

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

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 enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Integratieve gezins- therapie: een geplande reis zonder einde

Samenvatting *In dit artikel wordt stilgestaan bij de huidige integratieve tendens binnen de gezinstherapie. Het integratieve discours wordt verbonden met de historische en actuele postmoderne context. Een aantal belangrijke vormen van integratie binnen de gezinstherapeutische praktijk wordt beschreven. Het betreft de integratie van verschillende gezinstherapeutische richtingen, de integratie met de individuele psychotherapie, de integratie tussen gehechtheidstheorie en de gezinstherapie, de integratie met de farmacotherapie, met macrosystemische ontwikkelingen en met non-verbale therapieën. Voor- en tegenstanders komen uitgebreid in de discussie aan bod waarbij we pleiten voor het handhaven van voldoende integratieve spanning.*

INLEIDING

Integratie lijkt wel een nieuwe hype in de gezinstherapie. Het groeiend aantal teksten over integratieve gezinstherapie in de vakliteratuur, alsook het grote aantal integratieve modellen die stilaan hun weg naar de praktijk vinden, zijn hiervan het levende bewijs (Lebow, 1997; Gurman & Messer, 2003). Deze nieuwe tendens roept ook heel wat vragen op. Vanwaar deze plotse interesse en aandacht voor integratie? Is dit een nieuw fenomeen of slechts oude wijn in nieuwe zakken? Wanneer spreken we van integratieve gezinstherapie? Welke vormen van integratie bestaan er? Is een integratie tussen verschillende gezinstherapeutische scholen of een integratie met andere psychotherapeutische kaders überhaupt wel mogelijk of wenselijk? Dit artikel beoogt in eerste instantie niet zozeer eenduidige antwoorden op al deze vragen te geven, dan wel ze te gebruiken als een leidraad om stil te staan bij het huidige integratieve discours en de context waarin dit plaatsgrijpt. Na een definiëring van het begrip 'integratieve gezinstherapie' wordt er dieper ingegaan op de oorsprong

Gilbert Lemmens, Benedicte Lowyck, Magda Heireman en Lieven Migerode
Gilbert Lemmens¹ is psychiater en gezinstherapeut. Magda Heireman is psycholoog en gezinstherapeut. Lieven Migerode is psycholoog en gezinstherapeut. Alledrie zijn verbonden aan de behandelingsafdeling Angst & Depressie en het Communicatiecentrum, Dienst Psychiatrie, Universitaire Ziekenhuizen Leuven, en werken als opleider binnen de voortgezette academische opleiding Relatie, Familie en Systeempsychotherapie, Katholieke Universiteit Leuven. Benedicte Lowyck is psycholoog en gezinstherapeut en maakt een doctoraatsstudie aan de faculteit Psychologie, Katholieke Universiteit Leuven.

¹ Correspondentieadres: Gilbert.Lemmens@uz.kuleuven.ac.be

en ontwikkeling van de integratieve tendens. Vervolgens komen verschillende vormen van integratie, die ons het meest relevant lijken voor de gezinstherapeutische praktijk, aan bod: de integratie van verschillende gezinstherapeutische richtingen, de integratie van vormen van gezinstherapie met individuele psychotherapie, de integratie tussen gehechtheidstheorie en de gezinstherapie, de integratie met de farmacotherapie, met macrosystemische ontwikkelingen en met non-verbale therapieën. Ten slotte volgen enkele reflecties.

INTEGRATIEVE
GEZINSTHERAPIE:
EEN GEPLANDE REIS
ZONDER EINDE

DEFINITIE

Welke definitie wordt er momenteel gehanteerd voor ‘integratieve gezinstherapie’? Wanneer een gezinstherapeut zich in zijn begripsvorming over en interventies naar het gezin baseert op meer dan één specifieke richting of ‘school’ in de gezinstherapie, spreken we van integratieve gezinstherapie. In de meest beperkte zin van het woord gaat het dan om het incorporeren van een bepaalde vorm van interveniëren die niet in oorsprong hoort bij de desbetreffende gezinstherapeutische richting, of het in het denkraam van de gezinstherapeut opnemen van een aan ‘zijn’ richting vreemd begrip. Bijvoorbeeld het gebruik van genogrammen of het reflecteren over de therapeutische relatie met behulp van de begrippen overdracht en tegenoverdracht in de strategische gezinstherapie.

Deze vorm van integratie wordt vaak benoemd als ‘technisch of theoretisch eclecticisme’. Ruimer wordt het als belangrijke theoretische elementen uit verschillende gezinstherapeutische richtingen worden geïntegreerd tot een nieuw model met inbegrip van daarbij behorende interventiemogelijkheden. We zien dit bijvoorbeeld bij de integratie van de structurele en de strategische aanpak zoals Minuchin en Haley het deden (Haley, 1977). Men spreekt nu van een ‘theoretische integratie’. Om de spraakverwarring echter groter te maken, duiken in de literatuur nog andere vormen van integratie op. Zo staan in de ‘gemeenschappelijke factoren’-integratie therapeutische processen en effectieve elementen gemeenschappelijk aan alle therapieën centraal (Messer & Wampold, 2002) en krijgt binnen een ‘assimilatieve’ integratie een vreemde interventie een nieuwe betekenis binnen het eigen therapeutische denkkader (Stricker & Gold, 2003).

