

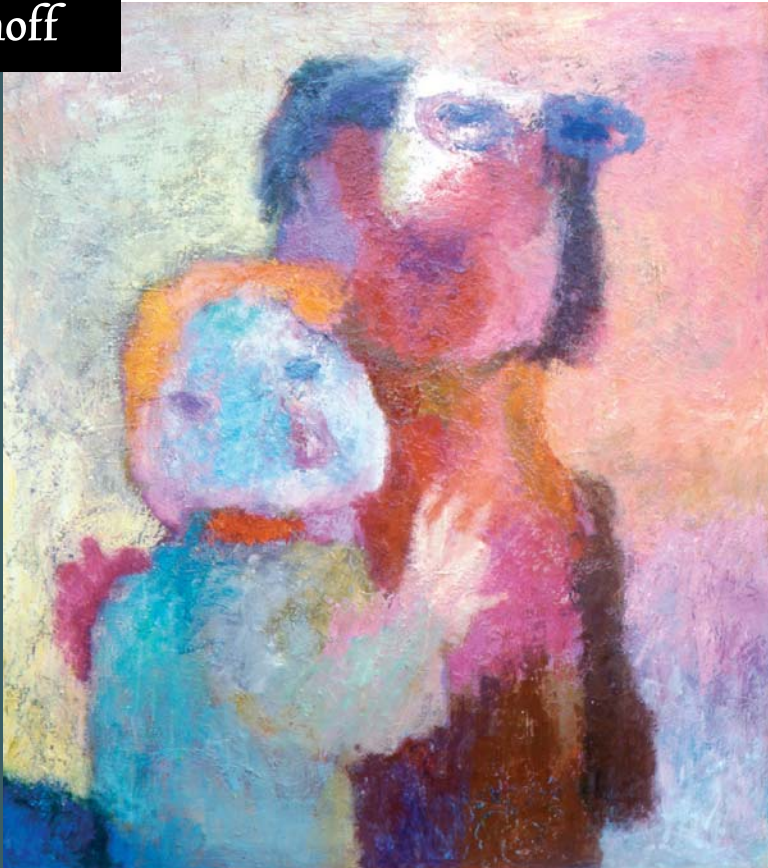
# Alfred Lange

## Gedragsverandering in gezinnen

Cognitieve gedrags- en systeemtherapie

Martinus  
Nijhoff

4



Achtste druk



## Gedragsverandering in gezinnen

---



# Gedragsverandering in gezinnen

Cognitieve gedrags- en systeemtherapie

---

Prof. dr. A. Lange

*Achtste, volledig herziene druk*

Martinus Nijhoff

*Ontwerp omslag:* Studio Dorèl Groningen  
*Omslagillustratie:* Leo Schatz, *Moeder en dochter*; © 2000, c/o Beeldrecht Joure;  
fotograaf: Dick Verton, Amsterdam

Eventuele op- en aanmerkingen over deze of andere uitgaven kunt u richten aan: Noordhoff Uitgevers bv, Afdeling Hoger Onderwijs, Antwoordnummer 13, 9700 VB Groningen, e-mail: [info@noordhoff.nl](mailto:info@noordhoff.nl)

3 4 5 6 7 / 13 12 11 10 09

Copyright © 2006 Prof. dr. A. Lange, Amstelveen, The Netherlands

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/reprorecht](http://www.cedar.nl/reprorecht)). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.*

ISBN (ebook) 978-90-0185-681-6

ISBN 978-90-6890-586-1

# Woord vooraf

---

In 1981 schreef ik een artikel onder de titel ‘Waarom individuele gedragstherapie?’ Ik sprak mijn verbazing uit over het fenomeen dat gedragstherapeuten zelden gezinsleden van hun cliënten zagen, laat staan ze in de behandeling betrokken. Voor clinici die zich op de leertheorie baseerden vond ik dit een vreemde opstelling. Hoe kon je een verantwoord behandelplan opstellen als je de omgeving, die een voortdurende bron van invloed is, niet kent en niet mede aanstuurt?

Ook gezinstherapeuten waren eenkennig. Zij keken alleen naar structuren en systemen. Individuele afwijkingen en eigenaardigheden leken niet te bestaan. Ze maakten ook weinig gebruik van de verworvenheden van de gedragstherapeuten. Ze volstonden met dramatische feedback over de misstanden in de structuur van het gezin, maar vergaten dat cliënten de nieuwe inzichten ook moeten leren toepassen. Ze waren niet bepaald geneigd om in dat opzicht iets van de gedragstherapeuten over te nemen.

Ik stond ertussen en wilde de verworvenheden van beide verenigen. De integratie lukte me wel aardig, maar binnen de wereld van de psychotherapie was integratie een beladen term. Dit is inmiddels veranderd. Men heeft begrepen dat verschillende referentiekaders verschillende aspecten van de complexiteit van mensen beschrijven; dat daaruit verschillende manieren om mensen te behandelen voortkomen, en dat het effectief is om waar mogelijk elementen daarvan te combineren. Men heeft ook begrepen dat mensen niet beter worden door theorieën, maar dat ze effectief moeten worden behandeld. Daarvoor zijn behandelaars nodig die met mensen kunnen omgaan; personen die hiervoor de mentaliteit en vaardigheden hebben. Die vaardigheden zijn in de verschillende therapierichtingen dezelfde.

Er zijn inmiddels wetenschappelijke tijdschriften opgericht met als doel de integratie binnen de psychotherapie te bevorderen. In Nederland is het losbladige *Handboek Integratieve Psychotherapie* verschenen (onder redactie van Trijsburg e.a., 1998-2005). Ook de combinatie van biologische en psychologische referentiekaders is niet meer taboe. De Nobelprijswinnaar Kandel (1998) beschrijft baanbrekend onderzoek waaruit blijkt hoe de hersenen zowel psychische symptomen beïnvloeden als door de symptomen beïnvloed worden (zie ook Sitskoorn, 2005).

Is de integratie binnen de psychotherapie nu voltooid? De gedragstherapie is ruimer geworden. Richt zich nu ook op gevoelens, cognities,

het verleden van cliënten en de relatie tussen de therapeut en cliënt. Niet voor niets is het nu ‘cognitieve gedragstherapie’. Maar mijn vraag uit 1981 staat nog overeind. Nog steeds zien de meeste (cognitieve) gedragstherapeuten gezinsleden van cliënten pas als het fout gaat – als cliënten niet opknappen of terugvallen. Dat is dan vaak te laat.

Binnen de wereld van de gezinstherapie is veel veranderd. De rigide systemische benadering heeft plaatsgemaakt voor behandelmodellen waarin men de niet aangemelde gezinsleden niet automatisch als bron van de stoornis bij de aangemelde cliënt beschouwt. Men probeert ook steeds meer voordeel te halen uit de gedragstherapeutische technieken die zich lenen voor toepassing binnen gezinsbehandelingen. Er is ook steeds meer kwalitatief hoogstaand onderzoek naar de effecten van systeemgerichte behandelingen, al of niet in combinatie met individuele interventies. Snyder en Whisman (2004) tonen aan dat individuele stoornissen veelal een slecht beloop hebben wanneer relatieproblematiek niet wordt aangepakt. Omgekeerd blijkt relatietherapie weinig kans op succes te hebben als individuele pathologie van partners niet wordt behandeld. Lebow (2003), een vooraanstaand onderzoeker, vat het als volgt samen: gezinstherapie is niet meer gericht op wonderbaarlijke confrontaties, snelle paradoxen en dramatische interventies met gebruik van de eenrichtingsspiegel. De nadruk ligt nu veeleer op het opbouwen van werkbare allianties, oplossen van problemen, aandacht voor psychopathologie en combineren van individueel gerichte technieken met op interacties gerichte interventies. In die geest is *Gedragsverandering in gezinnen* gemaakt.

*Gedragsverandering in gezinnen* heeft een lange geschiedenis. Deze achtste herziene druk heeft – anders dan de vorige edities – een ondertitel. Het moge duidelijk zijn waarom. Cognitieve gedragstherapie en systeemtherapie verdragen zich zeer goed en laten zich voortreffelijk combineren.

*Gedragsverandering in gezinnen* gaat verder dan deze constatering. Het geeft een behandelmodel waarin deze combinatie centraal staat. Stap voor stap wordt met illustraties aangegeven welke mechanismen een rol spelen en welke technieken men op welke manieren kan gebruiken. Het boek is geschreven vanuit de traditie van de directe therapie, met haar pragmatisme, haar combineren van werkzame bestanddelen en het motiveren van cliënten. De lezer zal veel handvatten met uitgewerkte voorbeelden aantreffen. Aangezien ook de lezer gemotiveerd moet blijven, is er veel aan gedaan om onnodig vakjargon te vermijden.



De structuur van *Gedragsverandering in gezinnen* is niet sterk veranderd, de inhoud wel. De revisie is gebaseerd op veel nieuwe literatuur die recht doet aan de laatste ontwikkelingen in theorievorming, onderzoek en praktijk. Veel van de verouderde publicaties hebben het veld geruimd. Dit geldt niet voor de zogenoemde 'klassiekers', publicaties die in bepaalde jaren extreem veel invloed hebben gehad. In de hoofdstukken 1 en 2 schetsen we de ontwikkeling van de gezinstherapie en bespreken we de invloed van de pioniers en hoe hun opvattingen zich verhouden tot wat nu gangbaar is. We treffen ook pioniers aan in hoofdstuk 3, bij de introductie van de cognitieve theorieën en therapieën. Hier en daar vindt de lezer zelfs 'antieke' literatuur, om te illustreren dat sommige van de nu geventileerde opvattingen zo'n tachtig jaar geleden in andere bewoordingen ook al konden worden aangetroffen.

Het eerste hoofdstuk, *Het gezin als systeem*, bevat de basisbegrippen die aan de systeembenadering ten grondslag liggen. Hoofdstuk 2, *De stromingen en hun geschiedenis*, bouwt hierop voort met een kort overzicht van de uitgangspunten en de historische ontwikkeling van de gezinstherapeutische stromingen. Hier bespreken we welke plaats de nieuwste systeemgerichte modellen hebben in verhouding tot de oorspronkelijke richtingen. Speciale aandacht is er in dit opzicht voor de 'Emotion Focused Therapy', de 'Insight Oriented Couple Therapy' en de integratieve stromingen: 'Solution Focused', 'Functional Family Therapy' en 'Multi Systemic Therapy'.

Hoofdstuk 3 is *het hart en het verstand* van het boek. Het vormt de basis van het behandelingsmodel. Gezinstherapie wordt hierbij opgevat als een proces waarin cliënten geleidelijk aan methoden en technieken leren om zelf (nieuwe) problemen te signaleren, te verwoorden en het hoofd te bieden. Herstructureren en veranderen van 'communicatieve gewoonten' spelen hierin een belangrijke rol. We onderscheiden en illustreren maar liefst twintig alledaagse destructieve manieren van met elkaar omgaan en zetten deze om in regels voor constructieve communicatie. We zien hoe essentieel de flexibiliteit is die de therapeut kan aanwenden ten aanzien van de *niveaus van interventie*. Er is uitgebreide aandacht voor *cognitieve interventies* en *zelfcontroletechnieken*, die als rode draden door de meeste behandelingen lopen. Dit geldt ook voor de *motiveringstechnieken* en de technieken voor het *vergroten van de therapeutische kracht*. Ook in de internationale literatuur krijgen die steeds meer aandacht. Dit hoofdstuk vormt in veel opzichten de theoretische en onderzoeksmatige verantwoording van de technieken die verderop in het boek uitgebreid aan bod komen.

Hoofdstuk 4 bespreekt de *fases en timing* in behandelingen. Hoofdstuk 5 sluit hierop aan met het *complete model voor aanmelding en taxatie*. Het bevat een stapsgewijze instructie voor het *motiveren van cliënten voor gezinssprekken* en een uitgebreide bespreking van technieken voor het taxeren – met inbegrip van (nieuwe) vragenlijsten die men hierbij kan gebruiken. Hoofdstuk 6 geeft een gedetailleerde *analyse van een eerste zitting* met een gezin. Dit laat zien waarop de behandelaar in de taxatiefase dient te letten en hoe hij het gesprek kan structureren.

Hoofdstuk 7 hoort zowel bij de taxatiefase als bij de veranderingsfasen. Het is volledig gewijd aan *registratietechnieken* die aan de basis staan van nagenoeg elke behandeling. In elke fase geldt: *meten = weten*, voor zowel de cliënt als de therapeut.

De hoofdstukken 8 en 9 gaan over *congruente interventies*, die aan de hand van uitgewerkte voorbeelden tot leven komen. De technieken in hoofdstuk 8 hebben betrekking op *interventies die tijdens de sessies plaatsvinden*, zoals feedback geven, gedragsoefeningen, modeling, imaginaire exposure, uitdagen van disfunctionele gedachten en het geven van indirecte suggesties.

Hoofdstuk 9 is gewijd aan *huiswerk* om cliënten meer beheersing over hun problemen te laten ontwikkelen. Hieronder vallen interactionele opdrachten, zoals *gedragscontracten*, maar ook opdrachten waarmee in eerste instantie verandering bij één individu wordt beoogd. Bijvoorbeeld exposure, zelfcontrole, positieve zelfinstructie, ontspanningsoefeningen en lees- en schrijfpdrachten.

Behandelaars zijn terecht voorzichtiger geworden met het geven van paradoxale opdrachten. Vroeger werden deze nogal trucachtig gebruikt. We hebben het ook niet meer over ‘opdrachten’. Hoofdstuk 10 laat zien op welke manier en in welke gevallen *paradoxale adviezen en suggesties* succesvol gebruikt kunnen worden.

Hoofdstuk 11 gaat over de toepassing van therapeutische *overgangsrituelen*. Hoofdstuk 12 is volledig gewijd aan *niet-verwerkte traumatische ervaringen*. De afgelopen jaren hebben zich op dit gebied veel ontwikkelingen voorgedaan en is – ook door ons – veel onderzoek verricht. Het hoofdstuk laat zien hoe de therapeut cliënten kan helpen met *gestructureerde schrijfpdrachten* bij het verwerken van gecompliceerde rouw en posttraumatische stress.

Hoofdstuk 13 over *opvoedingsproblemen* is uitgebreid met stoornissen van kinderen (angst, slaapproblemen, gedragsstoornissen) en met het bespreken van de situatie van kinderen van ouders met psychiatrische stoornissen (KOPP-kinderen).

Hoofdstuk 14 bevat een overzicht van *seksuele stoornissen*, de manier van taxeren, de behandelingstechnieken en de laatste stand van zaken in het seksuologisch onderzoek.

Huwelijkspartners zoeken wel eens hulp omdat zij – of één van beiden – niet meer als paar verder willen. Scheidingsbemiddeling heeft de afgelopen jaren een hoge vlucht genomen. Daarom is hoofdstuk 15, *Scheiding en scheiden op proef*, geschreven in samenwerking met mr. Geert Warnaar, advocaat en scheidingsbemiddelaar. Het hoofdstuk begint met technieken die een scheiding eventueel voorkómen of de beslissing om te scheiden een fundament verschaffen. Daarna gaan we in hoofdstuk 15 in op de laatste gegevens uit onderzoeken naar de gevolgen van scheiding, wat scheidende ouders kunnen doen om de gevolgen te verzachten en de meerwaarde van scheidingsbemiddeling.

Hoofdstuk 16 is bijna helemaal nieuw, niet qua structuur, maar wel qua inhoud. De *stand van zaken in het onderzoek* naar het betrekken van gezinsleden bij de behandeling van psychische en lichamelijke aandoeningen stemt optimistisch.

*Gedragsverandering in gezinnen* is een leerboek. Bij de opbouw is ervoor gekozen eerst de basisstrategieën te schetsen, opdat niet de indruk zou worden gewekt dat therapieën kunnen bestaan uit het simpel toepassen van technieken. Ik adviseer de lezer om ná het lezen over bepaalde technieken, de hoofdstukken 3 en 4 (over de basisprincipes en het model) nog eens door te nemen. Ze zullen dan meer ‘impact’ hebben.

Hoewel elk hoofdstuk zo is geschreven dat het op zichzelf valt te begrijpen, zijn er toch veel interne verwijzingen. Dit geldt onder meer als een bepaald onderwerp op een andere plaats ook aan bod komt, of bij voorbeelden die vaker terugkomen. Dit laatste gebeurt regelmatig, zodat de lezer een zekere vertrouwdheid met de cliënten krijgt. Uiteraard zijn de namen en biografische gegevens dusdanig verhuuld dat de cliënten niet herkenbaar zijn.

We gebruiken bij het aanduiden van behandelaars en cliënten meestal de mannelijke vorm. Dit zegt niets over mijn houding jegens vrouwelijke therapeuten of vrouwelijke cliënten. Het steeds afwisselen van ‘hij’ en ‘zij’ vind ik echter niet fraai, om nog maar te zwijgen van het steeds herhalen van ‘hij/zij’. Alleen bij cliënten met een ziektebeeld dat praktisch alleen bij vrouwen voorkomt (bijvoorbeeld bulimia nervosa) is de beschrijving in de vrouwelijke vorm.

