



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

Verstoorde gezinsverhoudingen, psychische stoornissen en gezinstherapie

De stand van zaken in het onderzoek¹

Alfred Lange*

Samenvatting

De auteur laat zien dat er in de afgelopen jaren forse vooruitgang is geboekt in de kwantiteit en kwaliteit van het onderzoek naar pathogeniserende processen binnen gezinnen en naar de resultaten van relatie- en gezinstherapie. Op bijna alle terreinen blijkt een meerwaarde. We zien dat de psycho-educatieve gezinstherapie vooral van belang is bij schizofrenie en de bipolaire stoornis, al zijn er ook goede resultaten mee geboekt bij depressie, angst- en eetstoornissen. Bij deze stoornissen is een combinatie met de cognitief-gedragsgerichte gezinstherapie echter van meer belang gebleken. De probleemgerichte aanpak (multisystemische gezinstherapie en functionele gezinstherapie) wordt met succes ingezet bij verslaving, en bij gedragsstoornissen en delinquentie. We zien ook dat verstoorde relaties een negatieve invloed hebben op het beloop van somatische klachten. Het betrekken van partners bij medische behandelingen vergroot de kans op verbetering.

Waar vroeger vooral de gedragsrelatietherapie werd onderzocht, zien we dat er de laatste jaren ook veel onderzoek is geweest naar de inzichtgeoriënteerde relatietherapie en de ervaringsgerichte relatietherapie. Zij komen als minstens zo goed uit de bus.

We plaatsen kanttekeningen bij het toepassen van geprotocolleerde behandelingen in het vergelijkend effectonderzoek, maar we kunnen meegaan met de conclusie van vooraanstaande onderzoekers dat er meer voordelen dan nadelen aan kleven. De protocollen vormen het gereedschap dat men flexibel kán, maar niet altijd hóéft te gebruiken.

Ten slotte zien we dat het onderzoek het belang van integratie onderbouwt. Individueel gerichte technieken horen thuis in gezinstherapie. Omgekeerd lijkt het wenselijk dat individueel behandelende therapeuten leren in hun behandelplannen rekening te houden met de wederzijdse beïnvloeding binnen gezinnen.

Inleiding

Decennialang hebben gezinstherapeuten weinig aandacht geschonken aan empirisch onderzoek. Dit laatste gold niet voor de gedragsgerichte relatie- en gezinstherapie. De andere stromingen vertrouwden op charismatische auteurs die wonderbaarlijke, of liever gezegd ‘wonderlijke’ behandelingen uitvoerden. ‘Absurd’ was in die tijd een geuzenterm (Whitaker, 1975). Hierin is verandering gekomen. Gezinstherapie is niet meer gericht op wonderbaarlijke confrontaties, snelle paradoxen en dramatische interventies (Lebow, 2003), en er is de afgelopen jaren veel onderzoek uitgevoerd naar de effecten van relatie- en gezinstherapie (Pinsof & Wynne, 2000; Sexton, Alexander, & Leigh Mease, 2004; Snyder & Whisman, 2004). We vatten het onderzoek hier samen aan de hand van recente overzichtspublicaties en meta-analyses en een aantal

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

opzienbarende ‘losse’ studies. We gaan niet uitgebreid in op seksuele problematiek. Elders in het boek stelden we immers al vast dat het onderzoek erop wijst dat seksuele problemen zich beter laten oplossen als de partner bij de behandeling is betrokken.

Schizofrenie

In hoofdstuk 1 en 2 hebben we gezien dat de gezinstherapeuten van het eerste uur de opvatting huldigden dat schizofrenie een gevolg was van inconsistente communicatie van de ouders. De bewijzen waren niet sterk. De afgelopen decennia stond het schizofrenieonderzoek sterk onder invloed van de ‘Expressed Emotion’ (EE-)theorie. Volgens deze inmiddels wijdverbreide theorie is schizofrenie primair een biologische aandoening – verhoogde kwetsbaarheid voor prikkels – terwijl een overmaat aan betrokkenheid, vijandigheid en kritiek in het gezin een risicoverhogende invloed heeft. Er is inmiddels een veelheid aan onderzoek dat bevestigt dat een relatief rustig klimaat binnen het gezin met weinig kritiek, confrontaties en gepraat over de onderlinge verhoudingen, de kans op terugval aanmerkelijk doet afnemen (Leff et al., 2003; Wearden, Tarrar, Barrowclough, Zastowny, & Rahill, 2000).

Gezinsleden blijken veel meer moeite te 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). 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 ze dat de patiënt daar zelf de hand in heeft: hij zou het ‘asociale gedrag’ best kunnen wijzigen. De positieve symptomen schrijven de gezinsleden toe aan een ziekte waar de patiënt niets aan kan doen. De onderzoekers opperden dat een ‘hoge EE’ in het gezin vooral samengaat met de negatieve symptomen en niet met de positieve.

De psychologische component in de behandeling van schizofrenie is gericht op voorlichting, vergroten van cognitieve vaardigheden, het geven van psycho-educatie en het verbeteren van communicatiepatronen (McFarlane, Dixon, Lukens, & Lucksted, 2003; Van der Gaag, 2005; Van der Gaag, Appelo, & Hoogduin, 2003). Veel onderzoek onderstreept de superioriteit van een combinatie van gezinsinterventies en individuele interventies, in vergelijking met alleen op het individu gerichte behandelingen (Wearden et al., 2000). McFarlane et al. (2003) bespreken ook enkele vergelijkende studies waarin gezinsgerichte psycho-educatie niet effectief bleek. Nadere beschouwing liet zien dat men in die studies te weinig aandacht had geschonken aan de specifieke voorlichting en training die nodig waren voor de onderzochte etnische groeperingen.

Er kleven enige tekortkomingen aan het concept ‘Expressed Emotion’ (EE). De verschillende dimensies hangen nauwelijks met elkaar samen. Er blijkt bijvoorbeeld geen verband tussen ‘overbetrokkenheid’ en ‘overkritisch’. Dingemans, Lenior en Linszen (1996) stelden bij een grote groep patiënten voorafgaand aan opname in de kliniek vast, dat een hoge mate van (over)betrokkenheid juist positief correleert met het functioneren van de patiënt. Hoewel (over)betrokkenheid deel uitmaakt van het EE-concept, blijkt de sterke betrokkenheid geen negatieve invloed te hebben, maar

juist een positief element te zijn in het gezinsfunctioneren. Tegenwoordig denkt men bij EE dan ook vooral aan de overmatig kritische, corrigerende houding.

Unipolaire depressie en de bipolaire stoornis

Er is in de loop der jaren nogal wat onderzoek gedaan waaruit blijkt dat het ontstaan en beloop van depressie mede beïnvloed worden door gezinsvariabelen. Het onderzoek van Ilfeld (1977) is een klassieker in deze. In een grote survey bij maar liefst 2299 personen bleek een kwart van de variantie in de mate van depressiviteit verklaard te worden door sociale stressoren, met name gezinsvariabelen.

Uit een flink aantal studies blijkt dat conflicten, ondermijning van zelfvertrouwen en gebrek aan intimiteit tussen partners factoren zijn die het ontstaan en beloop van depressie mede bepalen. De invloed hiervan is bij vrouwen bijna tweemaal zo sterk als bij mannen (Barnett & Gotlib, 1988). Beach (2003) stelt vast dat de depressieve personen in de diverse studies die hij beoordeelde, gemiddeld een veel slechtere huwelijksrelatie hadden dan de niet-depressieve deelnemers aan de studie. Op grond van een uitgebreide studie van de onderzoeksliteratuur concludeerden Gotlib en Beach (1995) dat depressie en gezinsfactoren elkaar in een vicieuze greep hebben. De depressieve symptomen worden bevorderd door de omgeving, maar de depressieve persoon beïnvloedt die omgeving zelf ook, in de interactie met de partner en kinderen.

Het statistische verband tussen depressie en gezinsvariabelen kan ook van oneigenlijke 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 depressie bij één of beide ouders en bovendien tot ernstige relatieproblemen. Doordat het rouwproces over het tragische verlies niet synchroon loopt bij de beide ouders ontstaat ontwrichting in het huwelijk en het gezinsleven.

