



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Psychische stoornissen, verstoorde gezinsverhoudingen en gezinstherapie; de stand van zaken <sup>\*1</sup>

Alfred Lange\*

---

## Samenvatting

*Aan de hand van de onderzoeksliteratuur is besproken in hoeverre gezinsinteracties een rol spelen bij psychische stoornissen en bij sommige lichamelijke klachten. Relatie- en gezinstherapie blijken op diverse terreinen een aantoonbare meerwaarde te hebben boven individuele behandelingen. Dat geldt voor: schizofrenie, ambulante behandelde depressieve vrouwen met huwelijksproblemen, alcoholisme bij volwassenen, drugsmisbruik bij adolescenten en volwassenen, gedragsstoornissen bij adolescenten, anorexie bij jonge adolescente vrouwen en autisme bij kinderen.*

*Relatietherapie blijkt in ongeveer 50% van de gevallen positieve effecten voor de onderlinge verhouding te hebben. Het is duidelijk gebleken dat de kracht van gezinstherapie zeker niet ligt in het gebruikmaken van rigide concepten, maar in het combineren van technieken uit verschillende theoretische referentiekaders, inclusief interventies die op het individu zijn gericht.*

*Verder is vastgesteld dat er aan het onderzoek nog veel tekortkomingen kleven, zoals: een te grote kloof tussen de praktijk en de behandelprotocollen, het uitsluiten van patiënten die meerdere diagnoses hebben, het tekort aan gezinsonderzoek bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en een tekort aan onderzoek in het algemeen bij culturele en etnische minderheden. Deze kanttekeningen leidden tot de conclusie dat het onderzoek de komende decennia vooral gericht zal worden op brede, integratieve behandelprotocollen. Deze zullen ook gericht zijn op patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, dubbele diagnoses en patiënten die behoren tot minderheidsculturen.*

## Inleiding

Het moge duidelijk zijn dat gezinstherapie niet impliceert dat men individuele symptomatologie en op het individu gerichte interventies verwaarloost. Het gaat erom dat men oog heeft voor de wijze waarop gezinsinteracties invloed kunnen uitoefenen op de individuele symptomatologie en dat het betrekken van de gezinsleden een belangrijke bijdrage kan leveren in de beoordeling van de problematiek en de behandeling. In dit hoofdstuk bekijken we aan de hand van de meest saillante literatuur in hoeverre deze stellingname door onderzoek is onderbouwd. We beperken ons hierbij tot de as-I-stoornissen waarvan gezinstherapeuten van oudsher hebben geclaimd dat deze met gezinstherapie behandelbaar zijn: schizofrenie, depressie, angststoornissen, verslaving, eetstoornissen en bepaalde lichamelijke klachten waarbij vaak aan psychische oorzaken is gedacht. Ten aanzien van persoonlijkheidsstoornissen is nog weinig vergelijkend onderzoek verricht naar de toegevoegde waarde van gezinstherapie boven de gebruikelijke behandelingen. Die laten we dus eveneens buiten beschouwing.

---

\* PROF. DR. A. LANGE is als bijzonder hoogleraar gezins- en relatietherapie verbonden aan de Programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.

## Schizofrenie

In de jaren vijftig en zestig introduceerde de Palo-Alto groep, onder aanvoering van Gregory Bateson, het begrip *double-bind*. Schizofrenie zou worden veroorzaakt door een gezinsklimaat waarin met name de moeder gewoon was zich dubbelzinnig en verwarrend (over haar gevoelens) jegens het kind te uiten (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1956; 1963). De onderzoeken op dit gebied, maar ook de klinische resultaten die met het double-bind-concept werden behaald, waren niet indrukwekkend. Op grond van het meest gedegen onderzoek dat op dit terrein was uitgevoerd concludeerden Mishler en Waxler al in 1968 dat het onmogelijk was een directe maat voor double-binds te construeren; op basis van de oorspronkelijke definitie bleken hiervoor geen duidelijke criteria te formuleren. Toch hebben veel bekende systeemtheoretici lang vastgehouden aan de notie dat schizofrenie geen kenmerk van het individu is, maar uitsluitend een signaal van interpersoonlijke conflicten binnen het gezin (Haley, 1980; 1989).

Er zijn de laatste jaren enkele literatuurstudies uitgevoerd waaruit naar voren komt dat de behandelresultaten van de verschillende gezinstherapeutische stromingen op het gebied van de schizofrenie tot aan het laatste kwartaal van de twintigste eeuw mager zijn gebleven (De Jesus Mari & Streiner, 1994; Diamond, Serrano, Dickey, & Sonis, 1996). Pinsof en Wynne (1995) wijten dit aan de al te rigide opstelling van de gezinstherapeuten in de voorafgaande jaren.

Met de opkomst van de psycho-educatieve aanpak werd de rol van gezinsbehandeling weer groter. Deze benadering was gebaseerd op het *Expressed Emotion* (EE)-onderzoek uit de jaren zeventig. Hieruit was gebleken dat personen die leden aan schizofrenie en die leefden in gezinnen waar overbetrokkenheid, vijandigheid en kritiek troef was, meer terugval vertoonden na (medicamenteuze) behandeling dan schizofrene patiënten uit warme en rustige gezinnen (Falloon, Boyd, & McGill, 1984; Hogarty et al., 1986; Leff & Vaughn, 1985). In tegenstelling tot de onderzoekers van de Palo-Alto groep, die de gezinstherapeuten in de jaren zestig en zeventig sterk hadden beïnvloed, namen de EE-onderzoekers aan dat schizofrenie berust op biologische kwetsbaarheid voor overstimulatie vanuit de omgeving; een cerebrale deficiëntie zou tot gevolg hebben dat het verwerken van veel informatie en prikkels moeilijk is. Wanneer binnen het gezin een relatief rustig klimaat ontstaat met weinig kritiek, weinig confrontaties en weinig praten over de onderlinge verhoudingen, dan zou (in combinatie met een medicamenteuze behandeling) de kans op recidive aanmerkelijk afnemen. Gezinstherapieën met weinig structuur in de eerste zittingen, en waarin confronterend en emotioneel wordt opgetreden, zouden dan juist tot verslechtering van de situatie leiden.

Gezinstherapie bestaat in de psycho-educatieve opvatting voor een belangrijk deel uit voorlichting (Van Meer, 1987) en training van sociale vaardigheden, vooral van de ouders en eventueel van andere gezinsleden. Dit alles wordt gecombineerd met technieken als invoegen, het creëren van grenzen en het sluiten van gedragscontracten. Deze aanpak is uitstekend te combineren met op de patiënt zelf gerichte interventies, zoals het toedienen van neuroleptica, cognitieve gedragstherapie, directieve therapie en sociale vaardigheidstraining (Kuipers, Leff, & Lam, 1998).

Psycho-educatieve gezinstherapie is gericht op het verminderen van spanning bij de patiënt, maar leidt ook tot vermindering van schuldgevoelens en spanning bij gezinsleden. Zij ervaren dat zij er niet meer alleen voor staan (Cozolino, Goldstein, Nuechterlein, West, & Snyder, 1988). Het kan ook bijdragen aan de therapietrouw van de patiënt die het innemen van medicatie verwaarloost (Henselmans, 1991).

Er is consensus in de literatuur dat gezinsleden veel meer moeite hebben met de 'negatieve' symptomen van schizofrenie, zoals apathie en afsluiten voor de omgeving, dan met de psychoses ofwel 'positieve' symptomen, zoals losse associaties, hallucinaties en bizar gedrag (MacCarthy, Hemsley, Schranck-Fernandez, Kuipers, & Katz, 1986; Runions & Prudo, 1983; Vaughn, 1977). Positieve symptomen hebben ook minder desastreuze gevolgen voor de huwelijksrelatie dan negatieve symptomen (Hooley, Orley, & Teasdale, 1986). Onderzoek van Glynn et al. (1988) wees uit dat gezinsleden positieve symptomen aan andere oorzaken toeschrijven dan negatieve symptomen. Van negatieve symptomen veronderstellen gezinsleden dat ze voortkomen uit eigenschappen van de patiënt die deze zelf in de hand heeft: hij zou dit 'asociale gedrag' best kunnen wijzigen. De positieve symptomen worden daarentegen door de gezinsleden toegeschreven aan een ziekte waaraan de patiënt niets kan doen. Deze onderzoekers opperden dat een 'hoge EE' in het gezin vooral samengaat met de negatieve symptomen en niet met de positieve.

Er is een grote hoeveelheid onderzoek dat de superioriteit van een gecombineerde gezins/individuele aanpak, in vergelijking met alleen op het individu gerichte behandelingen, onderstreept (Fadden, 1998; Goldstein & Miklowitz, 1995). Er zijn echter ook tekortkomingen in het onderzoek. Zo blijken de onderscheiden dimensies die samen het concept Expressed Emotion vormen nauwelijks met elkaar samen te hangen. Zowel in de praktijk als in onderzoek gaat het dan ook meestal alleen om de kritiekvolle houding. Daarmee rijst de vraag of wat men Expressed Emotion noemt wel zoveel meer is dan wat in de leertheorie 'straf' wordt genoemd. Een onderzoek van Dingemans, Lenior en Linszen (1996) bevestigt de conceptuele onduidelijkheid van de EE-theorie. Bij een grote groep opgenomen patiënten bleek de EE-score in het gezin voorafgaande aan de opname, tegengesteld aan de verwachting, positief te correleren met het functioneren. Hoe hoger hoe beter! Nadere analyse wees uit dat dit vooral kwam door de positieve correlatie tussen bescherming van de patiënt door het gezin en diens functioneren: hoe meer bescherming hoe beter. Hieruit blijkt dat (over)betrokkenheid geen negatief element uit het Expressed Emotion-klimaat is, maar juist een positief element in het gezinsfunctioneren. Het verdient aanbeveling om de componenten die in het klassieke EE-onderzoek werden onderscheiden, uit elkaar te houden. Waarschijnlijk is het het beste om vooral de kritiekvolle houding als maat te hanteren.

Er zijn meer tekortkomingen. Zo wordt de beschrijving van gezinnen in termen van EE voornamelijk opgehangen aan interviews met een van de ouders, meestal de moeder, er wordt weinig aandacht besteed aan de andere gezinsinteracties (Halford, 1991). Dit zou kunnen samenhangen met een andere tekortkoming, namelijk dat bijna alle studies zijn gebaseerd op de gevolgen van psycho-educatieve gezinsbehandeling voor het voorkómen van terugval na een psychiatrische opname. Er zijn weinig onderzoeksgegevens over de toepassing bij ambulante schizofrenie patiënten die niet

zijn opgenomen (De Jesus Mari & Steiner, 1994). In de toekomst zou meer onderzoek op dat terrein wenselijk zijn.

## Depressie

In de cybernetische ofwel systemische gezinstherapie wordt depressie evenals sommige andere stoornissen opgevat als functioneel voor het evenwicht in het gezins- of echtpaarsysteem. De depressieve persoon zou met zijn klachten ervoor zorgen dat het gezin verder zonder al te grote kleerscheuren kan functioneren. Er is echter geen onderzoek van betekenis dat bewijs aanvoert dat deze algemene, niet klachtspecifieke theorie ook voor depressie geldt en in de klinische literatuur vindt men wel enkele, maar niet veel overtuigende voorbeelden (Gotlib & Beach, 1995).

De structurele gezinstherapie gaat ervan uit dat gezinnen een pathogeniserende structuur kunnen hebben. Er is nogal wat klinische literatuur die illustreert hoe een geïsoleerde positie in het gezin kan leiden tot symptomen als depressie. Er zijn echter weinig kwantitatieve studies. Een uitzondering vormt het onderzoek van Fisher, Ransom, Terry en Burge (1992). Bij een steekproef van 225 gezinnen vulde of de vader of de moeder een vragenlijst in over de gezondheid en de structuur van het gezin. Een gebrek aan cohesie binnen het gezin (minder integratie en geringe handhaving van een geaccepteerde structuur) bleek samen te hangen met depressie van gezinsleden.

Vanuit communicatie-theoretische opvattingen over systemen vindt men diverse studies waaruit blijkt dat depressie kan worden gezien als een manier om bepaalde aspecten in de verhouding met de partner te beheersen. Zo vonden Hinchcliffe, Vaughan, Hooper en Roberts (1977) dat depressieve personen tijdens de acute fase van de depressie vaker gedrag vertoonden dat als 'controle' over de partner kan worden gekarakteriseerd dan na afloop van een geslaagde behandeling. Vanuit dezelfde theoretische opvattingen zijn er studies uitgevoerd over de invloed van inconsistente communicatie. Zo bevestigden Schröder, Hahlweg, Fiedler en Mundt (1996) dat depressie verband kan houden met inconsistente communicatie. Normale paren en paren waarvan een van de partners depressief was, werden geobserveerd tijdens het gezamenlijk bespreken van een conflict in hun relatie. Opvallend was dat bij de partners van depressieve patiënten positieve verbale uitingen vaak samengingen met non-verbale negatief gedrag.

