



[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)

# Systemtherapie

Alfred Lange

---

**SAMENVATTING** Dit artikel verschijnt eind 2010 als hoofdstuk in het handboek voor GZ-psychologen onder redactie van Marc Verbraak, Sako Visser, Peter Muris en Kees Hoogduin bij Boom uitgeverij, Amsterdam. Het artikel schetst in het kort de kenmerken van systeemtherapie en de manier waarop men behandelingen kan verrijken door gezinsleden bij de behandeling te betrekken. Het geeft bovendien een – zij het sterk samengevat – overzicht over de stand van zaken in het onderzoek naar behandelingen met partners en gezinsleden.

---

## Inleiding

In de jaren vijftig tekende zich onvrede af met de op dat moment dominante benadering van psychische problemen. Patiënten werden individueel behandeld, al of niet opgenomen in een kliniek. Soms verbeterden ze, vaak ook niet. Zelfs als ze verbeterden vielen ze over het algemeen terug zodra ze weer op zichzelf en hun familieleden aangewezen waren. De onvrede hiermee leidde tot het uitbouwen van de systeemtheorie. Kern daarvan was de opvatting dat er een relatie bestaat tussen de manier waarop mensen in duurzame relaties met elkaar omgaan en de aard van psychische klachten. Uit de vermenigving van deze systeemtheorie en bestaande psychotherapeutische oriëntaties ontwikkelden zich de systeemtherapeutische oriëntaties. In die tijd kwam er ook meer aandacht voor de toepassingen van de leertheorie wanneer het gaat om het verklaren van psychische stoornissen. Hieruit groeide de gedragstherapie en later de cognitieve gedragstherapie.

Beide modellen ontwikkelden zich op een eenzijdige manier. De systeemtherapeuten hadden vooral oog voor de interacties tussen gezinsleden of partners en verwaarloosden de individuele karakteristieken en pathologie van hun patiënten. Zij keken alleen naar structuren en systemen. Individuele afwijkingen en eigenaardigheden leken niet te bestaan. Ze maakten ook weinig gebruik van de verworvenhe-

PROF. DR. A. LANGE is als bijzonder hoogleraar verbonden aan de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam. E-mail: a.lange@uva.nl.

den van de gedragstherapeuten. Ze volstonden met feedback over de misstanden in de structuur van het gezin, maar vergaten dat patiënten de nieuwe inzichten ook moeten leren toepassen. Ze waren niet bepaald geneigd om in dat opzicht iets van de gedragstherapeuten over te nemen.

Aan de andere kant hadden gedragstherapeuten alleen oog voor de individuele kant en verwaarloosden de invloed van de omgeving. Het was verbazingwekkend dat gedragstherapeuten zelden gezinsleden van hun patiënten zagen, laat staan hen in de behandeling betrokken. Hoe kan het zijn dat je uitgaande van een leertheoretische basis niet de moeite neemt om de omgeving, die een voortdurende bron van invloed is, te leren kennen? Hoe kun je in zo'n geval een gefundeerd behandelplan opstellen, laat staan uitvoeren? Het gebeurde vaak dat gedragstherapeuten er na een flink aantal sessies achter kwamen dat verandering bij hun patiënten geblokkeerd werd doordat gezinsleden niet deelden in het veranderingsproces, of dat zelfs saboteerden.

Sinds die eerste jaren is er het een en ander veranderd. De behandelmodellen zijn enigszins naar elkaar toegegroeid. Hierbij zijn de accenten uit de verschillende stromingen binnen de systeembenadering echter nog wel herkenbaar. Daarbij gaat het om onder meer de transgenerationale systeembenadering (Boszormenyi-Nagy, Grunebaum, & Ulrich, 1991), de leertheoretische en cognitieve systeembenadering (Bedrosian & Bozicas, 1994; Dattilio, 2006), de structurele systeembenadering (Henggeler & Sheidow, 2003; Minuchin, 1974), de communicatietheoretische systeembenadering (Haley, 1963; Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967), de experiëntiële emotion focused systeembenadering (Johnson, 2002; Pos, Greenberg, & Goldman, 2003), de psycho-educatieve vorm in gezinstherapie (Colom & Lam, 2005; Holtkamp, Herpertz-Dahlmann, Vloet, & Hagenah, 2005; McFarlane, Dixon, Lukens, & Lucksted, 2003) en de eclecticische benadering waarbij de hierboven beschreven referentiekaders worden gecombineerd, zoals Multi Systemic Therapy (MST: Henggeler et al., 2009) en Functional Family Therapy (FFT: Alexander & Sexton, 2002). Dit zijn allemaal modellen waar onderzoek naar is gedaan of nog steeds plaatsvindt.

