deze diagnostische instrumenten, kan een therapeut ook kiezen voor het afnemen van een **biografische vragenlijst** en een **genogram** (levensloop).

De SCL-90 en de Vierdimensionele Klachtenlijst zijn instrumenten die gebruikt worden om de symptomen van individuen te checken en geven een beeld van de psychopathologie.

Andere **vragenlijsten**:

- Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden
- Gewaarwordingenlijst
- Lester Woolfolk Anxiety Symptom Questionnaire
- Vragenlijst voor Angst bij Kinderen
- Klachtenlijst voor Adolescenten
- Inventarisatielijst Omgaan met Anderen
- etc.

Een **anamnese** kan zinvol zijn bij de behandeling van gezinnen waarin seksueel misbruik voorkomt omdat kinderen die op jonge leeftijd misbruikt zijn daar op latere, volwassen leeftijd nog steeds last van kunnen hebben (Vragenlijst Ongewenste Seksuele Ervaringen in het Verleden, OSEV).

Vragenlijsten worden niet alleen gebruikt voor diagnostiek, maar ook voor het evalueren van therapie.

5.8

Het **ideale model van aanmelding, intake en taxatie** ziet er als volgt uit:

- eerste gesprek aan de balie van de instantie (informatie over het eerste gesprek, leefsituatie, hulpvraag en biografische gegevens verzamelen).
- Taxatiegesprek: inzicht in structuur van gezin en de individuele problematiek, inventarisatie problemen, inzicht in weerstanden, functie van klachten, motiveren
- Taxatiesessies met subsystemen: testen, vragenlijsten, medisch onderzoek
- Behandelcontract
- Behandelingen
- Evalueren en eventueel bijstellen behandelingscontract

Functionanalyse:

1. Aanwezigheid interne factoren waardoor de klachten blijven bestaan
2. Aanwezigheid externe factoren waardoor de klachten blijven bestaan
3. Gedrag van de cliënt bij het probleem
4. Ontstaansgeschiedenis van de klachten

De inhoud van het behandelcontract is mede afhankelijk van de motivatie van de cliënt(en). Vragenlijsten kunnen het beste na het eerste gesprek worden verspreid en uitgelegd.

5.9

Afzonderlijke taxatiegesprekken zijn zinvol omdat er dan meer aspecten van de gezinsproblematiek naar voren komen. De taxatiefase is erg belangrijk voor het verdere verloop van de behandeling omdat daarin de verhouding tussen de therapeut en de cliënten tot stand komt. Wanneer er alleen wordt gefocust op het aangemelde individu, bijvoorbeeld een erg zenuwachtig kind, bestaat het risico dat de bestaande verhoudingen binnen het gezin buiten beschouwing blijven terwijl deze de veroorzaker zijn van de problemen bij het kind. Andersom is een therapie waarin het gehele systeem wordt meegenomen niet altijd succesvol en is een individuele aanpak succesvoller, afhankelijk van het probleem.

5.10

In de periode van behandeling en in de taxatie dient de gehele omgeving van de aangemelde patiënt in beeld te zijn op verschillende niveaus. Bij tegenwerking van een van de gezinsleden kan een judohouding helpen. Ten tijde van de behandeling kan er soms opnieuw taxatie van de problemen nodig zijn, daarom is het nuttig de behandeling en de taxatie door dezelfde persoon uit te laten voeren.