Het model van Expressed Emotion is – zoals we in de vorige paragraaf zagen – in eerste instantie ontwikkeld met betrekking tot schizofrenie. Later is uit onderzoek gebleken dat de mate van kritiek en vijandigheid in de omgeving ook een belangrijke rol speelt bij depressie. Het EE-model veronderstelt dat depressieve personen minder goed tegen stress kunnen, daardoor kwetsbaar zijn, en dat het gedrag van de omgeving mede bepaalt of dit leidt tot een depressie. Hinrichsen en Pollack (1997) onderzochten bij 54 opgenomen oudere depressieve patiënten de relatie tussen EE en terugval na een jaar. Van zowel de partners als van de (volwassen) kinderen van de patiënten werd de mate van Expressed Emotion vastgesteld. 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 veronderstelden dat de invloed van EE-gerelateerd gedrag van partners relatief gering is bij deze oudere paren, doordat zij reeds vele interpersoonlijke conflicten achter de rug hadden. Kritische opmerkingen van de kinderen zijn dan wellicht pijnlijker. De causaliteit kan echter ook andersom zijn. Depressieve ouders roepen meer kritiek op dan niet-depressieve ouders.

Het onderzoek van Mundt, Fiedler, Ernst en Backenstraß (1996) stemt overeen met dat van Hinrichsen en Pollack (1997). 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. Laatstgenoemden reageerden op een defensieve, negatief getinte, norse en zichzelf ondermijnende manier op hun partner. Verder bleek een hoge EE van de partner alleen een voorspeller van terugval te zijn bij patiënten die jonger waren dan 45 jaar.

Onderzoek van Hooley en Licht (1997) bevestigde dat bij depressieve patiënten – evenals bij schizofrene patiënten – de partners meer vijandigheid tonen naarmate zij de patiënt meer verantwoordelijk houden voor de symptomen.

McFarlane et al. (2003) wijzen erop dat de psycho-educatieve gezinsbehandeling op basis van het EE-model ook een positieve uitwerking heeft op de bipolaire stoornis. Er zijn aanwijzingen dat het EE-model eveneens opgaat voor niet-westerse culturen, mits men de voorlichting aanpast. Okasha et al. (1994) onderzochten 32 Egyptische gezinnen waarvan een van de leden in poliklinische behandeling was voor unipolaire of bipolaire depressie. De mate van vijandige kritiek van de gezinsleden bleek de belangrijkste samenhang met terugval te vertonen. De andere componenten van Expressed Emotion speelden, zoals gebruikelijk, geen rol.

De bovenbeschreven onderzoeken gaan over volwassenen. Chiariello en Orvaschel (1995) verdiepten zich speciaal in het ontstaan en beloop van depressie bij kinderen en adolescenten. Zij constateerden dat de verklaringen voor een depressie bij jongeren vooral ligt in de negatieve gedragsspiraal die ontstaat wanneer de moeder depressief is. Het verband is sterker dan men op grond van genetische invloeden zou mogen verwachten. 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 de depressieve kanten versterken bij zowel de moeders als de kinderen. De vaders blijken een minder belangrijke rol in dit proces te spelen.

Een overzichtsstudie van Berg-Nielsen, Vikan en Dahl (2002) bevestigt in zekere zin de bevindingen van Chiariello en Orvaschel (1995). Psychische stoornis van ouders gaat gepaard met inadequate opvoedingspatronen. Met name negatief getinte, affectieloze controle hangt samen met depressie bij kinderen.

In diverse studies is onderzocht of het betrekken van partners en gezinsleden de effecten van de behandeling van depressie vergroot. Wij baseren onze conclusies op overzichtspublicaties van Baucom et al. (1998), Beach (2003) en Beach, Fincham en Katz (1998). Voor volwassenen kunnen we vaststellen dat gezins- of relatietherapie de voorkeur verdient boven individuele therapie (cognitieve gedragstherapie), 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 suicide. Verder zijn er aanwijzingen in de onderzoeksliteratuur dat gezinstherapie bij opgenomen patiënten met een bipolaire stoornis een meerwaarde heeft boven alleen individuele klinische behandeling. Rea et al. (2003) stellen dit vast in een degelijk uitgevoerd gerandomiseerd vergelijkend onderzoek bij een groep van 53 patiënten die negen maanden waren opgenomen. Bij de ene helft bevatte de behandeling naast de medicatie een gezinsgericht psycho-educatief programma. In deze groep waren gedurende de twee jaar durende follow-up periode significant minder heropnames en minder terugval in stemming.

Beach (2003) merkt ten slotte op dat bij depressieve vrouwen individuele cognitieve gedragstherapie leidt tot achteruitgang van de relatie met de partner. Gaat het om depressieve kinderen, dan zal gezinsbehandeling zich naast de individuele aspecten van het kind richten op mogelijke psychopathologie van de ouder(s) en opvoedingskwaliteiten. Dit heeft duidelijk meerwaarde boven een individuele behandeling van het depressieve kind (Northey, Wells, Silverman, & Bailey, 2003). McDonnell en Dyck (2004) geven een overzicht van de ontwikkelingen en bevindingen van verschillende vormen van groepsgezinstherapie (Multiple Family Group Treatment, MFGT) wanneer er depressieve of angstige kinderen/adolescenten in het geding zijn. De behandeling is gebaseerd op psycho-educatie en verbetering van sociale vaardigheden.

Angststoornissen

In de systemische opvattingen van de eerste gezinstherapeuten ging men ervan uit dat een fobie een functie had binnen de relatie: de fobische patiënt zou de partner beschermen (Fry, 1962). Hoewel incidenteel aanwijzingen werden gevonden dat dit gebeurde, is nooit uit onderzoek gebleken dat dit een factor is die vaak een rol speelt. Integendeel. Marcaurrelle, Bélanger en Marchaud (2003) stelden vast dat na een geslaagde individuele behandeling van een paniekstoornis de huwelijksrelatie in de meeste gevallen verbetert. Kleiner en Marshall (1987) vonden in retrospectieve, gestructureerde interviews bij een groot aantal patiënten met een angststoornis aanwijzingen dat de angsten de spanningen in het huwelijk niet deden verminderen. Dit zou men wel verwachten als de symptomen functioneel voor het huwelijk zouden zijn. Hun interviews brachten wel 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, 1992b).

Er is wel onderzoek dat aantoont dat psychopathologie van de moeder en een overmatig controlerende opvoeding een verhoogd risico op angststoornissen voor kinderen met zich meebrengen (Berg-Nielsen et al., 2002; Northey et al., 2003; Rapee, 1997).

Chambless en Steketee (1999) vonden dat de resultaten van cognitieve gedragstherapie bij angststoornissen negatiever uitvielen bij patiënten in een gezin met een hoog niveau van vijandigheid en negatieve kritiek. 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. In deze studies vergelijkt men individuele behandeling van de angststoornis – exposure en cognitieve therapie – met behandelingen waarin de partners op de een of andere manier bij de individueel gerichte behandelingen zijn betrokken (Baucom et al., 1998; Marcaurrelle et al., 2003). Het involveren van de partner van de volwassen angstpatiënt blijkt niet zonder meer tot grotere effecten van de individueel gerichte behandeling te leiden. Maar dit is anders als de partnerrelatie moeizaam is. Dan is een combinatie van individuele technieken en interventies die op verbetering van de relatie gericht zijn, superieur.

Wanneer het gaat om kinderen met angststoornissen is het duidelijk dat een gezinsgerichte aanpak betere resultaten geeft dan een individuele aanpak, mits de individuele component niet wordt verwaarloosd (Barrett, 2000; Ginsburg, Silverman, & Kurtines, 1995; McDonell & Dyck, 2004).

Verslaving aan harddrugs

Vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw waren er klinische studies die de samenhang tussen gezinspatronen en verslaving bij adolescenten illustreerden. Het ging dan om variabelen als: tekort aan positieve aandacht, gepaard aan overmaat aan aandacht voor de verslaving (Reilly, 1976), overbescherming en vervaging van de subsystemen (Kaufman, 1981), gebrek aan hechting en fysiek en seksueel geweld (O'Donnell, Hawkins & Abbott, 1995).

Het onderzoek naar dergelijke gezinspredictoren kan niet bepaald 'hard' genoemd worden. Niettemin is er de afgelopen decennia een toename van empirisch onderzoek naar de resultaten van systeemgerichte behandeling van drugsverslaafden. Dit begon met een geruchtmakend vergelijkend onderzoek van Stanton, Todd en medewerkers (1982), waarin gezinsleden van heroïneverslaafden, afhankelijk van de experimentele conditie, betaald werden voor deelname. De deelname hield voor de gezinsleden meer in dan alleen betrokken zijn bij de behandeling van de verslaafde. Het ging ook om de interacties tussen de gezinsleden, gezien vanuit het structurele en strategische model. Zowel de betaalde als niet-betaalde gezinnen en hun verslaafden deden het beter dan de individueel behandelde.