In de vorige paragraaf hebben we gezien dat een vijandig gezinsklimaat (grote mate van Expressed Emotion ofwel EE) terugval bij patiënten met schizofrenie kan veroorzaken. Als een van de eersten vonden Vaughn en Leff (1976) dat ook bij depressieve patiënten de mate van terugval na een behandeling samenhangt met de frequentie van kritische opmerkingen die de omgeving (het gezin) van de patiënt maakt. Zij constateerden bovendien dat depressieve personen gevoeliger waren voor kritiek van gezinsgenoten dan schizofrene patiënten.

Hinrichsen en Pollack (1997) onderzochten de relatie tussen EE en terugval (na een jaar) bij 54 opgenomen depressieve patiënten die ouder waren dan 60 jaar. Niet alleen de houding van de echtgenoten werd vastgesteld, ook de volwassen kinderen van de patiënten werden op hun mate van Expressed Emotion onderzocht. Anders dan

verwacht was de EE van de partner niet van belang, maar wel de EE van de volwassen kinderen die aan het onderzoek deelnamen. De onderzoekers veronderstellen dat de impact van EE-gerelateerd gedrag van partners relatief weinig invloed uitoefent bij deze oudere paren, doordat die reeds vele interpersoonlijke conflicten achter de rug hadden. Kritische opmerkingen van de kinderen zijn dan wellicht pijnlijker. De causaliteit kan echter ook andersom zijn: de depressieve ouder roept meer kritiek op dan niet-depressieve ouders.

Mundt, Fiedler, Ernst en Backenstraß (1996) onderzochten paren waarvan een partner behandeld was voor depressie i.e.z. Patiënten van wie de partner een lage EE had (weinig kritische houding) reageerden met meer zelfvertrouwen op hun partner dan de patiënten die waren getrouwd met een sterk kritisch reagerende partner. Deze patiënten reageerden op een defensieve, negatief getinte, norske en zichzelf ondermijnende manier op hun partner. Verder bleek een hoge EE van de partner alleen bij relatief jonge patiënten (jonger dan 45 jaar) een voorspeller van terugval te zijn, wat overeenkomt met de zonet besproken bevindingen van Hinrichsen en Pollack (1997).

Overeenkomstig de theorie van het EE-model met betrekking tot schizofrenie is de veronderstelling dat de meeste depressieve personen minder goed tegen stress kunnen, daardoor kwetsbaar zijn, en dat het gedrag van de omgeving medebepaalt of dit leidt tot een depressie. Ook in niet-westerse culturen is dit gegeven bevestigd. Bij 32 Egyptische gezinnen waarvan een van de leden in poliklinische behandeling was voor unipolaire of bipolaire depressie, bleek de mate van vijandige kritiek van de gezinsleden de belangrijkste voorspeller van terugval. De andere componenten van Expressed Emotion speelden zoals gebruikelijk geen rol (Okasha et al., 1994).

We sluiten het EE-onderzoek hier af met een studie van Hooley en Licht (1997). Hun onderzoek bevestigt dat ook bij depressieve patiënten de partners meer vijandigheid tonen naarmate zij de patiënt meer verantwoordelijk houden voor de symptomen.

Behalve het EE-onderzoek is er veel onderzoek dat het belang onderstreept van de manier waarop het gezin in het algemeen functioneert, voor zowel het beloop van de depressie als voor eventuele terugval. Keitner, Ryan, Miller en Norman (1992) toonden bij 70 depressieve patiënten aan dat de kwaliteit van het gezinsfunctioneren (probleemoplossen, communicatie, helderheid van de gezinsrollen, affectieve responsiviteit, affectieve betrokkenheid en gedragscontrole) een van de belangrijke factoren is die de kans op herstel bepaalt. In een onderzoek bij 68 gezinnen met een depressieve patiënt vonden Miller et al. (1992) geen verband tussen de kwaliteit van het gezinsfunctioneren enerzijds en de ernst van de depressie en de chroniciteit anderzijds. Tijdens de follow-up, een jaar later, bleek het beloop van de depressie bij de patiënten in de slecht functionerende gezinnen echter significant slechter te zijn dan bij de patiënten in de goed functionerende gezinnen; de ernst van de depressie was groter en het aantal herstelde patiënten geringer. Naderhand rapporteerden Keitner et al. (1995) gelijksoortige resultaten.

Bovengenoemde studies hebben vooral betrekking op het beloop van depressie en terugval. Er is echter ook veel onderzoek dat bevestigt dat gezinsvariabelen de kans op het ontstaan van depressie beïnvloeden. In een onderzoek van Ilfeld (1977) bij maar

liefst 2299 personen, bleek een kwart van de variantie in de mate van depressiviteit van deze personen verklaard te worden door sociale stressoren, met name gezinsvariabelen. Barnett en Gotlib (1988) constateerden dat huwelijks- en gezinsproblemen een chronische ondermijning vormen van een positieve zelfwaardering en een luxerende factor voor depressie konden zijn. Creekmore Heim en Snyder (1991) toonden in een fraai geanalyseerd onderzoek aan dat afwezigheid van intimiteit een factor is die in sterke mate het ontstaan en het beloop van depressie bepaalt. De invloed hiervan is bij vrouwen bijna tweemaal zo sterk als bij mannen. Op grond van een uitgebreide studie van de onderzoeksliteratuur komen Gotlib en Beach (1995) tot de conclusie dat de relatie tussen depressie en gezinsfactoren van twee kanten komt. Pressie en conflicten zijn omstandigheden die het ontstaan van depressie bevorderen. Het omgekeerde lijkt echter nog belangrijker. De depressieve persoon beïnvloedt de interactie met de partner en ook met de kinderen.

Het verband tussen depressie en gezinsvariabelen kan ook van spurieuze aard zijn, dat wil zeggen dat er een derde factor is die op beide invloed heeft. Zo beschrijven Riches en Dawson (1996) hoe het verlies van een kind (een van de 'major negative life events') vaak leidt tot depressies bij een of beide ouders en bovendien tot ernstige relatieproblemen. Doordat het rouwproces over het tragische verlies niet synchroon loopt bij de beide ouders ontstaat ontwijking in het huwelijk en het gezinsleven.

Chiariello en Orvaschel (1995) verdiepten zich speciaal in het ontstaan en beloop van depressie bij kinderen en adolescenten. Zij constateerden dat depressie bij jongeren vooral verklaard wordt door de negatieve gedragsspiraal die ontstaat wanneer de moeder depressief is. Het verband is sterker dan op grond van genetische invloeden zou mogen worden verondersteld. De statistische analyses leidden tot de veronderstelling dat men van een wisselwerking moet spreken. Onhandig en onvoldoende opvoedkundig gedrag van de depressieve moeder leidt tot negatieve interacties, die versterken de depressieve kanten bij zowel de moeders als de kinderen, enzovoort. De vaders blijken een minder belangrijke rol in dit proces te spelen.

Als het gezinsklimaat en de interacties een rol spelen bij het ontstaan en het beloop van depressie, dan ligt het voor de hand gezinsleden bij de behandeling te betrekken. Wat laat het onderzoek naar de effecten daarvan zien? Om die vraag te beantwoorden hebben we de resultaten van vijf extensieve studies van de onderzoeksliteratuur vergeleken: Diamond en Siqueland (1995), Gotlib en Beach (1995), Prince en Jacobson (1995), Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto en Stickle (1998), en Beach, Fincham en Katz (1998). Op grond van deze onderzoeken kunnen we voor volwassenen in ieder geval concluderen dat gezins- of relatietherapie de voorkeur verdient boven individuele (cognitieve gedrags)therapie wanneer de huwelijksrelatie van de depressieve persoon slecht is. Dit geldt in het bijzonder voor vrouwen. Positieve effecten van gezins- en relatietherapie zijn vooral gevonden wanneer de depressie niet zeer ernstig was, zonder dreiging van suïcide. Ook zijn er aanwijzingen in de onderzoeksliteratuur dat gezinstherapie bij opgenomen patiënten met een bipolaire stoornis een meerwaarde heeft boven alleen individuele klinische behandeling.

De hierboven besproken onderzoeken hebben gemeen dat het steeds gaat om resultaten op korte termijn. Bovendien vergelijken de onderzoeken veelal individuele therapie

met relatietherapie, of met therapie waarbij de partner weliswaar bij de behandeling is betrokken, maar niet mede het onderwerp is van behandeling. Er blijken nauwelijks studies te zijn naar de resultaten van multidimensionele behandelingen, waarin individuele therapie wordt gecombineerd met relatietherapie, en het accent van geval tot geval kan verschillen. Zowel Hayes en Newman (1993) als Diamond en Siqueland (1995) leggen er de nadruk op dat de schaarse studies naar dergelijke complexere behandeling erop wijzen dat depressieve personen bij uitstek gebaat zijn bij een multidimensionele eclecticische behandeling. Gezinsinterventies kunnen hierin worden gecombineerd met psychofarmaca en individuele cognitieve gedragsinterventies.

## Angststoornissen

Er is flink wat onderzoek dat bevestigt dat de kans op angststoornissen bij kinderen in gezinnen waarin de ouders een overmatig controlerende manier van opvoeden hebben, groter is dan in andere gezinnen (Rapee, 1997). Ginsburg, Silverman en Kurtines (1995) hebben op grond hiervan een multidimensioneel model geformuleerd voor de behandeling van kinderen met angststoornissen. Hierin is plaats voor individueel gerichte interventies die rechtstreeks betrekking hebben op de angsten van het kind en voor interventies met betrekking tot de manier van opvoeden en verhoudingen binnen het gezin. Zij rapporteren hiermee resultaten die positiever zijn dan individuele therapie met angstige kinderen.

Met betrekking tot de angststoornissen bij volwassenen bestaat er al vele jaren discussie over de vraag in hoeverre de kwaliteit van een huwelijk van belang is voor het ontstaan, instandhouden en het behandelen ervan. Wat het laatste betreft: Chambless en Steketee (1999) vonden dat de resultaten van cognitieve gedragstherapie bij agorafobie of dwang negatiever uitvielen bij patiënten die in een gezin verkeerden met een hoog niveau van Expressed Emotion, met name vijandigheid en negatieve kritiek.

Gebaseerd op klinische observaties was Fry (1962) een van de eersten die de opvatting meedeelden dat de fobische patiënt vaak de 'gezonde' partner beschermt, vooral wanneer de 'gezonde' partner extreem jaloers is. Hoewel er enige literatuur is die deze opvatting ondersteunt (Vandereycken, 1983) en hoewel dit standpunt aansluit bij opvattingen die cybernetische gezinstherapeuten huldigen, zijn er weinig feitelijke aanwijzingen dat de huwelijksrelatie een rol speelt in de ontwikkeling van angststoornissen.

Kleiner en Marshall (1987) hielden met vijftig patiënten met een angststoornis retrospectieve, gestructureerde interviews. Op grond hiervan verwierpen zij de hypothese dat angst en paniek van de ene partner functioneel voor de andere partner zou zijn. Er waren geen aanwijzingen dat de angsten de spanningen in het huwelijk deden verminderen, wat men wel moest verwachten als door de symptomen het huwelijk beter zou functioneren. Hun interviews brachten echter duidelijk aan het licht, dat spanningen in de verhouding met de partner en conflicten in het huwelijk bijna altijd voorafgingen aan het ontstaan van de angststoornis. Omgekeerd is er ook onderzoek dat erop wijst dat huwelijksproblemen veroorzaakt kunnen worden door angststoornissen bij een van de partners (Lange & Van Dyck, 1992).



Al met al is er dus genoeg reden om te onderzoeken of het bij de behandeling betrekken van partners en eventueel andere gezinsleden de resultaten van de gebruikelijke behandelingen van angststoornissen vergroot. Er is de laatste jaren dan ook een groot aantal vergelijkende onderzoeken gedaan. Meestal worden daarin individuele behandelingen van de angststoornis, met behulp van exposure en cognitieve therapie, vergeleken met behandelingen waarin de partner en eventueel het gezin op de een of andere manier zijn betrokken. Op grond van een complex overzicht van de onderzoeksliteratuur concluderen Baucom et al. (1998) dat het betrekken van de partner als een soort co-therapeut weinig toevoegt aan individuele therapie. Maar bij paren waarin de huwelijksrelatie slecht is, zijn de resultaten van een combinatie van individuele op de angst gerichte interventies met interventies gericht op de huwelijksrelatie superieur aan individuele behandeling. Daiuto, Baucom, Epstein en Dutton (1998) komen op grond van een vergelijkbaar literatuuronderzoek tot de aanbeveling om in de komende jaren het onderzoek vooral te richten op de manieren waarop men, wanneer patiënten zijn aangemeld voor een angststoornis, kan onderzoeken of de relatie met de partner aanleiding geeft deze bij de behandeling te betrekken.