De huidige systeemtherapie wordt in toenemende mate gekenmerkt door een integratieve tendens. Deze tendens past in de algemene tendens tot integratie in de psychotherapie (Dimidjian, Martell, & Christensen, 2008; Gurman & Messer, 2003). Hierdoor is de systeemtherapie bij uitstek van belang voor gezondheidspsychologen. Zij staan in het centrum van de psychische hulpverlening en dienen van daaruit een brede kijk op psychische problemen te ontwikkelen en te beschikken over meerdere strategieën en technieken.

Voor een meer gedetailleerde beschrijving en verantwoording van het hier gepresenteerde integratieve systeemmodel zij verwezen naar *Gedragsverandering in gezinnen. Cognitieve gedrags- en systeemtherapie* (Lange, 2006). Voor specifieke besprekingen van verschillende onderwerpen met betrekking tot systeemtherapie zij verwezen naar het *Handboek Systeemtherapie* (Savenije, Van Lawick, & Reijmers, 2008).

#### Indicaties voor een systeemgerichte behandeling

Systeemtherapie is van oudsher geïndiceerd bij moeilijkheden tussen gezinsleden: tussen ouders onderling, tussen ouders en kinderen, kinderen onderling, of een scheefgegroeide gezinsstructuur. Uiteraard geven problemen tussen gezinsleden de eerste indicator voor een systeemgerichte behandeling.

Systeemtherapie wordt tegenwoordig opgevat als een manier van behandelen waarbij naast de aangemelde persoon ook de andere gezinsleden worden betrokken. Gezinstherapie betekent dan dat men in het beginstadium een maximum aan informatie verzamelt over zowel de aangemelde klacht als over de aard van de interacties binnen het gezin. Dit kan extra informatie leveren over het ontstaan en in stand houden van de problemen. Per sessie kan worden besproken of het zinnig is dat gezinsleden blijven meekomen of niet. In sommige gevallen zal een cliënt daarna alleen komen, in andere gevallen blijkt het verstandig dat gezinsleden vaker meekomen; ter ondersteuning, of omdat de bekrachtigingspatronen in het gezin verandering in de weg staan, of doordat gezinsleden kunnen bijdragen aan het versterken van het zelfbeeld van degene met de aangemelde problematiek. We zien dit bijvoorbeeld bij angsten en gedragsstoornissen bij kinderen (McDonell & Dyck, 2004) en bij stemmingsstoornissen bij volwassenen (Lange & Schene, 2008).

Voor deze brede opvatting van systeemtherapie gelden relatief weinig contra-indicaties. De belangrijkste zijn:

- Degene die zich aanmeldt wenst niet dat andere gezinsleden op de hoogte worden gebracht. Dit zien we nogal eens voorkomen bij adolescenten.
- Als een ouder zich aanmeldt voor een individueel probleem zal het vaak voorkomen dat hij of zij niet wil dat de kinderen erbij worden betrokken. Dit dient gerespecteerd te worden.
- Soms willen volwassenen niet dat de partner meekomt. Het is niet verstandig om daarin al te gemakkelijk mee te gaan. Het is dan beter hen te motiveren de partner wel mee te nemen. De meeste volwassenen ervaren het eerder als een opluchting dan dat zij zich

ertegen verzetten als hun partner erbij wordt betrokken (Lange 2006, paragraaf 5.1).

- Ouders die zich aanmelden voor relatieproblemen zullen er zelden prijs op stellen als hun kinderen meekomen. Niettemin kan het wel worden aangeboden als het gaat om oudere kinderen die al op de hoogte zijn.
- Ook als er geen van deze contra-indicatoren speelt kan het zijn dat er in geval van een crisis zoveel haast is dat men niet de ideale samenstelling voor het eerste gesprek kan arrangeren, maar het eerste gesprek voert met wie er op dat moment beschikbaar is (Van Oenen, Bernardt, & Van der Post, 2007).

In de meeste instellingen is het niet de behandelaar die beslist wie er bij de eerste zitting verschijnt. In die gevallen is het onmogelijk om dit soort afwegingen te maken. Het heeft veel voordelen als de beoogde behandelaar bij een telefonische melding of balieaanmelding zelf het aanmeldingsgesprek voert. De behandeling begint bij de aanmelding!