Yandoli, Eisler, Robbins, Mulleady en Dare (2002) voerden een gerandomiseerde vergelijkende veldstudie uit. Alle deelnemers kregen methadon en werden verdeeld in drie condities: gezins- of relatietherapie, de standaard individuele behandeling door het drugsteam, en de controleconditie bestaande uit minimaal contact met de onderzoekers. Als maat voor de effecten werd het aantal drugsvrije dagen gehanteerd. De gezinstherapie kwam als beste naar voren. De verschillen waren significant, maar niet groot.

Onwil van verslaafden om mee te doen aan behandelprogramma's is een van de problemen waar hulpverleners en onderzoekers mee te maken hebben. Meyers, Miller, Smith en Tonigon (2002) onderzochten een aanpak waarbij men voorbijgaat aan de verslaafde zelf en zich richt op voor de verslaafde belangrijke figuren (concerned significant others, CSO's). Dit kunnen gezinsleden zijn, maar ook anderen. De CSO's kregen, afhankelijk van de experimentele conditie, verschillende trainingen: 'facilitation' (leren de verslaafde te stimuleren zich aan zijn taken te houden), CRAFT (Communication Reinforcement with Family Training, een soort gezinstherapie met opvoedingstechnieken) en CRAFT+ waarbij naderhand nog groepssessies werden gegeven. CRAFT+ leverde de beste resultaten, maar ook CRAFT-sec deed het veel beter dan de facilitatieconditie.

Er zijn de afgelopen jaren meer studies uitgevoerd naar de gevolgen van gezinstherapie voor pubers of jongvolwassenen dan voor volwassen verslaafden. Het onderzoek leidt tot de volgende conclusies. Voor pubers en jongvolwassenen biedt gezinstherapie betere resultaten dan de gebruikelijke zorg of individuele therapie of groepstherapie. De

kosten-batenverhouding is positiever als de partner in de vorm van aanwezigheid en hulp (spouse-aided therapy) bij de behandeling wordt betrokken, dan wanneer de behandeling uitsluitend individueel is. De positieve resultaten blijken in de follow-up periodes stand te houden. De ernst van de verslaving en de psychosociale situatie van de verslaafde spelen een rol in de effectiviteit van gezinsbehandelingen. De meerwaarde van gezinstherapie is extra groot bij ernstige verslaving en asociale criminele milieus. Dit geldt vooral voor pragmatische en eclecticische gezinstherapie (Liddle & Dakof, 1995).

Alcoholisme

O'Farrell, Hooley, Fals-Stewart en Cutter (1998) stelden vast dat alcoholisten die deel uitmaakten van een relatie met een hoog gehalte aan Expressed Emotion, een jaar na een succesvolle behandeling sterker waren teruggevallen dan alcoholisten die zich in een wat kalmere verhouding mochten verheugen. Er zijn meer onderzoeksgegevens die wijzen op een verband tussen alcoholisme en moeilijkheden in de relatie met de partner, maar er is geen duidelijkheid over de causaliteit (Epstein & McCrady, 1998). 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 (bijvoorbeeld depressie) bij de andere partner.

Hoewel het meeste onderzoek laat zien dat conflicten en alcohol goed samengaan, is er ook onderzoek dat hierin nuanceringen aanbrengt. Zo onderscheidt Jacob (1992) verschillende typen alcoholisten. Het lijkt belangrijk *hoe* de alcohol wordt geconsumeerd en *waar*. 'Explosieve drinkers' reageren anders dan 'continue drinkers', 'thuis drinkenden' reageren weer anders dan degenen die voornamelijk buitenshuis drinken. Het is vooral de explosieve drinker die de alcohol gebruikt als een manier om negatieve gevoelens te uiten zonder ter verantwoording te kunnen worden geroepen. Als mannen thuis 'continu' veel drinken – 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 (Marshall, 2003). Experimenteel onderzoek duidt erop dat deze mannen onder invloed van alcohol in een positievere sfeer conflicten oplossen dan zonder alcohol. Bij vrouwen die te veel alcohol gebruiken, zijn er geen aanwijzingen voor een dergelijk verband.

Hoe ingewikkeld het verband tussen gezinsvariabelen en alcoholisme ook moge zijn, er is veel onderzoek dat het belang van relatie- of gezinstherapie onderstreept. McCrady en Epstein (1995) en O'Farrell (1993) concludeerden dat relatietherapie bij alcoholisten een multidimensioneel karakter dient te hebben: sessies met het paar, groepssessies en meerdere follow-ups over langere tijd. Bovendien is het vaak nodig de patiënt te verplichten een middel in te nemen dat hem doet braken na alcoholinname (bijvoorbeeld Refusal). Het relationele gedeelte bevat communicatieoefeningen, expressie van positieve gevoelens, gedragscontracten, enzovoort. De resultaten van dergelijke veelomvattende behandelprogramma's waren twee jaar na afsluiten van de behandeling beter dan die van individuele behandeling van de alcoholist.

Kelley en Fals-Stewart (2002) waren speciaal geïnteresseerd in de gevolgen van alcoholisme van vaders voor hun kinderen. In een gerandomiseerd experiment vergeleken zij drie condities: individuele behandeling, gedragsrelatietherapie en een

controlegroep met psycho-educatie en ‘aandacht’. De kinderen bleken bij de follow-up na twaalf jaar het beste te functioneren als hun ouders indertijd de gedragsrelatietherapie hadden gevolgd. Ook de partners zelf functioneerden beter.

De laatste jaren wordt er veel geëxperimenteerd met ‘Multiple Family Therapy’ (MFT) wanneer alcoholisme in het geding is. O’Farrell en Fals-Stewart (2003) vatten de gegevens van maar liefst 38 gerandomiseerde studies op dit terrein samen. Het blijkt gemakkelijker om alcoholisten op deze manier te motiveren voor behandeling dan wanneer zij alleen komen of alleen met hun partner. In veel van de behandelprogramma’s is inname van disulfiram (Refusal) verplicht. Zowel ‘gewone’ partnerrelatiebehandelingen als de multipale gezinsbehandelingen zijn effectiever dan de standaardprogramma’s: emotionele problemen en geweld nemen sterker af, relaties worden stabiel. De follow-up periodes variëren van een half jaar tot twee jaar. Bij dit alles moet worden aangetekend dat het steeds gaat om ‘echte alcoholisten’. Het zou interessant zijn om ook onderzoek te doen naar de behandeling van de wat lichtere ‘probleemdrinkers’. Die kunnen ook flink wat last bezorgen.

Eetstoornissen

Begin twintigste eeuw behandelde de Zwitserse psychiater Binswanger een jonge vrouw voor schizofrenie. Hij rapporteerde over haar in een publicatie die in 1991 door Vandereycken en Van de Loo is bewerkt tot het fascinerende boekje *Ellen West: Een klassiek geval* (Binswanger, 1991). Het gaat om een meisje dat vanaf haar jeugd gebukt ging onder overmatig strikte gezinsnormen. De diagnose schizofrenie was evident verkeerd. Hoogstwaarschijnlijk leed zij aan ernstige anorexie, afgewisseld door boulimische episoden. Commentatoren als Minuchin en zelfs Rogers wezen op de omissie van de behandelaar om het gezin bij de behandeling te betrekken. Van Minuchin mochten we dat verwachten. Hij legde inderdaad de nadruk op het ontbreken van grenzen en overmaat aan controle. Maar ook de grondlegger van de client-centered therapie, Rogers, vond dat de familie had moeten worden ingeschakeld, omdat het meisje nooit had geleerd een positief zelfbeeld op te bouwen. Uiteindelijk pleegde ze zelfmoord.

Sinds begin vorige eeuw is er veel te doen geweest over eetstoornissen, ook over de gezinnen van de patiënten. Er waren theorieën over de rol van ‘overbescherming’. Minuchin, Rosman en Baker (1978) meenden empirisch te hebben aangetoond dat dit de verklarende factor zou zijn. Hun onderzoek bleek echter grote lacunes te bevatten. Coyne en Anderson (1988; 1989) heranalyseerden de gegevens en toonden aan dat wat Minuchin en zijn collega’s omschreven als ‘overprotectie’ en ‘enmeshment’ (grenzeloos, kluwenachtig) met meer recht gezien kon worden als adequate reacties van het gezin op de lichamelijke crises van de patiënt. De uitkomsten van de analyses van Coyne en Anderson – dat er geen uniek gezinspatroon is bij eetstoornissen – werden later door diverse andere studies bevestigd (Garfinkel & Garner, 1982; Gowers & North, 1999). Robin, Siegel en Moye (1995) stelden vast dat na een individuele succesvolle behandeling van anorexie de gezinspatronen verbeterden: zogenoemde ‘overprotectie’ nam af. Ook dit leidt tot de conclusie dat we dit concept moeten verwerpen.