## Verslaving aan harddrugs

Verslaving aan harddrugs is decennia lang voornamelijk individueel behandeld (vooral met gedragstherapie), overigens met de bekende slechte prognose. In de jaren zeventig van de vorige eeuw kwamen de eerste klinische beschrijvingen waarin aandacht werd geschonken aan de gezinsachtergronden van verslaafden. Het ging hierbij vooral om gezinnen met verslaafde pubers. Reilly (1976) constateerde een overmaat aan negatieve interacties in gezinnen van drugsverslaafden; er was veel aandacht voor de verslaving en weinig aandacht voor positief gedrag. Bovendien waren de ouders niet effectief in het stellen van grenzen aan het gedrag van de verslaafde. Reilly ging ervan uit dat het gedrag van de verslaafde tot doel had (zij het niet opzettelijk) de ouders juist te stimuleren om deze lacunes op te vullen en hun taken te vervullen. Hij beschreef de atmosfeer in deze gezinnen als saai en oppervlakkig met een verholde ondergrond van vijandigheid.

Kaufman (1981) legde de nadruk op overbescherming door de moeder, de vervaging van grenzen tussen de subsystemen in het gezin en de zwakte en ongeïnteresseerdheid van de (vaak aan alcohol verslaafde) vader. Ook hij signaleerde de functie die de verslaving soms kon hebben. De verslaafde zou de aandacht van de zwakke gezinsstructuur afleiden en de ouders een reden geven gezamenlijk controle uit te oefenen. Hierdoor zou het evenwicht in het gezin bewaard worden. Verder zou de communicatie binnen deze gezinnen doorspekt zijn van dubbele boodschappen. Opvallend was ook de grote frequentie van contacten tussen de al niet meer thuis wonende verslaafden en hun gezinnen van herkomst.

Onderzoek van recentere datum laat zien dat gebrek aan hechting, fysiek en seksueel geweld in gezinnen vaak de voorbode zijn van drugsgebruik (Duncan, Saunders, Kilpatrick, Hanson, & Resnick, 1996; O'Donnell, Hawkins, & Abbott, 1995). O'Farrell, Hooley, Fals-Stewart en Cutter (1998) toonden aan dat de mate van Expressed Emotion binnen de partnerrelatie van alcoholisten een rol speelt bij het instandhouden van resultaten die in een individuele behandeling worden geboekt. Alcoholisten die

onderdeel waren van een relatie met een hoog EE-gehalte waren een jaar na een succesvolle behandeling sterker teruggevallen dan alcoholisten die zich in een wat kalmere verhouding mochten verheugen.

Op grond van deze observaties mag men veronderstellen dat gezinstherapie een veelbelovende aanpak is bij drugsverslaving. Er is sinds eind jaren zeventig van de vorige eeuw flink wat onderzoek verricht naar de resultaten daarvan. Een van de meest bekende staat op naam van Stanton en Todd en hun medewerkers (1982). Zij voerden een groot onderzoek uit naar de effectiviteit van structureel-strategische gezinstherapie bij jong-volwassen mannelijke verslaafden, tussen de 20 en 24 jaar, die minstens twee jaar heroïne gebruikten en minstens eenmaal per week contact hadden met hun gezin van herkomst. Allen hadden als soldaat in Vietnam gediend. De onderzoekers vergeleken vier behandelcondities: betaalde gezinstherapie (d.w.z. dat de gezinnen in deze conditie geld kregen wanneer zij zich aan de behandeling onderwierpen), onbetaalde gezinstherapie, individuele (onbetaalde) behandeling van de verslaafde en een controle-‘behandeling’, bestaande uit het kijken naar cultureel-antropologische films. Zes en twaalf maanden na beëindiging van de behandeling was het drugsgebruik in de beide gezinstherapiegroepen meer teruggelopen dan bij de individueel behandelde en bij de controlegroep. Er waren geen verschillen tussen betaalde en onbetaalde gezinstherapie en er waren ook geen verschillen tussen gezinstherapie en individuele therapie wat betreft het gebruik van legale drugs en maatschappelijke integratie (het aantal dagen dat doorgebracht werd op het werk of bij de opleiding die men volgde).

Liddle en Dakof (1995) geven een compleet overzicht van de resultaten naar de effectiviteit van gezinstherapie zoals die in de diverse onderzoeken naar voren komen. Zij schetsen een aantal problemen bij het interpreteren van de vele gegevens. In veel studies is niet helemaal duidelijk om wat voor populatie het gaat, in welke mate er naast de verslaving andere problemen spelen (comorbiditeit) en hoe de (gezins)behandeling er precies uitziet. Niettemin trekken zij de volgende conclusies:

- Voor pubers en jong-volwassenen biedt gezinstherapie betere resultaten dan de gebruikelijke zorg of individuele of groepstherapie. In alle tien van de door hen beoordeelde studies lukte het goed om het gezin te betrekken bij de behandeling en het drugsgebruik terug te dringen. De positieve resultaten bleken in een follow-up periode stand te houden.
- De ernst van de verslaving en de psychosociale situatie van de verslaafde spelen een rol bij de beschouwing van de effectiviteit van gezinsbehandelingen. De meerwaarde van gezinstherapie is extra groot bij ernstige verslaving en asociale criminele milieus. Dit geldt vooral wanneer de gezinstherapie van het multidimensionele type is: pragmatisch en eclecticisch (Henggeler, Melton, Brondino, & Scherer, 1997; Liddle, 1995).
- Er zijn veel meer studies naar de gevolgen van gezinstherapie wanneer het gaat om pubers of jong-volwassenen dan wanneer het gaat om volwassen verslaafden. Fals-Stewart, Birchler en O’Farrell (1996) en Fals-Stewart, O’Farrell en Birchler (1997) tonen aan dat de kosten-batenverhouding positiever is als de partner van de verslaafde bij de behandeling wordt betrokken, in de vorm van aanwezigheid en hulp (*spouse-aided therapy*), dan wanneer de behandeling puur individueel is. In het algemeen zijn de resultaten van gezinstherapie bij volwassen verslaafden minder

positief dan bij jongeren. Gezinstherapie heeft bij hen nauwelijks meerwaarde boven de op het individu gerichte benaderingen.

## Alcoholisme

Men denkt vaak dat verslaving aan alcohol vooral genetisch is bepaald. Tot nog toe zijn er echter geen duidelijke aparte 'alcoholgenen' gevonden en onderzoek bij tweelingen geeft geen eenduidig beeld. Devor (1994) concludeert op grond van een overzicht van het onderzoek dat alcoholproblematiek niet gezien moet worden als een aparte stoornis, maar meestal is gerelateerd aan andere stoornissen en aan sociale omstandigheden. De gezinsachtergrond is een van de belangrijke factoren. In de afgelopen decennia is er veel onderzoek verricht naar het verband tussen gezinssituaties en alcoholisme, vooral van mannen. Onder anderen Jacob en Seilhamer (1987) vonden steun voor de theorie dat mannelijke alcoholisten in eerste instantie agressief gedrag vertonen dat zij vervolgens diskwalificeren door zich hulpeloos op te stellen: 'Ik mag dan wel gemeen en agressief zijn, maar ik kan er niets aan doen; het is het gevolg van de alcohol.' Aldus weten alcoholisten hun gezin in een vaste greep te houden. Zij kunnen dingen doen waarvoor zij niet ter verantwoording kunnen worden geroepen. Door alcohol te gebruiken creëren zij de mogelijkheid om negatieve gevoelens te uiten die anders gedeeltelijk of zelfs geheel worden onderdrukt. Dit patroon is ook beschreven in de literatuur over met alcoholmisbruik gepaard gaande mishandeling van vrouwen (Christensen, 1989). De mishandelende echtgenoot overtuigt zijn vrouw steeds weer dat het fysieke geweld niet bij hem past, en alleen naar voren komt wanneer hij dronken is.

Jacob en zijn collega's (zie o.a. Jacob, 1987; Jacob & Krahn, 1988) onderscheiden verschillende typen alcoholisten. Het lijkt belangrijk hoe de alcohol wordt geconsumeerd en waar. 'Explosieve drinkers' reageren anders dan 'continue drinkers', en 'thuis drinkenden' reageren weer anders dan degenen die voornamelijk buitenshuis drinken. De combinatie van 'explosies' en 'thuis' komt weinig voor, zodat er in werkelijkheid drie typen drinkers zijn (thuis/continu, uit/continu en uit/explosief). Er zijn aanwijzingen dat de reactie van gezinsleden op de explosieve drinker anders is dan die op de continue drinker, vooral in vergelijking met de continue thuisdrinker (Jacob, 1992). Het is vooral de explosieve drinker die de alcohol gebruikt als manier om negatieve gevoelens te uiten zonder ter verantwoording te kunnen worden geroepen. Als iemand thuis 'continu' veel drinkt (en het drinken dus min of meer in het gezinssysteem is geïntegreerd) lijkt de verslaving soms zelfs een positieve functie voor het huwelijk te hebben. Experimenteel onderzoek duidt erop dat deze mannen onder invloed van alcohol in een positievere sfeer conflicten oplossen dan zonder alcohol (Jacob & Leonard, 1988). Bij vrouwen die te veel alcohol gebruiken, zijn er geen aanwijzingen voor een dergelijk verband.

Zoals valt te verwachten zijn er veel onderzoeksgegevens die wijzen op een verband tussen alcoholisme en moeilijkheden in de relatie met de partner (Epstein & McCrady, 1998). Dezelfde auteurs tonen echter ook aan dat er geen duidelijkheid is over de causaliteit. Alcoholmisbruik blijkt de oorzaak van huwelijksproblemen te kunnen zijn, maar ook het gevolg. Bovendien gaat alcoholmisbruik van de ene partner vaak gepaard met psychische problematiek zoals depressie bij de andere partner.

Het ligt gezien de invloeden op en van de omgeving van de alcoholist voor de hand om die omgeving bij de behandeling te betrekken. Toch zijn de gegevens daarover niet eenduidig positief. De eerste gecontroleerde experimenten vergeleken individuele behandeling van alcoholisten (inclusief Antabustabletten) met een behandeling waarbij ook de partner was betrokken (O'Farrell & Cowles, 1989; O'Farrell, Cutter, & Floyd, 1985). In beide condities werd het alcoholmisbruik slechts tijdelijk teruggedrongen.

Bennun (1988) vergeleek een vorm van cybernetische gezinstherapie met een 'standaardbehandeling' die bestond uit cognitieve interventies en gedragsinterventies. Ook hier waren de resultaten bescheiden. Op basis van een studie van de onderzoeksliteratuur komen Epstein en McCrady (1998) tot andere bevindingen. Zij concluderen dat op de alcoholproblematiek gerichte cognitieve gedragstherapie, gecombineerd met farmacologische interventies (bijv. Antabus) betere resultaten oplevert als de partner bij de behandeling wordt betrokken dan wanneer de behandeling individueel wordt uitgevoerd.

Het meest uitgebreide overzicht van de literatuur staat op naam van Edwards en Steinglass (1995). Zij beoordeelden diverse vormen van gezinstherapie, waaronder *unilateral family therapy*, waarbij de niet-drinkende partner geïnstrueerd wordt hoe zij het beste kan omgaan met haar alcoholistische partner die weigert zich te laten behandelen. Men kan dit ook beschouwen als een vorm van 'mediatietherapie'. De bevindingen zijn niet denderend. Weliswaar is op korte termijn in het algemeen gezinstherapie, met op de alcoholist gerichte interventies, superieur aan alleen individuele behandeling, maar deze effecten zijn meestal na een jaar verdwenen. Edwards en Steinglass wijten dit aan de vaak gebrekkige nazorg. Verder vonden zij nog intrigerende gegevens met betrekking tot de volgende variabelen:

- Sekse van de patiënt. Behandelingen van mannelijke alcoholisten, waarbij de niet-drinkende vrouw werd meebehandeld, waren succesvoller dan behandelingen van vrouwelijke alcoholisten waar de niet-drinkende man meekwam.
- Kwaliteit van de onderlinge verhouding. Wanneer de verhouding met de partner zeer slecht was, had het betrekken van die partner bij de behandeling juist minder effect. Dit is tegengesteld aan wat men zou mogen verwachten, en ook tegengesteld aan bevindingen van relatietherapie bij de behandeling van depressieve patiënten.
- Betrokkenheid van het gezin bij abstinentie. Er zijn nogal wat gezinnen met alcoholisten waar het drankgebruik van de patiënt hoort bij het gedragspatroon van het gezin. In dergelijke gezinnen blijkt gezinstherapie alleen iets op te leveren als daar eerst iets aan wordt gedaan.

