

## **OP WEG NAAR EEN ANDERE ZIENSWIJZE: VAN PROBLÉEMGEVEND NAAR PROBLEEMGÉVEND**

*De DSM en begeleidingsmogelijkheden in de kinder- en  
jeugdpsychiatrie belicht vanuit de contextuele benadering*

**Eindopdracht Basisopleiding Contextuele Hulpverlening Leren over Leven.  
Oktober 2010**

**Gerdien Blom-Bouwman**

### *Inleiding*

#### **1. Diagnostiek aan de hand van de DSM of vanuit de contextuele benadering?**

- 1.1 Diagnostiek aan de hand van de DSM
  - 1.1.1 Toelichting op de DSM
  - 1.1.2 Kritische kanttekeningen bij de DSM
- 1.2 DSM belicht vanuit de contextuele benadering
  - 1.2.1 DSM classificaties en de notatie van relationele problemen
  - 1.2.2 De dimensie van de relationele ethiek
  - 1.2.3 Valkuilen in diagnosestelling

#### **2. Verandering van zienswijze: van probléemgevend naar probleemgévend**

- 2.1 Probléemgevend of probleemgévend
- 2.2 Probleemgévend gedrag vanuit loyaliteit
  - 2.2.1 Het begrip loyaliteit binnen de contextuele benadering
  - 2.2.2 Casuïstiek ter illustratie
- 2.3 Probleemgévend gedrag vanuit parentificatie
  - 2.3.1 Het begrip parentificatie binnen de contextuele benadering
  - 2.3.2 Casuïstiek ter illustratie
- 2.4 Wanneer het gevende niet wordt gezien

#### **3. Begeleiding met betrekking tot probleemgévend gedrag**

- 3.1 Hoe verandering van zienswijze doorwerkt in de begeleiding

3.2 Het gevende kind zichtbaar maken

3.3 Leermomenten vanuit mijn eigen hulpverleningspraktijk

## 4. Conclusie en aanbevelingen

### Literatuurlijst

### *Inleiding*

Binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie is de DSM-IV-TR<sup>1</sup> een veel gebruikt classificatiesysteem voor het stellen van diagnoses. Hoewel de DSM<sup>2</sup> in bepaalde opzichten een waardevol instrument is, zijn er kritische kanttekeningen bij te plaatsen. Ook kunnen er vragen worden gesteld bij de wijze waarop de DSM gehanteerd wordt en diagnostiek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie plaatsvindt. Deze kritische kanttekeningen en vragen hebben mij er toe geleid (het gebruik van) de DSM nader te onderzoeken. Daarbij belicht ik de DSM vanuit de contextuele benadering, waarbij men uitgaat van de dynamische verbondenheid van de mens met zijn betekenisvolle relaties, zowel in het heden, verleden als de toekomst. Deze context blijft vaak onderbelicht wanneer men diagnoses stelt aan de hand van de DSM.

In deze scriptie hoop ik de lezer mee te kunnen nemen op weg naar een andere zienswijze: van probleemgevend naar probleemgévend. Wanneer probleemgedrag namelijk wordt gezien in de context van relaties, kan blijken dat het een functie heeft en in feite een gevende daad is. Zo kan probleemgedrag voortkomen uit loyaliteit en parentificatie en helpend bedoeld zijn. Dit aspect blijft buiten beeld wanneer men niet bekend is met de principes en uitgangspunten van de contextuele benadering. 'Het zichtbaar maken van het gevende kind' vormt een belangrijke ingang in de begeleiding van het kind en het gezin waar het deel van uitmaakt.

Ik hoop dat deze scriptie een nieuw licht zal werpen op diagnostiek en begeleidingsmogelijkheden binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie en dat het helpende ingangen zal bieden aan hen die betrokken zijn bij kinderen met probleemgevend gedrag.

## **1. Diagnostiek aan de hand van de DSM of vanuit de contextuele benadering?**

### **1.1 Diagnostiek aan de hand van de DSM**

#### *1.1.1 Toelichting op de DSM*

De DSM is een diagnostisch classificatie instrument dat gebruikt wordt binnen de psychiatrie. De DSM is verschenen onder de verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association en dient in veel landen als standaard diagnostisch classificatiemiddel. Het doel van de DSM is het geven van heldere beschrijvingen van diagnostische categorieën, zodat er

---

1 DSM-IV-TR is de afkorting van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision.  
2 Wanneer er in het vervolg van de tekst wordt gesproken over de DSM, wordt hiermee de DSM-IV-TR bedoeld.

eenduidigheid is onder clinici en onderzoekers wanneer men over diagnostiek communiceert. Symptomen worden duidelijk omschreven en er wordt gedefinieerd welke symptomen en hoeveel er aanwezig dienen te zijn voordat men kan spreken over een bepaalde stoornis. Psychiatrische diagnostiek volgens de DSM vindt plaats vanuit vijf gezichtspunten of diagnostische assen.

In 1952 is de eerste versie van de DSM verschenen (DSM-I), inmiddels wordt de DSM-IV-TR gebruikt, een tekstrevisie van de vierde editie, verschenen in 2000. De DSM blijft in ontwikkeling en naar verwachting zal binnen enkele jaren de DSM-V verschijnen

### *1.1.2. Kritische kanttekeningen bij de DSM*

De reden waarom de DSM tot nog toe wereldwijd wordt gebruikt is dat de klinische praktijk en het meeste wetenschappelijk onderzoek op deze indeling zijn gebaseerd. Er zijn echter verschillende kritische kanttekeningen te plaatsen bij de DSM.

1. Zo is de DSM ingedeeld volgens een categorische benadering, wat beperkingen geeft. Men voldoet wel of niet aan een diagnose, er zijn geen mogelijkheden hier tussenin. Een dimensionele indeling zou wenselijk zijn, waarin psychopathologie als een continuüm wordt geplaatst met vele verschijningsvormen in termen van aanwezigheid en ernst. Dimensionele indelingen hebben echter nog geen brede ingang gevonden, mogelijk omdat dit een fundamenteel andere manier van denken met zich meebrengt (Grietens, 2008).

2. De DSM een beschrijvend en geen verklarend classificatiesysteem en ook dat houdt beperkingen in. In de praktijk van de psychiatrie wordt het wenselijk geacht in één oogopslag de problematiek van een cliënt te kunnen overzien. Op deze manier kan men zich snel in dossiers van cliënten inlezen. Wanneer men zich echter enkel richt op de DSM-categorieën en men niet of nauwelijks kennis neemt van mogelijke (alternatieve) verklaringen voor probleemgedrag, kan dit leiden tot een beschrijving van het ziektebeeld die tekortdoet aan de complexiteit ervan. Terwijl de etiologie van ziektebeelden en gedragspatronen vaak zeer complex is en er sprake is van risico- en beschermende factoren in kind, gezin en omgeving. Om dit duidelijk te maken worden verklarende modellen gekenmerkt door multidimensionaliteit en bidirectionaliteit en speelt het ontwikkelingsperspectief tevens een belangrijke rol (Grietens, 2008). Als de DSM-classificatie gebaseerd is op een te eenvoudig beeld van de cliënt en de problematiek, loopt men het risico dat de behandeling eveneens tekortschiet.