OORSPRONG EN ONTWIKKELING VAN DE INTEGRATIEVE TENDENS

De huidige evolutie naar integratieve gezinstherapie past in de algemene tendens tot integratie in de psychotherapie (Huber, 2000;

Trijsburg e.a., 2000; Stricker & Gold, 2003). Verschillende factoren spelen hierbij een rol. Vooreerst vertolken de zogenaamde postmoderne stromingen het ongeloof in het bestaan van slechts één perspectief. Die ene waarheid of betekenis bestaat niet langer; er is een veelheid van waarheden en betekenissen. Geen enkele psychotherapeutische stroming heeft alle wijsheid in pacht of kan het alleenrecht claimen op het psychotherapeutisch meesterschap (Gold, 1993). Recent effect- en procesonderzoek ondersteunt deze stelling (Gurman & Messer, 2003). Ook blijkt uit meta-analytische studies naar helpende factoren binnen de psychotherapie dat een therapeutische verandering voor minder dan 15% afhangt van de specifieke toegepaste therapeutische methodes (Miller & Duncan, 2000). De verandering hangt vooral af van cliëntfactoren extern aan de therapie (40%), de cliënt-therapeut relatie (30%) en de verwachting en hoop op verandering van de cliënt (15%). Therapeutische modellen en technieken spelen maar een zijdelingse en beperkte rol bij het verkrijgen van een therapeutisch resultaat (Duncan, 2001; Lebow, 2001; Pinsoff, 1999). Een belangrijke consequentie hiervan is dat psychotherapeuten en onderzoekers zich meer zouden moeten richten op cliëntfactoren en de therapeutische relatie, met aandacht voor de gemeenschappelijke kenmerken ervan over de psychotherapeutische stromingen heen, in plaats van op de eigen interventies en technieken (Norcross, 2002).

Gemeenschappelijke factoren, eigen aan alle gezinstherapeutische stromingen, zijn onder andere de relationele conceptualisatie, het direct betrekken van meer dan één persoon in de therapie, het bekrachtigen van positieve gedragsveranderingen in de interpersoonlijke context, het bevorderen van begrip en bedachtzaamheid in relaties, het stimuleren van emotionele expressie, het verbinden van emoties met het denken, en het op de voorgrond plaatsen van de ervaringen van de cliënt of het cliëntsysteem (Hubble, Duncan & Miller, 1999). Binnen dit kader passen ook generieke concepten zoals levenscyclus (Carter & McGoldrick, 1988), cohesie (Olson, 2000), macrosystemen (Imber-Black, 1988) en *resilience* (veerkracht) (Walsh, 2003) die door veel gezinstherapeuten worden gebruikt, ongeacht hun 'school' (Figley & Nelson, 1989).

Een tweede voedingsbodem voor integratieve gezinstherapie hangt samen met het ontstaan en de evolutie van de gezinstherapie. Deze is in oorsprong nooit opgehangen aan één goed gedefinieerde theorie of gedragen door één persoon, dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld de psychoanalyse van Freud, de cliëntgerichte therapie van Rogers, de gedragstherapie van Beck of de gestalttherapie van Perls. De gezins-

GILBERT LEMMENS,
BENEDICTE
LOWYCK, MAGDA
HEIREMAN EN
LIEVEN MIGERODE

therapie ontwikkelde zich eerder als een brede maatschappelijke beweging van hulpverleners met verschillende disciplines en uiteenlopende psychotherapeutische opleiding en praktijkcontext (Goldenberg & Goldenberg, 1996; Carr, 2000). Hun centrale, verbindende gedachte was dat menselijke problemen in essentie interpersoonlijk zijn en niet intrapersoonlijk en dat oplossingen gezocht moeten worden in interventies die gericht zijn op de relaties tussen personen. Een blijvende samenwerking en intense uitwisseling tussen gezinstherapeuten met verschillende gezinstherapeutische stromingen kenmerkt de verdere evolutie ondanks periodes van duidelijke epistemologische verschillen en verschuivingen (Hoffman, 2002). Zo vormde bijvoorbeeld de samenwerking tussen Minuchin en Haley de basis voor een structureel-strategische aanpak (Haley, 1977) en inspireerde de strategische aanpak het Milanese model (Selvini-Palazolli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980). De vaktijdschriften en gezinstherapeutenverenigingen blijven deze grote diversiteit binnen het veld ondersteunen en stimuleren (Lebow, 1997; Huber, 2000). Daarnaast is er altijd een pragmatische (lees: integratieve) instelling van veel gezinstherapeuten in hun dagelijkse praktijk geweest. Gezinstherapeuten die een 'pure vorm' van een gezinstherapeutische school toepassen zijn zeldzaam, ook al is men zich hiervan niet altijd bewust (Grunebaum, 1997).

INTEGRATIEVE
GEZINSTHERAPIE:
EEN GEPLANDE REIS
ZONDER EINDE

Verder zorgt de historische verbondenheid tussen gezinstherapie en ernstig psychiatrische stoornissen dat gezinstherapeuten vaak in multidisciplinaire teams werken en de individuele theorieën en behandelingen van deze stoornissen niet kunnen negeren maar moeten integreren in hun praktijk. De huidige aanvaarding van gezinstherapie in het brede veld van de geestelijke gezondheidszorg (in tegenstelling tot de generatie van de grondleggers van de gezinstherapie) heeft er verder toe geleid dat de gezinstherapeuten hun oorspronkelijke antagonistische positie hebben verlaten en meer open staan voor 'niet-eigen' ideeën. Ze treden tegenwoordig dan ook meer in dialoog met de buitenwereld met reciproke beïnvloeding tot gevolg. Gelijktijdig zorgt de opkomst van biologische verklaringsmodellen voor psychopathologie en de nieuwe generatie van effectieve psychotrope medicatie ervoor dat de psychotherapeuten hun onderliggende geschillen gemakkelijker bijleggen en gaan samenwerken om wat tegengewicht te bieden tegen een te sterk biologisch gekleurd verhaal.

Toch een kleine kanttekening. Naast de tendens tot integratie ziet men ook een parallelle beweging naar meer specificiteit en specialisatie binnen het veld van de psychotherapie. Een verandering van

aanbodgestuurd naar vraaggestuurd werken. Gesteund door empirisch onderzoek biedt de ‘gespecialiseerde’ therapeut een ‘specifieke’ behandeling aan voor een ‘specifiek’ probleem. Deze evolutie wordt sterk bevorderd door de huidige beleidsmakers binnen de geestelijke gezondheidszorg. De competitie tussen beide parallele en tegengestelde tendensen zal vermoedelijk elkaars beweging eerder versterken en laten groeien dan tenietdoen (Gurman & Messer, 2003). De fervente aanhangers van beide kampen kunnen immers hun legitimiteit reeds halen door de strijd met de ander.