Edwards en Steinglass (1995) signaleren een aantal tekortkomingen in de meeste studies waardoor de effecten van de gezinsbehandelingen negatief waren beïnvloed. Zo wordt er in de behandelprotocollen te weinig rekening gehouden met de aard van het alcoholgebruik. Explosieve drinkers en hun gezinnen moeten anders worden behandeld dan regelmatige drinkers. Hierbij aansluitend constateren zij dat geen van de experimentele behandelprotocollen een taxatie van de gezinssituatie en het afstemmen van de behandeling daarop toestond.

McCrady en Epstein (1995) onderkennen de beperkingen van de meest onderzochte behandelprotocollen en beschrijven een veel complexer behandelmodel, waarin taxatie en behandeling van de individuele component stapsgewijs kunnen worden aangepast

aan de unieke karakteristieken van de betreffende patiënt en diens gezinsleden. Het behandelprotocol van O'Farrell (1993) komt aardig in de buurt. Hij beschrijft een uitgebreid programma dat uit drie op elkaar volgende delen bestaat: zes tot acht wekelijkse sessies met elk paar apart, tien groepsessies met de paren, een sessie gewijd aan *transfer of change* (handhaven van de veranderingen), en follow-ups tot twee jaar na afsluiting van de behandeling. Het programma bevat een Antabus-contract (de alcoholist verplicht zich tot het innemen van een middel dat hem bij alcoholinname doet braken) en interventies die rechtstreeks zijn gericht op het verbeteren van de onderlinge verhouding tussen hem en zijn partner (communicatie-oefeningen, expressie van positieve gevoelens, gedragscontracten, etc.). De resultaten zijn twee jaar na afsluiten van de behandeling veel beter dan die van individuele behandeling van de alcoholist.

## Eetstoornissen

In het prachtige boekje *Ellen West, een klassiek geval* (Binswanger, geredigeerd en becommentarieerd door Vandereycken en Van de Loo, 1991) presenteren de laatste auteurs een beroemd geworden casus van de eerste auteur uit het begin van de vorige eeuw. Het gaat om een meisje dat vanaf haar jeugd in gevecht is geweest met overmatig strikte gezinsnormen. Zij werd behandeld voor schizofrenie terwijl zij in werkelijkheid leed aan ernstige anorexie, afgewisseld met boulimische episodes. Salvador Minuchin is een van de commentatoren die over deze casus aan het woord is gelaten. Hij legde de nadruk op de omissie van Binswanger om het gezin bij de behandeling te betrekken terwijl het toch duidelijk moest zijn dat het ontbreken van grenzen en overmatig controlerend gedrag een belangrijke factor was in het ontstaan van de anorexie. Ook Carl Rogers, de grondlegger van de *cliënt centered*-therapie, gaf zijn mening over deze casus. Het is opvallend dat ook hij de rol onderstreepte van de familie die het de patiënt onmogelijk had gemaakt om te leren ooit op een normale manier voor zichzelf te kiezen. Ellen West pleegde uiteindelijk, na vele jaren van behandeling, zelfmoord. Men kan zich niet aan de indruk onttrekken dat dit vermeden had kunnen worden als de behandelaar (de Zwitserse psychiater Binswanger) zich niet als instrument van de (welgestelde) familie had laten gebruiken maar zou hebben geprobeerd om ook de normen, waarden en gedragingen van de familie ter discussie te stellen.

Gezien voornoemde leek het een goede ontwikkeling dat, vanaf de jaren zeventig, gezinstherapeuten zich sterk begonnen te maken voor een gezinsgerichte behandeling van patiënten met eetstoornissen. Dit gebeurde in eerste instantie onder invloed van de cybernetische gezinstherapie (Selvini Palazzoli, 1974). Zij ging er op grond van klinische impressies van uit dat anorexiëpatiënten een functie hadden voor het handhaven van het evenwicht in het gezin. Ondanks dat haar stellingname nooit door enig onderzoek is ondersteund, hebben deze opvattingen vele gezinstherapeuten beïnvloed, soms met desastreuze gevolgen doordat men naliet de patiënte te behandelen.

De structurele gezinstherapeuten Minuchin, Rosman en Baker (1978) concludeerden op grond van een klassiek geworden studie dat gezinnen van patiënten met anorexie gekenmerkt worden door een overmaat aan *enmeshment* (kluwen), overbescherming, rigiditeit en gebrek aan probleemoplossend vermogen. Coyne en Anderson (1988) lieten na een zorgvuldige analyse van de oorspronkelijke gegevens weinig heel van dit

onderzoek. Zij toonden aan dat de data op een statistisch ontoelaatbare wijze waren bewerkt en dat de conclusies die Minuchin c.s. trokken niet op de beschreven gegevens waren gebaseerd, maar op een rapport dat 'in druk' zou zijn maar nooit was gepubliceerd. Hernieuwde analyses door Coyne en Anderson lieten zien dat de gegevens van het onderzoek geen reden gaven om van een vast gezinspatroon te spreken, en dat de patiënten het gezin ook niet beschermden met hun symptomen. Wat Minuchin en zijn collega's omschreven als 'overprotectie' en enmeshment, kon volgens Coyne en Anderson met evenveel en misschien meer recht gezien worden als adequate reacties van het gezin op de lichamelijke crises van de patiënt. En wat betreft de 'rigiditeit' van de gezinnen: die kon worden geïnterpreteerd als het begrijpelijke verzet van de gezinsleden tegen de foutieve duidingen van de therapeut, die inhielden dat de problemen meer aan het gezin zouden liggen dan dat ze van medische aard zouden zijn. Verder stelden Coyne en Anderson (1989) vast dat de genoemde gezinsfactoren, zoals problemen tussen de ouders, overprotectie en psychische symptomen bij de ouders, geenszins specifiek zijn voor gezinnen waar patiënten met eetstoornissen deel van uitmaken.

De conclusies van Coyne en Anderson (1988; 1989) werden ten dele ondersteund door onderzoeken van Grigg, Friesen en Sheppy (1989) en Marcus en Wiener (1989). In de twee laatstgenoemde studies vonden de onderzoekers weliswaar een aantal variabelen waarop de door hen onderzochte gezinnen met een anorexiëpatiënte verschilden van vergelijkbare controlegezinnen, maar toch bleek dat er niet zoiets als een anorexogene gezinsstructuur bestond. Hun conclusies sloten aan bij die van Garfinkel en Garner (1982), dat er geen uniek patroon is bij anorexia nervosa en dat er waarschijnlijk verschillende interactionele patronen zijn die anorectische symptomen kunnen oproepen of instandhouden. De term 'anorectisch gezin' of 'boulimisch gezin' zou dan ook niet moeten worden gebruikt. Recenter onderzoek van Gowers en North (1999) ondersteunt deze conclusie. In een zeer interessante studie stelden Robin, Siegel en Moye (1995) vast dat na een individuele succesvolle behandeling van anorexie de gezinspatronen verbeterden: de zogenaamde 'overprotectie' nam af. Ook dit leidt tot de conclusie dat het concept 'overprotectie' verworpen dient te worden en dat men in gezinnen met dit soort problemen beter kan spreken van 'begrijpelijke noodzaak tot protectie'.

Dit alles neemt niet weg dat gezinsfactoren vaak, zij het niet altijd op dezelfde manier, bijdragen aan het ontstaan en handhaven van eetstoornissen. Vanderlinden en Vandereycken (1997) stelden vast dat een hoog percentage patiënten met eetstoornissen in de jeugd emotioneel en seksueel was misbruikt. Draijer (1996) komt in haar onderzoek bij opgenomen patiënten tot dezelfde conclusies. Latzer en Gaber (1998) vergeleken hoe 40 gezinnen met een anorexiëpatiënte een probleemoplossende taak uitvoerden en hoe 40 controlegezinnen dit deden. De gezinnen met een anorexiëpatiënte hadden meer moeite om bij het onderwerp van discussie te blijven en tot een gemeenschappelijke oplossing te komen. Het is echter de vraag of dit specifiek is voor eetstoornispatiënten. Van Furth et al. (1996) stelde in een experimenteel onderzoek vast dat de mate van Expressed Emotion van de moeders van anorexiëpatiënten doorslaggevend was voor het succes van de behandeling. Humphrey (1994, besproken door Diamond et al., 1996) constateert op grond van een review van 19 studies dat gezinnen met een kind met boulimie, of met de combinatie van boulimie

en anorexie, slechter functioneren dan gezinnen met kinderen die uitsluitend anorectische symptomen vertonen. De eerstgenoemde gezinnen vertonen meer vijandigheid, chaos, isolement en minder 'warmte'. Daar staat tegenover dat gezinnen met anorectische kinderen meer afhankelijkheid en starheid vertonen. Van den Broucke, Vandereycken en Vertommen (1995) hebben onderzoek gedaan naar de relatie tussen volwassen patiënten met eetstoornissen en hun partner. Zij stelden vast dat de intimiteit tussen de partners lager was dan bij controlegezinnen. Root (1995) komt ten slotte op grond van een overzicht van de onderzoeksliteratuur tot de conclusie dat er geen eenduidige etiologische factor is die het ontstaan van eetstoornissen verklaart. Maar er is volgens haar wel een wisselwerking tussen partners en patiënten met eetstoornissen. Zelfs als de eetstoornis chronologisch voorafgaat aan de relatieproblemen, blijkt de manier waarop de partners met elkaar omgaan de problemen eerder in stand te houden of zelfs te verergeren dan teniet te doen.

De laatste jaren worden bij eetstoornissen redelijk hoge succespercentages gevonden van individuele cognitieve gedragstherapie, vooral als het gaat om boulimia nervosa (Lewandowsky, Gebin, Anthony, & O'Brien, 1997; Robin, Gilroy, & Dennis, 1998). Hun met veel gegevens onderbouwde bevindingen laten echter zien dat dit vooral geldt voor volwassenen. Gaat het om kinderen en adolescenten dan wijzen de onderzoeksresultaten op het belang van het involveren van het gezin bij de behandeling (Robin et al., 1998). Wel blijkt bij langdurige follow-up dat er, evenals na individuele therapie, vaak terugval is geweest. Lebow en Gurman (1996) verklaren dit doordat in de strakke onderzoeksdesigns waarop deze bevindingen zijn gebaseerd, geen plaats is voor langer durende therapieën of zorg na afloop van de behandelingen, terwijl die vaak wel nodig zijn.

Ondanks dat er geen eenduidig patroon in de gezinnen is vast te stellen, geven bovenstaande gegevens genoeg redenen om gezinnen van patiënten met een eetstoornis te betrekken bij de behandeling. Dare, Eisler, Russell en Szmukler (1990) toonden aan dat structureel-strategische gezinstherapie in vergelijking met individuele therapie vooral effectief is bij jonge patiënten met anorexie, bij wie de ziekte bovendien van recente aard is. Dodge, Hodes, Eisler en Dare (1995) tonen de meerwaarde van gezinsbehandeling aan in een kwantitatieve studie met boulimiepatiënten in hun puberteit. Hun studie, die minder strak is opgezet dan gebruikelijk, laat duidelijk zien hoe moeilijk het is om een protocol te maken dat afdoende is voor alle verschillen die er binnen de onderzochte groep heersen.

## Lichamelijke aandoeningen

Wickramasekera (1995) onderscheidt vier soorten somatische ziekten: aandoeningen waar zowel lichamelijke als psychische oorzaken voor zijn gevonden, aandoeningen waarvoor alleen lichamelijke oorzaken zijn vastgesteld, aandoeningen waarvoor geen lichamelijke maar wel psychische factoren zijn en aandoeningen waarvoor in het geheel geen oorzakelijke of instandhoudende factor is gevonden. Vroeger gebruikte men de term 'psychosomatisch' als men vermoedde dat bepaalde lichamelijke aandoeningen geen somatische oorzaak hadden. Tegenwoordig is men wat bescheidener en spreekt men van 'onbegrepen lichamelijke klachten' of van 'somatoforme stoornissen' (American

Psychiatric Association, 1994). We zullen ons in deze paragraaf vooral bezighouden met wat er bekend is van onderzoek naar de wisselwerking tussen gezinsfactoren en somatische ziekten en in hoeverre gezinsinterventies een rol spelen bij het beheersen daarvan.