3. Er is in de DSM-classificaties geen ruimte voor protectieve factoren en sterke aspecten in het functioneren. Terwijl dit wel recht zou doen aan de persoon bij wie de diagnose gesteld wordt en een evenwicht zou bieden in het totale beeld en de prognose.

4. Ook de wijze waarop de DSM wordt gehanteerd kan vragen oproepen. In de praktijk van de psychiatrie wordt de DSM dikwijls mechanisch gebruikt. In de handleiding van de DSM wordt hier voor gewaarschuwd. De diagnostische criteria zijn bedoeld als richtlijn en dienen in de juiste context geplaatst te worden. Een classificatie is alleen betrouwbaar te maken als de beoordelaar deze kan afwegen tegen zijn professionele ervaring en als hij opgeleid is om de DSM op de juiste manier te gebruiken.

5. Misbruik kan ook op een andere manier gebeuren, namelijk door teveel of te zware diagnoses te stellen wanneer er andere belangen meespelen. Nu de zorgverzekeraars in de financiën voor de geestelijke gezondheidszorg voorzien en er wordt gewerkt met DBC's (diagnose behandel combinaties), krijgen zorginstellingen meer financiële middelen als er sprake is van zwaardere problematiek. Dit kan aanleiding geven tot misbruik van de DSM. Verder kunnen ouders druk uitoefenen om bepaalde diagnoses gesteld te krijgen bij hun kinderen. Hierbij kunnen financiën een rol spelen (bijvoorbeeld wanneer ze een

persoonsgebonden budget toegewezen willen krijgen), maar ook moeite om hun eigen aandeel in de problematiek onder ogen te zien.

6. Tenslotte kunnen er vragen worden gesteld bij de achtergrond van de DSM. Zo maakt de DSM een scherp onderscheid tussen ziekte en gezondheid en hanteert maatstaven voor afwijkend gedrag. Maar wie bepaalt er wat ziek, gezond of afwijkend is? Dit is sterk gerelateerd aan sociaal-culturele waarden en hun veranderingen.

## 1.2 DSM belicht vanuit de contextuele benadering

### 1.2.1 DSM-classificaties en de beschrijving van relationele problemen

“Er is een groeiende bewustwording dat individuele problemen gerelateerd zijn aan het functioneren van het systeem waar het individu deel van uitmaakt. In sommige gevallen is het zelfs zo dat het belangrijkste probleem zich niet op het niveau van het individu bevindt, maar het beste gekenmerkt kan worden als een relatieprobleem, denk bijvoorbeeld aan hechtingsproblemen en kindermishandeling. Echter de mogelijkheden om de problematische relatieprocessen en relationele problemen te noteren met behulp van de Diagnostic en Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000), het standaard classificatiesysteem dat gebruikt wordt in de klinische praktijk, zijn vrij beperkt”. (Dekovic, 2007)

Wanneer er aan de hand van de DSM een diagnose gesteld wordt, is de focus met name individueel gericht. De DSM biedt wel ruimte voor relationele problemen en invloeden vanuit de omgeving, maar in de praktijk van de psychiatrie krijgen deze invloeden minder aandacht. De ruimte die de DSM biedt aan relatieproblemen betreffen enkele codes, zoals V-codes op as I en psychosociale en omgevingsproblemen op as IV.

V-codes zijn onderverdeeld in verschillende clusters, zoals ‘relatieproblemen’ en ‘problemen in verband met misbruik of verwaarlozing’. De omschrijving van de categorieën binnen deze clusters is echter onvoldoende specifiek om betrouwbaarheid tussen klinici te kunnen garanderen. Verder is het van belang te beseffen dat V-codes een andere status hebben dan overige diagnoses op as I. V-codes betreffen namelijk geen klinische syndromen, maar staan voor ‘andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn’. Op as IV van de DSM is er eveneens ruimte voor de notatie van relatieproblemen en omgevingsfactoren. Hoewel men erkent dat problemen op deze as van invloed kunnen zijn op de diagnose, behandeling en prognose van klinische stoornissen, vormen ze doorgaans niet de focus van de behandeling (Dekovic, 2007).

Tot slot geven sommige stoornissen indirect blijk van relationele problemen. Te denken valt aan reactieve hechtingsstoornissen en aanpassingsstoornissen. Zoals reeds eerder genoemd, gaat het in de DSM echter om een beschrijving van problematiek en niet om een verklaring, wat kan leiden tot een zienswijze die tekortdoet aan de complexiteit van de problematiek.

### 1.2.2. De dimensie van de relationele ethiek

Wanneer men vanuit de contextuele benadering hypothesen stelt over probleemgedrag, onderscheidt men vier dimensies die aspecten bevatten die het menselijk gedrag beïnvloeden. Deze dimensies zijn onlosmakelijk met elkaar verweven. Het gaat om de dimensie van de feiten, de psychologie, de interacties en de relationele ethiek. Laatstgenoemde, ‘de dimensie van de relationele ethiek’ ofwel ‘de vierde dimensie’, is door de contextuele benadering

toegevoegd aan het therapeutisch instrumentarium en biedt waardevolle inzichten als het gaat om diagnosestelling. De relationele ethiek waar het in deze dimensie om gaat, betreft geen norm die van buitenaf is opgelegd. Het gaat om de intrinsieke rechtvaardigheid van existentiële relaties, die uiteindelijk bepaald wordt door de balans van geven en ontvangen binnen die relaties (Michielsen, van Mulligen, Hermkens, 1998).

Wanneer men de relationeel-ethische dimensie betreft bij het stellen van diagnoses, kan men tot een andere zienswijze van de problematiek komen. In de DSM wordt er echter niet expliciet aandacht gegeven aan deze vierde dimensie. De DSM is met name bedoeld om de dimensie van de psychologie in kaart te brengen, aangevuld met gegevens uit de dimensies van de feiten en de interacties: er wordt notitie gemaakt van het feit dat er sprake is van omgevingsfactoren en soms worden hierbij interactiepatronen genoemd vanuit de derde dimensie.