GILBERT LEMMENS,
BENEDICTE
LOWYCK, MAGDA
HEIREMAN EN
LIEVEN MIGERODE

ENKELE VOORBEELDEN VAN INTEGRATIEVE GEZINSTHERAPIE

1. De integratie van gezinstherapeutische richtingen en theorieën

Er is een veelheid en diversiteit aan integratieve gezinstherapeutische modellen. Voor een uitgebreide beschrijving ervan verwijzen we naar Lowyck en collega's (2003). Hier volgen enkele voorbeelden. Zo maakt de systemische partnerrelatietherapie van Jones & Asen (2002) gebruik van Milanese en structurele strategieën, passen de gedragsmatige gezinstherapeuten strategische en experiëntiële interventies toe (Jacobson, 1992) en hebben structurele gezinstherapeuten meer oog voor transgenerationele fenomenen (Breunlin, Schwartz & Mac Kune-Karrer, 1992). In het integratief model van Carr (2000) komen zelfs de meeste gezinstherapeutische scholen aan bod. Hij deelt die in op basis van hun therapeutisch denkkader en van hun focus op één van de volgende interventiedomeinen: (a) zich herhalende, probleemonderhoudende gedragspatronen (o.a. structurele, strategische, gedragstherapeutische gezinstherapie), (b) de geloofssystemen en het verhaal van het gezin (het sociaal constructivisme en de cybernetische, oplossingsgerichte, narratieve gezinstherapie), en (c) historische, contextuele en constitutionele factoren die predisponerend zijn voor de ontwikkeling van a en b (de transgenerationele, psychoanalytische, ervaringsgerichte, multi-systemische en psycho-educatieve gezinstherapie). Voor meer uitleg verwijzen we naar de auteur zelf (Carr, 2000). De toepassing van dit model vereist wel een grondige basiskennis van zowel de theoretische concepten als de praktijk van de afzonderlijke stromingen.

2. Integratie met individuele psychotherapie

Aanvankelijk lag de focus in gezinstherapie uitsluitend op de relaties en dynamieken binnen het gezin en de interacties tussen de gezinsleden (Gerson, 1996). Individuele problemen ontstonden door ‘dis-

functionele' interacties tussen individuen. De eerste generatie gezinstherapeuten zag individualiseren van problemen juist als een gebrek aan systemisch denken (Minuchin, 1974). Thans lijkt de gezinstherapie 'het individu', in zijn psychologische en biologische eigenheid, herontdekt te hebben (Lebow, 1997). Deze herontdekking van het individu uit zich in de integratie van de gezinstherapie met psychotherapeutische stromingen en theoretische kaders waarin het individu een centrale plaats inneemt. Belangrijk is hierbij op te merken dat het om een integratie gaat waarbij het achterliggend affilatief mensbeeld eigen aan de gezinstherapie behouden blijft: de mens wordt mens in relatie tot de ander (Meininger, 2005).

INTEGRATIEVE
GEZINSTHERAPIE:
EEN GEPLANDE REIS
ZONDER EINDE

Reeds vanaf haar beginjaren heeft de gezinstherapie mede uit andere psychotherapeutische vaatjes getapt. Concepten en vooral technieken uit de gedragstherapie werden vaak geïncorporeerd (Nichols, 1998). Voorbeelden hiervan zijn de *time-out* strategie, observatieopdrachten en het aanleren van probleemoplossingstrategieën (McFarlane, 2002). Zelfs bekrachtigingsmechanismen en *exposure* hebben hun intrede gedaan om gezinsinteracties te veranderen (Miller e.a., 2002).

Hetzelfde verhaal geldt voor de psychoanalyse. Verschillende grondleggers van de gezinstherapie, zoals Ackerman, Bowen en Selvini, waren zelf psychoanalytici. Sommigen verlieten dit gedachtegoed omdat volgens hen de analytici de impact van het gezin verwaarloosden en ze geen kader in de psychoanalyse vonden voor het werken met gezinnen (Scharff & Scharff, 2003). Anderen bleven de psychoanalyse trouw. Het feit dat de gezinstherapie zich in de beginjaren als eigen discipline diende te manifesteren, heeft er waarschijnlijk voor gezorgd dat er gedurende lange tijd een anti-psychoanalytische wind door de gezinstherapie heeft gewaaid (Scharff & Scharff, 2003). Op dit ogenblik vindt er echter binnen de gezinstherapie een herwaardering van psychoanalytische concepten plaats, mede door het feit dat beide stromingen zich toeleggen op het vertellen en het herschrijven van therapeutisch zinvolle verhalen (Flaskas, 1997; Dare 1998; Donovan, 2003). Gevolg hiervan is de integratie van typisch psychoanalytische concepten als overdracht en tegenoverdracht (Kaslow, 2001). Een therapeut kan zich bijvoorbeeld tegelijkertijd verleid en gemanipuleerd voelen door vader, afschuw voelen over het gedrag van moeder en het gevoel hebben dat hij/zij de kinderen van deze ouders moet redden. Het is dan belangrijk dat de therapeut bij deze gevoelens en gedachten stilstaat en zich afvraagt hoe dit alles informatie geeft over het gezin. Mony Elkaïm (2001) spreekt reeds geruime tijd over een concept (*résonance*) dat erg aansluit bij de begrippen overdracht en tegenoverdracht. Volgens hem treden

verschillende menselijke systemen gemakkelijk in resonantie door een gemeenschappelijk element. Het gevoel van de cliënt niet gehoord te worden door de therapeut, van de therapeut niet gehoord te worden door het therapeutische team, en van de gezinstherapeuten niet gehoord te worden in de kliniek, trillen als het ware met dezelfde frequentie.