*Gedragsverandering in gezinnen* vindt al jaren zijn weg naar een breed publiek. Het wordt onder meer gebruikt bij de opleiding van psychologen, pedagogen, huisartsen, psychiaters, maatschappelijk werkers, sociotherapeuten en (advocaat-)scheidingsbemiddelaars. Het is ook geschikt als nascholing voor degenen die deze beroepen al uitoefenen. Cliënten en andere ‘leken’ blijken tevens baat te kunnen hebben bij de beschreven communicatieprincipes en technieken voor veranderingen.

Joosje de Koster heeft vanaf het begin van het revisieproces consciëntieus elk hoofdstuk van commentaar voorzien. Haar opmerkingen waren leerzaam zonder ontmoedigend te zijn. Ik ben haar zeer dankbaar. Ik dank ook Eva Lith van harte. Zij heeft mij goede adviezen gegeven bij het schrijven van hoofdstuk 14, over seksuele stoornissen. Geert Warnaar had een grote inbreng in het hoofdstuk over scheiding. Bovendien hadden wij regelmatig inspirerende discussies over scheidingsbemiddeling en ook over de preventie van scheiding met behulp van psychologische technieken. Ik heb die gesprekken zeer op prijs gesteld en ben hem er zeer dankbaar voor. Marcelino Lopez Knol neemt een speciale plaats in. Hij kwam er in een laat stadium bij, om de laatste ronde inhoudelijk mee te lezen. Hij bezorgde me veel hoofdbrekens, als hij weer eens substantieel commentaar had. Maar helaas: hij had meestal gelijk, en dan moest ik weer aan de bak. Veel dank!

Zo'n omvangrijk boek vraagt veel hulp bij de correctie van drukproeven.

Bij de vorige editie had de uitgever mij gekoppeld aan een voortreffelijke externe bureauredacteur, Fiorien van der Werff. Ik heb toen veel van haar geleerd. Zij heeft opnieuw de eindredactie van het manuscript op zich genomen. Ik dank haar voor het feest om wederom met haar te hebben mogen samenwerken.

Op een gegeven moment dreigde ik achter te raken op het schema. Wil Boven, mijn uitgever, stuurde me toen een goed getimed en goed geformuleerde e-mail. Die bracht mij weer in een stroomversnelling. Dank daarvoor en voor de bijzonder prettige samenwerking. Veel dank gaat ook uit naar Tanja Vinke en Marijke Quarré die de productie intern bij de uitgever uitstekend hebben begeleid.

*Gedragsverandering in gezinnen* zou nooit zijn geschreven als er niet zoveel inspirerende cliënten waren geweest. Ik heb veel van ze geleerd en vaak van ze genoten. Dank. De afgelopen jaren waren er weer veel spirituele, lieve, humorvolle, leergierige stagiaires in 'B-19'. Ik dank hen voor de complexe manier waarop zij hebben bijgedragen aan de verdieping in ons denken over onze therapieën.

Veel dank ben ik, ten slotte, verschuldigd aan Marcelle, mijn vrouw. Zij was niet alleen een trouwe supporter met genereuze complimenten als zij weer een hoofdstuk had gelezen, maar ook haar kritische commentaren waren zeer to-the-point en dus welkom.

De auteur

Amstelveen  
mei 2006

# Inhoud

---

## Deel 1    **Achtergronden van het model**

### **1        Het gezin als systeem; de ontwikkeling van een begrippenkader 3**

- 1.1        De geschiedenis van de systeembenadering 3
- 1.2        Systeembenadering: een praktijkvoorbeeld 6
- 1.3        Niveaus van systemen 8
  - 1.3.1      Het individuele gezinslid als eenheid 9
  - 1.3.2      Dyadische subsystemen 10
  - 1.3.3      Het gehele gezin als systeem 11
  - 1.3.4      Het gezin en zijn omgeving als systeem 12
  - 1.3.5      Flexibiliteit in de eenheid van behandeling 14
- 1.4        De rol van de zondebok in het gezin: een signaalfunctie 15
- 1.5        Het gezin als hiërarchisch systeem 17
  - 1.5.1      Coalities binnen het gezin: de perverse triade 19
  - 1.5.2      De gevolgen van perverse triades 19
- 1.6        Het gezin als communicatief systeem 20
  - 1.6.1      Machtsstrijd 21
  - 1.6.2      Symmetrische, complementaire en parallelle interacties 23
  - 1.6.3      Inconsistente communicatie 24
  - 1.6.4      Het bekrachtigen van symptomatisch gedrag 27
- 1.7        De ontwikkeling in de partnerrelatie 29
- 1.8        De levenscyclus van het gezin 31
  - 1.8.1      Fasen in de levenscyclus van het gezin 31
  - 1.8.2      Psychische symptomen door de overgang naar een nieuwe levensfase 33
- 1.9        Samenvatting 35

### **2        De stromingen en hun geschiedenis 36**

- 2.1        De intergenerationele benadering: contextuele, narratieve en ‘Insight-Oriented Couple Therapy’ 36
- 2.2        De structurele en ecologische gezinstherapie 39
- 2.3        De communicatiethoretische of strategische gezinstherapie 41
- 2.4        De ervaringsgerichte gezinstherapie (Emotion Focused Therapy) 42
- 2.5        De cognitief-gedragsgerichte gezinstherapie 43
- 2.6        De cybernetische of Milanese gezinstherapie 45
- 2.7        De psycho-educatieve vorm van gezinstherapie 47

- 2.8 De integratieve gezinstherapie: ‘Problem Solving’, ‘Solution Focused’, ‘Functional Family Therapy’ en ‘Multi Systemic Therapy’ 48
- 2.9 Ordening van de stromingen volgens vier dimensies 50
- 2.10 Samenvatting 51

### **3 Tien basisstrategieën 52**

- 3.1 Basisstrategie: doen toenemen van probleemoplossend gedrag 52
- 3.2 Basisstrategie: doen toenemen van (wederzijdse) assertiviteit en sociale vaardigheden 54
- 3.3 Basisstrategie: toepassen van communicatieregels 56
  - 3.3.1 Uit kritiek op positieve wijze en stop met verwijten 58
  - 3.3.2 Wees concreet en vermijd vaagheid 59
  - 3.3.3 Vermijd breedspakigheid 60
  - 3.3.4 Maak geen misbruik van een foutje in het betoog van de ander 61
  - 3.3.5 Misbruik het verleden niet 61
  - 3.3.6 Laat de omdraaitruc achterwege 62
  - 3.3.7 Stel geen vragen die beweringen zijn; de waarom-vraag 63
  - 3.3.8 Vermijd verhullend taalgebruik 65
  - 3.3.9 Spreek voor jezelf en verschuil je niet achter de ander 66
  - 3.3.10 Doe niet alsof je de gedachten van de ander beter kent dan diegene zelf 67
  - 3.3.11 Weg met negatieve etiketten 68
  - 3.3.12 Vermijd de woorden ‘altijd’ en ‘nooit’ 69
  - 3.3.13 Poneer een mening niet als een feit 69
  - 3.3.14 Je mag best in de rede vallen mits... 70
  - 3.3.15 Wacht op het goede moment 70
  - 3.3.16 Excuses maken is een kracht, geen zwaktebod 71
  - 3.3.17 Gebruik humor niet als wapen 71
  - 3.3.18 Vermijd ‘the incomplete transaction’ 72
- 3.4 Basisstrategie: doen toenemen van zelfcontrole 73
- 3.5 Basisstrategie: herstructureren en heretiketteren 74
  - 3.5.1 Verandering in gezinsstructuur 74
  - 3.5.2 Veranderen van disfunctionele gedachten 76
  - 3.5.3 De attributietheorie 81
  - 3.5.4 De zelfperceptietheorie 84
  - 3.5.5 Herstructureren en taal 86
  - 3.5.6 Heretiketteren van individueel naar interactioneel 87
  - 3.5.7 Herstructurering door verandering van wederzijds gedrag 89
- 3.6 Basisstrategie: integreren van het individuele, interactionele en structurele niveau van behandeling 90
- 3.7 Basisstrategie: respect betonen en toepassen van congruente motiveringstechnieken 94

3.7.1	Geven van een verklaring voor de klachten en hoop op verbetering	97
3.7.2	Positief etiketteren	98
3.7.3	Complimenten	100
3.7.4	Invoegen	101
3.7.5	Uitstralen van vertrouwen	103
3.7.6	Laten ervaren van verandering	103
3.7.7	Zorgen voor betrokkenheid	104
3.7.8	Geven van informatie over de behandeling	104
3.7.9	Motiveren voor huiswerk	105
3.8	Basisstrategie: het vergroten van de therapeutische kracht	106
3.8.1	Monotonie tegengaan	106
3.8.2	Priming, nieuwsgierig maken, stiltes laten vallen	107
3.8.3	Verrassingen genereren	107
3.8.4	Creëren van ervaringen	108
3.8.5	Keuzes geven	108
3.8.6	Toepassen van metaforen	108
3.8.7	Contact tussen de zittingen: telefoon, e-mail, sms	109
3.8.8	Audio- of videocassettes	110
3.8.9	Brieven	110
3.8.10	Symbolen en symbolische handelingen	110
3.8.11	Huiswerk	111
3.9	Basisstrategie: judoachtig motiveren	111
3.9.1	Waarom de judohouding?	111
3.9.2	Enkele voorbeelden waarin judo nodig is	113
3.9.3	Hoe bepaalt de therapeut dat judo nodig is?	116
3.9.4	Hoe brengt de therapeut de judohouding in praktijk?	116
3.9.5	Bijzondere situaties waar judo nodig is	118
3.9.6	Judo bij het motiveren voor huiswerk: keuzes geven	120
3.10	Basisstrategie: oppassen voor valkuilen	121
3.10.1	Gebrek aan inzicht in de culturele achtergrond van cliënten	122
3.10.2	De schijn van partijdigheid	124
3.10.3	Denken dat alle cliënten gelijk zijn	126
3.10.4	Geen plannen voor verandering	127
3.10.5	Meegaan in defaitisme	127
3.10.6	Toelaten dat de een de ander emotioneel beschadigt	128
3.11	Samenvatting	128
<b>4</b>	<b>Het behandelingsmodel: timing, fasering en integratie</b>	<b>130</b>
4.1	De timing van interventies	131
4.2	Fasen in de therapie	136
4.2.1	Eerste fase: taxatie	136
4.2.2	Tweede fase: uitkiezen van werkpunten	136

- 4.2.3 Derde fase: consolidering en nieuwe werkpunten 138
- 4.2.4 Vierde fase: 'transfer of change'/generalisatie 139
- 4.3 Schema en beschouwing van het behandelingsmodel 141
- 4.4 Samenvatting 146

## **Deel 2 Technieken**

### **5 Aanmelding en taxatie 149**

- 5.1 Motiveren voor gezinsgesprekken 150
- 5.2 Uitzonderingen op de regel 'eerste gesprek = gezinsgesprek' 154
- 5.3 Hoe verloopt een aanmeldingsgesprek? 158
- 5.4 Informatie vooraf 159
  - 5.4.1 Beïnvloeding van waarneming en houding 159
  - 5.4.2 Partij worden 162
- 5.5 Behandelingscontracten 163
- 5.6 Wijzigen van behandelingscontracten 165
- 5.7 Diagnostische instrumenten 167
  - 5.7.1 Diagnostische instrumenten gericht op de verhoudingen in het gezin 167
  - 5.7.2 Diagnostiek van individuele psychopathologie 172
  - 5.7.3 Anamnese met betrekking tot seksueel misbruik 175
  - 5.7.4 Biografische gegevens 178
  - 5.7.5 Reflectie over het gebruik van vragenlijsten 178
- 5.8 Een model voor aanmelding, intake en taxatie 179
- 5.9 Enkele voorbeelden 184
  - 5.9.1 Het gezin met de onhandelbare jongen 184
  - 5.9.2 Het gezin met de depressieve vader 187
  - 5.9.3 Het gezin met het zenuwachtige jongetje 190
  - 5.9.4 De jonge vrouw met wasdwang 192
- 5.10 Samenvatting 195

### **6 Microanalyse van een taxatiezitting met een heel gezin 196**

- 6.1 Het gezin Spits: 'moeder als het probleem' 196
- 6.2 Aandachtspunten in een taxatiezitting 207
  - 6.2.1 Heretiketteren van individueel naar interactieel 207
  - 6.2.2 Sterke kanten 209
  - 6.2.3 (Coalitie)structuur 209
  - 6.2.4 Symptomatisch gedrag en het in stand houden van het systeem 210
  - 6.2.5 Relatie tussen gezin en omgeving 211
  - 6.2.6 Aspecten van communicatie 211
  - 6.2.7 Omgaan met kinderen, geld en autonomie 212



- 6.2.8 Intimiteit: affectieve betrokkenheid, seksualiteit en rancunes uit het verleden 213
- 6.3 Contra-indicatoren voor gezinsbehandeling 218
- 6.4 Taxeren in rondes: concretiseren en structureren van een taxatiezitting 221
- 6.5 Andere doelen dan taxatie tijdens de taxatiezitting 221
  - 6.5.1 Heretiketteren 222
  - 6.5.2 ‘Modeling’ 222
  - 6.5.3 Nieuwe ervaringen creëren 222
  - 6.5.4 Vertrouwen winnen 224
  - 6.5.5 Voorkómen van machtsstrijd 224
  - 6.5.6 Voorlopig behandelingscontract 225
- 6.6 Dilemma: interveniëren of taxeren 225
- 6.7 Samenvatting 228
  
- 7 Registratie: de eerste stap naar zelfcontrole 229**
  - 7.1 Turven 230
  - 7.2 Registratie van specifieke, maar niet concrete klachten 231
  - 7.3 Registreren en bezinnen, accepteren en uitdagen van disfunctionele gedachten 232
  - 7.4 De irritatie-opschrijfopdracht 235
  - 7.5 De stemmingsmeter 236
  - 7.6 Zelfregistratie versus registratie door anderen 237
  - 7.7 Het kenbaar maken van gegevens die verkregen zijn door registratie 238
    - 7.7.1 ABA-gesprekken 238
    - 7.7.2 Het interview 239
    - 7.7.3 De brief 240
    - 7.7.4 Het verborgen signaal 241
  - 7.8 Registreren en zelfcontrole 242
  - 7.9 Registreren en evalueren 243
  - 7.10 Samenvatting 245
  
- 8 Congruente interventies tijdens de therapiezitting 246**
  - 8.1 Rechtstreeks met elkaar praten 247
  - 8.2 Onmiddellijke feedback 249
    - 8.2.1 Onmiddellijke feedback over wat er gebeurt in plaats van over de inhoud 250
    - 8.2.2 Onmiddellijke feedback in plaats van analyse achteraf 251
  - 8.3 ‘Modeling’ 252
    - 8.3.1 De therapeut als model: expliciet en impliciet 252
    - 8.3.2 Bedekte modeling 253

- 8.4 Gedragsherhaling en ‘modeling’ 256
- 8.4.1 Analyse van een gedragsherhaling 257
- 8.4.2 Schema en beschouwing van gedragsherhalingen 260
- 8.5 Gedragsoefening, onmiddellijke feedback en modeling 263
- 8.5.1 Individuele gedragsoefening 265
- 8.5.2 Gedragsoefening en rolomdraaiing 266
- 8.6 Onderhandelen 267
- 8.7 Uitdagen van disfunctionele gedachten 270
- 8.8 Confrontatie en steun 274
- 8.9 Imaginaire exposure (ie) 278
- 8.10 Individuele versus interactionele feedback 280
- 8.11 Gebruik van metaforen 282
- 8.12 Suggesties 285
- 8.13 Selectief bekrachtigen 289
- 8.14 Topografische interventies 290
- 8.15 Samenvatting 292
  
- 9 Congruente opdrachten, ofwel huiswerk 293**
- 9.1 Wederzijdse afspraken: gedragscontracten 294
- 9.1.1 Een voorbeeld van een gedragscontract 296
- 9.1.2 Aandachtspunten bij het afsluiten van gedragscontracten 296
- 9.1.3 Wederzijdse gedragsafspraken met anderen dan de partner 305
- 9.1.4 Contra-indicaties voor wederzijdse gedragscontracten 305
- 9.2 Eenzijdige gedragsafspraken 309
- 9.3 Opdrachten die zelfcontrole bevorderen 311
- 9.3.1 Zelfcontrole bij bulimia nervosa 312
- 9.3.2 Zelfcontrole bij sociale angst en depressie 315
- 9.3.3 Zelfcontrole bij relatieproblemen 316
- 9.3.4 Zelfcontrole met hulp van een partner 319
- 9.3.5 Zelfcontrole van een ouder 320
- 9.4 Opdrachten waardoor het bekrachtigen van symptomen wordt opgeheven 322
- 9.5 Opdrachten om disfunctionele gedachten zelf aan te pakken: het piekerkwartier en de advocaat van de duivel 323
- 9.6 Complimenten geven 325
- 9.7 Positieve zelfinstructie en zelfverbalisatie 326
- 9.7.1 Onderzoek naar positieve zelfinstructie en zelfverbalisatie 327
- 9.7.2 Enkele voorbeelden van positieve zelfinstructie of zelfverbalisatie 328
- 9.7.3 Indicaties voor het toepassen van positieve zelfverbalisatie en zelfinstructie 334
- 9.8 Gedragsexperimenten 336
- 9.9 Exposure-oefeningen 337