Hoewel er vooralsnog weinig aandacht in DSM- classificaties is voor de relationeel-ethische dimensie, zou hier wel ruimte aan gegeven kunnen worden. Bijvoorbeeld door een toelichting te geven bij de V-codes op as I en de omgevingsfactoren op as IV. Zo zouden de V-code 'ouder- kind relatieproblemen' en de categorie 'problemen binnen de primaire steungroep', kunnen worden toegelicht met begrippen als 'gespleten loyaliteit' en 'parentificatie'.

### 1.2.3. Valkuilen in diagnosestelling

Wanneer men de relationeel-ethische dimensie buiten beschouwing laat bij het stellen van diagnoses, kan dit leiden tot verkeerde conclusies. Zo kan een kind voldoen aan de gedragssymptomen die horen bij ADHD. Als deze diagnose gesteld wordt, gaat men bij ADHD uit van een neurobiologische stoornis op het niveau van de zenuwverbindingen in de hersenen en zal de behandeling op deze zienswijze worden gebaseerd. Doorgaans zal dit betekenen dat er medicatie wordt ingezet en dat het kind en zijn omgeving geholpen worden om met ADHD om te kunnen gaan en deze diagnose te accepteren.

De gedragssymptomen die bij ADHD horen, kunnen echter ook een andere oorzaak hebben dan een neurobiologische stoornis. De reden van de problematiek kan ook reactief zijn op de omgeving. Bij de ontwikkeling van kinderen spelen namelijk zowel kindeigen factoren (zoals genetische aanleg of neurobiologische kwetsbaarheid) als omgevingsfactoren een rol. Wat de omgevingsfactoren betreft let men bij ADHD vaak op de opvoedingsstijl van ouders en de structuur die er vanuit de omgeving wordt aangeboden. Mogelijke verklarende factoren vanuit de relationeel ethische dimensie blijven doorgaans onderbelicht. Terwijl kinderen ook symptomen van ADHD- gedrag kunnen tonen wanneer er sprake is van destructief recht, loyaliteitsconflicten, parentificatie en een verstoorde balans van geven en nemen.

Kortom: bij ADHD- gedragssymptomen spelen omgevingsfactoren een grote rol en is er niet altijd sprake van een neurobiologische stoornis. Wanneer de diagnose ADHD echter gesteld wordt, gaat men wel van een neurobiologische stoornis uit en kan dit aanleiding geven tot een behandelaanpak die niet aansluit bij de werkelijke problematiek.

Een ander voorbeeld is de diagnose PDD-NOS<sup>3</sup>. Binnen de autisme spectrum stoornissen is dit een categorie, die zich relatief eenvoudig leent voor oneigenlijk gebruik. In feite is PDD-NOS een niet duidelijk omschreven restcategorie voor problemen op het gebied van de sociale

---

<sup>3</sup> PDD-NOS is de afkorting voor Pervasive Development Disorder not otherwise specified, oftewel: pervasieve ontwikkelingsstoornis niet anderszins omschreven

interactie. Als die diagnose wordt gesteld, gaat men uit van een ontwikkelingsstoornis. Dit betekent dat men de behandeling afstemt op de beperkte mogelijkheden die men veronderstelt en dat men de betreffende cliënt en zijn omgeving vanuit dit oogpunt benadert.

De oorsprong van deze symptomen kan echter ook liggen in de dimensies van de interactie en de relationele ethiek in plaats van in een ontwikkelingsstoornis. Wanneer men deze dimensies meeneemt in de diagnosestelling kan men bijvoorbeeld uitkomen op reactieve hechtingsproblematiek in plaats van een autisme spectrum stoornis. Of men komt tot de conclusie dat een kind destructief of pathologisch gedrag vertoont vanwege loyaliteitsconflicten waar het in verstrikt is geraakt (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1994; Cunningham & Cappelli in: Debussche & Defloor, 2009).

Als laatste valkuil in diagnosestelling dient genoemd te worden dat iemand in feite wel kan voldoen aan een bepaalde diagnose, maar dat men bij het verklaren van de betreffende problematiek de mist ingaat wanneer men de relationeel-ethische dimensie buiten beschouwing laat. Stel dat iemand voldoet aan de diagnose 'depressieve stoornis, eenmalige episode'. Het ontstaan van de problemen die bij deze diagnose horen is een samenspel van tal van factoren. Wanneer men slechts een aantal van deze factoren belicht, doordat men alleen rekening houdt met enkele toonaangevende psychologische verklaringmodellen, loopt men het risico een belangrijk deel van de problematiek over het hoofd te zien. In de volgende hoofdstukken zal hier bij stil worden gestaan.

## **2. *Verandering van zienswijze: van probléemgevend naar probleemgévend***

3.

### **3.1. *Probléemgevend of probleemgévend?***

In de kinder- en jeugdpsychiatrie ligt de focus doorgaans op problematiek en ziektebeelden. Via diagnostische instrumenten wordt het probleemgedrag van kinderen in kaart gebracht en in de behandeling wordt aandacht gegeven aan mogelijkheden om dit probleemgedrag te doen afnemen. Soms worden er standaardprotocollen gekoppeld aan diagnoses, waarbij persoonlijke omstandigheden van kinderen onderbelicht blijven. Het gevaar bestaat dat het kind zelf, in zijn unieke situatie, uit het oog wordt verloren. Er wordt gekeken door de bril van het klachtgedrag en wanneer er een stoornis is vastgesteld, wordt er uitgegaan van de beperkingen en pathologie welke inherent zijn aan de diagnose.

Vanuit de contextuele benadering wordt problematiek bekeken vanuit de eerder genoemde dimensies van de feiten, psychologie, interacties en relationele ethiek. Dit verbreedt de focus van waaruit men hypothesen opstelt. Bij het in kaart brengen van de problemen worden er vragen gesteld die onder andere voortkomen uit de relationeel-ethische dimensie. De problematiek wordt in de context van relaties gezien, waarbij de balans van geven en nemen een rol speelt (Rober, 2002). Deze verbrede focus kan een ander licht werpen op de problematiek. Zo kan blijken dat probleemgedrag in feite een gevende daad is en een functie heeft binnen gezinsrelaties, wat zowel een bewust als onbewust patroon kan zijn (Onderwaater, 2008). Een conflict tussen ouders kan een kind er bijvoorbeeld toe brengen opstandig gedrag te vertonen: hij leidt hiermee zijn ouders af, zodat hun conflict onderbroken wordt en hij zorgt ervoor dat hun aandacht naar hem uitgaat.