GILBERT LEMMENS,
BENEDICTE
LOWYCK, MAGDA
HEIREMAN EN
LIEVEN MIGERODE

Daar de cliënt-therapeut relatie meer aan belang toeneemt binnen de gezinstherapie, ziet men tegenwoordig ook een toenadering tot de cliëntgerichte therapie, die van oudsher sterk gericht is op deze relatie (Rivett, 2002). De volgende gelijkenissen tussen beide kaders ondersteunen dit proces: (a) niet de therapeut maar de cliënt is de expert van zijn/haar leven, (b) er bestaat niet één realiteit maar er zijn meerdere waardevolle realiteiten en (c) het is belangrijk dat de therapeut een transparante en eerlijke houding aanneemt (O'Leary, 1999; Anderson, 2001; Johnson & Boisvert, 2002; Rivett, 2002).

3. Integratie tussen gehechtheidstheorie en gezinstherapie

De gezinstherapie en de gehechtheidstheorie benadrukken beide het belang van de 'echte' externe omgeving van de kinderen en van de 'echte' relaties van de kinderen met hun ouders. Ze hechten, in tegenstelling tot de psychoanalyse, weinig belang aan de interne fantasiewereld van het kind. Niettegenstaande deze gemeenschappelijke basis bleven beide paradigma's gedurende lange tijd volstrekt gescheiden. De gehechtheidstheorie hield zich immers bijna uitsluitend bezig met een dyadische relatie, zoals de moeder-kind relatie, en met de interne representatie van deze relatie, terwijl de gezinstherapie vooral met gezinssystemen (3+relaties) werkte. Recent vindt echter een toenadering plaats tussen beide benaderingen en worden begrippen uit de gehechtheidstheorie gebruikt bij het werken met koppels en gezinnen (Clulow, 2001). In dezelfde lijn ligt het werk van Byng-Hall (2002). Hij breidt de term *secure base* of veilige basis uit naar het gezin en naar de gezinstherapeut. Dit impliceert ook dat de therapeut de functie van veilige basis en 'tijdelijke hechtingsfiguur' voor alle gezinsleden op zich neemt (Liddle & Schwartz, 2002). Hij/zij is beschikbaar en blijft dit, ook wanneer de therapie afgelopen is. Op representationeel niveau worden parallellen tussen beide theorieën getrokken. Waar het interne werkmodel de mentale representaties van de gehechtheidsrelaties van het individu bevat, spreekt men van *family scripts* voor het gezinsniveau. Het wordt gedefinieerd als een draaiboek dat door verschillende familieleden gedeeld wordt en dat de capaciteit van de gezinsleden om op elkaars acties en plannen te anticiperen, vergroot. Een voorbeeld van een

script is: in het bijzijn van je moeder moet je geen kwaadheid uiten. De kwaliteit van de gehechtheid (veilig/onveilig/gedesorganiseerd) van de gezinsleden in het huidige gezin en over verschillende generaties heen helpt de onderlinge en de intergenerationele patronen en kwetsbaarheden te begrijpen (Sved-Williams, 2003).

INTEGRATIEVE
GEZINSTHERAPIE:
EEN GEPLANDE REIS
ZONDER EINDE

4. Integratie met farmacotherapie

Op het niveau van het individu spelen ook de biologie en de farmacologie. Sinds de jaren zeventig treedt er een ommekeer op in de kijk op de rol van het gezin bij het ontstaan van psychiatrische stoornissen. Gezinnen worden niet langer verantwoordelijk geacht voor het ontstaan van psychiatrische stoornissen. Zij krijgen eerder een rol toegewezen in het verloop ervan (Linszen & Dingemans, 2002). Deze verandering heeft vooral te maken met de deïstitutionalisering van de psychiatrische patiënt en zijn/haar terugkeer naar huis, het toenemende belang van de psychofarmaca, het stress-kwetsbaarheid model en het onderzoek betreffende de concepten *expressed emotion* en gezinsbelasting. Ook ziet de gezinstherapie zichzelf niet langer als 'het' alternatief voor medicatie, maar verkiest ze er een complementaire relatie mee te onderhouden. Een louter medicamenteuze therapie biedt immers noch bij schizofrenie, noch bij bipolaire of depressieve patiënten volledig soelaas (Bech, 2002; Miklowitz & Goldstein, 1997; Schaub, 2002). In combinatie met gezinstherapie verminderen de terugval en het aantal heropnames drastisch en verbeteren vaak de meest hardnekkige symptomen bij al deze psychiatrische stoornissen (McFarlane, 2002; Miklowitz & Goldstein, 1997; Schaub, 2002; van de Willige, Wiersman & Jenner, 2003).

De aandacht voor de bio-psychosociale aspecten van een stoornis bracht ook nieuwe gezinstherapeutische concepten en interventies met zich mee. Denk maar aan de psycho-educatieve gezinsinterventies waar het informeren van gezinnen over de stoornis en de behandeling centraal staat. Een ander voorbeeld hiervan is het *family systems-illness* model van Rolland (1994), die de psychosociale noden van een ziekte in verband brengt met het gezinsfunctioneren en de gezinskrachten. Gezien de complexe en circulaire relatie tussen ziekte en familie is het positief dat gezinstherapeuten de gezinnen niet langer beschuldigen, maar het zou ook verkeerd zijn hen enkel als slachtoffers van de pathologie te beschouwen. Beide uitersten baten noch het gezin, noch de patiënt.

Kortom, het individu krijgt tegenwoordig meer plaats en wordt beter geïntegreerd binnen de gezinstherapie. Een belangrijke toekomstige uitdaging voor de gezinstherapie is bijvoorbeeld hoe ze het concept 'persoonlijkheidsstoornis' kan integreren binnen de eigen theorie.