- 9.10 Etaleren van (sociale) angst 342
- 9.11 Ontspanningsoefeningen en beweging 343
- 9.12 Schrijfopdrachten 345
- 9.13 Het belang van evidence-based behandelingen 345
- 9.14 Leesopdrachten ofwel bibliotherapie 347
- 9.14.1 Problemen met kinderen 348
- 9.14.2 Relatieproblemen 349
- 9.14.3 Scheiding 350
- 9.14.4 Subassertiviteit, stress, angst en burn-out 351
- 9.14.5 Depressie, obsessies en dwanghandelingen 352
- 9.14.6 Eetstoornissen 353
- 9.14.7 De borderline-persoonlijkheidsstoornis 353
- 9.14.8 Schizofrenie 354
- 9.15 Discussie over congruente opdrachten 354
- 9.16 Samenvatting 355
  
- 10 Paradoxe adviezen en suggesties 357**
- 10.1 Soorten paradoxale adviezen 358
- 10.1.1 Het voorschrijven van symptomatisch gedrag 359
- 10.1.2 Het voorschrijven van het symptoom in gewijzigde vorm: symptoomregulatie 359
- 10.1.3 De acceptatie van symptomen 360
- 10.2 Contra-indicaties voor paradoxale adviezen 362
- 10.2.1 Niet-reactieve depressie 362
- 10.2.2 Als opvolgen van het advies schade zou kunnen berokkenen 362
- 10.2.3 Ernstige crises of instabiliteit 363
- 10.2.4 Wanneer inzicht belangrijker is dan onmiddellijke verandering 363
- 10.2.5 Cliënt ziet de therapeut (nog) niet zitten 364
- 10.3 Indicaties voor paradoxale adviezen 364
- 10.3.1 Verwachtingsangst 364
- 10.3.2 Machtsstrijd tussen cliënten 367
- 10.3.3 De symptomen worden bekrachtigd 369
- 10.4 Niveaus waarop paradoxale adviezen kunnen worden gericht 370
- 10.5 Motiveren voor paradoxale adviezen 372
- 10.5.1 Eerlijke uitleg 372
- 10.5.2 Positief etiketteren van de klachten 373
- 10.5.3 Het bewustwordingsparadigma 374
- 10.5.4 Het helpparadigma: de combinatie van paradoxaal en congruent 375
- 10.6 De indirecte paradoxale suggestie 381
- 10.6.1 Het homeostatische gezin 381
- 10.6.2 Extreme faalangst op het werk 383
- 10.7 Theorieën over de werking van paradoxale adviezen 385

- 10.8 Het schemergebied tussen congruent en paradoxaal 388
- 10.9 De timing van paradoxale en congruente adviezen 389
- 10.9.1 Indien paradoxale aanpak, dan daarmee beginnen 390
- 10.9.2 Paradoxale aanpak heeft meestal congruent vervolg 390
- 10.9.3 Niet te snel afstappen van de paradoxale interventie 390
- 10.10 Onderzoek en discussie over paradoxale opdrachten 392
- 10.11 Samenvatting 394

## **11 Therapeutische symbolen en rituelen 396**

- 11.1 Het blijvende ritueel 397
- 11.2 Het eenmalige ritueel 398
- 11.3 Discussie over therapeutische rituelen 401
- 11.4 Samenvatting 404

## **Deel 3 Specifieke problemen**

### **12 Problemen uit het verleden: verdriet, trauma's en ballast uit het gezin van herkomst 407**

- 12.1 Configuraties waarin het verleden een rol speelt 411
- 12.1.1 Rancune ten opzichte van de huidige partner 411
- 12.1.2 Gecomplieerde rouw en rancune na verlating 413
- 12.1.3 Traumatische ervaringen in het gezin van herkomst 414
- 12.1.4 De gevolgen van geweld in het verleden 416
- 12.1.5 Verschillen in rouwverwerking na verlies van een kind 417
- 12.1.6 Rouwprocessen ten gevolge van ouderdom 417
- 12.2 Het verwerken van rouw en posttraumatische stress 418
- 12.2.1 Schrijven aan een lid van het huidige gezin 419
- 12.2.2 Schrijven naar aanleiding van ontrouw en verlating 421
- 12.2.3 Schrijven over het gezin van herkomst 423
- 12.2.4 Schrijven over de gevolgen van (extreem) geweld in het verleden 424
- 12.2.5 Schrijven en praten na verlies van een kind 427
- 12.2.6 Reconstructie van het levensscript op oudere leeftijd 428
- 12.3 Model voor de toepassing van schrijfopdrachten bij het verwerken van het verleden 429
- 12.3.1 De cliënten voorbereiden 429
- 12.3.2 De fasen in het proces van schrijven 434
- 12.3.3 Na het schrijven 436
- 12.3.4 Het combineren met andere therapeutische elementen 440
- 12.4 Contra-indicaties voor schrijfopdrachten 441
- 12.5 Onderzoek naar de effecten van schrijven en de werkzame mechanismen 443
- 12.5.1 Toename van gezondheid na schrijftherapie 444

- 12.5.2 Verandering in cognitief functioneren door schrijftherapie 446
- 12.5.3 Mediërende variabelen; wie profiteren het meest van schrijftherapie? 446
- 12.6 Confrontatietechnieken waarbij schrijven niet wordt gebruikt 447
- 12.7 Samenvatting 448

### **13 Opvoedingsproblemen 450**

- 13.1 Tekort aan hiërarchie: de gezinnen Van Rijn en Zalm 450
- 13.2 Overmaat aan hiërarchie in het gezin Lubbers 455
- 13.3 Mevrouw De Waal en haar 'lastige' zoon 458
- 13.4 Opvoedingsprincipes en overwegingen 459
- 13.4.1 Hiërarchie en levensfasen van het gezin 460
- 13.4.2 Hiërarchie versus autoritair optreden 460
- 13.4.3 De aard van sancties: beloningen en straffen in plaats van woede-uitbarstingen 463
- 13.4.4 Noodzaak van precisie in de afspraken 467
- 13.4.5 Mediatetherapie versus therapie met het kind erbij 468
- 13.4.6 Gezinnen met een overmaat aan hiërarchie 470
- 13.4.7 Gebrek aan solidariteit tussen de ouders 471
- 13.4.8 Gebrek aan positief gevoel voor het kind 472
- 13.4.9 Samengestelde gezinnen 474
- 13.4.10 Het creëren van een positief klimaat 475
- 13.5 Psychopathologie en opvoeding 479
- 13.5.1 Ouders met psychische stoornissen 479
- 13.5.2 Angstige kinderen 480
- 13.5.3 Slaapproblemen 481
- 13.5.4 Gedragsstoornissen en ADHD 482
- 13.6 Discussie: hiërarchie en veilig emotioneel klimaat 483
- 13.7 Samenvatting 484

### **14 Seksuele problemen 485**

- 14.1 Verschillende indelingsprincipes bij seksuele stoornissen 487
- 14.2 Taxatie van seksuele problemen 489
- 14.2.1 Uitsluiten van somatische en psychische oorzaken 489
- 14.2.2 De verhouding tussen de partners 493
- 14.2.3 Individueel-psychologische factoren 496
- 14.2.4 Gevolgen van problemen met de seksuele identiteit 496
- 14.3 De behandeling van seksuele problemen 499
- 14.3.1 Doorbreken van taboes door vragen stellen en voorlichting 499
- 14.3.2 Het verbod op seksueel contact 500
- 14.3.3 Het masturbatieadvies 503
- 14.3.4 Het vetorecht 505

- 14.3.5 Niet-prestatiegericht vrijen en over vrijen leren praten 505
- 14.3.6 Paradoxe adviezen bij seksuele problemen 508
- 14.3.7 Farmacologische behandeling van seksuele stoornissen 511
- 14.3.8 Zelfcontrole bij afwijkende seksuele verlangens 512
- 14.4 Timing in de behandeling van seksuele en relationele problemen 513
- 14.5 Discussie over seksuele problemen 516
- 14.6 Samenvatting 519

## **15 Scheiding en scheiding op proef 521**

- 15.1 Scheiden of niet, een moeilijke beslissing 522
  - 15.1.1 Achtergronden van de behoefte om te scheiden 522
  - 15.1.2 Verkeerde beslissing voorkómen 524
- 15.2 De scheiding op proef 525
  - 15.2.1 Proefscheiding bij machtsstrijd en wantrouwen 525
  - 15.2.2 Proefscheiding na ontrouw 526
- 15.3 Overwegingen bij de scheiding op proef 527
  - 15.3.1 De indicaties voor proefscheiding 527
  - 15.3.2 De duur van een proefscheiding 528
  - 15.3.3 Al proefscheidingen achter de rug 528
  - 15.3.4 Wie verlaat het huis en waar gaat diegene heen? 529
  - 15.3.5 Juridische aspecten 529
  - 15.3.6 Hoe vertellen we het de kinderen? En hoe zijn de contacten met hen? 530
- 15.3.7 Contacten tussen de partners tijdens de proefscheiding 531
- 15.3.8 Contacten met 'de derde' 531
- 15.3.9 Therapiezittingen tijdens de proefscheiding 532
- 15.3.10 Individuele begeleiding tijdens de proefscheiding 533
- 15.3.11 Geen definitieve beslissingen 533
- 15.4 Motiveren voor een proefscheiding 534
- 15.5 De effecten van proefscheidingen 535
- 15.6 Definitieve scheiding 536
  - 15.6.1 Ontwikkelingen in de advocatuur 537
  - 15.6.2 Onderzoek naar de gevolgen van scheiding 538
  - 15.6.3 Richtlijnen in het belang van de kinderen 541
  - 15.6.4 Richtlijnen in verband met het welzijn van de ex-partners 547
- 15.7 Schematisch overzicht 549
- 15.8 De effecten van scheidingsbemiddeling 550
- 15.9 Discussie over scheiding en scheiding op proef 551
  - 15.9.1 Proefscheiding als exposure 551
  - 15.9.2 Wie neemt de beslissing? 551
  - 15.9.3 Ontrouw; tijd winnen, of juist niet? 552
  - 15.9.4 Psychopathologie 552

- 15.9.5 Valkuilen 553
- 15.9.6 Motiveringstechnieken 553
- 15.9.7 Religie, etniciteit en scheiding 553
- 15.9.8 Samenwerking tussen advocaten en psychologen 554
- 15.10 Samenvatting 554

## **16 Verstoorde gezinsverhoudingen, psychische stoornissen en gezinstherapie. De stand van zaken in het onderzoek 555**

- 16.1 Schizofrenie 555
- 16.2 Unipolaire depressie en de bipolaire stoornis 557
- 16.3 Angststoornissen 560
- 16.4 Verslaving aan harddrugs 561
- 16.5 Alcoholisme 562
- 16.6 Eetstoornissen 564
- 16.7 Lichamelijke aandoeningen 566
- 16.8 Gedragsstoornissen, ADHD en delinquentie van kinderen en adolescenten 569
- 16.9 Relatieproblemen en relatietherapie 570
- 16.10 Geweld binnen gezinnen 571
  - 16.10.1 Fysiek geweld tegen partners 571
  - 16.10.2 Fysiek geweld van ouders tegen kinderen 572
- 16.11 Discussie over het onderzoek naar gezinsinteracties, psychische stoornissen en gezinstherapie 573
  - 16.11.1 Verschillende vormen waarin gezinsleden zijn betrokken bij de behandeling 573
  - 16.11.2 De kloof tussen onderzoek en praktijk 574
  - 16.11.3 Ontbreken van onderzoek over persoonlijkheidsstoornissen 575
  - 16.11.4 De maatschappelijke kosten/effectiviteit van gezinsbehandeling 576
  - 16.11.5 Integratie: individuele elementen in gezinstherapie 576
  - 16.11.6 Integratie: interactionele elementen in individuele therapie 577
- 16.12 Samenvatting 577

## **Bijlage Vragenlijst Biografische Gegevens 579**

Literatuur 592

Namenregister 639

Zakenregister 653

Over de auteur 670





Deel 1

Achtergronden van het model

---



# 1

## Het gezin als systeem; de ontwikkeling van een begrippenkader

---

Als mensen met hun levensproblemen naar hulpverleners gaan, spreken zij meestal over individuele klachten. Zij geven aan dat er lichamenlijk iets niet in orde is. Ze hebben hoofdpijn, buikpijn of duizelingen. Ze vertellen over hun angsten, huilbuien, woede-uitbarstingen, of over hun gevoel er niet meer tegen te kunnen. Veel hulpverleners beschouwen vervolgens *het individu als eenheid van behandeling*. De nadruk kan liggen op het lichamenlijk functioneren; als dat in orde is, zullen de psychische klachten ook wel verdwijnen. Klachten worden ook vaak opgevat als ‘symptomen’ van onderliggende, diepe intrapsychische conflicten, die eerst verwerkt moeten worden. Een dergelijk uitgangspunt is het kenmerk van de psychoanalyse. Vanuit de leertheorie en cognitieve theorieën is een benadering ontwikkeld waarin psychische symptomen worden opgevat als aangeleerde gedragingen en foutieve gedachten die men kan afleren. Deze op het individu gerichte benadering besteedt soms wel enige aandacht aan de omgeving van de ‘patiënt’ als een hulpmiddel bij de behandeling, maar zelden worden ‘patiënt’ en diens sociale omgeving (zoals het gezin) samen expliciet als eenheid van behandeling beschouwd.

In dit hoofdstuk zullen we zien hoe de systeembenadering zich binnen de psychotherapie als reactie op de al te individuele benadering ontwikkelde en welke concepten hieruit in de huidige gezinstherapie nog steeds van belang zijn.

### 1.1 De geschiedenis van de systeembenadering

Een aantal individueel georiënteerde therapeuten kreeg in de jaren vijftig van de vorige eeuw steeds meer oog voor de invloed van de natuur-

lijke sociale omgeving op mensen met problemen (Haley, 1970; 1971). Zij ervoeren in hun praktijk dat een individuele aanpak bij hun cliënten wel succes kon hebben, maar dat er soms niet-voorziene, ongunstige bijverschijnselen optraden. Als bijvoorbeeld een vrouw van haar frigiditeit was genezen, werd de man impotent. Als een kind geen driftaanvallen en ander storend gedrag meer vertoonde, ging een broertje of zusje zich op die manier gedragen. Of als dit niet gebeurde, werd het kind dat in behandeling was geweest na verloop van tijd soms weer met hetzelfde probleem aangemeld. De therapeuten die hier oog voor hadden, kwamen tot de conclusie dat de persoon die zij in therapie hadden niet de volledige verklaring voor dit soort verschijnselen kon bieden. Er speelden zich blijkbaar processen af tussen hem en zijn gezinsleden die het succes van de behandeling op een of andere wijze ongedaan maakten. Zij (Ackerman, Beatman & Sherman, 1961) nodigden daarop gehele gezinnen voor gesprekken uit, ook al werd steeds één van de leden voor behandeling aangemeld. Daardoor trad langzaam maar zeker een verschuiving van hun focus op. Niet meer het individu was de eenheid van behandeling, maar een echtpaar of een heel gezin; intrapsychische conflicten stonden niet meer centraal, maar de interacties *tussen* mensen.

Volgens deze visie moesten de manieren waarop de gezinsleden met elkaar omgaan en de rol die het aangemelde probleem daarbij speelt, onderzocht en veranderd worden. Therapeuten namen bijvoorbeeld waar dat er in gezinnen met een kind als 'aangemelde patiënt' vaak bedekt een onopgeloste onenigheid tussen vader en moeder bestond. Pogingen om die conflicten open op tafel te leggen werden dikwijls gesaboteerd door de 'patiënt', die juist op zo'n moment met bizar of ander 'afwijkend' gedrag de aandacht op zich vestigde en van de ouderrelatie afleidde. In hun zoeken naar verklaringen voor dit soort verschijnselen kwamen sommigen van deze therapeuten in aanraking met een in opkomst zijnde theoretische stroming die raakvlakken had met *alle* wetenschappen, doordat deze het accent legde op de gemeenschappelijke kenmerken daarvan. Dit is de *general systems theory*, die overigens niet een theorie in de gebruikelijke zin van het woord is. Zij bevindt zich op een veel abstract niveau en heeft geen betrekking op een bepaald wetenschapsgebied waarbinnen toetsbare hypothesen kunnen worden geformuleerd (Von Bertalanffy, 1968). Ik spreek daarom liever van een *metatheorie*, een filosofische oriëntatie. Deze *general systems theory* heeft de gezinstherapie sterk beïnvloed.