Evenals Root (1995) komt Eisler (2005) tot de constatering dat er geen duidelijke etiologie is van eetstoornissen. In de onderzoeken treft men een veelheid aan van

mogelijke variabelen die verband kunnen houden met het ontstaan van de eetstoornis. We moeten hierbij denken aan een extreem laag zelfbeeld, perfectionisme en intolerantie voor negatieve stemmingen (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003). Kent en Waller (2000) wijzen op de hoge percentages anorexiëpatiënten die in hun jeugd onderworpen waren aan extreme emotionele verwaarlozing. Van den Broucke, Vandereycken en Vertommen (1995) onderzochten de relatie tussen volwassen patiënten met eetstoornissen en hun partner. Zij stelden vast dat de intimiteit tussen de partners geringer was dan bij controlegezinnen. Dit wijst overigens eerder op een wisselwerking dan dat het gebrek aan intimiteit de oorzaak van de eetstoornis zou zijn. Van Furth et al. (1996) stelden in een experimenteel onderzoek vast dat de mate van Expressed Emotion van de moeders van anorexiëpatiënten doorslaggevend was voor het succes van de behandeling. De preoccupatie met lichaamsgewicht en de gevolgen hiervan voor het zelfbeeld worden door veel auteurs genoemd als de oorzakelijke en in stand houdende factor (Vanderlinden, 2005). Hierbij blijkt meestal dat er in het gezin van herkomst al zo'n preoccupatie was.

De hier beschreven variabelen die afwisselend een rol kunnen spelen wijzen naar twee behandelvormen: cognitieve (gedrags)therapie en gezinstherapie. De eerste grijpt rechtstreeks aan op de preoccupaties, het negatieve zelfbeeld en de eetgewoontes. De tweede geeft de mogelijkheid om in stand houdende factoren te beïnvloeden, zoals overmatige controle, verkeerde beïnvloedingsmogelijkheden en gebrek aan intimiteit. De cognitieve gedragstherapie is het meest onderzocht. Zij boekt vooral positieve resultaten bij volwassen boulimiepatiënten (Robin, Gilroy, & Dennis, 1998). Gaat het om kinderen en adolescenten, dan wijzen de onderzoeksresultaten op het belang van het betrekken van het gezin bij de cognitief-gedragsgerichte therapie of structurele gezinstherapie (Dare, Eisler, Russell, & Szmukler, 1990). Voor anorexie is individuele cognitieve gedragstherapie meestal onvoldoende. De anorexiëpatiënten die thuis wonen, zijn onderdeel van een systeem dat door hen beheerst wordt en dat op zijn beurt veel invloed op hen uitoefent. De anorexie wordt op die manier in stand gehouden. De combinatie van individueel gerichte componenten (bijvoorbeeld groepstherapie in de kliniek) en gezinsgesprekken blijkt hier een duidelijke meerwaarde te hebben. Robin et al. (1999) voerden een gerandomiseerd vergelijkend onderzoek uit naar de behandeling van adolescenten met anorexie. Gedragsgerichte gezinsbehandeling had een sneller en groter lichamelijk herstel tot gevolg – inclusief weer op gang komen van de menstruatie – dan individuele psychotherapie.

Lichamelijke aandoeningen

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, 2000). 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 van lichamelijke aandoeningen.

Net als voor eetstoornissen was de structurele gezinstherapie in de jaren zeventig toonaangevend voor theorie over en onderzoek naar het verband tussen gezinspatronen en lichamelijke klachten. De studie van Minuchin et al. (1978) uit de vorige paragraaf

speelde daarin een belangrijke rol. Zij concludeerden dat men kon spreken van 'psychosomatische gezinnen'. Coyne en Anderson (1988; 1989) analyseerden ook dit gedeelte van de studie en toonden aan dat deze term onrecht deed aan de betreffende gezinnen. Bij gezinnen waarin een kind of adolescent lijdt aan lichamelijke stoornissen als astma, suikerziekte of migraine, waren de ouders niet overbeschermend, maar juist terecht beschermend (Meijer & Oppenheimer, 1995). De lichamelijke problemen riepen de gezinsinteracties op en niet andersom (Glick Miller, 1996).

Campbell (2003) bespreekt een grote hoeveelheid onderzoek, waaruit blijkt dat het gezinsklimaat samenhangt met het beloop van lichamelijke ziekten. De gezinsinvloed kan te maken hebben met de kwaliteit van de verzorging en beïnvloeding van 'gezondheidsgedrag': als in het gezin ongezond geleefd wordt zal het zieke gezinslid ook eerder daartoe geneigd zijn. De invloed kan ook indirect zijn. Een stressvol gezinsklimaat met een gebrek aan steun en een overmaat aan kritiek kan het immuunsysteem in negatieve zin beïnvloeden (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001). In dit opzicht geeft Pennebaker's (1993) inhibitietheorie een andere interessante invalshoek. Deze stelt dat het onderdrukken van emoties een permanente fysiologische 'arousal' 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. Hierdoor blijft fysiologische arousal langdurig op een hoog niveau. Rechtstreekse empirische steun voor deze aansprekende theorie is echter niet voorhanden. Wel vonden Smyth, Stone, Hurewitz en Kaell (1999) indirecte steun voor de positieve rol van het delen van verdriet over lichamelijke aandoeningen. Patiënten met reumatoïde artritis die at random waren geselecteerd om over hun verdriet te schrijven, functioneerden daarna lichamelijk beter dan een controlegroep die niet had geschreven.

De samenhang van gezinsvariabelen met gezondheid geldt voor zowel volwassenen als kinderen en adolescenten. Van de laatste groep zijn in dit opzicht gegevens bekend over astma, insulineafhankelijke suikerziekte, taaislijmziekte, jeugdanker en aangeboren hartafwijkingen. Bij volwassenen blijkt in het algemeen dat lichamelijke ziekten een slechter beloop hebben, als de partnerrelatie slecht is (Snyder & Whisman, 2004). In het bijzonder geldt dit voor herstel na hartproblemen en verhoogde bloeddruk. Ongezond gedrag als roken en overmatig eten is moeilijker onder controle te krijgen, wanneer de persoon in kwestie deel uitmaakt van een verstoorde partnerrelatie.

Ernstige lichamelijke ziekten maken begeleiding van de gezinnen vaak noodzakelijk. Die kan bestaan uit voorlichting, gezinsgerichte psycho-educatie, relatietherapie of gezinstherapie. Er zijn positieve effecten aangetoond bij lichamelijke ziekten van kinderen en adolescenten (astma, diabetes, pijn), volwassenen (hypertensie), en ouderen (bijvoorbeeld met de ziekte van Alzheimer). De resultaten worden veelal beoordeeld in termen van de ziekte zelf, maar soms ook in tevredenheid met de situatie. Er zijn geen studies bekend waar ook verandering in het gezinsfunctioneren is gemeten. Volgens Campbell (2003) is dit een probleem. Als er geen effect voor het zieke individu wordt gevonden, weet men niet waar het aan ligt. Is het gezin niet veranderd? Of is het gezinsfunctioneren toch niet zo belangrijk?

Law en Crane (2000) voerden een onderzoek uit bij een grote groep random geselecteerde studenten die allen een psychologische behandeling hadden ondergaan. De onderzoekers gingen na hoeveel doktersbezoek er was geweest; voorafgaand, tijdens

en na deze therapieën. De afname van doktersbezoek was verreweg het grootst na relatie- of gezinstherapie.

De afgelopen decennia zijn in toenemende mate gevallen aan het licht gekomen van lichamelijke aandoeningen bij kinderen en adolescenten die wel op zeer rechtstreekse manier met de gezinssituatie hebben te maken. Het gaat hierbij om lichamelijke aandoeningen die vanuit een pathologische behoefte opzettelijk worden veroorzaakt door een van de ouders. Het is een ongewone variant van kindermishandeling, waarbij de ouder verhalen verzint over lichamelijke aandoeningen en symptomen van het kind die resulteren in onnodige onderzoeken, behandelingen en ziekenhuisopnamen. Men noemt dit het Munchausen-by-proxy syndrome (MBPS) of Factitious Disorder By Proxy syndrome (FDBP). De naam is ontleend aan de verzonden verhalen van baron Von Münchhausen. Meestal 'onderbouwen' de ouders hun verhalen door er zelf voor te zorgen dat de kinderen de fysieke symptomen krijgen die bij de verzonden ziekte horen. Het toedienen van verkeerd voedsel of vergif, maar ook fysiek geweld, zijn methoden die zij hierbij gebruiken (Sanders, 1995).