## 2.2. Probleemgevend gedrag vanuit loyaliteit

### 2.2.1 Het begrip loyaliteit binnen de contextuele benadering

Probleemgevend gedrag kan voortkomen uit loyaliteit. Voordat ik dit met casuïstiek zal illustreren, wil ik ingaan op het begrip loyaliteit binnen de contextuele benadering. Wanneer men in het dagelijks taalgebruik spreekt over loyaliteit, gaat het vaak over een gevoel. Binnen de contextuele benadering wordt loyaliteit echter niet als een gevoel beschouwd, maar als een zijnsgegeven:

“Doordat het kind uit zijn ouders geboren is en de ouders een kind hebben dat uit hen geboren is, zijn de ouders en het kind fundamenteel aan elkaar gebonden en bestaan er tussen hen wederzijdse rechten en verplichtingen. (...) Er is hier geen sprake van een normatief beginsel dat zegt dat een kind loyaal *behoort* te zijn. Evenmin gaat het hier om de psychologische dimensie: loyaliteit is iets anders dan liefde of zich loyaal voelen. Het gaat hier om een zijns-loyaliteit, om een ontologische loyaliteit”. (Onderwaater, 2008)

Er is onderscheid tussen existentiële loyaliteit en verworven loyaliteit. Existentiële loyaliteit is gebaseerd op het krijgen van het leven van ouders, verworven loyaliteit is gebaseerd op verdiensten. Loyaliteiten kunnen met elkaar botsen. Dan ontstaat er een loyaliteitsconflict. Een zeer ernstig loyaliteitsconflict is de gespleten loyaliteit. Dit treedt op als een kind moet kiezen tussen zijn ouders. Het kind raakt gevangen in het wantrouwen dat tussen beide ouders heerst: keuze voor de ene ouder houdt verraad in voor de andere ouder. Gespleten loyaliteit kan in het ergste geval leiden tot psychiatrische problemen en suïcide (Van den Eerenbeemt & Oele, 1989).

Wanneer een kind existentiële loyaliteit moet verloochenen, bouwt het bij zichzelf een sterke spanning op. Loyaliteit richting ouders gaat dan ondergronds en wordt onzichtbare loyaliteit. Onzichtbare loyaliteit werkt op een destructieve manier door in relaties en belemmert een evenwichtige uitgroei van de persoonlijkheid.

### 2.2.2. Casuïstiek ter illustratie

Probleemgedrag kan bij nadere beschouwing als gevende daad voortkomen uit loyaliteit. Dit wil ik illustreren aan de hand van onderstaande casuïstiek. De casussen zijn geanonimiseerd en betreffen cliënten die ik zelf begeleid heb in mijn functie als psycholoog in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

*David is een jongen van negen jaar die wordt aangemeld vanwege gedragsproblemen thuis en op school en een terugval in zindelijkheid. Zijn ouders zijn anderhalf jaar geleden gescheiden, David woont met zijn twee jongere zusjes bij zijn moeder. Het kost zijn moeder moeite om gezin en werk te combineren. De scheiding is emotioneel zwaar voor haar. Ze geeft nog veel om haar ex-man. Vader woont in dezelfde woonplaats als moeder en de kinderen.*

*Het probleemgedrag van David is vlak na de scheiding begonnen. De enige naar wie hij luistert is zijn vader. David loopt na escalaties regelmatig bij zijn moeder weg en gaat dan naar zijn vader, wat leidt tot contact tussen zijn ouders. In de gesprekken die ik met David heb, geeft hij aan dat het zijn grootste wens is dat zijn ouders weer bij elkaar komen.*

*Drie maanden na de aanmelding, bij de tussenevaluatie, blijkt dat er nog nauwelijks afname is van het probleemgedrag. Wel is de samenwerking tussen ouders verbeterd. De*

*daaropvolgende weken gaat het dermate beter tussen de ouders, dat ze besluiten om hun relatie een nieuwe kans te geven. Vanaf dat moment is er direct sprake van een afname van Davids probleemgedrag. Bij het eindevaluatiegesprek, ruim een half jaar na aanmelding, geven ouders aan dat ze gaan hertrouwen en dat er geen sprake meer is van gedrags- en zindelijkheidsproblemen bij David.*

Vanwege existentiële loyaliteit aan beide ouders, wil David zijn ouders herenigen. Dit probeert hij te bewerkstelligen door hun gemeenschappelijke zorg voor zijn probleemgedrag (Debussche & Defloor, 2009).

*Matthias is een jongen van zestien jaar, die wordt aangemeld vanwege depressieve klachten. Hij is door Nederlandse ouders geadopteerd uit China, evenals zijn zussen Eva en Ninah. De relatie met zijn adoptieouders, met name met zijn adoptiemoeder, is gespannen. Matthias geeft aan dat hij veel in gedachten bij zijn biologische moeder is en haar mist. Hij geeft aan dat hier de kern ligt van zijn somberheid. Gezamenlijke gesprekken met zijn adoptieouders houdt hij af, hij geeft aan dat hij behoefte heeft aan enige afstand van hen. Adoptieouders zetten zich op veel manieren in om er voor hun kinderen te zijn, maar de relatie met hun kinderen verloopt moeizaam.*

*Matthias' adoptievader heeft hard moeten werken en studeren om kansen te krijgen in het leven. Toekomstkansen voor zijn kinderen vormen een belangrijke waarde voor hem. De adoptieouders hebben er daarom veel moeite mee dat beide zussen van Matthias hun middelbare school niet hebben afgemaakt. Ook Matthias' werkhouding is zwak. Wat adoptieouders verder zorgen geeft, is dat Eva en Ninah beiden op tienerleeftijd moeder zijn geworden.*

Bovenstaande casus geeft zowel blijk van loyaliteitsconflicten als onzichtbare loyaliteit. Vanwege existentiële loyaliteit aan zijn biologische ouders, houdt Matthias afstand van zijn adoptieouders, wat kan worden gezien als gevende daad naar zijn biologische ouders. Onzichtbare loyaliteit lijkt een rol te spelen in de studiehouding en toekomstkeuzes van Matthias' zussen. Door het voortijdig afbreken van hun studie en door hun jonge ouderschap zetten ze zich af tegen belangrijke waarden in het leven van hun adoptieouders. Ze verbinden zich hiermee met hun biologische ouders, die eveneens weinig opleiding hebben genoten en jong ouder zijn geworden. Matthias is in zijn studiehouding loyaal aan zijn ouders en aan zijn zussen. Tot slot kan het feit dat Eva en Ninah beiden op tienerleeftijd een kind hebben gekregen, gezien worden als onzichtbare loyaliteit en een gevende daad aan de adoptieouders. Eva en Ninah lijken zelf niet in staat te voldoen aan het verlangen van hun adoptieouders. Kleinkinderen kunnen mogelijk wel in dit verlangen voorzien.