De 'theorie' bood een *abstract* begrippenkader dat volgens sommigen gehanteerd kon worden om gezinsfenomenen te beschrijven en eventueel te verklaren. Het feit dat deze begrippen zo abstract zijn, stichtte veel

verwarring over de vraag wat in concrete gevallen wel en wat niet onder een bepaald systeembegrip viel. Dit heeft geleid tot talloze semantische discussies, die het zicht op de verschijnselen zelf bepaald niet verhelderden. Ik ga dan ook maar kort in op begrippen als ‘homeostase’, ‘negatieve feedback’ en ‘equifinaliteit’, die regelrecht uit de *general systems theory* afkomstig zijn. Degenen die hierover meer willen lezen verwijst ik naar Van der Pas (1992).

Het begrippenkader van de *general systems theory* is niet in alle opzichten van belang. De ‘theorie’ zelf vormt echter het voor de gezinstherapie essentiële fundament van de systembenadering. Dit houdt in dat men zich bewust is van de *circulaire processen* die zich in natuurlijke groepen afspelen. Veranderingen in één deel van de groep zullen gevolgd worden door veranderingen in andere delen van de groep, enzovoort.

Het gezin kunnen we in verschillende opzichten als een systeem opvatten. We kunnen het zien als een communicatief systeem, als hiërarchisch systeem, als affectief systeem enzovoort. In dit hoofdstuk gaan we nader in op een aantal aspecten van communicatie die van belang zijn bij het analyseren van gezinsinteractiepatronen. Een van de pioniers van de gezinstherapie, Don Jackson, merkte op dat hierbij geen theoretische veronderstellingen over het individu zelf nodig zijn, wel over de invloed die de aard van de communicatie op het individu heeft (Jackson, 1965). In die tijd was dit een vooruitstrevende visie, maar ook extreem. Het gebrek aan belangstelling bij gezinstherapeuten voor de individuele achtergronden van patiënten, en op het individu gerichte interventies, heeft ertoe geleid dat de gezinstherapie in de afgelopen decennia veel goodwill heeft verloren in de gezondheidszorg. Binnen een gezinstherapeutische setting kan het immers nodig zijn individuele therapie in te lassen. Bijvoorbeeld door een gezinslid te helpen in het algemeen beter voor zichzelf op te komen (subpar. 8.5.1), een beter activiteitenprogramma voor zichzelf te creëren of ‘afscheid te nemen’ van een overleden ouder (hoofdstuk 12).

Soms is een psychologisch onderzoek op zijn plaats, bijvoorbeeld bij kinderen met leermoeilijkheden; in andere gevallen een medisch onderzoek, bijvoorbeeld een neurologisch onderzoek als een cliënt vertelt af en toe ‘weg te raken’. Soms is het belangrijk om niet alleen aan de interactie *binnen* het gezin aandacht te besteden, maar ook aan die tussen gezinsleden en systemen buiten het gezin, zoals school en werk (Spiegel publiceerde hierover al in 1969).

In de volgende paragrafen lichten we aan de hand van praktijkvoorbeelden het denken in niveaus van systemen verder toe, waarbij in eer-

ste instantie vooral geput zal worden uit de inzichten van de structurele en cybernetische gezinstherapie. Daarna gaan we in paragraaf 1.5 en 1.6 in op enkele saillante begrippen uit de communicatietheoretische stroming. We beëindigen hoofdstuk 1 met een schets van de 'levenscyclus van het gezin', een begrip dat in alle stromingen van belang is, maar vooral aandacht krijgt in de intergenerationele benadering. In hoofdstuk 2 gaan we in op elk van de stromingen afzonderlijk.

## 1.2      **Systembenadering: een praktijkvoorbeeld**

Het nu volgende voorbeeld laat zien hoe een probleem waarvoor hulp wordt gevraagd op een aantal niveaus speelt. Het gaat hier om een individuele klacht van somatische aard, die nauw blijkt samen te hangen met de manier waarop het gehele gezin functioneert. Roel Landman, 9 jaar, wordt door de huisarts verwezen naar de RIAGG met het probleem dat hij onverklaarbare pijn in zijn buik heeft. De arts brengt dit in verband met het feit dat Roel soms weigert om naar school te gaan. Hij is bang voor zijn klasgenoten. Als leeftijdsgenoten bij hem thuis langskomen om met hem te spelen, sluit hij zich vaak op in zijn kamer.

Na een individueel gesprek met Roel schrijft de hulpverlener van de RIAGG het volgende op: 'Hij lijkt het slachtoffer te zijn van een inadequaat ouderlijke relatie. Hij heeft schuldgevoelens over ouderlijke ruzies, doordat hij denkt dat deze door hem worden veroorzaakt. Hij gaat met zijn schuldgevoelens op twee manieren om: hij ontsnapt eraan door op te gaan in een fantasiewereld of hij tracht zijn relatie met elk van de ouders apart te verbeteren om zo het gebrek aan echte gezinsrelaties te compenseren. Roel heeft een fobie voor lawaai. Dit lijkt een indicatie te zijn van onderdrukte woede en gevoelens van vijandigheid. Hij is in staat om contact met mensen te maken en daarbij het passende affect te tonen. Zijn ouderlijke omgeving is echter bezig hem emotioneel kreupel te maken door hem te veroordelen voor het uiten van zijn emoties. Hij lijkt intelligent en heeft talrijke interessante en fascinerende hobby's.'

De onderwijzeres geeft de volgende observaties: 'Roel is een aardige, rustige jongen, die te verlegen en te gevoelig is. Hij is in de klas wat eenzaam, maar hij kan in de groep wel goed meewerken en heeft veel goede ideeën. Hij heeft een neiging om te dagdromen. Over het algemeen is hij wat schoolprestaties betreft bij, maar in spellen en dictee is hij ronduit slecht.'

Roel's moeder geeft háár visie op zijn problemen: 'Hij denkt dat hij tot niets in staat is, en dat hij iemand is die anderen alleen maar ongeluk bezorgt. Hij wil van huis weglopen, omdat dit naar zijn idee het beste is voor iedereen. Als hij thuiskomt van school, sluit hij zich op in zijn kamer, en vaak weigert hij om naar beneden te komen voor het avondeten. Hij is soms agressief en schreeuwt en huult vaak. Kleine problemen maken hem snel van streek. Hij is bang voor school en gaat er met moeite (en soms helemaal niet) naar toe. Hij vindt dat ik hem overlaad met liefde en daar haat hij mij om. Ik denk dat hij op school te beleefd is en te bang voor autoriteit.'

Het is mogelijk om uit al deze gegevens te destilleren dat Roel, ten gevolge van invloeden uit de omgeving, een aantal emotionele problemen heeft waarvoor behandeling nodig is. De staf van de RIAGG zou bijvoorbeeld kunnen concluderen dat speltherapie voor Roel de aangewezen weg is om hem te helpen bij het verwerken van de 'geïntrojecteerde' gezinsconflicten; of cognitieve gedragstherapie om zijn schoolfobie of schoolweigering aan te pakken (Braet & Scholing, 2000). Hoewel ook in dergelijke benaderingen de invloeden uit de 'omgeving' op Roel gesignaleerd zouden kunnen worden, blijft het accent dan meestal liggen op intrapsychische problemen en de behandeling daarvan. In dit geval kiest de staf van de RIAGG voor een oriënterend gesprek met het gehele gezin waaruit Roel komt; dat wil zeggen met Roel zelf, zijn moeder en vader en zijn jongere zusje Marian.

In dit gesprek met het gezin blijkt dat mevrouw Landman zich sterk verdiept in de opvoeding. Ze leest er boeken over, die ze ook haar man aanbeveelt. Maar hij is daar niet in geïnteresseerd. Hij weet toch wel waar het probleem door komt: zijn vrouw is te toegevend. Als Roel bijvoorbeeld klaagt dat hij buikpijn heeft, gaat ze daar meteen serieus op in en laat hem thuis blijven. Roel is haar op die manier de baas. Aan de andere kant, zegt meneer Landman, kan hij zijn vrouw weinig verwijten, want zijn eigen manier van omgaan met Roel werkt ook niet zo best. Meestal begint hij voorzichtig; door bijvoorbeeld te vragen of Roel niet toch naar school wil gaan. Als Roel het na de zoveelste keer vragen nog niet doet, wordt hij razend. Hij gaat dan schelden of slaan, of verlaat de kamer. Ook dan doet Roel niet wat zijn vader zegt.

Mevrouw Landman zegt dat het haar niet bevalt dat haar man zo tegen de kinderen scheldt als zij hem irriteren. En dat komt nogal eens voor: elke avond na het eten wil mijnheer Landman rustig en ongestoord de krant lezen, maar steeds opnieuw maken de twee kinderen dan veel lawaai in dezelfde kamer. Het blijkt dat beide ouders dit steeds terugkomende probleem niet kunnen oplossen. Als meneer boos wordt,

kan mevrouw daar niet tegen en dat laat zij merken ook. Hij voelt zich dan in de nabijheid van de kinderen door haar in zijn hemd gezet. Hij accepteert dit en gaat daar dan niet tegenin: 'Ouders moeten in de nabijheid van hun kinderen één lijn trekken.' Mevrouw zegt dat ze het met haar man eens is dat hier een probleem ligt. Ze is het echter oneens met zijn geschreeuw. Hij zegt daarop dat hij 'nu eenmaal zo is'.

De ouders hebben een verschillende opvoedingstijl. Die van mevrouw kan men als 'redelijk laissez-faire' beschouwen. Zij geeft Roel argumenten waarom hij iets wel of niet zou moeten doen. Maar als hij er niet op ingaat, laat zij het verder afweten. Meneer is directer en zegt duidelijk wat hij van Roel wil, maar hij laat het daar bij omdat zijn vrouw overstuur raakt als hij boos wordt. Hij is ook ineffectief omdat hij – zijn vrouw volgend – redelijk wil blijven, maar niet de goede vorm vindt om toch gezag uit te oefenen.

Als meneer en mevrouw Landman alleen zijn, lukt het ook niet om de problemen inzake de opvoeding op te lossen. Mevrouw begint te huilen als hij met haar over Roel wil praten, waarop hij zich geroepen voelt haar te troosten.

Niet alleen hebben de ouders elk een eigen stijl van opvoeden, zij zijn ook niet in staat elkaar te steunen. Roel zit er duidelijk tussen. De onverenigbaarheid van de ouders ten opzichte van hun zoon is voor hem zo'n groot probleem, dat hij probeert met elk van de ouders afzonderlijk contact te krijgen. Hij gaat zichzelf zien als de oorzaak van de conflicten tussen zijn vader en moeder. Deze vicieuze cirkel draagt er ook toe bij dat andere conflicten in het gezin (zoals de taakverdeling in huis, al of niet buitenshuis werken van mevrouw) niet meer besproken worden. In de volgende paragraaf gaan we nader in op de verschillende systeemniveaus waarop de problemen van het gezin Landman spelen.

### 1.3 Niveaus van systemen

In het praktijkvoorbeeld uit de vorige paragraaf wordt een hulpverlener geconfronteerd met een gezin waarvan één lid (Roel) als 'het probleem' wordt beschouwd. De therapeut verdiept zich in wat er met Roel aan de hand is. Hij schenkt ook aandacht aan de manier waarop vader en moeder, elk apart, met Roel omgaan en hoe Roel op hen reageert. Hij richt zich in het bijzonder op de relatie tussen vader en moeder. Hij kijkt ook welke plaats de andere gezinsleden – in dit geval Marian – innemen. Op basis van deze informatie ontwikkelt de therapeut een totaalbeeld over



het functioneren van het gezin. Ten slotte gaat hij na hoe de verhouding is tussen het gezin en bepaalde delen van de buitenwereld, met name de school en de huisarts.

De gezinstherapeut brengt het probleem op een aantal niveaus van systemen in beeld, waarna hij de keuze maakt om zich in deze therapie voornamelijk te concentreren op de man/vrouw-dyade.

Voor we verdergaan wil ik de aandacht vestigen op de terminologie. We zullen het vaak hebben over ‘gezinsleden’ en ‘gezinstherapie’. Gezinstherapie is niet speciaal therapie met gezinnen, maar een vorm van behandeling waarin de aangemelde cliënt(en) en de meest relevante sociale context gezamenlijk in de behandeling worden betrokken. Vaak bestaat die omgeving uit een gezin of een paar, maar het kan ook een vriendengroep zijn of een combinatie van gezinsleden en personen erbuiten. Het zou wellicht beter zijn de term ‘therapie met natuurlijke groepen’ te gebruiken. Om praktische redenen houden we het op de term ‘gezinstherapie’.

In de volgende subparagrafen onderscheiden we de niveaus waarop een behandelaar zich kan richten.

### **1.3.1 Het individuele gezinslid als eenheid**

Buik- en hoofdpijn vormen een deel van Roel’s klachten. De huisarts heeft hem onderzocht en vastgesteld dat er medisch gesproken niets aan de hand is. De pijn zou door psychische spanningen veroorzaakt worden. Ondanks de stelligheid van de huisarts adviseert de therapeut om Roel door een specialist te laten onderzoeken. Het komt te vaak voor dat wel bestaande somatische oorzaken voor klachten niet worden gediagnosticeerd en dat er ten onrechte wordt geconcludeerd dat er alleen psychische oorzaken zijn (Hoogduin & Severeijns, 1992; Moleman, De Tempe, Van Duyn & Wiefferink, 2003). In ons voorbeeld bevestigt de specialist de diagnose van de huisarts. De gezinstherapeut kan er nu met enige zekerheid van uitgaan dat er geen directe somatische oorzaken zijn voor de klachten van Roel.

De somatische kwestie is ook aan de orde bij de zesjarige Leo, aangemeld wegens leerproblemen. De onderwijzeres veronderstelt gezinsproblemen. Leo is een zeer druk jongetje dat het op school niet zo goed doet. De ouders geloven dat hij niet helemaal in orde is en zij wensen daarover een uitspraak van een specialist (neuroloog). Deze vindt geen belangrijke hersenafwijkingen en een test wijst uit dat Leo een gemid-

delde intelligentie heeft. De manier waarop de ouders met Leo bezig zijn (veel te veel aandacht aan hem besteden), doet de specialist vermoeden dat spanningen in het gezin debet kunnen zijn aan Leo's problemen. De therapeut van de RIAGG beaamt dit. Het gehele gezin maakt een gespannen indruk. Tussen de ouders bestaan veel fricties, vertelt de moeder, die verband houden met de snelle carrière van haar man en haar eigen gevoel hierbij achter te blijven. Zij voelt zich minderwaardig.

Gezinstherapie lijkt de aangewezen weg. Daar de ouders toch steeds terugkomen op mogelijke afwijkingen van Leo, vindt de therapeut het verstandig eerst neuropsychologisch onderzoek bij Leo te laten verrichten, om niet te blijven steken in een discussie als: Leo is wel normaal, Leo is niet normaal. Uit de resultaten blijkt dat Leo motorisch-visueel gehandicapt is. Zijn onderwijzeres kan hem nu met behulp van bepaalde informatie hierover beter dan voorheen helpen. De ouders zijn tevreden en de aandacht kan zich nu richten op de andere problemen in het gezin.

In dit geval besloot de therapeut om Leo, op aandrang van diens ouders, verder te laten testen. De testresultaten lieten zien dat dit ook zonder die wens van de ouders een belangrijke stap zou zijn geweest in het taxeren van de problematiek van dit gezin.

Als een individueel diagnostisch onderzoek nodig is, kan de therapeut dit in het algemeen maar het beste zo snel mogelijk laten uitvoeren, zodat de gegevens in het behandelplan kunnen worden verdisconteerd. Bovendien ligt zo'n onderzoek in het begin van een behandeling meer in de lijn der verwachting dan wanneer na een aantal zittingen opeens de aandacht speciaal wordt gericht op één persoon, meestal de 'geïdentificeerde patiënt'. In hoofdstuk 5, over aanmelding en taxatie, komen we hierop terug.

### 1.3.2 Dyadische subsystemen

Het kleinste sociale systeem is dat van twee mensen. Roel (uit het eerste voorbeeld) is de 'aangemelde patiënt': hij gaat niet meer naar school. Hoe past dit in de interacties tussen Roel en zijn moeder en zijn vader? En tussen zijn ouders onderling?

- a **Moeder-zoon** 's Morgens vroeg tegen schooltijd begint Roel te zuchten en luid te klagen dat hij buikpijn of hoofdpijn heeft, of dat hij bang is en daarom niet naar school kan. Zijn moeder probeert hem ervan te overtuigen dat het best meevalt, dat de pijn straks wel overgaat, en dat het toch goed is om naar school te gaan ('anders raak je achter').