Er zijn klinische beschrijvingen, maar er is weinig systematisch onderzoek naar dit toch wel bizarre syndroom. De drie studies die het meest voldoen, van Mercer en Perdue (1994), Loader en Kelly (1996) en Sheridan (2003), komen tot vergelijkbare 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, omdat de oorzaak niet of te laat wordt onderkend. Daardoor worden vaak goedbedoelde maar verkeerde medische behandelingen toegepast. Verder stellen zij de volgende feiten vast:

- Evenveel jongens als meisjes zijn slachtoffer van MBPS.
- De gemiddelde leeftijd van de slachtoffertjes ligt rond de 4 jaar.
- In meer dan driekwart van de gevallen is het 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 met hogere sociale status dan haar echtgenoot.
- De moeder ervaart vaak een tekort aan aandacht van haar echtgenoot, op wie zij bovendien neerkijkt wegens zijn lagere sociale status; er is geen intimiteit in het huwelijk.
- 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, het bevordert intimiteit tussen de ouders.

Gedragstoornissen, ADHD en delinquentie van kinderen en adolescenten

Eerder hebben we in het kader van opvoedingstechnieken al enige aandacht geschonken aan kinderen met meer dan 'gewone' opvoedingsproblemen. In vorige paragrafen in dit hoofdstuk zijn we ingegaan op de waarde van gezinsbehandelingen als het gaat om angstige of depressieve kinderen. Nu richten we de aandacht op een groep die een maatschappelijk probleem vormt: de onhandelbare kinderen die een sterk verhoogd risico lopen om delinquent te worden. Gezinstherapie heeft van oudsher een goede naam in deze. Dat geldt met name voor de structurele gezinstherapie door een baanbrekend project van Salvador Minuchin, gerapporteerd in het boek *Families of the slums* (Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman, & Schumer, 1967). Orde scheppen in de gezinsstructuur, herstellen van hiërarchie en bewaken van de grenzen zijn nog steeds belangrijke pijlers in het behandelen van jeugdigen die dreigen te ontsporen. Het afgelopen decennium zijn de therapeutische modellen verder ontwikkeld. De behandelingen zijn eclectischer geworden en spelen zich op meerdere niveaus af. De kenmerken van de structurele gezinstherapie zijn nog steeds aan de orde, maar daarnaast zijn er individuele vaardigheidstrainingen en groepstrainingen. De scholen worden vaak betrokken bij de behandeling. Er is ook veel meer onderzoek. Huey, Henggeler, Brondino en Pickrel (2000) voerden deze multisystemische therapie (MST) uit bij twee groepen ernstig delinquente jongeren, een groep Afro-Amerikanen en een groep vergelijkbare blanken. De resultaten waren voor beide groepen positief. Henggeler en Sheidow (2003) beschrijven de werkwijze van de MST. We zien grote overeenkomst met het eclectische model dat de leidraad vormt in dit boek. Motiveren en timing nemen een grote plaats in: eerst motiveren, dan gedragsverandering en ten slotte 'transfer of change'. De auteurs beschrijven een aantal vergelijkende effectstudies. De uitkomsten zijn veelbelovend.

Ook in de Functional Family Therapy (FFT) vormen de gedragstoornissen van jongeren een onderwerp van studie. Sexton et al. (2004) vatten de resultaten samen van een breed gerichte gezinsaanpak. Deze blijken positief uit te pakken, ook op lange termijn.

Relatieproblemen en relatietherapie

Het is niet altijd gemakkelijk om te beoordelen of een relatietherapie succesvol is geweest. Sommige klinici noemen een relatietherapie een succes als een paar weliswaar uit elkaar gaat, maar als individuen wel beter functioneren dan daarvoor. Baucom et al. (1998) wijzen dit af. Scheiding, al zouden beide partners dit de beste oplossing vinden, telt volgens hen nimmer als een positief resultaat van een behandeling, tenzij scheiden van tevoren het uitgangspunt was.

Onderzoekers meten vooruitgang met behulp van gestandaardiseerde vragenlijsten. De onderzochte behandelmethode kan worden aanbevolen, wanneer blijkt dat de paren na de relatietherapie significant meer vooruitgaan in de onderlinge omgang dan een controlegroep (Baucom et al., 1998). Anders dan vroeger, is er nu een grote hoeveelheid degelijk uitgevoerde vergelijkende onderzoeken. We vatten de gegevens van zes overzichtspublicaties samen (Baucom et al., 1998; Elliot, Greenberg, & Lietaer, 2004; Jacobson, Christensen, Prince, Cordova, & Eldridge, 2000; Johnson, 2003; Johnson & Lebow, 2000; Shadish & Baldwin, 2003). Hierbij kijken we naar de effecten die in de

verschillende stromingen worden geclaimd en naar mogelijke predictoren van succesvolle relatietherapie.

a De verschillende stromingen

Als er vroeger al effectonderzoek werd uitgevoerd, was het vooral met betrekking tot gedragsrelatietherapie (Behavioral Marital Therapy). De afgelopen jaren zagen we ook studies naar inzichtgeoriënteerde relatietherapie (Insight Oriented Couples or Marital Therapy), en de ervaringsgerichte relatietherapie (Emotion Focused Therapy). Alledrie de modellen laten klinisch relevante effecten zien. Ze lijken het grootst in de inzichtgeoriënteerde relatietherapie, waarin het verleden ook aan de orde komt, en de ervaringsgerichte relatietherapie. De verschillen kunnen te maken hebben met de complexiteit van de protocollen. Het lijkt alsof de protocollen voor de inzichtgevende en de ervaringsgerichte relatietherapie wat completer zijn en meer recht doen aan de complexiteit van de werkelijkheid, waar de protocollen in gedragsrelatietherapie zich strikt beperken tot gedragsmatige interventies. De combinatie van inzichtgevende en cognitieve gedragstherapie is een goed alternatief. Dat blijkt bijvoorbeeld uit een studie van Jacobson et al. (2000). In het onderzochte protocol waren de pure gedragsinterventies aangevuld met het bespreken van gevoelens als 'acceptatie' en 'intimiteit'. Dit bleek de werking van de gedragsselementen te versterken.

b Predictoren; voor wie werkt wat?

De 'pure' gedragsrelatietherapie lijkt vooral succesvol bij milde relatieproblemen; de ervaringsgerichte relatietherapie vooral als partners allebei het gevoel hebben dat er wederzijds positieve affectie is. Er zijn aanwijzingen dat relatietherapie in het algemeen de meeste vruchten afwerpt, als de betrokkenen qua leeftijd tot de middengroep behoren; tussen de 35 en 75 jaar. Snyder en Whisman (2004) constateren dat relatietherapie minder succesvol is, als een of beide partners lijden aan individuele psychische stoornissen.

Ten slotte, het zal de lezer niet verbazen: de resultaten zijn gering als behandelaars rigide met de protocollen omspringen en de therapeutische relatie zwak is.

Geweld binnen gezinnen

Bij geweld in gezinnen denkt men in eerste instantie aan fysieke en emotionele mishandeling door partners en aan mishandeling van kinderen door ouders.

Fysiek geweld tegen partners

Er wordt vaak gedacht dat vooral mannen hun partners mishandelen. De cijfers wijzen uit dat er ook veel vrouwen zijn die hun mannen ernstig toetakelen. Magdol, Moffit, Caspi, Newman en Fagan (1997) namen bij 941 echtparen gestructureerde interviews af. Beide partners gaven informatie over agressie van henzelf en van hun partner. De cijfers waren verbluffend. De partners stemden wonderbaarlijk overeen in hun

rapportage: 22 procent van de mannen had hun vrouwen ooit ernstig mishandeld, en 37 procent van de vrouwen bleek hun mannen ernstig te hebben beschadigd. De vrouwen waren wel banger voor de fysieke agressie van hun man dan omgekeerd. Maar de agressie van de mannen was qua niveau van geweld niet ernstiger dan die van de vrouwen. Integendeel. De onderzoekers van dit methodologisch knap uitgevoerd survey-onderzoek geven ook cijfers van andere studies in andere landen. Deze waren niet in tegenspraak met de trend die zij vonden. Niettemin gaat de aandacht toch vaker uit naar agressie van de mannelijke partner. Dat zien we ook in de onderzoeken naar de effecten van de behandelingen. Die hebben meestal betrekking op mannen.

Opvallend is de rol van alcohol. O'Farrell, Murphy, Stephan, Fals-Stewart en Murphy (2004) stelden vast dat 60 procent van een grote groep alcoholisten hun vrouwen mishandelde, terwijl dat bij een vergelijkbare groep van niet-alcoholisten 'maar' 12 procent was. Allen kregen een gedragsrelatietherapie. Bij de mannen die niet meer dronken, was er een klinisch significante afname van geweld. Bij degenen die nog dronken niet.