Evenals voor eetstoornissen was de structurele gezinstherapie in de jaren zeventig van de vorige eeuw toonaangevend met betrekking tot theorie en onderzoek over het verband tussen gezinspatronen en lichamelijke klachten. De in de vorige paragraaf genoemde studie van Minuchin et al. (1978) speelde daarin een belangrijke rol. Echter, evenals voor eetstoornissen toonden Coyne en Anderson (1988; 1989) aan dat men niet van een 'psychosomatisch gezin' mocht spreken. Bij gezinnen waarin een kind of adolescent lijdt aan lichamelijke stoornissen als bijvoorbeeld astma, suikerziekte of migraine, waren de ouders niet overbeschermend maar juist terecht beschermend. Het waren de lichamelijke problemen die de gezinsinteracties opriepen en niet andersom (Glick Miller, 1996; Meijer & Oppenheimer, 1995; Osterhaus, 1998).

Campbell en Patterson (1995) onderzochten de onderzoeksliteratuur op dit terrein. Zij stelden vast dat, evenals bij schizofrenie, depressie en eetstoornissen, het gezinsklimaat een rol speelt in de beheersbaarheid van diverse lichamelijke klachten. Lichamelijke aandoeningen zijn beter beheersbaar, beter te behandelen, in gezinnen waarin een steunende, niet-kritische sfeer heerst dan in gezinnen of bij paren waar vijandigheid en negatieve kritiek de toon zet. Deze bevindingen stemmen overeen met die van bijvoorbeeld Meijer en Oppenheimer (1995). Zij stelden vast dat de puur somatische behandeling van kinderen met astma succesvoller is naarmate de ouders het beter met elkaar kunnen vinden. Deze gegevens komen overeen met de meer algemene theorie dat gebrek aan steun een risicofactor is voor de gezondheid en, omgekeerd, dat het krijgen van steun een positieve factor is in de beheersing van lichamelijke aandoeningen (Wickramasekera, 1995).

Pennebaker's (1993) inhibitietheorie geeft een andere interessante invalshoek. Hij stelt dat het onderdrukken van emoties een permanente fysiologische *arousal* met zich meebrengt die op den duur lichamelijke klachten kan veroorzaken en de beheersbaarheid van bestaande klachten doet verminderen. In gezinnen waarin het klimaat vijandig en onveilig is moet men voorzichtig zijn met het delen van gevoelens, waardoor fysiologische *arousal* langdurig kan blijven bestaan. Rechtstreekse empirische steun voor deze aansprekende theorie is echter nog niet voorhanden. In een fraaie studie naar de beheersbaarheid van reumatoïde artritis vonden Smyth, Stone, Hurewitz en Kaell (1999) echter wel indirecte steun voor de positieve rol van het delen van verdriet over lichamelijke aandoeningen. Patiënten die hun verdriet aan het papier toevertrouwden (zij schreven een brief), functioneerden lichamelijk beter dan een controlegroep die niet had geschreven. De verschillen bleven tijdens een follow-up periode van vier maanden gehandhaafd.

Er is volgens Campbell en Patterson (1995) nogal wat onderzoek over het verband tussen gezinsinteracties en ziekten van kinderen en adolescenten. Er is minder van dit soort onderzoek over lichamelijke ziekten bij volwassenen. Een uitzondering is het terrein van de hart- en vaatziekten. Er is veel onderzoek waaruit blijkt dat een steunende verhouding met de partner, de kans op overleving en de kwaliteit van leven positief



beïnvloedt. Interessant zijn de klassiek geworden experimentele studies van Gottman (1994) waarin hij aantoont dat er een sterke associatie is tussen de aard van de interactie tussen partners en de hoogte van de systolische bloeddruk. Hoe negatiever de onderlinge omgang hoe hoger de systolische bloeddruk.

Booth en Johnson (1994) voerden een onderzoek uit bij een representatieve steekproef van 1298 getrouwde paren. Zij stelden vast dat de kwaliteit van de onderlinge verhouding invloed uitoefende op de mate van lichamelijke achteruitgang in een periode van drie jaar: hoe beter de verhouding hoe minder de toename van somatische klachten.

De laatste decennia zijn in toenemende mate gevallen aan het licht gekomen van lichamelijke aandoeningen bij kinderen en adolescenten, die wel op zeer rechtstreekse manier met het gezin te maken hebben. Het gaat hierbij om lichamelijke aandoeningen die vanuit een pathologische behoefte bewust worden veroorzaakt door een van de ouders. Er is nog betrekkelijk weinig systematisch onderzoek gepleegd naar dit *Münchausen-by-proxy syndrome* (MBPS) of *Factitious-disorder-by-proxy syndrome* (FDBP; Sanders, 1995). Het gaat om een ongewone variant van kindermishandeling, waarbij de ouder verhalen verzint over lichamelijke aandoeningen en symptomen van hun kinderen, die resulteren in onnodige onderzoeken, behandelingen en ziekenhuisopnames. De naam is ontleend aan de verzonnen verhalen van baron Von Münchhausen. Meestal 'onderbouwen' de ouders hun verhalen door zelf ervoor te zorgen dat de kinderen de fysieke symptomen krijgen die bij de verzonnen ziekte horen. Het toedienen van verkeerd voedsel of vergif, maar ook fysiek geweld, zijn methoden die zij hierbij gebruiken.

In twee van de weinige systematische studies over MBPS komen Mercer en Perdue (1994) en Loader en Kelly (1996) tot gelijklopende beschrijvingen. De aandoeningen die als gevolg van MBPS optreden en waarmee de kinderen worden aangemeld, variëren van braken, diarree, huidziekten, hoge bloeddruk tot ondergewicht (anorexie). De geraffineerde methoden die de ouders soms gebruiken, maken dat MBPS vaak levensbedreigend is, ook omdat de oorzaak vaak niet of te laat wordt onderkend waardoor goedbedoelde maar verkeerde medische behandeling de gevaren nog vergroot. Verder stellen zij de volgende feiten vast:

- Evenveel jongens als meisjes zijn slachtoffer van MBPS.
- Het is bijna altijd de moeder die de verhalen verzint en de aandoeningen veroorzaakt.
- De moeder is meestal zelf in het verleden slachtoffer geweest van lichamelijk geweld en emotionele verwaarlozing.
- De moeder heeft in haar eigen jeugd veel vage en niet te verklaren ziekten gehad.
- De moeder heeft ook de neiging tot simuleren van eigen lichamelijke klachten.
- De moeder heeft veel interesse in geneeskunde en heeft vaak gewerkt in een paramedisch beroep, bijvoorbeeld als verpleegkundige of laborante.
- De moeder is vaak afkomstig uit een gezin van hogere sociale status dan haar echtgenoot.
- De moeder ervaart vaak een tekort aan aandacht van haar echtgenoot, op wie zij bovendien neerkijkt wegens diens geringe sociale status. Er is geen intimiteit in het huwelijk.
- Het MBPS kan gezien worden als functioneel voor het verkrijgen van aandacht (niet van de partner, dan maar van de artsen). Het leidt af van spanningen in het huwelijk en, door de gespreksstof die het oplevert, bevordert het intimiteit tussen de ouders.

Gezien de forse hoeveelheid literatuur over de samenhang tussen gezinskarakteristieken en lichamelijke klachten, is het niet verwonderlijk dat er veel onderzoek is naar de toegevoegde waarde van gezinsbehandeling bij lichamelijke klachten. Campbell en Patterson (1995) beoordeelden een groot aantal onderzoeken op dit terrein. Zij stelden vast dat er relatief weinig gecontroleerd onderzoek is uitgevoerd. Het meeste onderzoek heeft betrekking op de psycho-educatieve gezinstherapie. Die laten positieve resultaten zien voor de behandeling van diabetes, astma, pijnklachten en een aantal andere chronische ziekten bij kinderen en adolescenten. Ten aanzien van volwassenen springen vooral de gecontroleerde onderzoeken naar de doelmatigheid van relatietherapie gecombineerd met psycho-educatie bij de behandeling van hart- en vaatziekten in het oog. Voor hoge bloeddruk had deze combinatie positievere gevolgen dan traditionele behandelingen, individuele counseling of steunende gezinsgesprekken. Het had echter geen meerwaarde in de behandeling na een hartinfarct. Campbell en Patterson (1995) concluderen ten slotte dat bij lichamelijke klachten de psycho-educatieve gezinsbehandeling in het algemeen de beste resultaten lijkt te leveren, maar dat de meeste onderzoeken moeilijk zijn te interpreteren doordat de gezinsbehandelingen vaak gepaard gaan met andere interventies.

## Verstoorde verhoudingen tussen partners

In hun recente overzicht van onderzoek naar de doelmatigheid van relatietherapieën maken Baucom et al. (1998) onderscheid tussen behandelingen die doelmatig zijn gebleken (beter dan wachtlijst) en behandelingen die doelmatig en specifiek zijn (beter dan andere behandelingen). 'Doelmatig' wil dan zeggen dat de behandeling heeft geleid tot positievere scores op een aantal instrumenten die de kwaliteit van de relatie meten. Scheiding, al zou die door beide partners als positief worden beschouwd, telt nimmer als een positief resultaat van de behandeling. Zij onderzochten op basis van deze uitgangspunten de door hen als volgt aangeduide stromingen: *Behavioral Marital Therapy* (BMT), de *Cognitive Behavioral Marital Therapy* (CBMT, cognitieve gedragstherapeutische model), *Insight Oriented Marital Therapy* (IOMT, inzichtgevende relatietherapie) en *Emotion Focused Therapy* (EFT). De EFT komt dicht bij wat wij het psychodynamische model noemden. De inzichtgevende relatietherapie zoals zij die beschrijven is breder. Het blootleggen van verwachtingen uit het verleden is een belangrijk onderdeel. Wat dit betreft lijkt IOMT op het transgeneratiele model. Maar het inzichtgevende model zoals door Baucom et al. (1998) omschreven, richt zich ook op huidige rolpatronen, taken, machtsverhoudingen, enzovoort.

Als men de vele onderzoeken op een rij legt wordt duidelijk dat de behandelingen in alle vier genoemde stromingen als doelmatig zijn te beschouwen. Dit wil zeggen dat in betreffende onderzoeken een significante meerwaarde boven wachtlijstcondities is gevonden. Er is weinig onderzoek waaruit blijkt dat een van de stromingen betere resultaten boekt dan de andere. Het onderzoek van Snyder, Wills en Grady-Fletcher (1991) vormt hierop een uitzondering. Zij voerden een follow-up uit bij een onderzoek waarin IOMT was vergeleken met BMT. Vier jaar na afloop van de behandeling bleek de inzichtgevende behandeling de betere resultaten te hebben opgeleverd: minder scheidingen, betere relaties. Baucom et al. (1998) wijzen in hun bespreking van dit onderzoek op enkele methodologische onvolkomenheden en op het feit dat de onderzoekers aanhangers waren van de 'superieure' conditie. Deze argumenten lijken

niet overtuigend. Een betere verklaring voor de bevindingen van Snyder et al. (1991) lijkt te zijn dat de IOMT breder is dan de strikt gedragstherapeutische benadering. Echtparen met onderlinge problemen hebben waarschijnlijk op de lange duur meer nodig dan alleen technieken om het gedrag te veranderen. Deze gedachte vindt steun in bevindingen van Christensen en Jacobson (1995, geciteerd door Baucom et al., 1998). Zij stelden vast dat een behandeling waarin naast gedragsverandering expliciet aandacht wordt geschonken aan gevoelsaspecten zoals 'acceptatie', betere resultaten opleverde dan een strikt op gedrag gerichte behandeling.

Al met al suggereren de beschikbare gegevens dat het onderzoek naar de doelmatigheid van relatietherapie zich niet moet beperken tot het vergelijken van 'uitgeklede' therapieprotocollen, maar zich ook dient te richten op meer ingewikkelde vormen waarin elementen uit de verschillende modellen worden gecombineerd. Het is om die reden dat Dunn en Schwebel (1995) ervoor pleiten om niet alleen de *overall*-resultaten te bestuderen maar vooral te onderzoeken wat in complexe relatietherapieën de werkzame bestanddelen zijn. In een onderzoek van Lange, Bond, Brugman en Duurland (1995) werden zes paren met behulp van een gestructureerd interview ondervraagd over relatietherapie die zij vijf jaar daarvoor hadden ondergaan. Zowel de cliënten als de behandelaar konden aangeven in hoeverre zij de behandeling succesvol vonden en welke interventies een cruciale rol hadden gespeeld. Het resultaat van de behandeling werd door alle paren als positief beschouwd. Hoewel de verwachting was dat vooral de huiswerkopdrachten hierbij een rol hadden gespeeld, noemde meer dan de helft van de cliënten specifieke feedback op hun eigen functioneren of op dat van hun partner als cruciaal. Inzicht en gedragsverandering werken kennelijk bevruchtend op elkaar.