Roel's klachten worden echter heviger, en het lukt zijn moeder maar een enkele keer om hem dan toch naar school te laten gaan. Als Roel thuis blijft, maakt ze het hem naar zijn zin, omdat hij het zo moeilijk heeft. Met andere woorden: als het Roel lukt om thuis te blijven, dan wordt hij daarvoor door zijn moeder beloond.

**b Vader-zoon** Vader reageert heel anders op Roel. Hij vraagt ongeveer zes keer: 'Ga je nu naar school?' – steeds zonder succes. Dan krijgt hij een woede-uitbarsting en gaat schreeuwen, slaan, of sleurt Roel in zijn auto en brengt hem naar school. Maar dit heeft ook weinig succes, want meestal is Roel een half uurtje later, hard huilend, weer thuis, waar moeder hem dan houdt. Vader ervaart dit als sabotage en geeft het op.

**c Vader-moeder** Het ouderlijk subsysteem lijkt moeizaam te functioneren. Als vader tegen Roel uitbarst, valt zijn vrouw hem af. Hij houdt dan zijn mond. Als zij 's avonds alleen zijn, zegt hij wat hem stoort: zij laat hem afgaan voor de kinderen... Zij krijgen ruzie, waarbij moeder al gauw gaat huilen. Dan krijgt hij schuldgevoelens. Het conflict stopt zonder opgelost te zijn. Met andere meningsverschillen in het verleden ging het net zo: meneer had kritiek, mevrouw begon te huilen, de ruzie werd gestaakt en bleef onopgelost.

Doordat de meningsverschillen over Roel op de voorgrond kwamen te staan, verminderde het ruziemaken over andere onderwerpen. Het is opvallend dat we moeder niet buiten de bespreking van de vader-zoon-dyade konden laten. Het is ook opvallend hoe sterk de rol van Roel is, in de man-vrouwverhouding.

### 1.3.3 Het gehele gezin als systeem

We hebben in het gezin Landman te maken met een gezinssysteem waarin de individuele problematiek van een gezinslid (het schoolgaande kind) nauw samenhangt met de manier waarop de ouders elk afzonderlijk op hem reageren.

Roel's problematische gedrag geeft aanleiding tot spanning in het gezin. De manier waarop de ouders van Roel hierop – verschillend – reageren, veroorzaakt nog meer spanning. Omgekeerd kunnen we ook zeggen dat er tussen de ouders een machtsstrijd bestaat (subpar. 1.6.1) die over het hoofd van Roel wordt uitgevochten. Roel zelf lokt die strijd uit met zijn symptomen, maar voorkomt daarmee dat de aandacht zich louter en alleen richt op de strijd tussen vader en moeder. De plaats die Roel inneemt heeft ook effect op het contact tussen de ouders en Marian; die

komt daardoor affectief te kort. Volgens haar moeder dreigt zij ook in de problemen te raken.

Ten aanzien van dit gezin kan men niet spreken over dé oorzaak van de problemen; alle gezinsleden dragen bij tot het handhaven en versterken van de problematiek.

#### **1.3.4 Het gezin en zijn omgeving als systeem**

Mohammed (7 jaar) is door zijn onderwijzer bij de RIAGG aangemeld. Mohammed, een jongen die nog niet zo lang op een (grotendeels) 'witte' school zit, is ongehoorzaam en gedraagt zich vaak 'onaangepast'. Zijn onderwijzer is van mening dat de oorzaak hiervan bij de ouders van Mohammed ligt. Hij vindt hen lastige mensen die weinig moeite doen om zich in te leven in de Nederlandse cultuur. Als hij met hen over de problemen van Mohammed spreekt, reageren ze nogal vijandig en zeggen dat de school de schuldige is. Zij hebben immers nooit moeilijkheden met hem.

Een behandelaar van de RIAGG brengt de betrokkenen bij elkaar: onderwijzer, hoofd van de school en de ouders. Dat was niet gemakkelijk, maar uiteindelijk lukte het. In dit gesprek krijgt hij de indruk met een gezin van doen te hebben dat geen ernstige problemen heeft. In de opvoeding lijken geen moeilijkheden voor te komen. De ouders komen uit een andere cultuur en zijn weliswaar autoritair, maar weten toch een harmonieuze sfeer in het gezin te handhaven. Ook in de klas van Mohammed heerst een plezierige sfeer. Mohammed wordt door de onderwijzer als de enige lastpost ervaren. Deze onderwijzer legt sterk het accent op de eigen verantwoordelijkheid van de leerlingen, die allerlei taken zelfstandig moeten uitvoeren.

De therapeut concludeert dat er discrepanties zijn tussen de sfeer thuis en die op school. Mohammed is thuis een autoritaire benadering gewend en weet niet goed raad met de democratische aanpak van zijn nieuwe onderwijzer. Laatstgenoemde raakt met de ouders van Mohammed verstrikt in wederzijdse beschuldigingen en verwijten. Mohammed zit tussen twee vuren. De sfeer tussen ouders en school is zo gespannen dat beide partijen van elkaar eisen dat zij hun aanpak veranderen. Een compromis lijkt er voorlopig niet in te zitten. De therapeut ziet weinig reden om het gezin in behandeling te nemen en hiermee de kant van de school te kiezen. Het mag er in het gezin anders en ietwat autoritair aan toegaan, maar dat is het goed recht van de ouders. Geen van de gezinsleden heeft er moeite mee. Maar het heeft ook geen zin de onderwijzer te adviseren Mohammed op een andere manier te behandelen. Dat zou niet veel opleveren.

Gegeven de verhouding tussen school en ouders suggereert de therapeut als oplossing dat Mohammed naar een andere, traditionelere school gaat, die weliswaar verder van huis is, maar meer overeenkomt met de stijl van het gezin. Alle betrokkenen gaan hiermee akkoord. Bij navraag, een aantal maanden later, blijkt de ingreep geslaagd te zijn. Mohammed lijkt nu zijn plaats gevonden te hebben. Ordeproblemen doen zich bij hem niet meer voor.

Problemen binnen andere culturen vragen vaak om een ecologische benadering. Dit kan inhouden dat men apart spreekt met individuen (vanwege geheimen), met bepaalde familieleden (om de hiërarchie te bewaken), met islamitische autoriteiten (om zich te laten informeren en om autoriteit te verkrijgen). Het kan ook nodig zijn om te bemiddelen tussen verschillende instanties waarmee allochtone Nederlanders te maken hebben (Van den Ende & Savenije, 2002).

Niet alleen kinderen zitten soms gevangen tussen het gezin en de wijdere omgeving. Story en Bradbury (2004) laten zien dat dit ook geldt voor ouders of partners zonder kinderen. Hun onderlinge problemen hebben vaak te maken met stress die mede door de omgeving is veroorzaakt. We kunnen hierbij denken aan conflicten met de burens over geluidshinder, ruzies in de wijdere familiekring over erfeniskwesties, een dreigend faillissement van de zaak, spanningen op het werk.

Een voorbeeld zien we bij het echtpaar Schoonebeek. Mevrouw verwijt haar man diens depressieve houding. Zij heeft er meer dan genoeg van, wat haar man nog meer in de put doet geraken. Maar de depressie van meneer heeft veel, zo niet alles, te maken met de situatie op zijn werk, waar hij op een zijspoor terecht dreigt te komen. Het veranderen van de reacties van meneer Schoonebeek ten aanzien van wat er op zijn werk gaande is blijkt van doorslaggevend belang voor de relatie. In subparagraaf 3.5.4 komen we op deze behandeling terug.

Een ander voorbeeld. Meneer en mevrouw Nagel werken samen in hun eigen administratiekantoor. Zij hebben de laatste jaren steeds ernstigere conflicten. Nadere analyse wijst uit dat deze veel te maken hebben met de gigantische stress die hun werk meebrengt. Zij werken bijna dag en nacht onder de druk van deadlines en hebben bovendien totaal verschillende ideeën over de manier waarop zij met die werkdruk zouden moeten omgaan. Aanpakken van de relatieproblemen blijkt onmogelijk zonder het paar te helpen hiervoor gezamenlijk een oplossing te vinden.

Aan de hand van concrete voorbeelden is in deze paragraaf aangegeven hoe relatie- en gezinsproblemen te maken kunnen hebben met contacten die men met de buitenwereld onderhoudt. De *ecologische* systeembenadering, die door Auerswald (1972) en Minuchin (1970) bekend is geworden, besteedt dan ook zoveel mogelijk aandacht aan de natuurlijke omgeving van een gezin. Hoe woont men? In wat voor huis? In welke buurt? Hoe is de etnische integratie? Hoe is de geografische mobiliteit? Welke banden onderhoudt het gezin met burens, vrienden, kennissen, de wederzijdse familieleden, collega's van het werk en instanties? Voor de Multi Systemic Therapy (Henggeler & Sheidow, 2003) is dit het uitgangspunt in hun behandeling van delinquentie en gedragsstoornissen van adolescenten. In hoofdstuk 13 en 16 komen we hierop terug. Uit informatie van de omgeving kan bijvoorbeeld blijken dat een gezin een geïsoleerd bestaan leidt; dat de ouders geen hulp van anderen krijgen bij de opvoedingsproblemen; dat zij alleen elkaar hebben voor de bevrediging van hun behoeften aan contact, steun, warmte en dergelijke. Recent onderzoek over de gevolgen van sociale steun voor het verwerken van stress bevestigt het belang van de omgeving (Brewin & Holmes, 2003; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles & Glaser, 2002). Als gezinsleden er met elkaar niet uitkomen, hebben zij steun van de buitenwereld nodig. Dit geldt voor intacte gezinnen, dus zeker voor gezinnen met een alleenstaande moeder of vader. Het zou de taak van therapeuten kunnen zijn cliënten te leren bevredigende contacten met andere mensen aan te gaan.

### **1.3.5 Flexibiliteit in de eenheid van behandeling**

Gezinstherapie wordt vaak opgevat als een behandelingsvorm waarin alle aandacht uitgaat naar interactiepatronen en de structuur van het gezin. Bovendien wordt veelal aangenomen dat alle gezinsleden altijd aanwezig moeten zijn en dat er geen aandacht is voor individuele karakteristieken. Dit is een verkeerd beeld, dat in de hand wordt gewerkt door behandelaars die de systeembenadering op een rigide manier hanteren. De kracht van gezinstherapie ligt juist in haar flexibiliteit: er zijn verschillende niveaus waarop men kan ingrijpen. In het voorafgaande zagen we hoe een 'individueel probleem' verschillende kanten heeft: individuele pathologie, destructieve interactionele patronen bij sommige betrokkenen, de stoeve gezinsstructuur en de moeilijke relatie met de buitenwereld. Door in de beginfase alle betrokkenen gezamenlijk te zien, is het mogelijk te taxeren op welk niveau dient te worden ingegrepen.

De therapeut krijgt inzicht in de mate waarin individuele problemen bekrachtigd worden door de directe omgeving, of zelfs een functie kunnen hebben voor de anderen. Hij ziet ook in hoeverre er in de omgeving hulpbronnen zijn die het behandelen van de geïdentificeerde patiënt kunnen vergemakkelijken.

In het boek *Gevalsbeschrijvingen* (Lange, 2000, hoofdstuk 5) treffen we een gedetailleerde beschrijving aan van de behandeling van meneer Van de Buck en zijn gezin. We zien daar hoe de aandacht regelmatig verschuift van het ene niveau naar het andere. Zo is er in het begin vooral aandacht voor de structuur in het gezin, de geïsoleerde positie van de met depressie aangemelde vader. Maar al gauw komen ook interactionele processen tussen vader en moeder naar voren en individuele achtergronden van vader. Een dergelijke noodzakelijke wisseling van niveaus is onmogelijk wanneer men niet van het begin af aan het gehele systeem kent. Het is echter niet noodzakelijk gedurende alle zittingen ook alle betrokkenen bij elkaar te zien. Het is vaak aanvaardbaar gedurende een aantal zittingen slechts het subsysteem te zien waarop op dat moment de aandacht het meest is gericht. Bij het gezin Van de Buck bleven de kinderen thuis in de zittingen waarin het vooral ging over de manier waarop vader en moeder met elkaar omgingen. Er werd ook nagedacht over het voorstel dat meneer Van de Buck enkele sessies alleen zou komen om 'kwesies uit zijn verleden' door te spreken. Hiervoor werd uiteindelijk niet gekozen. Beide partners stelden het op prijs om dit onderwerp in aanwezigheid van mevrouw te bespreken. Het is kennelijk niet de samenstelling van de gespreksgroep die bepaalt waarop de aandacht wordt gericht. Het blijkt mogelijk de gezinsleden te laten participeren in gesprekken waarin zij niet direct het onderwerp van interventies zijn.

#### **1.4 De rol van de zondebok in het gezin: een signaalfunctie**

In 1960 hebben Vogel en Bell een klassiek geworden studie gepubliceerd waarin zij de functies beschreven die bepaalde *rollen* hebben voor het gehele gezin of voor de rest van het gezin. De door hen gebruikte begrippen worden nog steeds toegepast. Mede daarom is het van belang er hier enige aandacht aan te besteden.

Vogel en Bell vergeleken gezinnen waarin een kind als 'geïdentificeerde patiënt' voorkwam met gezinnen waar dit niet het geval was. Zij

concludeerden dat er in de 'gestoorde' gezinnen spanningen tussen beide ouders bestonden, waarbij een bepaald kind, de 'patiënt', betrokken was geraakt. In hun controlegroep van 'niet-gestoorde' gezinnen waren óf de spanningen niet zo groot óf men ging er op zodanige wijze mee om dat het kind er geen schade van ondervond.

Een kind dat, zoals Roel, betrokken raakt bij de spanningen tussen de ouders, werd door Vogel en Bell de 'zondebok' genoemd. Op de zondebok worden alle bestaande gevoelens van ongenoegen en frustratie gericht. Hoe dit *intrapsychisch* doorwerkt in zo'n kind zien we bij Roel in een individueel diagnostisch gesprek: 'Hij voelt zich schuldig aan de spanningen in huis en aan de ruzies tussen vader en moeder, die hij meestal hoort als hij al in bed ligt. Hij vindt dat hij daarom maar het best weg kan gaan van huis, zodat de anderen weer gelukkig kunnen worden.' In de termen van Vogel en Bell anticipeert Roel hier op wat er met de zondebok in het oorspronkelijke bijbelse verhaal en met vele 'zondebokken' in gezinnen gebeurt: zij worden apart gezet in hun omgeving of eruit weggestuurd.

Vogel en Bell hebben ook geobserveerd dat het hele gezin, vaak inclusief de zondebok, naar buiten een front vormt. Men wil de vuile was niet buiten hangen, in de eerste plaats niet die van vader en moeder en in de tweede plaats niet die van hun zondebok. Maar het 'zondebok-mechanisme' – of het in stand houden van de *gezinsmythe*, zoals Ferreira (1967) het noemde – vraagt een hoge prijs. Het deviante gedrag van het kind dat de controversen tussen de ouders of andere gezinsleden maskeert, zal steeds sterker beklemtoond worden teneinde de status-quo te handhaven. Om deze reden betitelde men gezinnen waarin dit soort processen een rol speelt vaak als *homeostatische gezinnen*. Intervenieren bij dergelijke gezinnen is niet gemakkelijk. Opvattingen van de therapeut over wat er aan de hand is, zullen niet in dank worden afgenomen. Dat is de reden dat Selvini Palazzoli e.a. (1979) hiervoor een behandelingsvorm ontwierpen die vooral was gebaseerd op 'positieve connotatie' en een 'paradoxale houding' van de therapeut.

We komen in hoofdstuk 2 (bij de bespreking van de cybernetische stroming, par. 2.6) en in paragraaf 3.7 uitgebreid terug op deze benadering, die invloedrijk is geweest maar nu veel minder gezag heeft (Roffman, 2005).



## 1.5 Het gezin als hiërarchisch systeem

In de vorige paragrafen zagen we hoe het soms fout kan gaan wanneer de ouders de opvoedkundige taken niet adequaat uitvoeren. Een gezin is niet een verzameling van in principe gelijkwaardige individuen. De ouders dragen meer verantwoordelijkheid dan anderen (de kinderen). Dit hoeft niet per se tot een autoritaire opstelling te leiden in de zin dat kinderen geen enkele inbreng hebben en dat er naar hun argumenten niet wordt geluisterd. Het betekent wel dat ouders er soms niet voor moeten terugschrikken om bewust invloed uit te oefenen, zelfs als dit gepaard moet gaan met sancties.

In een interview met Maya Pines (1982) drukte Jay Haley het kernachtig uit: 'Well, if a kid is acting up or crazy, we assume that the family hierarchy is in confusion.' Volgens zijn opvattingen is het dan van het grootste belang op rigoureuze wijze de hiërarchie te herstellen, de ouders te motiveren en te instrueren om 'het niet langer te pikken' en het kind in het gareel te brengen, op een wijze die misschien autoritair aandoet. Over dit 'autoritaire' zei Haley zelf: 'Now that does not mean that this is how people ought to live. If you have a kid with a broken leg, you put a cast on that leg, but that doesn't mean the way to raise normal kids is to put casts on their legs.'