5. Integratie met macrosystemische ontwikkelingen

Sinds haar ontstaan wordt de gezinstherapie gestuwd, gedragen en gericht door de maatschappelijke evoluties die haar omvatten en heeft de gezinstherapie maatschappelijke fenomenen geïncorporeerd in haar denken en handelen (Doherty & Carroll, 2002). 'Oude' voorbeelden hiervan zijn de aandacht voor gezinsproblemen veroorzaakt door de terugkeer van de soldaten uit WO II (Broderick & Schnader, 1981) of de implementatie van het feministische gedachtegoed met meer aandacht voor echtelijk en gezinsgeweld (Goldner, 1985). Ook vandaag speelt de gezinstherapie in op de snelle maatschappelijke veranderingen. Uit recente sociologische gegevens blijkt namelijk dat het aantal echtscheidingen toeneemt en dat de gezinssamenstellingen gestaag veranderen (Vloebergs, 2003). De gezinstherapie heeft hierdoor haar werkwijze moeten aanpassen en vernieuwen om te kunnen werken met deze nieuwe gezinsvormen: eenoudergezinnen, grootoudergezinnen, nieuw samengestelde gezinnen en gezinnen met geadopteerde kinderen (McGoldrick, 1989; Hetherington & Kelly, 2002). Bovengenoemde veranderingen hebben verder ook tot gevolg dat brede sociale netwerken uiteenvallen. Deze verbrekking brengt extra stress teweeg voor partners en gezinnen, doch ook scholen en andere organisaties worden hiermee geconfronteerd. Dit brengt de gezinstherapie ertoe om een oude zijtak van haar eigen geschiedenis, namelijk de netwerktherapie (Speck & Attneave, 1973), opnieuw te integreren. Voorbeelden hiervan zijn het werken met Familie Discussie Groepen (Lemmens, Heireman & Sabbe, 2001), het opzetten van dagbehandeling voor volledige gezinnen (Asen, 2002) en het samenbrengen van en de dialoog aangaan met het uitgebreide netwerk (zoals bijvoorbeeld het uitnodigen van leerkracht, schooldirecteur en klasgenoten in een gezinssessie van een adolescent met spijbelgedrag).

Ook worden gezinstherapeuten tegenwoordig meer geconfronteerd met kinderen die in een homo-, lesbisch of biseksueel huishouden opgroeien en hun ouders (Ariel & Mc Pherson; 2000). Gezinnen van 'holebi's' helpen een weg te vinden met de *outing* behoort ook tot het werkveld van de gezinstherapie (LaSalle, 2000). Verder zorgen de grote stromen economische vluchtelingen en asielzoekers voor een toenemend multiculturele samenleving (Sveaas & Reichelt, 2001). Naast de veranderende gezinssamenstelling moeten gezinstherapeuten hierop dus een antwoord formuleren (Van den Ende & Savenije, 2002). Tot slot kenmerkt de vergrijzing van de bevolking, inclusief een grote groep valide ouderen, onze maatschappij. Familiesystemen met vier of vijf generaties in leven vormen geen uitzondering meer. Gezinnen worden geconfronteerd met de zorg voor

GILBERT LEMMENS,
BENEDICTE
LOWYCK, MAGDA
HEIREMAN EN
LIEVEN MIGERODE

kleinkinderen of eigen hulpbehoevende ouders en/of grootouders. De verschillende fasen van een gezinscyclus treden gelijktijdig op in plaats van achtereenvolgend. Niet alleen heeft dit gezorgd voor meer aandacht voor de groep ouderen in de gezinstherapie, ook de inhoud van de gezinstherapie (bijvoorbeeld een beschouwing maken over het eigen leven) veranderde erdoor (de Jong, 2001; Heireman & Lemmens, 2001).

INTEGRATIEVE
GEZINSTHERAPIE:
EEN GEPLANDE REIS
ZONDER EINDE

6. Integratie met non-verbale therapie

Een voorbode van de integratie met non-verbale therapie lijkt de huidige toenadering tussen de gezinstherapie en vaktherapieën zoals creatieve en psychomotore therapie. De periode van het 'woord' lijkt wat over zijn hoogtepunt heen en gezinstherapeuten krijgen opnieuw meer oog voor non-verbale gedragingen in therapieën of pogen via non-verbale interventies tot het woord of tot wat niet gezegd kan worden, te komen. Opvallend is dat in recente voorbeelden van deze integratie telkenmale de gezinstherapeut en de vaktherapeut als co-therapeuten optreden: kinderbescherming (Manicom & Boronska, 2003), adolescenten met borderline problematiek (van Ramshorst, 2004) en een body-mind groepsinterventie voor koppels met infertiliteitsproblemen (Lemmens e.a., 2004).

REFLECTIES OVER INTEGRATIEVE GEZINSTHERAPIE

Integratieve gezinstherapie kent fervente voor- en tegenstanders. Welke argumenten hanteren beide kampen? Voorstanders verwachten dat integratieve psychotherapie concreet leidt tot het ontwikkelen van behandelingsmodellen die effectiever en breder toepasbaar zijn voor diverse klinische populaties en problemen dan de afzonderlijke psychotherapiemodellen. De klinische realiteit wordt immers overheerst door complexe cliënten met complexe (en niet mooi afgeleide) problemen in een complexe relationele context. In hun ogen schiet één visie met bijbehorende interventies snel tekort voor deze klinische complexiteit. De integratieve therapeut beschikt over een uitgebreider theoretisch kader en een ruimer arsenaal aan verschillende specifieke interventies om de complexe problematiek te vatten en aan te pakken. Extra voordelen hiervan voor de gezinnen zijn dat er meer op maat van elk gezin gewerkt kan worden, waardoor de gezinstherapie meer acceptabel wordt. Ook is er minder gevaar dat een gezin zich moet inpassen binnen een vooraf bestaand kader. Maar integratie staat voor meer. De integratieve attitude is gekenmerkt door openheid en interesse voor een dialoog tussen verschillende denkkaders. Dit helpt de integratieve gezinstherapeut beter te

reflecteren over het eigen handelen en denken in therapie. Het zou tot meer consistentie tussen theorie en praktijk en een effectievere therapie moeten leiden. Ook vinden voorstanders dat juist door het samensmelten van verschillende begrippen nieuwe therapeutische concepten kunnen ontstaan. Toch waarschuwen zij dat ze geen supermodel willen creëren. Dit zou de gezinstherapie eerder de-vitaliseren en te veel weerstand kunnen oproepen. Ondanks de (volgens hen) aanwijsbare voordelen blijven integratieve gezinstherapeuten met een aantal vragen worstelen. Moet de integratieve gezinstherapie meer neigen naar een interventiegestuurd model of meer naar een therapeutgecentraliseerd model? Kan men de integratieve interventies beter gelijktijdig of achtereenvolgens toepassen (Lebow, 1997)?