Er zijn veel rehabilitatieprogramma's voor personen met een verstoorde agressiehuishouding, ofwel een 'periodieke explosieve stoornis'. Deze stoornis speelt vaak een rol bij geweld tegen partners. De behandelingen zijn in het algemeen individueel of in groepen. Socialevaardigheidstraining en zelfcontroletechnieken zijn de belangrijkste elementen (Bernard, Appelo, Scholing, & Kok, 2003). Babcock, Green en Robi (2004) stelden aan de hand van een meta-analyse van 23 onderzoeken vast, dat groepsbehandelingen van daders zonder hun partner het geweld nauwelijks reduceert. Stith, Rosen, McCollum en Thompson (2004) voerden een vergelijkend experiment uit bij stellen met milde agressie. Zij vonden dat het agressieve gedrag bij stellen die in parengroepen waren behandeld, meer was afgenomen dan bij stellen die niet in groepsverband waren behandeld. Stith, Rosen en McCollum (2003) concluderen op grond van een overzichtsstudie dat er relatief weinig goed uitgevoerde vergelijkende onderzoeken zijn. Waar dat wel het geval is, zijn de parenbehandelingen superieur aan de individuele behandelingen.

Fysiek geweld van ouders tegen kinderen

Ouders die hun kinderen mishandelen, behoren niet tot een groep die staat te springen om zich aan te melden voor therapie. Waarschijnlijk is dit de oorzaak van de geringe hoeveelheid onderzoek naar de effecten van behandelingen voor gewelddadige ouders. We hebben één onderzoek van hoge kwaliteit gevonden. Chaffin et al. (2004) voerden een gerandomiseerde vergelijkende studie uit bij 110 gezinnen, waarin regelmatig ernstig fysiek geweld werd gepleegd door de ouders. Er waren drie condities. In één groep kreeg men ouder-kindinteractietherapie. In de tweede groep kregen ze hetzelfde plus individuele begeleiding voor de ouders. De derde groep was een controleconditie, waarin de ouderparen de behandeling kregen die standaard door de gemeente werd aangeboden. Er waren follow-ups tot 850 dagen na de behandeling. De resultaten lieten in die periode geen verschillen zien tussen de beide ouder-kindinteractiegroepen. De individuele begeleiding had dus niets toegevoegd aan de ouder-kindinteractietraining. Bij 19 procent van deze deelnemers waren er in de follow-up periode opnieuw meldingen van geweld. In de controlegroep was dat bij 49 procent het geval.

Discussie over het onderzoek naar gezinsinteracties, psychische stoornissen en gezinstherapie

We eindigen dit hoofdstuk met een bespreking van de effectiviteit van de verschillende stromingen binnen de gezins- en relatietherapie; de kloof tussen onderzoek en praktijk; het ontbreken van onderzoek naar toepassing van de systeembenadering bij persoonlijkheidsstoornissen; de kosten/effectiviteit van systeembehandelingen; en de integratie van individuele technieken binnen de systeemtherapie en omgekeerd.

Verschillende vormen waarin gezinsleden zijn betrokken bij de behandeling

Als we het voorgaande onderzoek in zijn geheel beschouwen zien we drie vormen van gezinstherapie:

- a **Traditionele gezinstherapie.** Het gezin of de relatie is het onderwerp van behandeling.
- b **Stoornisgerichte gezinstherapie.** Hierin is de aandacht gericht op de stoornis van de aangemelde patiënt en op de manier waarop de gezinsleden – of alleen de partner – de stoornis instandhouden of zelfs bekrachtigen.
- c **Ondersteunend contact met gezin of omgeving.** Hier wordt het gezin of de ruimere omgeving als hulp bij de behandeling van het individu betrokken.

Gezinsbehandelingen van het type *a* komen vooral voor in de praktijk, als cliënten zich aanmelden voor levens- en gezinsproblemen. In de onderzoeksliteratuur komen de vormen *b* en *c* het meest voor. Waarschijnlijk doordat het iets minder moeilijk is standaardprotocollen te genereren als de problematiek specifiek is. De psycho-educatieve, cognitief-gedragsgerichte en de probleemgerichte gezinstherapie (Multi Systemic en Functional Family Therapy), passen het best bij type *b* en *c*. De andere stromingen treft men meer onder type *a* aan.

Verschillende stoornissen vragen om verschillende behandelvormen. Adolescenten met anorexie blijken veel baat te hebben bij structurele gezinstherapie van het type *b* en *c* (Dare et al. 1990). Bij schizofrenie en bipolaire stemmingsstoornissen is de behandeling 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*). 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 met unipolaire depressie in een problematische gezinssituatie. Ook bij geweld en gedragsproblemen bij kinderen zijn de andere gezinsleden meestal méér dan medehulpverleners en zijn ze zelf onderdeel van de behandeling.

De kloof tussen onderzoek en praktijk

In hoofdstuk 9 zagen we dat er verschillend wordt gedacht over geprotocolleerde 'evidence-based' behandelstudies (de 'randomised controlled studies', RCT'S). De sceptici zien een grote kloof tussen de praktijk en de protocollen die in onderzoek worden gebruikt. De protocollen gaan uit van de gemiddelde patiënt, terwijl men zich

in de praktijk juist moet aanpassen aan de individuele patiënt. In onderzoeksstudies richt men zich bovendien op één stoornis en komen de combinaties (de comorbide stoornissen) zelden aan bod. In de praktijk moet therapie een proces zijn van doorlopende diagnostiek, formuleren van hypothesen en bijstellen van de behandeling.

Ondanks de bezwaren zijn er gegronde argumenten vóór de gerandomiseerde gecontroleerde studie. Het is de enige manier om aan de weet te komen of bepaalde methoden werkzaam zijn. De onderzochte geprotocolleerde behandelingen hoeven in de praktijk niet exact op de onderzochte wijze te worden gebruikt. Men kan er flexibel mee omgaan. Men kan de duur van de behandeling en de combinatie van technieken aanpassen aan de individuele cliënt. Het is wel degelijk mogelijk om protocollen te genereren voor complexere problematiek.

Geprotocolleerde behandelingen vormen een belangrijke bijdrage in de opleiding van behandelaars; ze zijn een deel van het gereedschap dat behandelaars ter beschikking krijgen. Men kan de protocollen of delen ervan gebruiken, maar het hoeft niet.

Op basis van een onderzoek in drie behandelcentra kwamen Blatt en Zuroff (2005) tot de conclusie dat er inderdaad een gevaar schuilt in het volledig vertrouwen op de resultaten van strikt geprotocolleerde vergelijkende studies. De kans bestaat dat dan te weinig aandacht wordt geschonken aan persoonlijkheidskenmerken van patiënten die de werking van de protocollen sterk beïnvloeden. Een protocol voor depressie moet bijvoorbeeld anders worden toegepast bij een extreem perfectionistische patiënt dan bij iemand voor wie dat niet geldt. Blatt en Zuroff (2005) zijn bezorgd over het gevaar dat behandelaars te weinig ruimte krijgen om de relatie met de cliënten te optimaliseren. Zij adviseren om RCT-onderzoeken te blijven uitvoeren, maar ze te combineren met op individuen gericht procesonderzoek.

Als men de onderzoeken nader bestudeert, is het geen wonder dat het lang heeft geduurd voordat er RCT's werden uitgevoerd met betrekking tot gezinstherapieën. Het standaardiseren is bij de behandelingen van gezinnen moeilijker te verwezenlijken en vaak nog minder wenselijk dan bij individuele behandelingen. De studies zijn duurder van opzet, de methodologie van onderzoek en de statistische analyses zijn ingewikkelder. Het is dan ook begrijpelijk en wenselijk dat er naast de gerandomiseerde vergelijkende studies, meer naturalistische onderzoeken komen naar de effecten van relatie- en gezinstherapieën.

Ontbreken van onderzoek over persoonlijkheidsstoornissen

Er is nog geen traditie van vergelijkend geprotocolleerd onderzoek naar de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. De lange adem die daarvoor nodig is, zal hieraan debet zijn. Bovendien geldt een aantal van de eerdergenoemde bezwaren tegen al te strakke protocollen hier nog meer dan bij de zogenaamde as-1-stoornissen. Niettemin, het onderzoek op dit terrein begint op gang te komen, met name ten aanzien van de borderline-persoonlijkheidsstoornis (Giesen-Bloo et al., geaccepteerd; Verheul, 2005).

Juist bij 'moeilijke mensen', zoals patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, lijkt het van belang de andere gezinsleden bij de behandeling te betrekken (Korrelboom, 2000; Van Meekeren & De Jong, 1999). Hiernaar is echter nauwelijks onderzoek gedaan.