Haley's opvattingen zijn nogal extreem; ongeacht de achtergrond van de symptomen en ongeacht de gezinsconstellatie en de verhouding tussen de ouders komt hij steeds tot dezelfde behandelingsstrategie (het disciplineren van de aangemelde adolescent). Toch is zijn onderstrepen van het noodzakelijke herstel van de hiërarchische verhoudingen van belang. Hij rekent grondig af met de verlamme notie dat, als er iets met een kind aan de hand is, de ouders altijd eerst 'aan zichzelf moeten werken' en dat de aangemelde klachten met betrekking tot het kind voorlopig kunnen blijven liggen. Zijn aanpak staat wat dit betreft diametraal tegenover die van de 'Milanese school' (par. 2.6). Deze hanteert meestal een paradoxale benadering, waarin juist de slechte relatie tussen de ouders wordt benadrukt en de adolescent wordt gevraagd om nog enige tijd de symptomen te blijven vertonen. De adolescent moet als het ware bewust als bliksemafleider blijven fungeren. Haley noemt in zijn boek deze benadering wel, maar laat weten dat de navolgers in Amerika er weinig succes mee hebben.

De nadruk op een duidelijk geaccepteerde hiërarchie in het gezin past ook uitstekend in Minuchin's structurele gezinstherapie (par. 2.2; Elizur & Minuchin, 1989; Minuchin, 1974). Volgens Minuchin is het van wezenlijk belang dat er binnen een gezin een heldere structuur bestaat met

duidelijke grenzen tussen de subsystemen, waarbij het ouderlijk subsysteem ook als zodanig dient te functioneren en de verantwoordelikheden niet schuwt. Dit werd in eerste instantie belicht in zijn behandeling van kinderen met somatische klachten (Minuchin, Rosman & Baker, 1978). Als het gaat om onhandelbare adolescenten, kiest hij een vergelijkbare werkwijze. Dit is, lang geleden, aardig geïllustreerd door Walters (1977). Zij beschreef een behandeling van een gezin met een gevaarlijk, agressief meisje. De behandeling dreigde te mislukken, doordat de therapeut te veel meeging met de stijl van het gezin waarin het aangeelde meisje de hand boven het hoofd werd gehouden, omdat zij nu eenmaal een beetje vreemd was. Minuchin fungeerde in zijn rol van consulent als een model voor zowel de therapeut als de moeder. Het gesprek was gericht op het verschil tussen 'gek' en 'crimineel'. Minuchin confronteerde de moeder ermee dat zij tolereerde dat haar dochter zich agressief en 'crimineel' gedroeg. De volgende dialoog is illustratief.

*Dr. M.:* Je bedreigde je moeder met een mes; wat deed je? Was het een keukenmes of een...

*Joan:* Het was een vleesmes.

*Dr. M.:* Een vleesmes. Een groot mes?

*Joan:* Met scherpe tanden.

*Dr. M.:* Wat deed je ermee?

*Joan:* Ik stond er gewoon mee in mijn hand.

*Dr. M.:* Je stond er gewoon mee in je hand. Nou, dat is niet waanzinnig, dat is misdadig.'

Een voorbeeld uit de eigen praktijk zien we bij het gezin Van Rijn, dat was aangemeld omdat de jongste zoon Rudi (12 jaar) zijn moeder en zijn vijftienjarige zus terroriseerde. Het bleek dat moeder het moeilijk vond om na de scheiding van haar man, enkele jaren daarvoor, het heft thuis in handen te nemen. Zij voelde zich schuldig tegenover de kinderen en meende dit goed te maken door een strikt kameraadschappelijke houding aan te nemen, die zij niet wist te rijmen met het uitoefenen van verantwoordelijkheid. Het machtsvacuüm werd door Rudi opgevuld. Na de taxatie en invoegfase bestond de kern van de behandeling eruit dat het gezin, met name moeder, werd geconfronteerd met de realiteit van deze ongewenste gezagsstructuur en dat moeder werd geholpen met opvoedingstechnieken waardoor zij naast kameraadschap ook verantwoordelijk gedrag kon gaan uitoefenen.

In subparagraaf 10.5.4 en in hoofdstuk 13 komen wij terug op deze behandeling en op andere opvoedingskwesties.

### 1.5.1 Coalities binnen het gezin: de perverse triade

In het hiervoor geschetste voorbeeld van het gezin Van Rijn ligt de oorzaak van het gebrekkig optreden van moeder niet zozeer in de gezinsconstellatie als wel in haarzelf, met name in haar reactie op de echtelijke scheiding. Uiteraard zullen er in veel gevallen 'individuele factoren' bij één of beide ouders te vinden zijn, wanneer zij er niet in slagen hun ouderrol naar behoren uit te voeren. Maar vaak ligt het ook aan de structuur waarin het gezin is verzeild geraakt. Bijvoorbeeld wanneer de ouders in een dusdanige machtsstrijd zijn verwickeld dat zij elkaar wat betreft de opvoeding voortdurend ontcrachten. We zagen dit bijvoorbeeld bij meneer en mevrouw Landman met betrekking tot de opvoeding van hun zoon Roel. Bij hen leidde dit tot wisselende pogingen om met Roel een coalitie aan te gaan. Hoewel dit een spanningsvolle situatie is, die voor een kind veel problemen kan opleveren, wordt over het algemeen aangenomen dat het minder pathogeniserend is dan wanneer problemen tussen ouders leiden tot een vaste coalitie met één of meer kinderen jegens de andere ouder. In zijn boeiende en klassiek geworden essay 'Toward a theory of pathological systems' introduceerde Haley (1967a) in dit verband het begrip 'the perverse triangle'. Deze bevat volgens hem de volgende karakteristieken:

- Er zijn drie mensen in een interactieproces verwickeld, van wie er twee behoren tot dezelfde generatie en er één behoort tot een 'lagere' generatie. Met 'generatie' wordt een bepaald niveau in de machts hiërarchie bedoeld. Dit kan het generatieverschil tussen ouder en kind zijn, maar ook het verschil in positie tussen manager en werknemer in een bedrijf.
- In het interactieproces gaat iemand van de hoogste generatie een coalitie aan met iemand van de lagere generatie, die is gericht tegen de generatiegenoot. Met 'coalitie' wordt bedoeld: het proces van gemeenschappelijke activiteiten die *tegen* een derde zijn gericht, in contrast met een alliantie waarin twee mensen elkaar vinden in een gemeenschappelijke interesse onafhankelijk van een derde persoon.
- De coalitie tussen de twee personen wordt ontkend. Dat wil zeggen dat gedrag dat duidt op een coalitie, indien het aan de kaak is gesteld, niet als zodanig wordt erkend.

### 1.5.2 De gevolgen van perverse triades

Volgens Haley (1967a) hebben coalitiepatronen zoals hiervoor beschreven de neiging om uit elkaar te vallen, of ernstige symptomen te produceren bij één of meer van de leden. Minuchin (1974) sprak over een 'rigide triade', waarbij hij constateerde dat de triade meer rigide is naarmate

het voor de ouders moeilijker is om het kind buiten hun conflicten te houden. Voor ons is hier de terminologische kwestie van minder belang dan de constatering dat het bij het taxeren van individuen en gezinsconstellaties noodzakelijk is oog te hebben voor de destructieve gevolgen van extreme coalities tussen één ouder en één of meer kinderen, die gericht zijn tegen de andere ouder.

Een duidelijke illustratie van de gevolgen van een perverse triade zien we bij de woordelijke weergave van de behandeling van het gezin Van de Buck (Lange, 2000, hoofdstuk 5). We zien daar hoe de vader steeds apathischer en depressiever wordt, terwijl de moeder met haar twee zoons een steeds hechter front tegen hem vormt.

Haley had geen ongelijk toen hij betoogde dat de perverse triade niet alleen binnen gezinnen desastreus kan zijn, maar ook in andere natuurlijke groepen. Dit wordt geïllustreerd door wat zich afspeelde in een opvanghuis voor adolescenten. Een van de stafleden ging een coalitie aan met de opgenomen jongens en meisjes, door tegenover hen zijn collega's als onbekwaam af te schilderen. Hij zou de enige zijn die de kinderen begreep en die oog had voor hun behoeften. De jongelui werden steeds onhandelbaarder. Zij wilden alleen nog naar het bewuste staflid luisteren. De andere stafleden werden onzeker en functioneerden niet meer naar behoren. Het gevaar dreigde dat het opvanghuis gesloten moest worden. Een van de stafleden werd geattendeerd op de eerdergenoemde publicatie van Haley. Zij liet deze aan haar collega's en aan het bestuur van de instelling lezen. Het gevolg was dat men zich realiseerde wat er aan de hand was. De 'destructieve' collega werd ontslagen en de instelling hoefde niet ontmanteld te worden.

## 1.6 Het gezin als communicatief systeem

De processen die we in de vorige paragrafen bespraken, komen aan het licht door de manier waarop gezinsleden met elkaar omgaan. De therapeut hoort en ziet hoe de onderlinge communicatie verloopt. Hij merkt dat de contacten tussen de gezinsleden steeds weer op dezelfde manier vastlopen. Hij is erop gericht destructieve interactiepatronen zo te wijzigen, dat de gezinsleden zelf hun moeilijkheden kunnen oplossen. Over het belang hiervan is in het verleden veel geschreven, vooral door de leden van de voormalige 'Palo Alto'-groep, zoals Haley (1963), Jackson (1968) en Watzlawick, Beavin en Jackson (1967). In paragraaf 2.3 schenken we speciale aandacht aan de communicatietheorieën van de

'Palo Alto'-auteurs. Sommige aspecten van de communicatie tussen gezinsleden behandelen we hier echter alvast, aangezien ze verder in het boek een belangrijke rol spelen.

### 1.6.1 Machtsstrijd

Watzlawick et al. (1967) beschreven een interactioneel systeem, zoals het gezin of het huwelijk, als een proces waarbij twee of meer personen bezig zijn de aard van hun onderlinge verhouding te definiëren. Dit proces zou nader omschreven kunnen worden als het impliciet of expliciet doen van voorstellen over hoe je het met elkaar wilt hebben. Haley heeft het in 1963 wat scherper gesteld. Volgens hem komen mensen die elkaar ontmoeten altijd met de volgende problemen in aanraking: wat voor soort boodschappen of wat voor soort gedrag kan wel of niet binnen onze relatie, en wie bepaalt dat.

Het gaat hier dus om de vraag wie wát voor het zeggen heeft. Haley accentueert met deze omschrijving het machtsaspect dat aan iedere verhouding kleeft. Mensen die met elkaar omgaan, zijn daar volgens Haley altijd mee bezig. Meestal is men zich hiervan niet bewust. Veel conflicten, die bijvoorbeeld in gezinnen spelen, zijn te herleiden tot een niet-opgeloste machtsstrijd, die door de betrokkenen niet als zodanig wordt herkend. Als ze zich er wel van bewust zijn, zijn de door hen gezochte oplossingen in veel gevallen niet adequaat.

In het gezin Landman wordt wel iets van die regelproblematiek herkend. Toch komt men er op eigen kracht niet uit. Meneer vertelt dat zijn vrouw en hij verschillend denken over de opvoeding van de kinderen, in het bijzonder over de reactie op Roel's weigering om naar school te gaan. Hij vindt dat ze één lijn moeten trekken. Dit is dus een voorstel voor hun onderlinge relatie, waarin beiden hetzelfde soort gedrag zouden moeten vertonen. Maar dit gedrag dient te zijn zoals hij zich dat heeft voorgesteld. Zijn lijn moet door beiden worden gevolgd. Mevrouw wil echter dat háár manier van doen, de lijn der 'redelijkheid', door beiden gevolgd zal worden. Dit verschil van mening loopt erop uit dat mevrouw meneer saboteert als deze hard tegen Roel uitvalt. Dit heeft weer tot gevolg dat meneer Landman zich steeds minder met de opvoeding wenst te bemoeien. De ouders hebben niet in de gaten dat het niet alleen gaat om de inhoudelijke verschillen van inzicht (die wel degelijk een serieuze rol spelen), maar dat de vraag wie in dit opzicht de lakens uitdeelt (de relationele kant), ook een belangrijke rol speelt.

We zullen nu zien hoe bij onenigheid over de inhoudelijke kant van een situatie vaak vergeten wordt dat het in feite om de relationele kant

gaat (inhoud en betrekking; interpunctie), en hoe dit een belemmering kan vormen problemen tot een oplossing te brengen. Later (in par. 3.3) bespreken we een aantal communicatieregels die helpen om het patroon van machtsstrijd te doorbreken.

- 1 Inhoud en betrekking** Op een verjaarsvisite komt het gesprek op lekker eten. Irma vertelt dat zij en haar man vorige maand zo'n heerlijke rijsttafel hadden in Chinees restaurant 'Shanghai'. Jan, haar man, corrigeert: 'Nee Irma, dat was niet in "Shanghai", maar in "Tong-Lie".' Irma reageert daarop met: 'Het was "Shanghai" en niet de vorige maand, maar het begin van deze.'

Het lijkt een triviaal voorbeeld waarbij Irma en Jan alleen maar willen vaststellen waar en wanneer zij gerijsttafeld hebben: alsof ze alleen maar bezig zijn met het inhoudsaspect van hun communicaties. Maar er is meer aan de hand. Ze zijn ook bezig met de vraag hoe ze hun onderlinge verhouding willen definiëren. Watzlawick et al. (1967) noemden dit het 'betrokkingsaspect' van communicaties.

Als Jan zijn vrouw corrigeert, impliceert hij dat hij van hen beiden de zaken het best op een rijtje heeft staan. Irma vindt dat maar niks: 'Hij moet niet denken dat hij me iedere keer op mijn nummer kan zetten.' Zij gaat dus in de tegenaanval: 'Jij weet het helemaal niet beter dan ik, jongen. Als jij mij voor schut zet, doe ik het ook met jou.'

Ten aanzien van het betrokkingsaspect spelen naast de inhoud van wat er wordt gezegd gelaatsuitdrukking, lichaamshouding, lichaamsbeweging en stem een belangrijke rol.

Het gaat veel mensen in feite om de vraag wie wát voor het zeggen heeft, wie de baas is. Beiden hebben vaak het gevoel dat de ander te veel domineert, dat zijzelf worden ondergesneeuwd, en reageren vanuit dat gevoel. Maar de strijd wordt op een inhoudelijk niveau uitgevochten zonder dat de betrokkenen zich bewust zijn van wat er onder ligt. Velen blijven steken in de hierbij optredende verwarring van inhoud en betrekking. Men komt vaak niet verder dan het scoren van punten ten opzichte van elkaar.

- 2 Interpunctie** 'Het is jouw schuld, Bettie, dat Roel niet naar school gaat. Als ik er iets aan doe, zet jij me voor schut waar de kinderen bij zijn.'

'Maar jij gaat zo afschuwelijk met hem om, dat ik er wel tussen moet komen om het in godsnaam maar te laten ophouden.'

'Dat is het hem nou net; jij bent veel te slap tegen hem. Daarom kan ie z'n gang gaan en móét ik wel harder optreden.'

Het communicatieaspect dat hier op de voorgrond treedt, is het interpunteren: het aanbrengen van leestekens in een communicatiestroom. Mensen geven daarmee aan wat volgens hen het startpunt is in een verbonden keten van gedragingen. Vaak is de visie op waar het startpunt ligt de bron van onenigheid. Volgens meneer moet hij wel zo heftig op Roel reageren, omdat zijn vrouw hem te slap aanpakt (het begint volgens hem dus bij haar). Mevrouw legt het startpunt echter een stap terug: doordat haar man zo agressief tegen Roel doet, moet zij hem in bescherming nemen. Enzovoort. Geen van beiden ziet hoe zij zijn terechtgekomen in een vicieuze cirkel waarin zij elkaars gedrag versterken.

Waar het oorspronkelijke beginpunt lag, is meestal niet van belang. Het is wél essentieel voor het oplossen van dit soort conflicten dat men niet alleen oog heeft voor het falen van de ander, maar ook voor het effect van het eigen gedrag op die ander. Verandering treedt op als men zijn eigen gedrag wijzigt.

### 1.6.2 Symmetrische, complementaire en parallele interacties

Bateson (1958) onderscheidde twee soorten interactiepatronen tussen twee personen of twee groepen die een duurzame relatie met elkaar onderhouden. In het ene geval sprak hij van *symmetrische* interacties, waarbij het gedrag van de één gevolgd wordt door eenzelfde soort gedrag van de ander. Als de één bijvoorbeeld een beledigende opmerking maakt, scheldt de ander terug. Kenmerkend voor de deelnemers aan een dergelijk patroon is het concurreren met elkaar, het tegen elkaar opboksen. Dit mondt vaak uit in een escalerende machtsstrijd, die alleen ophoudt wanneer een van beiden het opgeeft (wellicht om krachten voor een volgende ronde te verzamelen).