De tegenstanders benaderen de integratieve tendens met enige scepsis (Reijmers, 2004). Vooreerst vragen ze zich af in hoeverre de verschillende gezinstherapeutische theorieën compatibel zijn met elkaar. Hoe kan je het principe van macht verzoenen met de gelijkwaardigheid van de cliënt (Minuchin, 1991)? Hoe kunnen we de neutrale positie van de therapeut (Selvini e.a., 1980) rijmen met het standpunt van multidirectionele partijdigheid (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986)? Wat doe je met culturele verschillen die ethische vraagstukken oproepen? Het is volgens de sceptici onbegonnen werk om de tegenstrijdige concepten samen te smelten, laat staan een metatheorie te ontwikkelen. En mocht dit lukken, dan zou dit enkel maar tot een doorgedreven instrumentalisme leiden. Bovendien verwijten ze de voorstanders geen eenduidige definitie van integratieve gezinstherapie te hanteren. Ten slotte is volgens hen het menselijke gedrag te complex en te verschillend om met één integratieve aanpak te kunnen volstaan om diverse problemen op te lossen (Grunebaum, 1997). Integratieve gezinstherapie kan de diversiteit van gezinnen en problemen niet beantwoorden. Ze zou enkel de noodzakelijke diversiteit aan invalshoeken in de gezinstherapie beknootten met een verlies van haar rijkdom en kracht (Reijmers, 2004), overigens een fraai voorbeeld hoe eenzelfde fenomeen zowel door voor- als tegenstanders als argument wordt gebruikt. Ook gaat de integratieve therapie voorbij aan de discussie van het belang van de interactie tussen de persoonlijkheid van de therapeut en het therapiemodel dat hij/zij kiest. Deze uiterst persoonlijke keuze kan pas voldoende matchen als het therapeutische veld voldoende variëteit aan stijlen en denkkaders bevat: 'Different thinks for different shrinks' (Gurman & Messer, 2003). Hetzelfde geldt uiteraard voor de gezinnen. Wel staan de tegenstanders achter een combinatie van verschillende therapieën, zoals voor een schizofrene patiënt zowel een individuele farmacologische behandeling en een sociale vaardig-

GILBERT LEMMENS,
BENEDICTE
LOWYCK, MAGDA
HEIREMAN EN
LIEVEN MIGERODE

heidstraining in groepsverband als een groepsgezinstherapie voor het ganze gezin. Maar ze zien dit niet als een integratieve aanpak. Het feit dat ze oog hebben voor de gemeenschappelijkheid van verschillende therapieën heeft volgens hen niets te maken met integratie.

Samenvattend: de één vindt integratie een verrijking, de ander een verarming. Beide kampen hanteren soms dezelfde argumenten om de ander van zijn ongelijk te overtuigen. Maar misschien is deze 'discussie/dialogoog' op zich reeds een verrijking voor de gezinstherapie.

BESLUIT

In dit artikel is de tendens tot integratie besproken die de recente gezinstherapie kenmerkt. De integratieve tendens kan geplaatst worden in de postmoderne context van convergentie en onderlinge uitwisseling tussen de verschillende therapeutische oriëntaties met het loslaten van de pretentie van de enige waarheid. Hoewel niet alle gezinstherapeuten zich achter deze integratieve tendens scharen, neemt het belang van de integratieve gezinstherapie toe en beïnvloedt ze sterk de theorie, de praktijk en het onderzoek van de huidige gezinstherapie. Door deze evolutie heeft de gezinstherapie een belangrijke weg ingeslagen die de praktijk van de gezinstherapie als ook de uitbouw van het achterliggende paradigma zeker ten goede kan komen. Ze heeft in elk geval nieuwe concepten binnengebracht in de gezinstherapie of oude weer opgefrist. Voorbeelden hiervan zijn de 'herontdekking' van het individu, het inspelen op maatschappelijke veranderingen, het vertalen van de gehechtheidstheorie en het integreren van de farmacotherapie. Een integratieve praktijk kan de gezinstherapeut nieuwe mogelijkheden bieden en het therapeutische proces verruimen en verrijken.

Toch moeten we waarschuwen voor een overdreven optimisme. Een te zeer doorgedreven integratie, zeker als deze louter instrumentalistisch is, kan misschien te breed en te algemeen zijn om aan de specifieke en complexe noden van het gezin te beantwoorden. Zeker zolang er niet voldoende onderzoek aanwezig is om het nut van bepaalde interventies in verschillende situaties te bevestigen. Wel lijkt het essentieel dat men bij het integreren uitgaat van een duidelijk en specifiek therapeutisch kader. Zeker voor beginnende therapeuten biedt een helder therapeutisch kader en een duidelijke klinische visie een belangrijk en noodzakelijk houvast (Gerson, 1996). Daarenboven vereist goede integratie steeds voldoende kennis van de te integreren modellen of interventies en kan een theoretisch integratief model enkel evolueren als de onderliggende theorieën intact blijven (Gurman & Messer, 2003). Paradoxaal heeft het integratief

INTEGRATIEVE
GEZINSTHERAPIE:
EEN GEPLANDE REIS
ZONDER EINDE

model om te kunnen groeien eigenlijk constant behoefte aan nieuwe, losstaande, niet-geïntegreerde modellen. Dus behoefte aan modellen die niet willen integreren, die zich afzetten tegen de gangbare ideeën en hieruit juist hun creativiteit en genialiteit halen. De geschiedenis van meer dan 150 jaar psychotherapie leert ons dat er altijd opnieuw therapeuten zullen zijn die een bepaalde nieuwe of soms oude invalshoek vasthouden en vanuit eigen overtuiging, wellicht tegen beter weten in, neigen naar niet-integratief werken, naar het verabsoluteren van die ene weg. Wanneer men zich bovendien te sterk richt op het resultaat van de integratie en te weinig op het proces, loopt men het gevaar dat nieuwe elementen worden geweerd omdat ze niet in het vooropgestelde kader passen. Het zoeken naar integratie is een zinvol streven dat door het bereiken van een einddoel (een éénge-maakte theorie en praktijk) de dynamiek en groei zou wegnemen die de gezinstherapie kan aanpassen aan nieuwe gegevens (uit werkelijkheid of onderzoek). Een geplande reis maar liefst zonder einde.