### **2.3. Probleemgevend gedrag vanuit parentificatie**

#### *2.3.1. Het begrip parentificatie binnen de contextuele benadering*

In de contextuele benadering wordt er onderscheid gemaakt tussen constructieve en destructieve parentificatie. In de brede zin van het woord wordt parentificatie als noodzakelijk gezien, aangezien kinderen willen zorgen en ze hierdoor zelfwaarde en verantwoordelijkheidsvermogen kunnen ontwikkelen. Parentificatie is echter enkel constructief als het geven van het kind erkend wordt en binnen zijn ontwikkelingsmogelijkheden past.

Er is sprake van destructieve parentificatie als de eerder beschreven asymmetrische relatie tussen ouders en kinderen wordt genegeerd of omgedraaid, als het geven niet erkend wordt en als een kind wordt geblokkeerd in zijn ontplooiing (Michielsen, van Mulligen, Hermkens, 1998). Er zijn verschillende vormen van destructieve parentificatie te onderscheiden. Zo kunnen kinderen in de positie worden gedrongen van 'het perfecte kind', 'de zondebok', 'het zorgende kind' of 'het kind dat kind moet blijven'.

Boszormenyi-Nagy is van mening dat er vaak een direct, oorzakelijk verband waar te nemen is tussen parentificatie en vele vormen van pathologie bij kinderen. Hij adviseert dan ook dringend om bij elke individuele pathologie bedacht te zijn op tekenen van parentificatie. 'Individuele pathologie' zet hij zelfs tussen aanhalingstekens: iets kan pathologie lijken, maar in feite een relationeel fenomeen zijn (Boszormenyi-Nagy in: Van der Pas, 2009).

### 2.3.2. Casuïstiek ter illustratie

Aan de hand van onderstaande casuïstiek wil ik illustreren hoe probleemgedrag voort kan komen uit parentificatie en bij nadere beschouwing een gevende daad blijkt te zijn.

*Luuk is een jongen van tien jaar die wordt aangemeld vanwege angst- en somberheidsklachten en vanwege claimend en bepalend gedrag naar zijn moeder. Zijn ouders zijn gescheiden toen hij twee jaar was en vanaf die tijd woont Luuk bij zijn moeder. Luuks vader heeft de diagnose schizofrenie en woont in een beschermde woonvorm. Luuk heeft geen broers en zussen. Vanuit school worden de zorgen die moeder aangeeft niet herkend.*

*In het intakegesprek met Luuk komt naar voor dat hij zich zorgen maakt om beide ouders. Met zijn vader heeft hij medelijden, omdat deze alleen woont en niet gelukkig is. Luuk wil zijn moeder zoveel mogelijk helpen en wil liever niet dat ze alleen is. Soms gaat hij wel eens met vrienden ergens naar toe, maar hij twijfelt vaak of hij niet thuis zal blijven en kiest regelmatig voor dit laatste. Luuk geeft aan dat hij en zijn moeder een team zijn.*

*Moeder geeft in het intakegesprek aan dat zij veel met Luuk overlegt, onder meer wat zijn opvoeding betreft. Bij doorvragen blijkt dat moeder haar gedrag vaak door Luuk laat bepalen en dat het haar niet lukt om de regie te nemen. Zo slaapt Luuk bij zijn moeder in bed. Moeder zegt hier wel verandering in te willen brengen, hoewel dit tot nu toe niet gelukt is. Ze geeft aan dat ze de energie niet heeft om consequent te zijn en voelt zich belast en vermoeid.*

*Tijdens de begeleiding blijkt dat bepaalde patronen niet enkel in stand blijven omdat het moeder niet lukt ze te doorbreken, maar ook omdat ze Luuk de ruimte geeft om ze in stand te houden. Zo wordt het bij elkaar in bed slapen in eerste instantie afgebouwd, maar vervolgens bouwt moeder zelf bepaalde uitzonderingen op de regel in en mag Luuk onder bepaalde omstandigheden weer wel bij haar in bed slapen.*

*Vlak na de start van de begeleiding krijgt moeder een relatie, waar Luuk in eerste instantie moeite mee heeft. In de begeleidende gesprekken wordt gezocht naar een nieuw evenwicht, waarbij rekening gehouden wordt met ieders belang, ook dat van Luuks vader. Moeders vriend blijkt een hulpbron te zijn om de relatie tussen Luuk en moeder meer in balans te brengen. Luuks houding wordt gaandeweg minder bepalend. Hij laat zich zowel door zijn moeder als haar vriend gezeggen. De weekenden die moeder en Luuk bij moeders vriend doorbrengen, slaapt Luuk in een eigen bed en accepteert hij het dat zijn moeder met haar nieuwe vriend in bed slaapt.*

Wat moeder in de bovenstaande casus benoemt als claimend en bepalend gedrag, is in feite zorgend gedrag van Luuk voor haar. Deze casus is dan ook een voorbeeld van ‘het zorgende kind’. Luuk verleent emotionele steun aan zijn moeder en is gevoelig voor het welzijn van zijn beide ouders. Deze verantwoordelijkheid is in feite zwaarder dan hij kan dragen, wat zijn somberheidsgevoelens en angstklachten versterkt. Bovendien wordt zijn zorgende houding niet erkend, maar afgestraft. De komst van de nieuwe vriend van zijn moeder is in eerste instantie moeilijk voor Luuk. Het leidt tot loyaliteitsconflicten en schuldgevoelens tegenover zijn vader en tot strijd om zijn eigen positie in de relatie met zijn moeder te behouden. Gaandeweg valt er echter een last van Luuks schouders: hij merkt dat moeders nieuwe vriend te vertrouwen is en dat hij de zorg voor zijn moeder aan hem kan overlaten. Dit leidt tot een verandering in Luuks houding en afname van de aangemelde klachten.

*Stefan is een jongen van dertien jaar die wordt aangemeld vanwege depressieve klachten, somatische klachten en schoolverzuim. Hij is de jongste in een gezin met drie zoons, zijn broers zijn een aantal jaar ouder en wonen op zichzelf. Stefans vader houdt zich in het gezin op de achtergrond. Stefan en zijn moeder zijn erg op elkaar betrokken. Hij geeft aan dat zijn moeder de enige is die hem begrijpt. Sinds enkele weken gaat Stefan niet meer naar school. Hij gaat nauwelijks de deur uit en brengt zijn dagen grotendeels thuis door met zijn moeder.*