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) stellen vast dat de kosten van een gemiddelde relatietherapie nog geen 20 procent bedragen van een snelle en goedkope echtscheiding. O'Farrell en Fals-Stewart (2003) becijferen dat partnerrelatietherapie bij alcoholisten kostenbesparend is, als men het vergelijkt met dure intramurale behandelingen die daarmee worden voorkomen. Meer in het algemeen concluderen Pinsof en Wynne (1995) dat integratieve gezinstherapieën maatschappelijk gezien waarschijnlijk extra voordelig zijn. Zij hebben niet alleen gevolgen voor de aangemelde patiënt, maar voorkómen vaak negatieve ontwikkelingen voor andere gezinsleden, een belangrijke kostenbesparing.

Integratie: individuele elementen in gezinstherapie

We hebben het al vaker opgemerkt: de gezinstherapie is volwassener geworden. Johnson (2001) en Lebow (2003) signaleren dat gezinstherapie niet meer is gericht op wonderbaarlijke confrontaties, snelle paradoxen en dramatische interventies met gebruik van de eenrichtingsspiegel. De nadruk ligt nu veeleer op het opbouwen van werkbare allianties, oplossen van problemen, aandacht voor psychopathologie en combineren van individueel gerichte technieken met op interacties gerichte interventies.

De kracht van gezinstherapie bij de behandeling van psychische stoornissen blijkt al met al 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 zich instrumenten voor blijvende verandering eigen te maken.

Integratie: interactionele elementen in individuele therapie

We naderen het einde van dit boek. De term 'integratie' is vaak gevallen, ook in dit hoofdstuk. We spraken dan vaak over het toepassen van individueel gerichte technieken door gezins- en relatietherapeuten. Ik wil in deze laatste paragraaf terugkomen op datgene waarover ik me in het voorwoord al verbaasde: dat er zoveel behandelaars zijn die de omgeving van hun cliënten nooit zien, laat staan in hun taxatie en behandelplan betrekken. Het is merkwaardig dat psychotherapeuten patiënten individueel behandelen, en de onderlinge beïnvloeding van mensen met psychische stoornissen en hun omgeving veronachtzamen. Het is te wensen dat ook in dit opzicht de integratie doorzet, zowel in de opleidingen als in de inrichting van de gezondheidszorg. De hier besproken ontwikkelingen binnen de gezinstherapeutische stromingen zouden het voor de individueel werkende behandelaars gemakkelijker kunnen maken van hun kennis te profiteren. Patiënten kunnen dan vaker worden verwezen naar behandelaars die er niet tegen opzien tijdig de gezinsverhoudingen in de behandeling te betrekken. Het selecteren en illustreren van de systeemconcepten en de individuele principes die zich goed lenen voor gecombineerde behandelingen is het belangrijkste doel van *Gedragsverandering in gezinnen*.

Abstract

This chapter shows us the increase in quantity and quality of research into the pathogenic processes within families and the results of research into the outcome of family and couple therapy. Psychoeducative family therapy appears to be important for schizophrenia and bipolar disorder mainly, although fairly good results are reported for depression, anxiety and eating disorders. Yet, for these disorders a combination of cognitive behavioral family therapy has been shown to be superior. The problem solving approach (multisystemic family therapy and functional family therapy) is successfully used with drug and alcohol dependency and with conduct disorders and delinquency. We also noticed that dysfunctional partner relationships negatively influence somatic complaints. Involving partners in somatic treatments increases the recovery rate.

In previous decades behavioral couple therapy was the main focus of research. In the past years many studies investigated insight oriented couple therapy and emotion focused couple therapy. They came out at least as good.

We critically discussed the emphasis on protocolled driven treatments in randomized controlled studies. Yet, we could share the conclusions of well-known researchers, that the benefits are larger than the negative aspects. The manuals provide tools that therapists may use but do not have to use always.

We have finally seen, that the bulk of research supports integration. Individual focused techniques do belong in family therapy. On the other side, therapists who mostly see patients individually should learn to reckon with reciprocal influences from within the family.

Noot

- 1 Dit artikel is een voorpublicatie van het laatste hoofdstuk van de achtste complete herziening van het door de auteur geschreven boek *Gedragsverandering in gezinnen; cognitieve gedrags- en systeemtherapie* (Groningen: Wolters-Noordhoff). De verwijzingen naar paragrafen in het boek zijn zo veel mogelijk weggelaten. De literatuurlijst bevat alleen de referenties van dit hoofdstuk. Het boek zal in april/mei 2006 verschijnen.

Referenties

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR* Washington DC: APA.
- Babcock, J.C., Green, Ch. E., & Robie, Ch. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytical review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23 (8), 1023-1954.
- Barnett, P.A., & Gotlib, I.H. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-126.
- Barrett, P.M. (2000). Treatment of childhood anxiety: Developmental aspects. *Clinical Psychological Review*, 20 (4), 479-494.
- 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. (2003). Affective Disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (2), 247-261.
- 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.
- Berg-Nielsen, T., Vikan, A., & Dahl, A.A. (2002). Parenting related to child and parental psychopathology: a descriptive review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*,

- 7(4), 529-552. Nederlandse uitgave: Opvoeding en psychopathologie bij kinderen en ouders: een descriptief literatuuronderzoek. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2004, 15(4), 341-372.
- Bernard, J., Appelo, M., Scholing, A., & Kok, F. (2003). De periodieke explosieve stoornis: richtlijnen voor de behandeling. *Directieve Therapie*, 23 (1), 9-24.
- Binswanger, L. (geredigeerd en met commentaar van W. Vandereycken en K.J.M. van de Loo, 1991). *Ellen West: Een klassiek geval van anorexia nervosa en boulimie*. Amsterdam: Candide.
- Blatt, S.J., & Zuroff, D.C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*, 25 (4), 459-486.
- 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, Th.L. (2003). The effectiveness of family interventions for physical disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (2), 263-281. Nederlandse uitgave: Opvoeding en psychopathologie bij kinderen en ouders: een descriptief literatuuronderzoek. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2004, 15 (4), 392-425.
- Chaffin, M., Silovsky, J.F., Funderburk, B., Valle, L.A., Brestan, E.V., Balachova, T., Jackson, S., Lensgraf, J., & Bonner, B.L. (2004). Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (3), 500-510.
- 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(5), 658-665.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27 (2), 104-131.
- Elliot, R., Greenberg, L.S., & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In: M.J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Behavior Change* (hfdst. 11, 493-539). New York: Wiley.
- 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.
- Fairburn, Chr., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- 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.
- Gaag, M. van der (2005). Zorgelijke en zorgeloze wanen. *Directieve Therapie*, 25 (2), 176-184.
- Gaag, M. van der, Appelo, M.T., & Hoogduin, C.A.L. (red.) (2003). *Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijken*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, Cure & Care Development.
- Garfinkel, P.E., & Garner, D.M. (1982). *Anorexia Nervosa. A multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Giesen-Bloo, J., Dyck, R. van, Spinhoven, Ph., Tilburg, W. van, Dirksen, C., Asselt, Th. van, Nadort, M., & Arntz, A. (geaccepteerd). Outpatient psychotherapy for borderline personality

- Disorder: a randomized controlled trial of Schema focused therapy versus Transference focused psychotherapy. *Archives General Psychiatry*.
- 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.
- 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 (red.), *Clinical handbook of couple therapy* (hfdst. 20, 411-436). New York: The Guilford Press.
- Gowers, S., & North, C. (1999). Difficulties in family functioning and adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 174, 63-66.
- Henggeler, S.W., & Sheidow, A.J. (2003). Conduct disorder and delinquency. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (4), 491-504. Nederlandse uitgave: Gedragsstoornis en delinquentie. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2005, 16(3), 304-335.
- Hinrichsen, G.A., & Pollack, S. (1997). Expressed Emotion and the course of late-life depression. *Journal of abnormal psychology*, 106(2), 336-340.
- 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.
- Huey, S.J. Jr., Henggeler, S.W., Brondino, M.J., Pickrel, S.G. (2000). Mechanisms of change in multisystemic therapy: reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (3), 451-457.
- Ilfeld, F.W. (1977). Current social stressors and symptoms of depression. *American Journal of Psychiatry*, 134 (2), 161-166.
- Jacob, T. (1992). Family studies of alcoholism. *Journal of Family Psychology*, 5(3 en 4), 319-338. Nederlandse uitgave: Onderzoek naar alcoholisme in het gezin. *Gezinstherapie*, 1993, 4(3), 312-334.
- Jacobson, N.S., Christensen, A., Prince, S.E., Cordova, J., Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: an acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (2), 351-355.
- Johnson, S. (2001). Family therapy saves the planet: Messianistic tendencies in the family systems literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27 (1), 3-11.
- Johnson, S.M. (2003). The revolution in couple therapy: a practitioner-scientist perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(3), 365-384.
- Johnson, S., & Lebow, J. (2000). The 'coming of age' of couple therapy: a decade review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(1), 23-38.
- Kaufman, E. (1981). Family structures of narcotic addicts. *International Journal of the Addictions*, 16, 273-282.
- Kelley, M.L., & Fals-Stewart, W. (2002). Couples- versus individual therapy for alcohol- and drug abuse: Effects on children's psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 417-427. Nederlandse uitgave: een vergelijking tussen partnerrelatietherapie en individuele therapie bij alcohol en drugsmisbruik: effecten op het psychosociale functioneren van de kinderen. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2004, 15 (1), 1-31.
- Kent, A., & Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 20 (7), 887-903.
- Kiecolt-Glaser, J.K., & Newton, T.L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472-503.
- 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.
- Korrelboom, K. (2000). Dimensies in de behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen: aangrijpingspunt, context en therapeutische eenheid. *Directieve Therapie*, 20(3), 206-215.
- Lange, A., & Dyck, R. van (1992b). The function of agoraphobia in the marital relationship; A research note. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 89-93.