#### Voorbeelden

In deze paragraaf bespreken we twee behandelingen. Beide betreffen de aanmelding van één persoon. De behandeling van mevrouw Riebeek krijgt gestalte binnen de relatie met haar man. De behandeling van Leonie, een meisje dat niet naar school wil, vindt plaats in de context van een gezinsbehandeling.

#### *Depressieve klachten na de ontdekking van incest bij een submissieve sociaal-angstige vrouw*

Mevrouw Riebeek (37 jaar) is getrouwd en heeft twee kinderen (9 en 11 jaar). Haar tien jaar oudere zuster meldt haar telefonisch aan. Zij vertelt dat mevrouw Riebeek momenteel bij haar woont omdat het slecht gaat met haar en dat er ernstige relatieproblemen zijn tussen mevrouw en meneer Riebeek. Mevrouw Riebeek is net als de oudere zusters slachtoffer geweest van incest door haar vader. Vervolgens belt mevrouw Riebeek zelf op. Zij bevestigt het verhaal van haar zuster. Haar man is op de hoogte van de incest. Er wordt een afspraak gemaakt waarbij zij en haar man gezamenlijk op het eerste gesprek zullen komen. Tot die tijd zal zij bij haar zuster blijven.

Mevrouw blijkt extreem submissief en vertoont nogal wat passieve agressie ten opzichte van haar man, in de vorm van sabotage van zijn wensen. De depressieve verschijnselen passen bij een dysthyme stoornis. Daarnaast heeft zij last van sociale angst met vermijding van

contacten, waardoor zij de boetiek die zij dreef heeft moeten sluiten. Zij scoort hoog op de subschalen angst en depressie van de SCL-90 (Arrindell et al., 2003). Ze is somber, geëmotioneerd, maar toont daarnaast opvallend veel gevoel voor humor. Meneer, een 40-jarige zelfstandig ondernemer, is breedspakig en dominant, maar goedwillend. Hij is begaan met zijn vrouw en wil er alles aan doen om de verhouding te verbeteren, ook als dat betekent dat hij zal moeten 'dimmen'. Dat lijkt wel nodig aangezien het echtpaar in een ongunstig circulair proces gevangen zit. Meneer versterkt het submissieve gedrag van zijn vrouw >> vrouw passief agressief tegen hem >> versterkt boosheid en dominantie van hem >> enzovoort.

Mevrouw Riebeek is de jongste van vier dochters. De incest vond plaats voor haar tiende levensjaar en zij heeft er een amnesie voor. Een jaar geleden hebben haar zusters haar over de incest verteld, nadat de oudste dochter bij hun vader ongezonde interesse voor zijn kleinkinderen had waargenomen. Na die mededeling kreeg mevrouw Riebeek depressieve klachten. Een individuele behandeling bij een psychiater had aanvankelijk een positief resultaat, maar na enkele maanden viel zij terug, toen de spanningen in de relatie toenamen.

Het ligt voor de hand mevrouw te helpen het incestverleden te verwerken, maar het rechtstreeks behandelen van incesttrauma's is pas aan de orde als het slachtoffer sterk genoeg is voor de daarbij toegepaste confronterende technieken (Lange, 2006, hoofdstuk 12). Bij mevrouw Riebeek wordt derhalve door de gz-psycholoog gekozen voor een op het heden gerichte steunende en versterkende behandeling. Mevrouw besluit om voorlopig geen contact met haar ouders te hebben. Met de therapeut wordt afgesproken dat mevrouw teruggaat naar haar man, zodat de behandeling zich kan richten op het patroon van submissie en dominantie en mede daarmee op het vergroten van haar zelfvertrouwen en positieve assertiviteit. De volgende interventies zijn van belang:

- Feedback over de rol van het verleden en het circulaire patroon waarin het paar zich bevindt: hoe de dominantie van meneer en de submissie en passieve agressie van mevrouw elkaar versterken.
- Positief etiketteren van meneers gedrag: hij bedoelt het goed, maar is daarbij te dominant voor deze schuchtere vrouw.
- Steun aan mevrouw: begrip voor haar zwakke opstelling, complimenten voor haar humor en inzicht, en aanmoediging om met nieuw gedrag te experimenteren.
- Mevrouw wordt geholpen haar opvattingen en wensen ten aanzien van haar man onder woorden te brengen, met doorvragen als zij door haar neiging tot vermijden in het vage blijft.
- Gedragsoefeningen in de zittingen en thuis: met behulp van de

therapeut en met diens voorbeelden oefent mevrouw met een constructieve manier van voor zichzelf opkomen.