*Moeder is zelf bekend met depressie, ze heeft eerder depressieve episodes gehad. Momenteel gaat het beter, maar ze neemt nog wel een lichte dosis antidepressiva. Moeder heeft op kinderleeftijd haar eigen moeder verloren en heeft vanaf die tijd zorg gedragen voor haar jongere broers. Moeder neemt tijdens het intakegesprek vaak het woord en neemt het gesprek een aantal keer over van haar man en Stefan. Stefan geeft aan dat hij niet kan verwoorden wat er aan de hand is, ook weet hij niet wat de aanleiding voor zijn problemen is. Tijdens de begeleiding die volgt, blijkt dat moeder een grote behoefte heeft om zorg te dragen voor haar zoon. Daarbij behandelt ze hem op een manier die niet past bij zijn leeftijd. Zo geeft ze aan dat ze erbij aanwezig is als Stefan in bad gaat. Als Stefan een bad neemt, maakt ze van die gelegenheid gebruik om hem fruit te voeren. Ook helpt ze hem met afdrogen.*

Bovenstaande casus is een illustratie van ‘het kind dat kind moet blijven’. Stefans moeder is vanuit haar eigen jeugd zelf geparentificeerd als ‘het zorgende kind’. Zorg dragen is een deel van haar identiteit geworden en hierin gaat ze over grenzen die passen bij de ontwikkeling van haar zoon. Stefans geven is gelegen in zijn passieve parentificatie en de mogelijkheden die hij hiermee aan zijn moeder biedt om zorg voor hem te dragen.

#### **2.4. Wanneer het gevende niet wordt gezien**

Om tot rechtvaardige balansen van geven en nemen te komen, is het nodig dat de inzet van alle betrokkenen gezien wordt en erkenning krijgt. Vaak is het echter zo dat men geneigd is meer oog te hebben voor de inspanningen van ouders, dan voor wat kinderen aan hun ouders geven (Hoet, 2001). Als alleen het lastige van het gedrag van een kind wordt gezien en afgekeurd, en niet het helpende, zal het kind geen erkenning krijgen, maar in plaats daarvan in de zondebokpositie terecht komen: het krijgt een stuk schuld toegeschoven voor de moeilijkheden in het gezin (Michielsen, 2002). Doordat het gevende van het kind niet gezien

wordt, raakt het beschadigd in zijn individuatieproces. Zowel de zelfvalidatie<sup>4</sup> als zelfafbakening<sup>5</sup> van het kind komen in het nauw (Grolus & Riemsdagh, 2007).

Het niet zien en erkennen van het geven van het kind wordt in de contextuele benadering als onrecht aangeduid. Dit onrecht maakt de kans groot dat het natuurlijk vertrouwen van het kind uitgeput raakt en het kind de motivatie om zelf betrouwbaar te zijn verliest. Het kind wordt destructief gerechtigd: het gaat dit onrecht op onschuldige anderen verhalen, terwijl het ongevoelig blijft voor de invloed van berouw over hetgeen hij anderen aandoet (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1994).

Destructief gedrag kan zich uiten tegenover onschuldige derden, de maatschappij of zichzelf, in het uiterste geval door suïcide. Het recht tot destructie wordt dikwijls verhaald op de volgende generatie. Vaak leidt het tot destructieve parentificatie en het niet waarnemen van het gevende kind. Als iedere persoon die destructief gerechtigd is, van de volgende generatie probeert te krijgen wat hij zelf heeft gemist, gedraagt het destructief recht zich als een erfelijke eigenschap. Zo ontstaat er een roulerende rekening over vele generaties, welke zich in vele gedaantes kan presenteren: drugsgebruik, psychiatrische symptomatologie, echtscheiding, incest en psychosomatische klachten (van dan Eerenbeemt en Oele, 1989).

### **3. Begeleiding met betrekking tot probleemgevend gedrag**

#### **3.1. Hoe verandering van zienswijze doorwerkt in de begeleiding**

Wanneer de zienswijze met betrekking tot probleemgedrag verandert, heeft dit consequenties voor de begeleiding. Andere uitgangspunten leiden immers tot nieuwe invalshoeken, hypothesen, vragen en doelstellingen. Wanneer er vanuit de contextuele benadering begeleiding wordt geboden rondom probleemgedrag van kinderen, zijn onder andere de onderstaande uitgangspunten van belang:

- Gezinsgerichte interventies blijken meer succes te hebben dan alleen op het kind gerichte interventies (Hoagwood, Stormshal & Dishion in: Dekovic, 2007). De aandacht gaat dan ook niet enkel uit naar het kind met probleemgedrag, maar naar het hele gezin. Hiervoor zullen gesprekken in wisselende samenstelling nodig zijn.
- Er wordt niet gewerkt vanuit de pathologie, maar vanuit het gezonde en vanuit de kracht van mensen (Onderwaater, 2008).
- De ernst van de symptomen wordt wel onderkend en hiervoor worden passende maatregelen genomen, maar de focus van de begeleiding ligt niet primair op het symptoomgedrag. De focus is breed en belicht de dimensies van de feiten, de psychologie, de interactie en de relationele ethiek. Belangrijke aandachtsgebieden vormen de context van rechtvaardigheid, het recht tot destructie en hulpbronnen van resterende betrouwbaarheid (van dan Eerenbeemt & Oele, 1989).
- Probleemgedrag wordt niet gezien als toevallig of betekenisloos, dus zal men de betekenis van het probleemgedrag onderzoeken door o.a. volgende vragen: Beschermt het probleemgedrag bepaalde gezinsleden tegen pijn? Drukt het gevoelens uit die niet openlijk geuit kunnen worden? In welk opzicht is het gedrag helpend voor het gezin? (Rober, 2002).

<sup>4</sup> Zelfvalidatie is de waarde die men zichzelf toekent en die ontstaat wanneer men verdiensten verwerft door passend te geven (Michielsen, van Mulligen, Hermkens, 1998).

<sup>5</sup> Zelfafbakening is het adequaat behartigen van zowel de eigen belangen als die van de ander, in dialoog met elkaar (Michielsen, van Mulligen, Hermkens, 1998).

- Probleemgedrag wordt binnen een driehoek geplaatst en niet enkel beschouwd als individueel probleem of probleem tussen twee mensen. Dit wordt gedaan om loyaliteitsconflicten te kunnen onderkennen. Daarbij kunnen vragen gesteld worden als: “Wat geeft dit kind aan wie door zich tegen zijn moeder te verzetten?” en “Wat geeft deze moeder aan wie door weinig grenzen te stellen?” (Michielsen. *Een contextuele visie op samengestelde gezinnen*. Jaartal onbekend).
- Het primaire doel is niet de verandering van het symptoomgedrag, maar het verkrijgen van persoonlijke vrijheid door middel van het verdienen van recht in relatie met de ander. Er wordt gezocht naar nieuwe balansen van relationele rechtvaardigheid, waarbij het gaat om het verwerven van constructief gerechtigde aanspraak in plaats van het uiten van destructief recht (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1994). Wanneer er op deze manier vrijheid wordt verworven, uit zich dit onder andere in een gevoel van eigenwaarde, beter opkomen voor de eigen positie en belangen, verdwijnen van psychosomatische klachten en psychiatrische symptomatologie en openstaan voor nieuwe relaties en levensopties (van dan Eerenbeemt en Oele, 1989).
- Erkenning voor het gevende aspect in het probleemgedrag speelt een belangrijke rol. De wijze waarop het gevende kind zichtbaar kan worden gemaakt zal in de hierop volgende paragraaf uiteen worden gezet.