Ondanks de in het algemeen gevonden meerwaarde van relatietherapie boven het niet-behandelen van relatieproblemen, signaleren Bray en Jouriles (1995) dat gemiddeld zo'n 50% van de paren niet verbetert, terugvalt of uiteindelijk toch scheidt. Zij verklaren dit doordat de onderzochte protocollen vaak wat mager zijn en zeker niet genoeg om partners voor vele jaren te behoeden voor terugval. Bovendien worden de cijfers gedeflatteerd doordat scheiding zonder meer als een negatieve uitkomst wordt beschouwd. Volgens Bray en Jouriles is dat wel begrijpelijk, maar toch onterecht. Er zijn situaties waarin een harmonieuze scheiding een prima uitkomst is.

## **Beschouwing over het onderzoek naar psychische stoornissen, gezinsinteracties en gezinstherapie**

### ***Effecten bij as-I-stoornissen***

Enkele decennia geleden plachtten gezinstherapeuten hun behandelingen te evalueren in termen van verandering in gezinsinteracties. Hierin is de laatste jaren terecht verandering gekomen. Een behandeling van een depressieve patiënt kan bijvoorbeeld nimmer als geslaagd worden beschouwd als de patiënt nog steeds depressief is, zelfs al is de sfeer in het gezin opgeknapt.

Hoe staat het nu in het algemeen met de effecten van gezinstherapie op psychische stoornissen? De literatuur die we in voorgaande paragrafen hebben besproken over

de doelmatigheid van gezinstherapie (waarbij relatietherapie is inbegrepen) leidt tot de volgende conclusies:

- Gezins- of relatietherapie blijkt beter te zijn dan geen behandeling of een placebo behandeling voor: schizofrenie bij volwassenen, autisme bij kinderen, ambulante behandelde depressieve vrouwen met relatieproblemen, alcohol bij volwassenen, drugs bij volwassenen en pubers, sommige lichamelijke klachten bij zowel kinderen als volwassenen, gedragsstoornissen bij pubers, en anorexie bij meisjes in de jonge puberteit. Bij geen van de beoordeelde onderzoeken had gezinstherapie een negatief effect.
- In veel van de hiervoor besproken onderzoeken is gezinstherapie gecombineerd met op het individu gerichte interventies. Dergelijke gezinstherapie is op de meeste van de hierboven besproken gebieden ook doelmatiger gebleken dan individuele behandelingen. Dat geldt bijvoorbeeld voor schizofrenie bij volwassenen, ambulante behandelde depressieve vrouwen met relatieproblemen, alcoholisme bij volwassenen, drugsgebruik bij adolescenten en volwassenen, gedragsstoornissen bij adolescenten, anorexie bij jong adolescenten vrouwen en autisme bij kinderen.
- Bij sommige stoornissen is gezinstherapie sec, zonder op het individu gerichte interventies, niet doelmatig. Doelmatige gezinstherapie, voor bijvoorbeeld depressie of schizofrenie, dient dus ook individuele cognitieve interventies en/of medicatie te bevatten.

### ***De maatschappelijke kosten/effectiviteit van gezinsbehandeling***

Pinsof en Wynne (1995) wijzen erop dat men bij de beoordeling van behandelingen niet alleen moet kijken naar de resultaten voor de aangemelde patiënt, maar ook naar wat het de maatschappij kost en oplevert. Bray en Jouriles (1995) becijferen dat een gemiddelde relatietherapie de gemeenschap nog geen 20% kost van wat een snelle en goedkope echtscheiding kost. Meer in het algemeen concluderen Pinsof en Wynne (1995) dat de geïntegreerde gezinstherapieën maatschappelijk gezien waarschijnlijk extra voordelig zijn. Zij hebben niet alleen gevolgen voor de aangemelde patiënt maar voorkomen vaak negatieve ontwikkelingen voor andere gezinsleden, een belangrijke kostenbesparing. Er zijn hierover echter nog geen duidelijke cijfers voorhanden.

### ***Verskillende vormen waarin gezinsleden zijn betrokken bij de behandeling***

Baucom et al. (1998) onderscheiden binnen de onderzoeken drie vormen van gezinstherapie: a) de traditionele gezinstherapie, waarin het gezin of de relatie het onderwerp van behandeling is; b) 'stoornisgerichte' gezinstherapie, waarin de aandacht is gericht op de stoornis van de aangemelde patiënt en op de manier waarop de gezinsleden de stoornis instandhouden of zelfs bekrachtigen; en c) gezinsbehandeling waarbij het gezin slechts als hulp bij de behandeling van het individu is betrokken. Betrekken van het gezin op de manieren b en c komt in de onderzoeksliteratuur het meest voor, waarschijnlijk doordat het relatief gemakkelijk is om daarvoor standaard protocollen te schrijven. De psycho-educatieve gezinstherapie en de probleemoplossende gezinstherapie passen het meeste bij type b en c. De andere stromingen treft men meer onder type a aan.

Verschillende stoornissen vragen ten dele om verschillende behandelvormen. Bij schizofrenie en bipolaire stemmingsstoornissen is de behandeling vooral gericht op het geven van voorlichting en op het verminderen van confrontaties en spanning binnen het gezin, in combinatie met het verstrekken van psychofarmaca (type b en c van de hierboven genoemde drie soorten). Bij verslaving zijn individuele procedures, gericht op responspreventie en zelfcontrole, in ieder geval noodzakelijk. Het is echter verstandig de gezinsleden actief bij de behandeling te betrekken, teneinde invloed op de bekrachtigingspatronen te kunnen uitoefenen (type b en soms ook a). Dit geldt ook bij sommige patiënten (meestal vrouwen) met unipolaire depressie in een problematische gezinssituatie. Ook bij gedragsproblemen bij kinderen zijn de andere gezinsleden meestal meer dan medehulpverleners en zijn zelf onderdeel van de behandeling.

## **Kloof tussen onderzoek en praktijk**

De onderzoeksgegevens zijn niet alleen maar juichend. Bij alcoholisme en depressie laten de vergelijkende studies bij follow-ups na meerdere jaren veel terugval zien, waardoor de uiteindelijke doelmatigheid van gezinstherapie niet groter lijkt te zijn dan van individuele behandelingen. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de strakke methodologische eisen van vergelijkend onderzoek. Er is een kloof tussen de klinische praktijk en de protocollen die in onderzoek worden gebruikt. Juist wanneer het gezin bij de behandeling wordt betrokken is niet te voorzien welke problemen aan het licht zullen komen en wat de ideale mix van interventies moet zijn. Dit geldt ook voor de duur van de behandeling. In hun studie over een gezinsgerichte behandeling van boulimia nervosa kiezen Dodge et al. (1995) daarom voor een protocol dat meer ruimte laat voor aanpassing aan de specifieke constellatie in het gezin.

In hun overzicht van gezinsinterventies bij lichamelijke klachten wijzen Campbell en Patterson (1995) erop dat er eigenlijk geen strikt protocol is te schrijven voor dit soort klachten. Gezinnen kunnen niet altijd op dezelfde manier worden benaderd. Bij sommige gezinnen kan men slechts via een omweg 'binnenkomen'. Als het behandelprotocol dit niet toestaat dan vallen deze gezinnen bij voorbaat af. Andere gezinnen hebben bijvoorbeeld externe hulp nodig, in de vorm van maatschappelijk werk. Als dit niet is in te passen binnen het onderzoeksprotocol vallen dergelijke gezinnen af. Sommige gezinnen hebben gewoonweg meer zittingen nodig omdat er meer problemen zijn dan in andere gezinnen.

Het ligt voor de hand om de komende decennia de aandacht wat meer te richten op onderzoek waarin de methodologische criteria wat de protocollen betreft minder rigide worden gehanteerd, om meer recht te kunnen doen aan de klinische praktijk. Dit betekent overigens niet dat de methodologische eisen van wetenschappelijk klinisch onderzoek moeten worden afgevlakt. De accenten kunnen worden verlegd: bij vergelijkend onderzoek moet in de protocollen weliswaar meer ruimte komen voor aanpassen aan de cliënten, maar dit dient gepaard te gaan met grotere steekproeven. Hierdoor zijn ondanks de verschillen binnen de onderzoeksgroepen de verschillen daartussen dan toch aantoonbaar (Pinsof & Wynne, 1995).

## Comorbiditeit

In de vergelijkende onderzoeken wordt comorbiditeit van stoornissen (bijvoorbeeld het samengaan van angst en depressie, of verslaving en schizofrenie) meestal uitgesloten. Aan een onderzoek naar paniekstoornis kunnen patiënten die ook depressief zijn dan niet meedoen. In de praktijk ligt het echter anders. Bij veel patiënten gaan angst en depressie juist samen. Het is zelfs de vraag of het begrip comorbiditeit niet een onwenselijk artefact is van het tegenwoordig gehanteerde classificatiesysteem, de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Volgens Van Praag (1999) schiet de DSM-IV schromelijk tekort. Stoornissen worden naast elkaar onderscheiden zonder dat de functionele verbanden tussen verschillende stoornissen worden herkend en, omgekeerd, rekening wordt gehouden met de functionele verschillen binnen bepaalde stoornissen. Door de patiënten met meerdere diagnoses uit de onderzoeken te halen, geven de onderzoeksresultaten een vertekend beeld. Het is niet onvoorstelbaar dat juist patiënten met een complex beeld meer gebaat zijn met een bredere behandeling zoals die in de integratieve, directieve gezinstherapie kan worden geboden.

## Ontbreken van onderzoek over persoonlijkheidsstoornissen

Juist bij moeilijke patiënten, zoals patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, lijkt het van belang om de gezinsgenoten mede te onderzoeken en bij de behandeling te betrekken. Van Meekeren en De Jong (1999) geven dit duidelijk aan voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Er is hierover echter nauwelijks literatuur te vinden, laat staan dat er studies zijn gedaan naar de doelmatigheid ervan in vergelijking met individuele behandelingen.

## Ontbreken van onderzoek bij minderheden

Uit het uitgebreide overzicht van Baucom et al. (1998) komt naar voren dat bijna al het vergelijkend onderzoek is uitgevoerd binnen de westerse cultuur. Het is de vraag of de gegevens daarvan kunnen worden gegeneraliseerd naar allochtone populaties. Het ligt voor de hand dat daaraan in de komende decennia extra aandacht moet worden gegeven. Dit heeft niet alleen consequenties voor de groepen die men voor de onderzoeken uitkiest en voor de protocollen, maar ook voor de meetinstrumenten. De meeste instrumenten zijn nog zo geformuleerd dat ze niet toepasbaar zijn in andere dan westerse subculturen.

## Integratieve aard van gezinsbehandelingen

Lebow en Gurman (1996) concluderen in hun overzicht van de onderzoeksliteratuur dat de relatie- en gezinsbehandelingen die effectief zijn gebleken, een sterk integratief karakter hebben. Effectieve behandelingen combineren concepten en interventies uit de verschillende scholen, leggen verbanden tussen sessies met het gezin, de beide partners, het individu en soms worden grotere systemen, zoals de reclassering, bij de behandelingen betrokken.

We wezen er al op dat gezinsleden bij sommige stoornissen fungeren als een soort co-therapeut. Wordt het disfunctioneren van de aangemelde patiënt echter mede veroorzaakt door de onderlinge verhoudingen en het gedrag van de gezinsleden, dan is het vaak nodig dat ook zij voorwerp van behandeling worden. Het kernpunt is dat in de taxatiefase met het gehele gezin, of binnen de partnerrelatie, een behandelplan wordt opgesteld. Hierbij worden de diverse factoren die de stoornis beïnvloeden, onderzocht en worden interventies opgesteld die niet alleen rechtstreeks op de stoornissen betrekking hebben, maar ook op het vergroten van vaardigheden en op de mogelijkheden om moeilijkheden gezamenlijk op te lossen. In dit model is plaats voor interventies op zowel het interactionele als het individuele niveau.

Zelfs al zijn de gezinsgenoten niet het onderwerp van de behandeling, toch wordt getracht hen zo veel mogelijk bij de behandeling te betrekken, met alle respect voor de karakteristieken van het gezin als geheel en van de individuele gezinsleden.