Kortom, de integratieve tendens binnen de gezinstherapie is boeiend en verrijkend en biedt nieuwe mogelijkheden, maar tegelijk pleiten we voor een blijvende appreciatie en het behoud van de verschillende perspectieven van elke school of elk model. Ook is het essentieel dat het gezin en zijn beleving de spil blijven van het integratief gezinstherapeutisch proces.

GILBERT LEMMENS,
BENEDICTE
LOWYCK, MAGDA
HEIREMAN EN
LIEVEN MIGERODE

Literatuur

- Anderson, H. (2001). Postmodern collaborative and person-centered therapies: what would Carl Rogers say? *Journal of Family Therapy*, 23, 339-360.
- Ariel, J. & McPherson, D. (2000). Therapy with lesbian and gay parents and their children. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 421-432.
- Asen, E. (2002) Multiple family therapy: An overview. *Journal of Family Therapy*, 24, 3-16.
- Bech, P. (2002). Pharmacological treatment of depressive disorders: a review. In: M. Maj & N. Sartorius (eds.), *Depressive disorders* (pp. 89-160). Chichester: John Wiley.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Krasner, B.R. (1986). *Between give and take*. New York: Brunner/Mazel.
- Breunlin, D., Schwartz, R. & Mac Kune-Karrer, B. (1992). *Metaframeworks: Transcending the models of family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Broderick, C.B. & Schnader, S.S. (1981). The history of professional marriage and family therapy. In: A. Gurman & P. Kniskern (eds.), *Handbook of Family Therapy*. New-York: Brunner-Mazel.
- Byng-Hall (2002). Relieving parentified children's burdens in families with insecure attachment patterns. *Family Process*, 41, 375-388.
- Carr, A. (2000). *Family therapy: concepts, process and practice*. Chichester: Wiley.
- Carter, B. & McGoldrick, M. (1988). *The changing family life cycle: A framework for family therapy*. New York: Gardner.
- Clulow, C. (2001). *Adult attachment and couple psychotherapy*. East Sussex: Brunner-Routledge.

INTEGRATIEVE
GEZINSTHERAPIE:
EEN GEPLANDE REIS
ZONDER EINDE

- Dare, C. (1998). Psychoanalysis and family systems revisited: the old, old story. *Journal of Family Therapy*, 20, 165-176.
- Doherty, W.J. & Carroll, J.S. (2002). The citizen therapist and family-centred community building: introduction to a new section of the journal. *Family Process*, 41, 561-568.
- Donovan, M. (2003). Mind the gap: the need for a generic bridge between psychoanalytic and systemic approaches. *Journal of Family Therapy*, 25, 115-135.
- Duncan, B. (2001). The future of psychotherapy. *Psychotherapy Networker*, July/August, 24-53.
- Elkaïm, M. (2001) *Si tu m'aimes, ne m'aime pas, Approche systémique et psychothérapie*. Paris: Editions du Seuil.
- Ende, M. van den & Savenije, A. (2002). Zwijgen versus spreken: geheimen als copingmechanisme bij biculturele adolescenten. *Systeemtherapie*, 14, 229-245.
- Figley, C.R. & Nelson, T.S. (1989). Basic Family therapy skills: Conceptualization and initial findings. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, 349-365.
- Flaskas, C. (1997). Engagement and the therapeutic relationship in systemic therapy. *Journal of Family Therapy*, 19, 263-282.
- Gerson, M. (1996). *The Embedded Self: a psychoanalytic guide to family therapy*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Goldner, V. (1985). Feminism and family therapy. *Family Process*, 24, 31-47.
- Gold, J.R. (1993). The sociohistorical context of psychotherapy integration. In: G. Stricker & J.R. Gold (eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (pp. 3-8). New York: Plenum Press.
- Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (1996). *Family therapy: An overview*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Grunebaum, H. (1997). Why integration may be a misguided goal for family therapy. *Family Process*, 36, 19-24.
- Gurman, A.S. & Messer, S.B. (2003). *Essential Psychotherapies: Theory and Practice, second edition*. New York: The Guilford Press.
- Haley, J. (1977). *Problem Solving Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Heireman, M. & Lemmens, G. (2001). De integratie van de intergenerationele benadering op een psychiatrische afdeling. *Tijdschrift voor Familietherapie*, 7, 267-290.
- Hetherington, E. & Kelly, J. (2002). *For better or for worse. Divorce reconsidered*. New York/London: Norton.
- Hoffman, L. (2002). *Family therapy: an intimate history*. New York: Norton.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Huber, W. (2000). Using integrative approaches in psychotherapy. *Psychotherapy & Psychosomatic Medical Psychology*, 50, 2-13.
- Imber-Black, E. (1988). *Families and larger systems: A family therapist's guide through the labyrinth*. New York: Guilford Press.
- Jacobson, N. (1992). Behavioural couple therapy: A new beginning. *Behaviour Therapy*, 23, 493-506.
- Johnson, S. & Boisvert, C. (2002). Treating couples and families from the humanistic perspective: more than the symptom, more than solutions. In: D. Cain & J. Seeman (eds.), *Humanistic Psychotherapies. Handbook of research and practice*. Washington D.C.: APA.
- Jones, E. & Asen, E. (2002). *Systemic couple therapy and depression*. London: Karnac books.
- Jong, R. de (2001). Systeemtherapie bij ouderen met een depressieve stoornis. *Systeemtherapie*, 13, 99-104.