### 3.2. Het gevende kind zichtbaar maken

Vaak ligt de focus in de hulpverlening op de *beschikbaarheid* van ouders, dus op wat ouders aan hun kind geven. Het is echter ook belangrijk om samen met ouders na te gaan in hoeverre ze *ontvankelijk* zijn voor hun kind, dus in hoeverre ze open staan voor wat hun kind aan hen geeft (Michielsen, 2000).

Voordat ouders oog kunnen krijgen voor het gevende van hun kind, is er eerst erkenning nodig voor hun eigen verdriet en pijn. Het destructief recht dat ouders zelf hebben, creëert namelijk blinde vlekken als het gaat om de manier waarop ouders hun kind tot slachtoffer kunnen maken. In het hulpverleningsproces is er daarom aandacht nodig voor het gezin van herkomst van de ouders.

Verder zal de hulpverlener aandacht vragen van de ouders voor de loyaliteitsconflicten van het kind en met hen zoeken hoe het kind van die conflicten kan gespaard worden of kan geholpen worden om passend vorm te geven aan zijn loyaliteiten (Onderwaater, 2008). De loyaliteit van een kind naar zijn ouders kan ertoe leiden dat het kind er moeite mee heeft om de relatie met zijn ouders te bespreken. Ook hierin komt het gevende kind naar voren. Als deze loyaliteit geen aandacht en erkenning krijgt, ontbreekt er een veilig kader voor verder gesprek. Een kind zal zich dan niet vrij voelen om zijn boosheid en verdriet te exploreren en ruimte te geven.

Vanuit een houding van meerzijdig gerichte partijdigheid probeert de hulpverlener een dialoog<sup>6</sup> tussen de gezinsleden op gang te brengen, waarbij zij zicht krijgen op elkaars geven en hier erkenning voor kunnen geven.

Wat relatieherstel betreft, is het belangrijk dat er niet overhaast te werk wordt gegaan. Wanneer de hulpverlener te vroeg in het proces aanzet geeft tot verbindende stappen, kan het gevende kind zich vanuit loyaliteit en parentificatie verplicht voelen hier gehoor aan te geven, terwijl het er zelf nog niet aan toe is. Juiste timing door de hulpverlener is dan ook cruciaal.

---

<sup>6</sup> Binnen de contextuele benadering wordt er met 'dialoog' de 'werkelijke ontmoeting' tussen mensen bedoeld. De opbouw van de relatie staat centraal, het gaat er om 'te kennen en gekend te worden' (Grolus en Riemslag, 2007).

### 3.3. Leermomenten vanuit mijn eigen hulpverleningspraktijk

Gaandeweg ben ik in mijn eigen hulpverlening meer vanuit de contextuele benadering gaan werken. Terugkijkend op gezinnen die ik de afgelopen jaren heb begeleid, zie ik de werkzaamheid van de contextuele benadering bevestigd in de praktijk. Om te illustreren hoe verandering van zienswijze doorwerkt in de begeleiding, geef ik een voorbeeld vanuit mijn eigen ervaring als hulpverlener, waarbij ik nu voor andere interventies zou kiezen dan toen.

Voor het eerste voorbeeld wil ik verwijzen naar casus Stefan (paragraaf 2.2.2). In de begeleiding aan Stefan en zijn ouders heb ik een aantal fouten gemaakt:

- Ik heb te weinig stil gestaan bij en erkenning gegeven aan het destructief recht van Stefans ouders. Omdat het gekwetste kind in de ouders onderbelicht is gebleven, bleven zij leunen op hun destructief recht en was het voor hen moeilijk om zicht te krijgen op de roulerende rekening en het gevende van Stefan.
- Doordat ik zelf onvoldoende aandacht heb gegeven aan het gekwetste kind in de ouders, was het voor mij als hulpverlener ook lastiger om een meerzijdig partijdige houding in te nemen. Zo veroordeelde ik in feite moeders gedrag, bijvoorbeeld het feit dat ze Stefan nog hielp met in en uit bad gaan. Hoewel ik dit niet in directe zin heb benoemd, zal ze het wel degelijk aangevoeld hebben.
- De insteek die ik genomen heb tegenover moeder is niet constructief geweest: ik wilde haar helpen een stapje terug te doen in haar zorg dragen, terwijl het bij actief geparentificeerde ouders vaak averechts werkt om direct in te zetten op ontlasten van zorg (Oppenoorth, 1994).

Mijn insteek tegenover moeder stuitte dan ook op weerstand: de dag nadat ik aangestuurd had op vermindering van haar zorg dragen, belde de huisarts van het gezin op: moeder had naar hem gebeld en haar zorgen geuit. Ze had het idee dat ik Stefans depressieve klachten niet ernstig genoeg inschatte en wilde een psychiatrisch consult waarbij Stefans suïcidegevaar ingeschat zou worden. In het psychiatrisch consult dat vervolgens heeft plaatsgevonden, bevestigde Stefan moeders zorg dat hij zich niet goed voelde (ook hierin was hij gevend). Toen de psychiater echter doorvroeg naar concrete suïcidegedachten en plannen, waren deze niet aanwezig. De psychiater maakte de inschatting dat moeder haar zorgen op Stefan projecteerde. Voor mij vormde moeders reactie een bevestiging van het feit dat ze er moeite mee had om haar zorg dragen te verminderen. Ook was het een bevestiging van het feit dat ik te kort door de bocht ging in het hulpverleningsproces.

## 4. Conclusie en aanbevelingen

Het gevende van kinderen met probleemgedrag komt pas in beeld wanneer een kind wordt gezien in de context van zijn relaties. Deze context blijft vaak onderbelicht wanneer er diagnoses worden gesteld aan de hand van de DSM. Hoewel de DSM in bepaalde opzichten een waardevol classificatiemiddel is, biedt het beperkte mogelijkheden om relationele problemen te noteren. De weinige categorieën met betrekking tot relaties die er zijn, zijn onvoldoende specifiek om betrouwbaarheid te kunnen garanderen en vormen doorgaans niet de focus van de behandeling.