- Registratie van dominant gedrag van meneer: mevrouw houdt bij wanneer zij haar man dominant en drammerig vindt. Op dat moment zegt zij niets. Op een rustig moment denkt zij na hoe zij op een constructieve manier haar man feedback had kunnen geven.
- Meneer stelt zich positief op, is bereid om zoals hij het zelf noemt te 'dimmen' en zich hierbij met oefeningen en registratieopdrachten te laten helpen.

Na een behandeling van 23 zittingen is mevrouw van een 'bang vogeltje' een stevige vrouw geworden, die niet schroomt haar man stevig te woord te staan. De depressieve symptomen zijn verdwenen. De scores op de SCL-90 vallen in de range van het gemiddelde van de landelijke niet-klinische vrouwelijke bevolking. Zij heeft haar winkel weer geopend. Follow-ups, één en vijf jaar later, wijzen uit dat het goed gaat met haar en met hen samen. Zij wenst nog steeds geen contact met haar ouders, aangezien deze op geen enkele manier aangaven zich verantwoordelijk te voelen voor wat er was gebeurd. Voor een verbatim verslag van belangrijke onderdelen van deze behandeling zij verwezen naar Lange (2000, hoofdstuk 1).

#### *Schoolfobie van een jong meisje*

Leonie is 11 jaar als haar moeder (mevrouw B) haar aanmeldt. Haar dochter gaat al een jaar lang af en toe niet naar school. Ze krijgt de avond tevoren al buikpijn. Het probleem is de laatste maanden almaar erger geworden. Zij heeft een oudere broer van 14 en een jonger zusje van 9. Het gehele gezin wordt door de gz-psycholoog voor het eerste gesprek uitgenodigd.

De problemen zijn begonnen toen er opeens veel nieuwe (grotere) kinderen bij haar in de klas kwamen en zij een onderwijzer kreeg van wie zij het gevoel had dat hij haar niet mocht. Het is niet helemaal duidelijk waardoor het schoolverzuim de afgelopen maanden zo is toegenomen, maar in het gezin leeft de gedachte dat het te maken heeft met onaardige opmerkingen van de onderwijzer.

- Leonie is een leuk meisje om te zien. Zij maakt een wat dromerige en verlegen indruk. Volgens de schoolleiding kan zij qua intelligentie goed meekomen, maar is zij angstig in de omgang met andere kinderen.
- Leonie heeft een hoog aspiratieniveau. Wanneer zij iets moet doen wil zij het erg goed doen, en bovendien is ze in sterke mate faalangstig.

- Met haar broertje en zusje zijn er geen problemen.
- De ouders rapporteren geen grote conflicten, maar moeder lijkt wat ontevreden met haar leven. Meneer B heeft een klein aannemersbedrijf. Hij is vaak van 's ochtends vroeg tot 's avonds laat van huis. Mevrouw werkt niet buitenshuis en heeft weinig contacten. Zij maakt een wat eenzame indruk.
- Meestal krijgt Leonie in de avond vage klachten: 'beetje hoofdpijn, misselijk of buikpijn'. De volgende dag zijn de klachten verhevigd. De huisarts, die haar verschillende keren heeft onderzocht, heeft geen somatische oorzaak gevonden. Leonie's moeder probeert haar 's ochtends alsnog te bewegen naar school te gaan, maar dringt niet erg aan. Haar vader vindt dat zijn vrouw harder moet optreden. Wanneer de tijd om naar school te gaan voorbij is, blijft Leonie meestal nog een tijd in bed liggen lezen. Zij is dol op strips. Ook daarna heeft zij het wel naar haar zin, bijvoorbeeld door met haar moeder mee te gaan om boodschappen te doen. De moeder-dochterverhouding geeft aanleiding om aan een symbiotische relatie te denken.