In het tweede geval gaat het om *complementaire* interacties. Deze vormen een patroon van tegengestelde gedragingen die bij elkaar passen en in elkaar grijpen. De één onderwijst en de ander ontvangt onderricht, de één beurt op en de ander gedraagt zich neerslachtig, de één verzorgt en de ander laat zich verzorgen (zie het voorbeeld van Margo en Jan in subpar. 1.6.4). In complementaire interactiepatronen worden de verhoudingen steeds extremer. De 'zieke' gedraagt zich steeds zieker en de 'verpleegster' gaat steeds meer verzorgen.

Behandelaars streven ernaar cliënten meer variatie in hun onderlinge interacties bij te brengen. Partners met een overwegend symmetrisch interactiepatroon leren ook op een complementaire manier met elkaar om te gaan. In paragraaf 9.1 wordt het afsluiten van wederzijdse

gedragscontracten beschreven; verwijten over en weer (symmetrisch interactiepatroon) worden vervangen door het over en weer doen van een verzoek en het ingaan op dat verzoek. Voor partners of gezinsleden met overwegend complementaire interacties geldt het omgekeerde. Voor een gezinslid dat bijvoorbeeld steeds klaarstaat om een ander te helpen (te geven), is het vaak belangrijk om te leren zich ook te kunnen laten helpen (te ontvangen). Het doel is dat gezinsleden in staat zijn verschillende soorten van gedrag flexibel en productief af te wisselen. Lederer en Jackson (1968) noemden het uitwisselen van zowel symmetrisch als complementair gedrag *parallele* interactie. Zij definieerden dit als 'situational appropriate exchanges that alternate between complementary and symmetrical behavior'.

### 1.6.3 Inconsistente communicatie

De voorlopers van gezinstherapie in de Verenigde Staten (de 'Palo Alto'-groep) legden sterk de nadruk op ziekmakende communicatieve verschijnselen, die zij beschreven onder de titel 'double bind' (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1956). Nadien is hierover veel geschreven en onderzoek gedaan (Olson, 1972; Sluzki & Ransom, 1976; Watzlawick et al., 1967). De verschillende onderzoekers gaven verschillende betekenissen aan het concept. In zijn algemeenheid kan men de 'double bind' beschouwen als een vorm van inconsistentie in de communicatie tussen personen. Op basis van de hiervoor genoemde publicaties onderscheidde Lange (1979) de volgende drie manieren waarop boodschappen van de een naar de ander strijdige elementen kunnen bevatten:

- 1 de paradoxale boodschap;
- 2 tegenstrijdigheden in verschillende communicatiekanalen;
- 3 tegenstrijdigheden binnen één communicatiekanaal.

- 1 **De paradoxale boodschap** 'Opdrachten' als 'Hans, jij moet 'ns spontaan doen', of: 'Erik, jij bent veel te gehoorzaam' zijn klassieke voorbeelden van paradoxale boodschappen. Bevelen van dit soort zijn niet op te volgen, omdat ze in zichzelf strijdig zijn. Op het moment dat Hans probeert 'spontaan' te zijn, is hij dit niet meer, want hij doet het omdat het wordt opgedragen. Op het moment dat Erik schijnbaar wat ongehoorzamer doet dan normaal, is hij juist wel gehoorzaam.

Tijdens een sessie met een echtpaar verweet mevrouw De Boer haar man dat deze nooit boos werd als zij hem bekritiseerde. Meneer zei dat hij dan niet kwaad werd omdat hij erover nadacht of zij misschien gelijk had. Bovendien werd hij in het algemeen niet gauw boos. Nu kan men



erover twisten of meneer wel genoeg voor zichzelf opkwam wanneer hij zoveel van zijn vrouw en anderen accepteerde. Het staat echter vast dat de manier waarop zijn vrouw hem opdroeg boos te worden hem volledig verlamde. Boos-zijn is dan geen boos-zijn meer, maar gehoorzaamheid aan zijn vrouw.

Een ander voorbeeld: Adriaan wilde graag dat Marijke met hem naar de kerk ging. Dit was iets wat allang tussen hen speelde. Op een gegeven zondag stemde Marijke daarin toe. Adriaan vroeg haar daarop waarom ze dit deed: voor hem of omdat ze het zelf fijn vond? Marijke zei de waarheid: ze deed het voor hem. Er ontstonden daarop moeilijkheden, aangezien het volgens Adriaan dan geen waarde had. Marijke moest het zelf fijn vinden en het niet alleen voor hem doen. Op het eerste gezicht lijkt dit iets anders dan het eerst beschreven voorbeeld. Bij nader inzien treffen we echter in Adriaans boodschap paradoxale elementen aan. Marijke moet iets voor hem doen en het op commando nog fijn vinden ook. In plaats van waardering te krijgen voor het feit dat zij iets wat zij niet prettig vindt toch voor haar man wil doen, wordt zij gestraft. Op deze manier kunnen mensen weinig voor elkaar betekenen. Zij mogen immers niet iets voor elkaar doen zonder het voor zichzelf ook plezierig te vinden.

Het zal uit voorgaande voorbeelden duidelijk zijn dat het paradoxale bevel een vaker voorkomend verschijnsel is dan men in eerste instantie vermoedt. Dit houdt overigens nog niet in dat ieder paradoxaal bevel kwade gevolgen heeft. Stel dat Marijke na de reactie van Adriaan had gezegd: 'Oké, dan ga ik niet mee.' Als Adriaan zich daarmee had verzoend was er niets aan de hand geweest. Het probleem was echter dat Adriaan toch veel pressie op Marijke uitoefende om wel mee te gaan.

In sommige gevallen heeft de paradoxale boodschap geen kwade gevolgen, doordat de betrokkene erover kan praten en kan aangeven wat hem of haar dwarszit. Watzlawick et al. (1967) stelden dan ook terecht dat een paradoxaal bevel vooral een kwalijke uitwerking heeft in situaties waarin er een complementaire relatie is en de zwakkere de ontvanger is van het bevel. Deze zal dan voelen dat er iets scheef zit, maar dit niet kunnen of durven beargumenteren.

In het boek *Gevalsbeschrijvingen* geeft Lange (2000, hoofdstuk 5) een duidelijke illustratie hiervan in de gedetailleerde beschrijving van de behandeling van het gezin Van de Buck. We zien daar hoe de vader in verwarring is geraakt door de voortdurende eis van zijn vrouw en kinderen in zijn richting dat hij actiever moet zijn. Dit impliceert dat hij (een van nature wat passieve man) op hun aanwijzingen 'spontaan' initiatieven zou moeten ontplooiën die hij zelf ook nog plezierig moet vinden.

Ook daar zien we dat de uitwerking van de paradoxale boodschap ziekmakend is doordat de man in het gezin al een zwakke positie bekleedt. Hij staat zichzelf niet eens toe om de onmogelijkheid van wat hem gevraagd wordt onder ogen te zien, laat staan er tegenin te gaan.

Therapeuten verschillen in hun waarneming en interpretaties, zeker wat betreft paradoxale communicatie. Het volgende voorbeeld is hiervan een illustratie: Mia (25 jaar) was de 'aangemelde patiënt' wegens depressies en suïcidale neigingen. Koos, haar man, was in hun relatie de dominerende figuur. Op een zitting rapporteerden zij een afschuwelijke ruzie tijdens een weekend. De therapeut vroeg hun precies te vertellen wat er was gebeurd. Mia begon te vertellen hoe Koos bij zijn thuiskomst had gezegd: 'Geef me 'ns een kusje schatje.' Zij had dit niet gedaan. De sfeer was verslechterd. Mia kon niet vertellen waarom zij dat 'kusje' niet had gegeven. De therapeut wel. Mia was gevoelig voor het feit dat zij altijd zoveel 'moest' van Koos. Zij vond het echter moeilijk zich te verzetten, want Koos kreeg in woorden altijd gelijk. Hij praatte vlotter en dacht logischer. Het 'Geef me 'ns een kusje, schatje' had zij als een bevel opgevat, en wel een bevel tot het tonen van affectie. Dit kon zij niet op commando uitvoeren.

**2 Tegenstrijdigheden in verschillende communicatiekanalen** In veel van de eerdergenoemde 'double bind' studies heeft men zich beziggehouden met het effect van het gelijktijdig uitzenden van strijdige signalen via verschillende communicatiekanalen: verbaal (in woorden), vocaal (toon) en visueel (wat er te zien is). Een eenvoudig voorbeeld levert de moeder die met een glashard gezicht zegt: 'Natuurlijk houden we van je, Pim.' Het kan natuurlijk ook andersom: met een vriendelijk gezicht zeer onvriendelijke dingen zeggen.

Behalve discrepanties tussen gezichtsexpressie en de inhoud van wat gezegd wordt, zijn er ook tegenstrijdigheden mogelijk tussen de toon waarop iets wordt gezegd en de inhoud of de houding.

Sinds Pavlov wordt gewezen op de neurotiserende effecten van tegenstrijdige prikkels. Loeff (zie Olson, 1972) rapporteerde in dit verband interessante bevindingen. Hij vergeleek een steekproef van 'normale' meisjes met een steekproef van als schizofreen gediagnosticeerde meisjes. Van tevoren had hij een aantal uitspraken opgenomen die qua inhoud wisselend 'gelukkig' en 'ongelukkig' waren. De toon werd daarbij gevarieerd: een derde was affectief neutraal uitgesproken, een derde met een emotioneel strijdige toon en een derde met de erbij passende intonatie. In tegenstelling tot de verwachtingen werden de incongruenties niet beter ontward door de groep 'normalen' dan door de groep

schizofrene patiënten. Wel bleken de laatsten meer beïnvloed te zijn door de tegenstrijdigheden.

- 3 Tegenstrijdigheden binnen één communicatiekanaal** Hier gaat het meestal om mondelinge boodschappen die op een ander moment, soms bijna meteen, weer worden ontkracht. Iemand zegt bijvoorbeeld 'ik hou heel veel van je', wordt even later reuze kwaad en zegt tegen diezelfde persoon dat hij een etterbak is. Het komt uiteraard ook vaak voor dat de inconsistentie optreedt wanneer, wat door de een wordt geponeerd door een ander wordt ontkracht. Ouders die strijd voeren over de hoofden van hun kinderen hebben hiervan vaak een handje. In de leerpsychologie is veel aandacht gegeven aan de gevolgen van dergelijke discrepanties, met name als ouders elkaar in het bijzijn van hun kinderen op deze manier tegenspreken (Patterson, 1982). Het in paragraaf 1.2 beschreven gezin, waarin Roel de 'aangemelde patiënt' was, is hiervan een duidelijke illustratie.

#### **1.6.4 Het bekrachtigen van symptomatisch gedrag**

Jan (30 jaar) stort in 'doordat hij zijn werk niet meer aankan'. Hij komt in de Ziektewet en wordt thuis door zijn vrouw Margo (29 jaar) verzorgd. Beiden zijn ervan overtuigd dat hij een lichamelijke kwaal heeft, aangezien hij veel last heeft van hoofdpijn en vaak flauwvalt. Intensief medisch onderzoek levert niets op; dan moet het een 'psychische' kwaal zijn. Jan blijft toch de 'patiënt' en Margo gaat door met hem verzorgen. De huisarts verwijst Jan naar een behandelaar, die man en vrouw samen wil spreken. In een eerste gesprek vraagt de behandelaar hun de situaties te specificeren waarin Jan's klachten voorkomen. Brokstukjes informatie van Margo en Jan laten zien dat Jan hoofdpijn krijgt of flauwvalt wanneer er ongewenst bezoek komt, of wanneer gewenst bezoek te lang blijft. Het bezoek moet dan alleen met Margo praten of weggaan. Hoofdpijn komt soms ook voor wanneer Margo voorstelt gezamenlijk uit te gaan. Dit gaat dan niet door. Zij gaat haar man verzorgen; stopt hem in bed, geeft hem een kopje thee en medicijnen. Ze zijn het eens: Jan is de zieke en Margo de verpleegster.

Mensen hebben soms lichamelijke symptomen waarvoor geen somatische oorzaak is vastgesteld, bijvoorbeeld bij pijnklachten. De DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) gebruikt hiervoor de term 'somatoforme stoornis'.

In systeemtheoretische termen sprak Haley in 1963 van 'symptomatisch gedrag' wanneer: de onbegrepen klachten extreem zijn, sterke invloed hebben op andere mensen en men meent er niets aan te kunnen doen.

Voorbeelden van dergelijke symptomen zagen we eerder bij Roel Landman (hoofd- en buikpijn als hij naar school moest) en hier bij Jan, met zijn lichamelijke klachten als hij zich onder druk gezet voelde. De problemen van Jan treden voornamelijk op in situaties waarin hij iets niet wil. In plaats van 'nee' te zeggen, wat in het algemeen moeilijk voor hem is, krijgt hij hoofdpijn. Hij oefent op deze manier toch zijn invloed uit op de situatie en krijgt zijn zin. Margo moet maar alléén met het bezoek praten. Zij kan niet naar de film die ze zo graag samen met hem wilde zien (of zij zou alleen moeten gaan). Het feit dat zij iets moet opknappen waar Jan geen zin in heeft, zou op zichzelf geen probleem hoeven te zijn. Het schadelijke in hun situatie is dat de partners niet als verantwoordelijke mensen met elkaar praten in termen van 'wat wil jij en wat wil ik'. Margo kan Jan zijn impliciet 'nee-zeggen' niet kwalijk nemen, want hij 'kan er immers niets aan doen'.

We nemen ook vaak het extra belonende gedrag van de een op symptomen van de ander waar. Als Jan hoofdpijn krijgt of flauwvalt, gaat Margo hem vertroetelen, wat hij ook van haar verwacht. Als Roel de strijd over het naar school gaan wint en thuisblijft, mag hij met zijn mooiste speelgoed spelen en gaat zijn moeder hem lekker verwennen.

Kanfer en Saslow (1965) noemden dit ooit de secundaire winst van het symptomatische gedrag (naast de primaire winst die bestaat uit het vermijden van angst). De gedragstherapeut Robert Paul Liberman (1970) schetste in een heldere gevalsbeschrijving dat ook het onregelmatig belonen van symptomen ('intermittent reinforcement') het symptomatische gedrag versterkt. In het voorbeeld hiervoor treedt Margo de ene keer liefdevol en verzorgend op wanneer Jan zich beroerd voelt, terwijl zij de andere keer niets doet of zelfs kwaad wordt. De klassiek geworden behandelingsstrategie is: niet de omgeving leren minder aandacht te schenken aan de 'geïdentificeerde patiënt', maar wel het moment waaróp zij die aandacht geven, en de richting ervan, te wijzigen (selectieve bekrachtiging). Margo zou bijvoorbeeld haar aandacht voor de symptomen van Jan tot een minimum kunnen terugbrengen en hem na het flauwvallen niet meer vertroetelen. Daarentegen zou zij aardiger kunnen optreden wanneer hij rechtstreeks aangeeft wat hij wel en niet wil.

In deze benadering maakt men gebruik van de omgeving om de 'patient' te veranderen. In die zin is de behandeling op het individu gericht en niet op het systeem. We kunnen ons daarnaast ook bezighou-

den met de vraag of de 'gezonde' partner en eventueel andere gezinsleden 'baat' hebben bij het symptomatische gedrag. Hierdoor komt de wederkerigheid van menselijke interacties aan bod. De hoofdpijn van Jan gaf Margo de gelegenheid hem te verzorgen; iets wat ze graag deed. Het gaf haar zelfvertrouwen. Hij had haar nodig. In haar gezin van herkomst was het verzorgen van zieken ook haar favoriete bezigheid geweest. Daarnaast kwam de hoofdpijn van Jan haar om een andere reden goed uit. Zij was nogal bang voor ruzies. Als zij conflicten met Jan zou krijgen over hun verschillen in behoeften en wensen, zou wel eens kunnen blijken dat zij niet bij elkaar pasten en dat zij uit elkaar zouden moeten gaan. Dit was haar schrikbeeld en dankzij de symptomen die Jan vertoonde, bleef de situatie voor Margo veilig.

In de afgelopen decennia is er – mijns inziens terecht – kritiek gekomen op het gebruik van termen als 'ziektewinst' en 'secundaire winst'. Het leidt soms tot het verwaarlozen van het reële leed van patiënten (Hoogduin & Severijns, 1992; Speckens & Rood, 1996). Personen met ernstige hoofdpijnen, met niet somatisch verklaarbare verlammingen of met invaliderende angsten hebben geen winst bij hun klachten. Deze terechte kritiek en toenemende voorzichtigheid nemen niet weg dat in sommige gevallen symptomen door de omgeving bekrachtigd worden en dat de therapeutische strategie erop gericht dient te zijn zo'n patroon van bekrachtiging te doorbreken.