Naast de beperkte ruimte die de DSM biedt om relationele zaken te noteren, zijn er nog meer kritische kanttekeningen bij de DSM te plaatsen. De DSM blijft voortdurend in ontwikkeling en het is raadzaam deze kanttekeningen hierin mee te nemen. Op deze wijze kan men valkuilen in diagnosestelling, voor zover dit mogelijk is, proberen te voorkomen.

In het eerste hoofdstuk stel ik de vraag: ‘Diagnostiek aan de hand van de DSM of vanuit de contextuele benadering?’ In feite hoeft het één het ander niet uit te sluiten, maar kunnen

de DSM en de contextuele benadering elkaar aanvullen. Vooral nog is er weinig aandacht in DSM-classificaties voor de relationeel-ethische dimensie. Hier zou echter wel ruimte aan geboden kunnen worden. Pas wanneer deze dimensie wordt betrokken bij het stellen van diagnoses, kan de verandering van zienswijze die in deze scriptie beoogd wordt, bereikt worden. De dimensie van de relationele ethiek verbreedt de focus van waaruit men hypothesen stelt en vermindert de kans op onjuiste diagnosestelling en een verkeerde behandelaanpak.

Wanneer de diagnostische zienswijze verandert, heeft dit consequenties voor de begeleiding. Onderstaande uitgangspunten zijn van belang wanneer er vanuit de contextuele benadering begeleiding wordt geboden rondom probleemgedrag van kinderen:

- De aandacht in het begeleidingstraject gaat niet enkel uit naar het kind met probleemgedrag, maar naar het hele gezin. In de kinder- en jeugdpsychiatrie vinden er relatief weinig gezinsgesprekken plaats. Begeleiding aan het kind en de ouders krijgt meestal vorm in gescheiden behandeltrajecten. Als het gaat om oudere kinderen, worden ouders soms slechts een minimaal aantal keer uitgenodigd. Ook broers en zussen worden niet tot nauwelijks uitgenodigd voor gesprek. Wanneer er vanuit de contextuele benadering gewerkt wordt is de focus breed gericht en zullen er, afhankelijk van wat er nodig is voor het kind in zijn situatie, meer gezinsgesprekken plaatsvinden. Daarbij kan het ook wenselijk zijn dat grootouders en andere belangrijke naastbetrokkenen in de begeleiding worden betrokken.
- Wat het probleemgedrag betreft wordt de ernst van de symptomen wel onderkend en worden hiervoor passende maatregelen genomen, maar de focus ligt niet primair op het probleemgedrag. Ook vormen beperkingen en pathologie niet het uitgangspunt van de begeleiding, maar wordt er gezocht naar de betekenis van het gedrag en naar mogelijkheden van het kind en het gezin waar het deel van uitmaakt.
- Het doel van de begeleiding is gelegen in het verkrijgen van persoonlijke vrijheid, door middel van het verdienen van recht in relatie met de ander. Het gaat dus niet in eerste instantie om verandering van het symptoomgedrag. Dit leidt tot een geheel andere insteek van de begeleiding dan veel standaardprotocollen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Vanuit een houding van meerzijdige partijdigheid probeert de hulpverlener een dialoog tussen de gezinsleden op gang te brengen, waarbij loyaliteit en parentificatie de aandacht krijgen, het gevende kind zichtbaar en erkend wordt, balansen van geven en ontvangen hersteld worden en ontschuldiging kan plaatsvinden als men hier aan toe is.

Gaandeweg ben ik in mijn eigen hulpverlening meer vanuit de contextuele benadering gaan werken en ondervind ik in de praktijk hoe waardevol het is om de relationeel-ethische dimensie te betrekken, zowel in het diagnostisch proces als in de begeleiding.

## **Literatuur**

### **Boeken:**

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2001). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Amersfoort: Drukkerij Wilco b.v.

BOSZORMENYI-NAGY, I., & KRASNER, B.R. (1994). *Tussen geven en nemen. Over contextuele therapie*. Haarlem: De Toorts.

MICHIELSEN, M.; VAN MULLIGEN, W.; HERMKENS, L. (RED.) (1998). *Leren over leven in loyaliteit: over contextuele hulpverlening*. Leuven: Acco.

ONDERWAATER, A. (2008). *De onverbreekelijke band. Inleiding & ontwikkelingen in de contextuele therapie van Nagy*. Steenwijk: Grafisch bedrijf Gorter b.v.

#### **Artikelen:**

DEBUSSCHE, L. & DEFLOOR, L. (2009). *Een contextuele kijk op gezinsrelaties: een kwalitatief belevingsonderzoek bij adolescenten en hun ouders*. Afstudeerscriptie Master in de Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Gent.

DEKOVIC, M. (2007). *DSM en relationele problematiek: strijd om 'context'*. Uit: Kind & Adolescent, Volume 28, Nummer 1, p. 29-31.

GRIETENS, H. (2008). *Assessment van psychopathologie: categorisch of dimensioneel?* Uit: Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, 2008, p. 255-275.

GROLUS, T. & RIEMSLAGH, M. (2007). *Contextueel kijken naar kinderen in nieuw samengestelde gezinnen*. Lezing op de studiedag: "Nieuw samengestelde gezinnen". Organisatie: Interdiocesane Dienst voor Gezinspastoraal (IDGP).

HOET, J. (2001). *Het onzichtbare geven van adolescenten: De adolescentie als ontwikkelingsfase van kind en gezin*. Lezing op de studiedag: "Met vallen en opstaan: contextuele hulpverlening aan gezinnen met pubers en adolescenten". Organisatie: Leren over Leven.

MICHIELSEN, M. (2000). *Tussen beschikbaarheid en ontvankelijkheid*. Lezing op de studiedag: "Van beschikbaarheid naar ontvankelijkheid: over de levensfase van het gezin met kleine kinderen". Organisatie: Leren over Leven.

MICHIELSEN, M. (2002). *Een contextuele visie op het vaderschap: vaders in de hulpverlening*. Uit: *Vaders in soorten*, p. 249-269.

MICHIELSEN, M. (jaartal onbekend). *Een contextuele visie op samengestelde gezinnen*.

OPPENOORTH, W. H., (1994). *Intergenerationele erkenning als behandeling bij extreme parentificatie*. Uit: *Systeemtherapie*, jaargang 6 nr. 2, juni 1994: 99-101.

ROBER, P. (2002). *Constructieve hypothesevorming en het innerlijk gesprek van de therapeut*. Uit: *Samen in therapie*, hoofdstuk 7.

VAN DEN EERENBEEMT, E. & OELE, B (1989). *De contextuele therapie: verdiende vrijheid*. Uit: *Handboek gezinstherapie*.

VAN DER PAS, A. (2009). *'Parentificatie', wat doen we ermee?* Lezing op de studiedag: "Omgaan met kinderen in de ouderrol". Organisatie: Euregionaal Congresbureau.