- Law, D.D., & Crane, D.R. (2000). The influence of marital and family therapy on health care utilization in a health-maintenance utilization. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26 (3), 281-292. Nederlandse uitgave: De invloed van relatie- en gezinstherapie op het gebruik van gezondheidszorg. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2001, 12 (2), 172-191.
- Lebow, J. (2003). Family Therapy Scorecard; research shows the family approach is often the treatment of choice. *Psychotherapy Networker*, 73-75. Nederlandse uitgave: Rapportcijfers voor gezinstherapie: Onderzoek wijst uit dat een gezinsbenadering vaak de beste keus is. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2004, 15 (1), 32-37.
- Leff, J., Alexander, B., Asen, E., Brewin, Chr., Dayson, D., Vearnals, S., & Wolff, G. (2003). Modes of action of family interventions in depression and schizophrenia: the same or different? *Journal of Family Therapy*, 25 (4), 357-370.
- 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). Munchausen syndrome by proxy: A narrative approach to explanation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1 (3), 353-363. Nederlandse uitgave: Het 'Munchausen 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.
- Magdol, L., Moffit, T.E., Caspi, A., Newman, D.L., & Fagan, J. (1997). Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21-years-olds: Bridging the gap between clinical and epidemiological approaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (1), 68-78. Nederlandse uitgave: Geslachtsverschillen bij geweld tussen partners in een geboortecohort van 21-jarigen: De kloof tussen klinische en epidemiologische benadering overbrugd. *Gezinstherapie*, 1998, 9 (2), 115-140.
- Marcaurelle, R., Bélanger, C., & Marchaud, A. (2003). Marital relationship and the treatment of Panic Disorders with Agoraphobia: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 23 (2), 247-276.
- Marshal, M.P. (2003). For better or for worse? The effects of alcohol use on marital functioning. *Clinical Psychology Review*, 23 (7), 959-997.
- 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* (hfdst. 18, 369-393). New York: The Guilford Press.
- McDonell, M.G., & Dyck, D.G. (2004). Multiple-family group treatment as an effective intervention for children with psychological disorders. *Clinical Psychology Review*, 24 (6), 685-706.
- McFarlane, W.R., Dixon, L., Lukens, E., Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (2), 223-245. Nederlandse uitgave: Psycho-educatie voor het gezin en schizofrenie: een literatuuroverzicht. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2004, 15 (1), 54-95.
- Meekeren, W. van, & Jong, H. de (1999). Het betrekken van de omgeving bij de behandeling van de borderlinepatiënt. *Psychopraxis*, 1 (1), 3-35.
- 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). Munchausen syndrome 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.
- Meyers, R.J., Miller, W.R., Smith, J.E., & Tonigon, S. (2002). A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1182-1185. Nederlandse uitgave: Een gerandomiseerd experiment met twee methoden om drugsverslaafden die geen behandeling willen via betrokken belangrijke anderen toch te laten meewerken. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2004, 15(2), 212-214.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney Jr., B.G., Rosman, B.L., & Schumer, F. (1967). *Families of the slums. An exploration of their structure and treatment*. New York: Basic Books.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families; Anorexia Nervosa in context*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- 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 (red.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (hfdst. 14, 240-256). London: Gaskell.
- Northey, W.F., Wells, K.C., Silverman, W.K., Bailey, C.E. (2003). Childhood behavioral and emotional disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (4), 523-545.
- 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 (red.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions* (hfdst. 7, 170-209). New York: The Guilford Press.
- O'Farrell, T.J.O., & Fals-Stewart, W. (2003). Alcohol abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (1), 121-146. Nederlandse uitgave: Alcoholmisbruik. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2005, 16(2), 156-206.
- 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.
- O'Farrell, T.J., Murphy, C.M., Stephan, Sh.H., Fals-Stewart, W., & Murphy, M. (2004). Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for male alcoholic patients: the role of treatment involvement and abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (2), 202-217.
- 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.
- Pennebaker, J.W. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research and 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.
- Pinsof, W.M., & Wynne, L.C. (2000). Toward progress research: closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26 (1), 1-9. Nederlandse uitgave: Naar voortgangsonderzoek: het dichten van de kloof tussen gezinstherapeutisch onderzoek en de gezinstherapeutische praktijk. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2000, 11 (4), 337-350.
- 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*, 1998, 9 (2), 161-192.
- Rea, M.M., Tompson, M.C., Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J., Hwang, S., & Mintz, J. (2003). Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (3), 482-492.
- 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.
- Robin, A.L., Siegel, P.T., Moye, A.W., Gilroy, M., Dennis, A.B., & Sikand, A. (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1482-1489. Nederlandse uitgave: *Psychotherapie, Toegang tot de Internationale Vakliteratuur*, 2001, 8 (2), 229-249.
- Root, M.P.P. (1995). Conceptualization and treatment of eating disorders in couples. In: N.S. Jacobson & A.S. Gurman (red.), *Clinical handbook of couple therapy* (hfdst. 21, 437-457). New York: The Guilford Press.
- Sanders, M. (1995). Symptom coaching: Factitious disorder by proxy with older children. *Clinical Psychology Review*, 15 (5), 423-442.

- Sexton, Th.L., Alexander, J.F., & Leigh Mease, A. (2004). Psychotherapy for children and adolescents. In: M.J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Behavior Change* (hfdst. 13, 590-646). New York: Wiley.
- Shadish, W.R., & Baldwin, S.A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions, *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (4), 547-570.
- Sheridan, M.S. (2003). The deceit continues: An updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect*, 27, 431-451. Nederlandse uitgave: Het bedrog duurt voort. Een bijgewerkt overzicht van de literatuur over het syndroom van Munchausen by proxy. *Kind en Adolescent Review*, 2004, 11(2), 228-253.
- 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, 1304-1309.
- Snyder, D.K., & Whisman, M.A. (2004). Treating distressed couples with coexisting mental and physical disorders: directions for clinical training and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30 (1), 1-12.
- Stanton, M.D., Todd, T.C., & Associates (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York: The Guilford Press.
- Stith, S.M., Rosen, K.H., McCollum, E.E., & Thomsen, C.J. (2004). Treating intimate partner violence within intact couple relationships: Outcomes of multi-couple versus individual couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 20 (3), 305-318.
- Stith, S.M., Rosen, K.H., & McCollum, E.E. (2003). Effectiveness of couples treatment for spouse abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (3), 407-426.
- 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.
- Vanderlinden, J. (2005). Storende preoccupaties en eetstoornissen: Help, ik ben te dik. *Directieve Therapie*, 25 (2), 233-242.
- Verheul, R. (2005). Nieuwe inzichten in de veranderbaarheid van persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen. *De Psycholoog*, 40 (3), 122-128.
- Wearden, A.J., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T.R., & Rahill, A.A. (2000). A review of Expressed Emotion research in health care. *Clinical Psychological Review*, 20 (5), 633-666.
- Whitaker, C.A. (1975). Psychotherapy of the absurd with a special emphasis on the psychotherapy of aggression. *Family Process*, 14 (1), 1-16.
- Yandoli, D., Eisler, I., Robbins, Cl, Mulleady, G., & Dare, Chr. (2002). A comparative study of family therapy in the treatment of opiate users in a London drug clinic. *Journal of Family Therapy*, 24 (4), 402-422. Nederlandse uitgave: Een vergelijkend onderzoek naar gezinstherapie bij de behandeling van opiaatgebruikers in een Londense verslavingskliniek. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2004, 15 (2), 191-211.