De kracht van de gezinstherapie bij de behandeling van psychische stoornissen blijkt al met al bepaald niet te liggen in een strak hanteren van systeemconcepten. De kracht ligt veeleer in het combineren van verschillende theoretische kaders waarin ook individuele interventies passen. Gezinstherapeuten hebben kunnen leren van de ontwikkelingen in de individuele (cognitieve gedrags)therapie teneinde hun aanpak te verbreden en aan de realiteit aan te passen. Het omgekeerde is echter ook waar. Het uitgangspunt van de gezinstherapie, de onderlinge beïnvloeding van mensen met psychische symptomen en hun omgeving, is van belang voor de psychotherapeuten die eraan gewend zijn patiënten individueel te behandelen. Het is te wensen dat deze integratie zich verder doorzet in de opleiding en in de inrichting van de gezondheidszorg. Patiënten kunnen dan worden verwezen naar therapeuten die de gezinsverhoudingen zo nodig in de behandeling kunnen betrekken én op het individu gerichte interventies kunnen uitvoeren. Hierbij moet ik er wel op wijzen dat het gebruik maken van alles wat er te koop is nog niet betekent dat er een verantwoord model ontstaat. Niet alles laat zich even goed combineren, zoals blijkt uit de bundel *Integrative eclectic therapy* (Dryden, 1992). Een eclecticisch gezinstherapiemodel is niet gebaat bij het optellen van alles wat er aan therapeutische snufjes bekend is. Sommige elementen laten zich nu eenmaal beter met elkaar verenigen dan andere. Het selecteren en beschrijven van deze elementen en het illustreren van de manier waarop zij op elkaar kunnen worden afgestemd, zijn belangrijke doelen van de nieuwe editie van *Gedragsverandering in gezinnen*.

---

### **Abstract**

*The research literature on the association of family interaction and mental and somatic disorders is reviewed. It is shown that there are several areas in which couple and family therapy have superior effects compared to individual therapy. This is the case with schizophrenia, outpatient treatment of depressed women with marital problems, alcohol abuse in adults, drug abuse in adolescents and adults, conduct disorders in adolescents, anorexia in young women and autism in children.*

*Couple therapy appears to be effective in improving the marital relation in about 50% of the cases. The studies clearly show that family therapy is not effective if it follows rigid concepts.*

*It is rather the integration of techniques from different theoretical frames of reference, including individual interventions, that yield positive results. Furthermore, it is clear that the research suffers from shortcomings, including a great gap between clinical practice and treatment protocols, the exclusion of patients with several diagnoses, the lack of family research with patients with personality disorders and a lack of research into cultural and ethnic minorities. Taking these considerations into account, the conclusion is drawn that the studies in the coming decades will be aimed at broad spectrum integrative treatment protocols. They will also focus on personality disorders, multiple problem patients and patients from minority groups.*

## Noot

- 1 Dit artikel is een voorpublicatie van het laatste hoofdstuk van de zevende herziene editie van *Gedragsverandering in gezinnen* (Groningen: Wolters-Noordhoff). Het boek zal in juni 2000 verschijnen.

## Referenties

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Barnett, P.A., & Gotlib, I.H. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-126.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Sciences*, 1(4), 251-264. Ook in D.D. Jackson (Ed.), *Communication, family and marriage. Human communication, Vol. 1*. Palo Alto, Cal.: Science and Behavior Books, 1968. En in G. Bateson. *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books, 1972.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., & Weakland, J. (1963). A note on the double bind. *Family Process*, 2, 154-161.
- Baucom, D.H., Shoham, V., Mueser, K.T., Daiuto, A.D., & Stickle, T.R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 53-88.
- Beach, S.R.H., Fincham, F.D., & Katz, J. (1998). Marital therapy in the treatment of depression: toward a third generation of therapy and research. *Clinical Psychology Review*, 18(6), 635-661.
- Bennun, I. (1988). Treating the system or the symptom: Investigating family therapy for alcohol problems. *Behavioural Psychotherapy*, 16, 165-176.
- Binswanger, L. (met commentaar van W. Vandereycken en K. van de Loo) (1991). *Ellen West; Een klassiek geval van anorexia nervosia en boulimie*. Amsterdam: Candide.
- Booth, A., & Johnson, D.R. (1994). Declining health and marital quality. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 218-233. Nederlandse uitgave: Achteruitgang van de gezondheid en kwaliteit van het huwelijk. *Gezinstherapie*, 1995, 6(2), 190-200.
- Bray, J.H., & Jouriles, E.N. (1995). Treatment of marital conflict and prevention of divorce. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 461-474. Nederlandse uitgave: Adolescenten in stiefgezinnen: Ontwikkelingsgerichte gezinsinterventies. *Gezinstherapie*, 1997, 8(4), 418-428.
- Campbell, T.L., & Patterson, J.M. (1995). The effectiveness of family interventions in the treatment of physical illness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 545-583.
- Chambless, D.L., & Steketee, G. (1999). Expressed Emotion and Behavior Therapy Outcome: A Prospective Study with Obsessive-Compulsive and Agoraphobic Outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67.
- Chiariello, M.A., & Orvaschel, H. (1995). Patterns of parent-child communication: relationship to depression. *Clinical Psychology Review*, 15(5), 395-407. Nederlandse uitgave: Communicatiepatronen tussen ouders en kinderen in relatie tot depressie. *Gezinstherapie*, 1997, 8(1), 92-113.



- Christensen, E. (1989). Alcohol as a component of wife-battering. In W. Haario-Mannila (Ed.), *Women, alcohol and drugs in Nordic countries*. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drugs.
- Coyne, J.C., & Anderson, B.J. (1988). The 'psychosomatic family' reconsidered; Diabetes in context. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 113-123.
- Coyne, J.C., & Anderson, B.J. (1989). The 'psychosomatic family' reconsidered II; Recalling a defective model and looking ahead. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, 139-148.
- Cozolino, L.J., Goldstein, M.J., Nuechterlein, K.H., West, K.L., & Snyder, K.S. (1988). The impact of education about schizophrenia on relatives varying in Expressed Emotion. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 675-687.
- Creekmore Heim, S., & Snyder, D.K. (1991). Predicting depression from marital distress and attributional processes. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17(1), 67-73.
- Daiuto, A.D., Baucom, D.H., Epstein, N., & Dutton, S.S. (1998). The applications of behavioral couples therapy to the assessment and treatment of agoraphobia: Implication of empirical research. *Clinical Psychology Review*, 18(6), 663-687.
- Dare, Chr., Eisler, I., Russell, G.F.M., & Szmukler, G.I. (1990). The clinical and theoretical impact of a controlled trial of family therapy in anorexia nervosa. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 39-57. Nederlandse uitgave: De gevolgen voor theorie en klinische praktijk van een gecontroleerd onderzoek naar gezinstherapie bij anorexia nervosa. *Gezinstherapie*, 1990, 1(2), 137-164.
- De Jesus Mari, J., & Streiner, D.L. (1994). An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research finding. *Psychological Medicine*, 24, 565-578. Nederlandse uitgave: Een overzicht van gezinsinterventies en terugval bij schizofrenie: een meta-analyse van onderzoeksbevindingen. *Gezinstherapie*, 1996, 7(4), 346-376.
- Devor, E.J. (1994). A developmental-genetic model of alcoholism: Implications for genetic research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(6), 1108-1115.
- Diamond, G., & Siqueland, L. (1995). Family therapy for the treatment of depressed adolescents. *Psychotherapy*, 32(1), 77-90. Nederlandse uitgave: Gezinstherapie voor de behandeling van depressieve adolescenten. *Gezinstherapie*, 1998, 9(1), 1-28.
- Diamond, G.S., Serrano, A.C., Dickey, M., & Sonis, W.A. (1996). Current status of family-based outcome and process research. *Journal American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(1), 1-11. Nederlandse uitgave: De huidige status van resultaat- en procesonderzoek waarin het gezin centraal staat. *Gezinstherapie*, 1996, 7(4), 377-401.
- Dingemans, P.M., Lenior, M.E., & Linszen, D.H. (1996). Psychopathologie van patiënten met schizofrenie en 'Expressed Emotion' van de ouders. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38(9), 660-667.
- Dodge, E., Hodes, M., Eisler, I., & Dare, Ch. (1995). Family therapy for bulimia nervosa in adolescents; An exploratory study. *Journal of Family Therapy*, 17(1), 59-77. Nederlandse uitgave: Gezinstherapie voor bulimia nervosa bij adolescenten: een exploratief onderzoek. *Gezinstherapie*, 1995, 6(4), 404-423.
- Draijer, N. (1996). Trauma, persoonlijkheidsstoornissen en andere psychiatrische diagnoses. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 51(11), 1134-1152.
- Dryden, W. (Ed.) (1992). *Integrative and eclectic therapy: A handbook*. Buckingham, Phil.: Open University Press.
- Duncan, R.D., Saunders, B.E., Kilpatrick, D.G., Hanson, R.F., & Resnick, H.S. (1996). Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, depression, and substance abuse: Findings from a national survey. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(3), 437-448.
- Dunn, R.L., & Schwebel, A.J. (1995). Meta-analytic review of marital therapy. *Journal of Family Psychology*, 9(1), 58-68.
- Edwards, M.A., & Steinglass, P. (1995). Family therapy treatment outcomes for alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 475-509.
- Epstein, E.E., & McCrady, B.S. (1998). Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders: current status and innovations. *Clinical Psychology Review*, 18(6), 689-711.
- Fadden, G. (1998). Research update: Psychoeducational family interventions. *Journal of Family Therapy*, 20(3), 293-310
- Falloon, I.R.H., Boyd, J.L., & McGill, Ch.W. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- Fals-Stewart, W., Birchler, G.R., & O'Farrell, T.J.O. (1996). Behavior couples therapy for male substance-abusing patients: Effects on relationship adjustment and drug-using behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 959-972.

- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J., & Birchler, G.R. (1997). Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: A cost outcomes analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(5), 789-802.
- Fisher, L., Ransom, D.C., Terry, H.E., & Burge, S. (1992). The California family health project: IV. Family structure/organization and adult health. *Family Process, 31*(4), 399-419.
- Fry, W.F. Jr. (1962). The marital context of an anxiety syndrome. *Family Process, 1*, 245-252.
- Furth, E.F. van, Strien, D.C. van, Martina, L.M.L., Son, M.J.M., Hendrickx, J.J.P., & Engeland, H. van (1996). Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 20*, 19-31.
- Garfinkel, P.E., & Garner, D.M. (1982). *Anorexia Nervosa. A multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Ginsburg, G.S., Silverman, W.K., & Kurtines, W.K. (1995). Family involvement in treating children with phobic and anxiety disorders: A look ahead. *Clinical Psychology Review, 15*, 457-473.
- Glick Miller, Sh. (1996). Family therapy for recurrent diabetic ketoacidosis: Treatment guidelines. *Families, Systems & Health, 14*(3), 303-314. Nederlandse uitgave: Gezinstherapie voor moeilijk instelbare diabetes; richtlijnen voor behandeling. *Gezinstherapie, 1998, 9*(3), 278-294.
- Glynn, S.M., Randolph, E.T., Eth, S., Paz, G.G., Leong, G.B., Shaner, A.L., & Strachan, A. (1988). *Negative symptoms, positive symptoms, and Expressed Emotion in schizophrenia*. Presented at the World Congress of Behavior Therapy. Edinburgh.
- Goldstein, M.J., & Miklowitz, D.J. (1995). The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*(4), 361-376.
- Gotlib, I.H., & Beach, S.R.H. (1995). A Marital/Family discord model of depression: implications of therapeutic intervention. In N.S. Jacobson & A.S. Gurman, (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (hoofdstuk 20, pagina 411-436). New York: Guilford Press.
- Gottman, J. (1994). *What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Gowers, S., & North, C. (1999). Difficulties in family functioning and adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 174*, 63-66.
- Grigg, D.N., Friesen, J.D., & Sheppy, M.I. (1989). Family patterns associated with anorexia nervosa. *Journal of Marital and Family Therapy, 15*, 29-42. Nederlandse uitgave: Gezinspatronen die samenhangen met anorexia nervosa. *Gezinstherapie, 1990, 1*(2), 117-136.
- Haley, J. (1980). *Leaving home*. New York: McGraw-Hill.
- Haley, J. (1989). The effect of long-term outcome studies on the therapy of schizophrenia. *Journal of Marital and Family Therapy, 15*, 127-132.
- Halford, W.K. (1991). Beyond Expressed Emotion: Behavioral assessment of family interaction associated with the course of schizophrenia. *Behavioral Assessment, 13*, 99-123.
- Hayes, A.M., & Newman, C.F. (1993). Depression; An integrative perspective. In G. Stricker & J.R. Gold. (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration* (hoofdstuk 21, pagina 301-321). New York: Plenum Press.
- Henggeler, S.W., Melton, G.B., Brondino, M.J., & Scherer, D.G. (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(5), 821-833.
- Henselmans, H. (1991). Therapietrouw en de medicamenteuze behandeling van patiënten met schizofrene stoornissen. *Directieve therapie, 11*(3), 209-223.
- Hinchcliffe, M.K., Vaughan, P.W., Hooper, D., & Roberts, F.J. (1977). The melancholy marriage: An inquiry into the interaction of depression. II. Expressiveness. *British Journal of Medical Psychology, 50*, 125-142.
- Hinrichsen, G.A., & Pollack, S. (1997). Expressed Emotion and the course of late-life depression. *Journal of abnormal psychology, 106*(2), 336-340.
- Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, P.J., Kornblith, S.J., Greenwald, D.P., Jarna, C.D., & Madonia, M.J. (1986). Family psychoeducational, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. One year effect of a controlled study on relapse and Expressed Emotion. *Archives of General Psychiatry, 43*, 633-642.
- Hooley, J., & Licht, D.M. (1997). Expressed Emotion and causal attributions in the spouses of depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(2), 298-306.
- Hooley, J.M., Orley, J., & Teasdale, J.D. (1986). Levels of Expressed Emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry, 148*, 642-647.
- Ilfeld, F.W. (1977). Current social stressors and symptoms of depression. *American Journal of Psychiatry, 134*(2), 161-166.