- Kaslow, F. (2001). Whither countertransference in couples and family therapy: a system perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1029-1040.
- LaSalle, M. (2000). Lesbians, Gay Men, and Their Parents: Family Therapy for the Coming-Out Crisis. *Family Process*, 39, 67-81.
- Lebow, J. (1997). The integrative revolution in couple therapy and family therapy. *Family Process*, 36, 1-17.
- Lebow, J. (2001). Therapy by numbers? *Psychotherapy Networker*, March/April, 73-75.
- Lemmens, G., Heireman, M. & Sabbe, B. (2001). Familiediscussiegroepen: methodiek en processen. *Systeemtherapie*, 13, 72-85.
- Lemmens, G., Vervaeke, M., Enzlin, P., Bakelants, E., Vanderschueren, D., D'Hooghe, T. & Demyttenaere, K. (2004). Coping with infertility: a body-mind group intervention program for infertile couples. *Human Reproductions*, 19(8): 1917-1923 (DOI: 10.1093/humrep/deh323).
- Liddle, H. & Schwartz, S. (2002). Attachment and family therapy: clinical utility of adolescent-family attachment research. *Family Process*, 41, 455-476.
- Linszen, D. & Dingemans, P. (2002). Early psychosis, schizophrenia and the family. In: A. Schaub (ed.), *New Family interventions and associated research in psychiatric disorders* (pp. 333-342). Wien: Springer-Verlag.
- Lowyck, B., Heireman, M., Migerode, L. & Lemmens, G. (2003). Integratieve gezinstherapie. In: W.R. Trijsburg, S. Colijn, E. Collumbien & G. Lietaer (red.), *Handboek Integratieve Psychotherapie* (V 3-1, 15, 127-158). Utrecht: De Tijdstroom.
- Manicom, H. & Boronska, T. (2003). Co-creating change within a child protection system: integrating art therapy with family practice. *Journal of Family Therapy*, 25, 217-232.
- McFarlane, W.R., (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York: Guilford Press.
- McGoldrick, M. (1989). Genograms and the family life circle. In: M. McGoldrick (ed.), *The changing life cycle*, (pp.164-187). New York: Allyn-Bacon.
- Meininger, H.P. (2005). Zienwijze en zijnswijze van de hulpverlener: relationeel mensbeeld en systemische benadering. *Systeemtherapie*, in press.
- Messer, S.B. & Wampold, B.E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 9, 21-25.
- Miklowitz, D. & Goldstein, M. (1997). *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach*. New York: The Guildford Press.
- Miller, S.D. & Duncan, B.L. (2000). Paradise lost: from model-driven to client-directed, outcome-informed clinical work. *Journal of Systemic Therapies*, 19, 20-35.
- Miller, A., Glinski, J., Woodberry, K., Mitchell, A. & Indik, J. (2002). Family therapy and dialectical behaviour therapy with adolescents. Part I: proposing a clinical synthesis. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 568-584.
- Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Minuchin, S. (1991). The seductions of constructivism. *Networker*, sept/oct, 47-50.
- Nichols, W. (1998). Psychoanalytic family therapy. In: M. Nichols & R. Schwartz (eds.), *Family Therapy: Concepts and methods* (pp.179-227). Boston: Allyn & Bacon.
- Norcross, J.C. (ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.

GILBERT LEMMENS,
BENEDICTE
LOWYCK, MAGDA
HEIREMAN EN
LIEVEN MIGERODE

- O'Leary, C.J. (1999). *Counseling couples and families. A person-centered approach*. London: Sage.
- Olson, D.H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Pinsoff, W.M. (1999). Choosing the right door. *Networker*, January/February, 48-66.
- Ramshorst, G. van (2004). Samenspel: samenwerking van systeemtherapeut en vaktherapeut bij diagnostiek en gezinsbehandeling. *Systeemtherapie*, 3, 132-148.
- Reijmers, E. (2004). De uitdaging van verscheidenheid: over integratie en integratieve psychotherapie. *Systeemtheoretisch Bulletin*, 22(1), 29-38.
- Rivett, M. (2002). The family therapy journals in 2001: a thematic review. *Journal of family therapy*, 24, 423-435.
- Rolland, J. (1994). *Families, Illness, and Disability. An integrative treatment model*. New York: Basic Books.
- Scharff, D. & Scharff, J. (2003). Guest editorial. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 5, 253-255.
- Schaub, A. (2002). *New Family interventions and associated research in psychiatric disorders*. Wien: Springer-Verlag.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity, neutrality. *Family Process*, 21, 3-12.
- Speck, R.V. & Attneave, C.L. (1973). *Family Networks*. New York: Pantheon Books.
- Stricker, G. & Gold, J. (2003). Integrative approaches to psychotherapy. In: A.S. Gurman & S.B. Messer (eds.), *Essential Psychotherapies: Theory and Practice* (pp.317-349). New York: The Guilford Press.
- Sveaas, N. & Reichelt, S. (2001). Refugee families in therapy: from referrals to therapeutic conversations. *Journal of family therapy*, 23, 119-135.
- Sved-Williams, A. (2003). Family Therapy and Infant Mental Health: Natural Partners. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 24, 26-32.
- Trijsburg, W.R., Colijn, S., Collumbien, E. & Lietaer, G. (2000). *Handboek Integratieve Psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Vloeberghs, E. (2003). *Nieuwsflits Nationaal Instituut Statistiek*, 40.
- Walsh, F. (2003) Family Resilience: a framework for clinical practice. *Family Process*, 42, 1-18.
- Willige, G. van de, Wiersman, D. & Jenner, J. (2003). *Blijf stemmen de baas. Multi Family Treatment (MFT): een geïntegreerde vorm van nabehandeling voor patiënten met persisterende auditieve hallucinaties en sociale beperkingen*. RGOC, Groningen.

INTEGRATIEVE
GEZINSTHERAPIE:
EEN GEPLANDE REIS
ZONDER EINDE