## 1.7 De ontwikkeling in de partnerrelatie

De meeste van de hiervoor beschreven mechanismen hebben voor zover het de partnerrelatie betreft hun oorsprong in de geleidelijke veranderingen die zich in het partnerschap voltrekken. Men ontmoet elkaar meestal in gunstige omstandigheden, de verantwoordelijkheden en taken zijn geringer dan in een later stadium. Bovendien is er in het begin de neiging de verschillen in cultuur, gewoonten en behoeften als kleiner te zien dan ze soms zijn. Men is geneigd de ander te accepteren zoals die is, diens wensen uit te voeren, zelfs als de ander er niet expliciet om vraagt. Ook geeft men gemakkelijker aan de ander toe zonder daar een machtsconflict van te maken. Dit verloopt niet altijd symmetrisch. Soms is het de ene partner die zich gemakkelijk en veel aanpast. Dat wordt dan een gewoonte, die geleidelijk extremer wordt. Er hoeft geen probleem te ontstaan als beide 'partijen' daar gedurende de verschillende

levensstadia tevreden mee blijven. Vaak loopt het echter anders, en komt de meegaande partner in opstand, niet altijd op een even handige manier en ook niet altijd op het beste moment. De levenscyclus waar we in de volgende paragraaf dieper op ingaan speelt hier een belangrijke rol. De conflicten beginnen vaak in stadia waarin men door maatschappelijke rollen minder ruimte heeft om aan elkaars eigenaardigheden toe te geven. Als er kinderen zijn is het bijvoorbeeld moeilijker te accepteren dat je man een grote mond opzet dan wanneer er geen kinderen zijn die je meent te moeten beschermen.

Een toename van conflicten zou niet zo'n probleem hoeven te zijn, als men zich zou beperken tot het opkomen voor de eigen behoeften, of zou proberen het gedrag van de ander te veranderen zonder in de eerder beschreven valkuilen (machtsstrijd en interpunctieprocessen) terecht te komen. De problemen worden groot en soms uitzichtloos als de acceptatie uit de eerste periode omslaat in iets wat veel verder gaat: het is nu niet meer genoeg dat de partner zijn gedrag verandert, nee, zijn persoon moet veranderen. Daar houden partners meestal niet zo van.

In hun klassieker, *The mirages of marriage*, illustreerden Lederer en Jackson (1968) hoe dit proces al tijdens de huwelijksreis kan beginnen:

‘Assume that through their interaction up to this time, a newly married man and woman, on their honeymoon, have established an unspoken “rule” that each is to fill the other’s needs without being asked. Mary prepares John’s favorite meals, compliments him, straightens his clothes; and John buys small gifts for Mary, compliments her cooking, makes all travel arrangements, and so forth.

Now suppose that on the fifth day of the honeymoon, Mary (having already received a number of small gifts from John without asking for them) sees a ring which she would like to own and asks John if he will buy it for her. At this point, one unspoken rule of their relationship has been broken. *Mary has asked for a gift.* The system is temporarily out of balance. Now any number of things can happen, depending on John’s reaction to Mary’s rule breaking. John may comply cheerfully with Mary’s request; in this case the system is in balance again, but a new rule has been established: *Mary has the “right” to make requests of John.*

But the action may go in another direction. John may agree to purchase the ring, but make it clear by his grumbling that he is not happy about the new turn of events. In this case, balance is reestablished on the basis of a rule which implies that Mary may ask for things, but must pay the price for this privilege by tolerating John’s grumbling’ (Lederer & Jackson, 1968, p. 92-93).

De auteurs volgen dit hypothetische stel verder. Zij laten zien welke varianten zich ongemerkt ontwikkelen tot impliciete regels die pas veel later tot moeilijkheden leiden. Informatie hierover kan cliënten helpen stil te staan bij de manier waarop dergelijke processen bij hen kunnen spelen, zelfs al is dit zelden genoeg om de ontstane vicieuze cirkels van onbegrip te doorbreken.

## 1.8 De levenscyclus van het gezin

Haley was een van de eersten die psychiatrische symptomen plaatsten in het kader van de levenscyclus van het gezin. Volgens hem verschijnen er symptomen als er zich een verstoring of onderbreking voordoet in de zich ontvouwende levenscyclus van een gezin, of een andere natuurlijke groep. Het symptoom is vaak een signaal dat een gezin moeite heeft een fase in de levenscyclus te passeren (Haley, 1973, p. 24-25). In deze paragraaf bespreken we eerst de fasen die men in het algemeen kan onderscheiden in de levensloop van het gezin. Daarna illustreren we aan de hand van enkele voorbeelden hoe een mislukte aanpassing aan de nieuwe situatie tot stoornissen kan leiden.

### 1.8.1 Fasen in de levenscyclus van het gezin

Een pasgetrouwd paar heeft andere problemen dan een paar dat twintig jaar gehuwd is. Ouders van jonge kinderen staan voor andere moeilijkheden dan ouders van adolescenten. Het onderkennen van deze verschillen heeft bijgedragen tot het ontstaan van het begrip 'levenscyclus van het gezin' (Carter & McGoldrick, 1980; Haley, 1973). Dit begrip sluit aan bij reeds langer bestaande noties uit de gezinssociologie (Duvall, 1962; Hill & Rodgers, 1964).

Een mogelijke indeling van de levenscyclus van het gezin is de volgende:

- 1 **de kinderloze fase** van het trouwen of gaan samenleven van de partners tot de geboorte van het eerste kind;
- 2 **de uitbreidingsfase** van de geboorte van het eerste kind tot en met de geboorte van het laatste kind;
- 3 **de stabilisatiefase** de periode van de opvoeding van de kinderen tot dat het eerste kind het huis verlaat;
- 4 **huisverlaten** de fase waarin de kinderen het huis verlaten;

- 5 **het lege nest** de fase waarin alle kinderen uit huis zijn en de partners samen overblijven;
- 6 **alleen achterblijven** de fase waarin een partner na het overlijden van de ander alleen verder moet.

Deze indeling is vrij willekeurig. Met behulp van diverse criteria (zoals verandering in de gezinssamenstelling, verandering in leeftijdsopbouw en verandering in de beroepsstatus van de kostwinner) zijn tal van indelingen mogelijk. Bovendien zijn er talloze gezinnen die op een gegeven moment van welk schema dan ook afwijken: gezinnen die kinderen hebben in diverse ontwikkelingsfasen, gezinnen waarin één of beide ouders kinderen uit een vorig huwelijk hebben meegenomen, gebroken gezinnen, enzovoort.

Mensen verschillen in de manier waarop zij de levensstadia doorlopen. Ook maatschappelijke veranderingen leiden ertoe dat in verschillende fasen in het leven de accenten veranderen. Hamer (1999) legt in dit verband terecht nadruk op de gevolgen van de toenemende ouderdom. Mensen verkeren langer dan voorheen in de fase van niet-werken. Hamer beschrijft een oudere man die voorheen vitaal en actief was, maar bij aanmelding met een gebrekkige gezondheid kampte. De man kon zich niet aanpassen aan dit nieuwe stadium en werd depressief. Dit verergerde zijn situatie, omdat hij nu helemaal niets voor zijn omgeving (vrouw, kinderen en kleinkinderen) leek te betekenen. Aan de behandeling kwamen geen antidepressiva te pas, wel een bezinning op zijn nieuwe situatie en de functie die hij voor zijn kleinkinderen kon vervullen. Deze man was in zekere zin bevoorrecht: hij had naaste familie. Maar wat te zeggen van de vele echtgenoten (meestal vrouwen) die hun partner langdurig overleven en voor wie de kinderen door ‘dual careers’ nauwelijks tijd hebben? Dit is een fase die vroeger veel minder voorkwam en die niet alleen een probleem voor de oudere vormt, maar ook voor het kind dat als het ware is ‘gesandwiched’ tussen de plicht ten opzichte van de ouder en die van het eigen gezin.

Hoe uniek het ook is, elk gezin moet specifieke taken uitvoeren die bij een bepaalde fase horen. Het probleem van hulpzoekende gezinnen houdt vaak verband met het feit dat zij deze taken gebrekkig uitvoeren. Tussen de verschillende fasen bestaan overgangen, zoals trouwen van de partners en het naar school gaan van de jongste. Elke faseovergang maakt aanpassingen van de gezinsleden noodzakelijk. Sommige van deze overgangen worden door een gezin gemakkelijk gemaakt, andere leveren moeilijkheden op. Zo kan het gebeuren dat een jong stel veel genoeg beleeft aan de geboorte van kinderen en dit ook goed inte-



greert, maar er later niet in slaagt hen los te laten. Het uit huis gaan van de kinderen wordt uitgesteld en gaat ten slotte met veel moeilijkheden gepaard.

Een niet-geslaagde overgang kan tot gevolg hebben dat in de volgende fase van het gezin geen stabiliteit optreedt. Het instabiele karakter van de overgang blijft gehandhaafd. Goedbedoelde interventies van de therapeut om het gezin te helpen zich beter aan de nieuwe omstandigheden aan te passen worden verworpen doordat er geen acceptatie van de nieuwe fase is. Mede om die reden is het belangrijk dat de therapeut het vertrouwen van het gezin weet te winnen (zie hiervoor o.a. par. 3.7) en dat hij niet te snel te veel wil bereiken (het principe van 'de kleine stap', punt 4 van subpar. 9.1.2).

### **1.8.2 Psychische symptomen door de overgang naar een nieuwe levensfase**

In het gezin Landman ontstonden moeilijkheden toen het jongste kind (Marian) hele dagen naar school ging. Roel ontwikkelde symptomen, doordat het gezin er niet in slaagde zich op een voor alle gezinsleden bevredigende wijze aan te passen aan de fase waarin kinderen naar school gaan. Toen Roel als eerste kind werd geboren, gaf zijn moeder haar baan als kleuterleidster op om al haar tijd aan het huishouden en de opvoeding te besteden. Toen de kinderen eenmaal overdag naar school gingen, miste zij een dagtaak. Haar man was sterk gekant tegen haar wens weer te gaan werken. Hij was de kostwinner. Het leek erop dat moeder haar behoefte aan een zinvolle bezigheid bevredigde door een intense preoccupatie met Roel's problemen. Met andere woorden, zij had Roel's problemen nodig en Roel maakte ze voor haar.

Een ander voorbeeld biedt het gezin De Kat dat in behandeling kwam toen opname dreigde van hun zeventienjarige zoon Wim wegens volslagen onhandelbaarheid. Er waren problemen op verschillende niveaus: tussen de ouders, tussen Wim en zijn negentienjarige zus, en individueel bij Wim. Voor ons is hier vooral van belang dat de ouders van Wim tamelijk goed hadden gefunctioneerd als opvoeders totdat Wim ongeveer 12 jaar oud was. Daarna werd het steeds moeilijker. Zij vonden hem eigenwijs, hij had 'verkeerde vrienden', trok zich van kritiek niets aan en probeerde alle opvoedkundige maatregelen aan zijn laars te lappen. Dit waren de woorden van vader en moeder. Een en ander werd nog versterkt doordat de ouders het lang niet altijd met elkaar eens waren en vooral moeder nogal wat kritiek had op het functioneren van vader. De therapeut besprak de levensfaseproblematiek met het gezin; dat het

vaak voorkomt dat ouders het moeilijk vinden om hun stijl van opvoeden te veranderen als kinderen ouder worden, terwijl dat wel noodzakelijk is. Hij verbond hier een positieve etikettering aan (subpar. 3.7.2) door te vermelden dat het dikwijls de meest zorgzame ouders zijn die hier moeite mee hebben. Juist die ouders vinden soms moeilijk een evenwicht tussen de noodzaak van begeleiding en opvoeding van oudere kinderen en de noodzaak om hun meer zelfstandigheid te geven. Ouders vervallen hierdoor vaak in een uiterste: het accent volledig op discipline (waardoor het kind als jonger behandeld wordt dan het is) of volledig achterwege laten van opvoedkundige maatregelen. Beide gedragslijnen kunnen desastreus zijn. Bij Wim gebeurde het eerste. Dit veroorzaakte een toename van opstandig gedrag bij Wim, waardoor zijn ouders steeds meenden de teugels extra strak te moeten houden. Dit leidde weer tot reacties bij Wim, met als gevolg dat er een vicieuze cirkel ontstond. De kern van de behandeling bestond eruit zowel de ouders als Wim tot een herinterpretatie van hun onderlinge verhouding te brengen. Hierdoor werd duidelijk wat de verantwoordelijkheden van de ouders waren, hoe zij deze konden naleven en op welke fronten Wim zelfstandig kon functioneren. Voor ons is hier van belang dat het ontsporen van Wim een rechtstreeks gevolg was van het feit dat de ouders er niet toe waren gekomen om de stap naar een nieuwe fase in hun leven te maken. Hierdoor bleven zij steken in een gedragspatroon dat bij een vroegere fase paste.

Men kan zich natuurlijk afvragen hoe het komt dat ouders meer dan de normale problemen bij deze faseovergang ondervinden. Vaak blijkt het te maken te hebben met een angst voor het moeten functioneren zonder kinderen, het zich niet meer kunnen verschuilen achter de ouderrol. Volgens Boszormenyi-Nagy en Spark (1973) zal dit vooral voorkomen bij ouders die zelf in hun gezin van herkomst geen vloeiend losmakingsproces hebben gekend. De therapeut kan daardoor vaak niet volstaan met het begeleiden van de ouders bij het herformuleren van hun taakopvatting ten aanzien van de kinderen, maar dient ook te helpen bij het inrichten van het eigen leven van de ouders in de nieuwe fase. In dit verband legde Haley de nadruk op discipline. In zijn geruchtmakende boek *Leaving home* (1980) gaf hij een serie voorbeelden van adolescenten die ontsporen doordat het losmakingsproces niet vloeiend verloopt of helemaal niet plaatsvindt. Hij constateerde dat het derailleren van de 'crazy youngster' een gevolg is van het feit dat de ouders hun verantwoordelijkheid niet meer uitoefenen. Wat er ook aan de hand is, dit zal eerst hersteld moeten worden. Pas daarna kan het losmakingsproces op constructieve wijze op gang worden gebracht.

Hoewel Haley hierbij zeker een belangrijke behandelingsstrategie schetste, lijkt zijn benadering mij te eenzijdig. Aangezien we ons in dit hoofdstuk echter niet zozeer op de behandeling richten als wel op de fenomenen die tot behandeling aanleiding geven, komen we later op deze kwestie terug. Rest ons nu te concluderen dat psychiatrische symptomen vaak samenhangen met overgangsproblemen van de ene fase in de levenscyclus naar de volgende. Wij hebben daarvan twee voorbeelden gezien die speelden in verschillende stadia van de ontwikkeling. Vergelijkbare problemen kunnen zich echter ook in andere fasen voordoen.

## 1.9 Samenvatting

In dit hoofdstuk is uitgebreid toegelicht welke begrippen van begin af aan de basis voor de gezinstherapie hebben gevormd. Daarbij hebben we gezien op welke niveaus de systeembenadering beschouwd kan worden: van het individu tot en met de omgeving van het gezin. We hebben verder besproken welke interactionele processen tussen gezinsleden een rol spelen en welke effecten de overgang naar nieuwe stadia in het gezinsleven kan hebben.

Dit hoofdstuk is in sterke mate gebaseerd op de 'klassieke literatuur'. In de volgende hoofdstukken zullen we zien hoe hierop de afgelopen jaren is voortgeborduurd.

## Over de auteur

---



**Prof. dr. Alfred Lange** (1941) is in 1966 aan de Universiteit van Amsterdam afgestudeerd in de sociale psychologie. In 1971 promoveerde hij op het proefschrift *De autoritaire persoonlijkheid en zijn godsdienstige wereld*. Vervolgens verrichtte hij enkele jaren experimenteel onderzoek naar determinanten van agressie. Weer later specialiseerde hij zich in de klinische psychologie, waarbij de koppeling van systeemtherapie aan (cognitieve) gedragstherapie steeds centraal stond. Hij heeft talloze studenten

en vakbroeders hierin de weg gewezen. Er zijn vele publicaties op dit terrein van zijn hand verschenen, evenals over de behandeling van posttraumatische stress en de gevolgen van seksueel misbruik. Hij heeft diverse veelgebruikte tests gegenereerd, onder andere op het gebied van agressie, detectie van seksueel misbruik, kwaliteit van de relatie, verhouding tussen ouders en hun kinderen en verhouding tussen ouders onderling. Lange is medeoprichter en hoofdredacteur van het tijdschrift *Directieve Therapie* (Dth) en van *Gezinstherapie Wereldwijd*. Van verschillende buitenlandse vakbladen maakt hij deel uit van de internationale redactie. Sinds acht jaar houdt hij zich bezig met het ontwikkelen van protocollen voor de behandeling van psychische stoornissen via het internet. Daartoe richtte hij samen met de UvA het bedrijf 'Interapy' op. Inmiddels zijn er effectieve behandelingen gecreëerd voor posttraumatische stress, burn-out, depressie en de paniekstoornis. Zijn persoonlijke website geeft een volledig overzicht van zijn publicaties, waarvan er vele kunnen worden gedownload: [www.alfredlange.nl](http://www.alfredlange.nl)

Hij is getrouwd, heeft twee kinderen die beiden ook twee kinderen hebben.