- Jacob, T. (1987). Alcoholism and family interaction: Clarification resulting from subgroup analyses and multi-method assessments. In K. Hahlweg & M.J. Goldstein (Eds.), *Understanding major mental disorder: The contribution of family interaction research*. New York: Family Process Press.
- Jacob, Th. (1992). Family studies of alcoholism. *Journal of Family Psychology*, 5(3 en 4), 319-338. Nederlandse uitgave: Onderzoek naar alcoholisme in het gezin. *Gezinstherapie*, 4 (3), 312-334.
- Jacob, Th. (1992). Family studies of alcoholism. *Journal of Family Psychology*, 5(3 en 4), 319-338. Nederlandse uitgave: Onderzoek naar alcoholisme in het gezin. *Gezinstherapie*, 4(3), 312-334.
- Jacob, T., & Krahn, G.L. (1988). Marital interactions of alcoholic couples: Comparison with depressed and nondistressed couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 73-79.
- Jacob, T., & Leonard, K.E. (1988). Alcohol-spouse interaction as a function of alcoholism subtype and alcohol consumption interaction. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 231-237.
- Jacob, T., & Seilhamer, R.A. (1987). Alcoholism and family interaction: Theories, methods and findings. In T. Jacob (Ed.), *Family interaction and psychopathology*. New York: Plenum.
- Kaufman, E. (1981). Family structures of narcotic addicts. *International Journal of the Addictions*, 16, 273-282.
- Keitner, G.I., Ryan, C.E., Miller, I.W., Kohn, R., Bishop, D.S., & Epstein, N. (1995). Role of the family in recovery and major depression. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1002-1008.
- Keitner, G.I., Ryan, C.E., Miller, I.W., & Norman, W.H. (1992). Recovery and major depression: factors associated with twelve-month outcome. *American Journal of Psychiatry*, 149(1), 93-99.
- Kleiner, L., & Marshall, W.L. (1987). The role of interpersonal problems in the development of agoraphobia with panic attacks. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 313-323.
- Kuipers, L., Leff, J., & Lam, D. (1998). *Werken met gezinnen bij schizofrenie, een praktische handleiding*. Utrecht: SWP. Oorspronkelijke titel: Family work for schizofrenia. Londen: The Royal College of Psychiatrists, 1992.
- Lange, A., & Dyck, R. van (1992). The function of agoraphobia in the marital relationship; A research note. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 89-93.
- Lange, A., Bond, J., Brugman, M., & Duurland, C. (1995). Cruciale voorvallen in de directieve gezins- en relatietherapie. *Directieve Therapie*, 15(4), 304-328.
- Latzer, Y., & Gaber, L.B. (1998). Pathological conflict avoidance in anorexia nervosa: family perspectives. *Contemporary Family therapy*, 20, 539-551.
- Lebow, J., & Gurman, A.S. (1996). Making a difference: A new research review offers good news to couple and family therapists. *Networker*, januari/februari, 69-73. Het verschil dat de doorslag geeft. Een nieuw overzicht van bestaand onderzoek: goed nieuws voor relatie- en gezinstherapeuten. *Gezinstherapie*, 1997, 8(3), 233-241.
- Leff, J., & Vaughn, Chr. (1985). *Expressed Emotion in families*. New York: The Guilford Press.
- Lewandowsky, L.M., Gebin, T.A., Anthony, J.L., & O'Brien, W.H. (1997). Meta-Analysis of cognitive-behavioral treatment studies for bulimia. *Clinical Psychology Review*, 17(7), 703-718.
- Liddle, H. (1995). Conceptual and clinical dimensions of a multidimensional, multisystems engagement strategy in family-based adolescent treatment. *Psychotherapy*, 32(1), 39-57.
- Liddle, H.A., & Dakof, G.A. (1995). Efficacy of family therapy for drug abuse: Promising but not definite. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 511-543.
- Loader, P., & Kelly, C. (1996). Münchausen syndrome by proxy: A narrative approach to explanation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1(3), 353-363. Nederlandse uitgave: Het 'Münchausen by proxy'-syndroom: Een verhalende benadering tot verklaring. *Gezinstherapie*, 1998, 9(1), 73-88.
- MacCarthy, B., Hemsley, D., Schranck-Fernandez, C., Kuipers, L., & Katz, R. (1986). Unpredictability as a correlate of Expressed Emotion in the relatives of schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, 148, 727-731.
- Marcus, M.A., & Wiener, M. (1989). Anorexia Nervosa reconceptualized from a psychosocial transactional perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 346-354.
- McCrary, B.S. & Epstein, E.E. (1995). Marital therapy in the treatment of alcohol problems. In N.S. Jacobson & A.S. Gurman (red.), *Clinical handbook of couple therapy* (hoofdstuk 18, pp. 369-393). New York: Guilford.
- Meekeren, W. van, & Jong, H. de (1999). Het betrekken van de omgeving bij de behandeling van de borderlinepatiënt. *Psychopraxis*, 1(1), 3-35.
- Meer, R. van (1987). *Leven met schizofrenie. Een handleiding voor familie, vrienden en andere betrokkenen*. Amsterdam: Sijthoff.
- Meijer, A.M., & Oppenheimer, L. (1995). The excitation-adaptation model of pediatric chronic illness. *Family Process*, 34, 441-454.

- Mercer, S.O., & Perdue, J.D. (1994). Münchhausen by proxy: Social work's role. *Social Work*, 38(1), 74-81. Nederlandse uitgave: Het syndroom van Münchhausen By Proxy: De rol van het maatschappelijk werk. *Gezinstherapie*, 1995, 6(4), 325-341.
- Miller, I.W., Keitner, G.I., Whisman, M.A., Ryan, C.E., Epstein, N., & Bishop, D.S. (1992). Depressed patients with dysfunctional families: description and course of illness. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 637-646.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families; Anorexia Nervosa in context*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Mishler, E.G., & Waxler, N.W. (1968). *Family processes and schizophrenia*. New York: Science House.
- Mundt, C., Fiedler, P., Ernst, S., & Backenstraß, M. (1996). Expressed Emotion and marital interaction in endogenous depressive patients. In C. Mundt, M.J. Goldstein, K. Hahlweg & P. Fiedler (Eds.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (hoofdstuk 14, pag. 240-256). Londen: Gaskell.
- O'Donnell, J., Hawkins, J.D., & Abbott, R.D. (1995). Predicting serious delinquency and substance use among aggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 529-537.
- O'Farrell, T.J. (1993). A behavioral marital therapy couples' group program for alcoholics and their spouses. In T.J. Farrell (Ed.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions* (hoofdstuk 7, pagina 170-209). New York: Guilford Press.
- O'Farrell, T.J., & Cowles, K.S. (1989). Marital and family therapy. In R.K. Hester & W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. New York: Pergamon Press.
- O'Farrell, T.J., Cutter, H.S.G., & Floyd, F.J. (1985). Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: Effects on marital adjustment and communication from before to after treatment. *Behavior Therapy*, 16, 147-167.
- O'Farrell, T.J., Hooley, J., Fals-Stewart, W., & Cutter, H.S.G. (1998). Expressed Emotion and relapse in alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 744-752.
- Okasha, A., El Akabawi, A.S., Snyder, K.S., Wilson, A.K., Youssef, I., & El Dawla, A.S. (1994). Expressed Emotion, perceived criticism, and relapse in depression: A replication in an Egyptian community. *American Journal of psychiatry*, 151(2), 1001-1005.
- Osterhaus, S. (1998). *Recurrent headache in youngsters*. Amsterdam: Dissertatie, Universiteit van Amsterdam.
- Pennebaker, J.W. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research Therapy*, 31(6), 539-548.
- Pinsof, W.M., & Wynne, L.C. (1995). The efficacy of marital and family therapy: an empirical overview, conclusions, and recommendations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 585-613.
- Praag, H. van (1999). Op DSM gebaseerde diagnostiek: De heilige koe van de psychiatrie. Een reactie op het artikel van Hoogduin, Van Minnen en De Kemp. *Directieve therapie*, 19(1), 85-93.
- Prince, A.E., & Jacobson, N.S. (1995). A review and evaluation of marital and family therapies for affective disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 377-402.
- Rapee, R.M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17(1), 47-67. Nederlandse uitgave: De potentiële rol van de opvoeding bij de ontwikkeling van angst en depressie. *Gezinstherapie*, 9(2), 161-192.
- Reilly, D.M. (1976). Family factors in the etiology and treatment of youthful drug abuse. *Family Therapy*, 2, 149-171.
- Riches, G., & Dawson, P. (1996). 'An intimate loneliness': evaluating the impact of a child death on parental self-identity and marital relationships. *Journal of Family Therapy*, 18(1), 1-22. Nederlandse uitgave: 'Intieme eenzaamheid'; de betekenis van de gevolgen van het overlijden van een kind voor de zelf-identiteit van de ouders en de huwelijksrelatie. *Gezinstherapie*, 1998, 9(1), 49-72.
- Robin, A.L., Gilroy, M., & Dennis, A.M. (1998). Treatment of eating disorders in children and adolescents. *Clinical Psychological Review*, 18(4), 421-446.
- Robin, A.L., Siegel, P.T., & Moye, A. (1995). Family versus individual therapy for anorexia: Impact on family conflict. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 313-322.
- Root, M.P.P. (1995). Conceptualization and treatment of eating disorders in couples. In N.S. Jacobson & A.S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (hoofdstuk 21, pagina 437-457). New York: Guilford Press.

- Runions, J., & Prudo, R. (1983). Problem behaviors encountered by families living with a schizophrenic member. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28(5), 382-386.
- Sanders, M. (1995). Symptom coaching: Factitious disorder by proxy with older children. *Clinical Psychology Review*, 15(5), 423-442.
- Schröder, B., Hahlweg, K., Fiedler, P., & Mundt, C. (1996). Marital interaction in couples with a depressed or schizophrenic patient. In C. Mundt, M.J. Goldstein, K. Hahlweg & P. Fiedler (Eds.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (hoofdstuk 15, pagina 257-276). Londen: Gaskell.
- Selvini Palazzoli, M. (1974). *Self-Starvation; From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. Londen: Chaucher publishing co.
- Smyth, J.M., Stone, A.A., Hurewitz, A., & Kaell, A. (1999). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 281 (april 14), 1304-1309.
- Snyder, D.K., Wills, R.M., & Grady-Fletcher, A. (1991). Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 138-141.
- Stanton, M.D., Todd, T.C. & Associates (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York: The Guilford Press.
- Van den Broucke, S., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1995). Marital intimacy in patients with an eating disorder: A controlled self-report study. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 67-78.
- Vandereycken, W. (1983). Agoraphobia and marital relationship: Theory, treatment, and research. *Clinical Psychological Review*, 3, 317-338.
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1997). *Trauma, dissociation and impulse dyscontrol in eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- Vaughn, C.E. (1977). Patterns of interactions in families of schizophrenics. In H. Katschnig (Ed.), *Schizophrenia: The other side*. Vienna: Urbane Schwarzenberg.
- Vaughn, C.E., & Leff, J.P. (1976). The influence of family social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- Wickramasekera, I. (1995). A model of people at high risk to develop chronic stress-related somatic symptoms: some predictions. *Profession Psychology: Research and Practice*, 17(5), 437-447.