Zoals gebruikelijk in dit soort gezinsbehandelingen, komen de ouders in de tweede zitting alleen. Dat geeft hun de gelegenheid om over zichzelf en de kinderen te vertellen zonder dat hun privacy wordt aangetast. Het onderstreept ook de hiërarchie binnen het gezin. De therapeut legt zijn interpretatie van de problematiek aan hen voor. De nadruk ligt hierbij op de ernst van het probleem en het gevaar dat het circulaire proces waarin Leonie is terechtgekomen, alleen maar erger wordt: de achterstand die zij oploopt door school te verzuimen, maakt dat de angst voor het naar school gaan steeds groter wordt. Afsproken wordt dat er zal worden gezocht naar maatregelen die de ouders kunnen nemen om de kans te vergroten dat Leonie weer naar school zal gaan. Om de cirkel te doorbreken zal zij thuis evenveel tijd als op school moeten besteden aan de stof die anders op school wordt geleerd.

In de derde zitting, waarbij Leonie met haar ouders aanwezig is, legt de therapeut dit ook aan Leonie uit. Zij ziet de redelijkheid ervan in. Er wordt een strak schema opgesteld van taken die Leonie zal uitvoeren wanneer zij niet naar school gaat. Afsproken wordt dat zij de exacte tijden die zij anders in de klas doorbrengt, nu op haar kamer zal doorbrengen met het lezen van leerstof en het maken van oefeningen. Haar moeder zal hiervoor contact opnemen met de onderwijzer. Het helpen van moeder en het meegaan boodschappen doen of strips lezen is voorbij, althans tijdens de schooltijden.

Het mes snijdt bij deze afspraken aan twee kanten: het niet naar school gaan wordt voor Leonie minder aantrekkelijk. Het wordt niet



meer beloond. Van belang hierbij is dat de afspraak niet als een straf wordt gepresenteerd, maar als iets wat goed is voor haar, wat nodig is om toch bij te blijven. Het is weliswaar een zware last, maar het is voor haar eigen bestwil – een 'benevolent ordeal', zoals Haley (1984) het beschreef. Aan de andere kant wordt Leonie's thuisblijven ook voor haar moeder minder aantrekkelijk.

Er zijn ook zittingen met alleen Leonie. De behandelaar helpt haar te concretiseren waar zij zoal bang voor is: om dingen niet goed te doen en raar gevonden te worden. Er volgen enkele interventies die tot doel hebben haar in de klas minder angstig te laten zijn. Zo wordt getracht bepaalde denkbeelden van haar te beïnvloeden, onder andere over de noodzaak de beste te zijn en de noodzaak om door iedereen aardig gevonden te worden. De gz-psycholoog doet rollenspelen met haar om nieuwe vaardigheden te oefenen. Maar meest belangrijk blijkt het advies om in de klas niet alleen erop te letten of zij het wel goed doet, maar af en toe anderen te observeren (Lange & Van der Velden, 2010). Kernpunt in deze sessies: het vergroten van vaardigheden zonder dat zij gezichtsverlies lijdt.

Twee weken na het gesprek met het ouderpaar (er zijn inmiddels in totaal vijf zittingen geweest) gaat Leonie voor het eerst weer naar school. De aandacht wordt nu wat meer op haar moeder en op de gezinsstructuur gericht. De onvrede van mevrouw B met haar rol in de huidige fase van haar levenscyclus wordt geëxpliciteerd. Mevrouw krijgt een aantal suggesties die zij en haar man serieus nemen. Mevrouw gaat parttime buitenshuis werken, wat haar zelfvertrouwen ten goede komt. Haar positie in het gezin wordt steviger.

De behandeling van Leonie is illustratief voor een brede systemische aanpak waarin interventies ten aanzien van verschillende niveaus worden geïntegreerd in één behandelplan: de verhouding moeder-dochter, waarbij moeder wordt gestimuleerd het schoolverzuim niet meer te bekrachtigen en Leonie als individu, met haar onzekerheden, angsten, gevoeligheden. In de sessies met haar alleen wordt daarop gefocust door steun en oefenen van sociale vaardigheden, onder andere door het blokkeren van haar faalangst met behulp van de afleidingsopdrachten. Ten slotte de structuur in het gezin door met de ouders te bespreken hoe mevrouw B minder afhankelijk van haar man kan worden door haar leven op een wat andere manier gestalte te gaan geven.

### Diagnostiek

Evenals in veel individuele behandelingen gebeurt de diagnostiek binnen een systemische behandeling aan de hand van observaties

tijdens de eerste gesprekken, aangevuld met gegevens uit zelfrapportagevragenlijsten. In systeemgesprekken kunnen observaties extra informatie opleveren doordat de behandelaar kan zien en horen hoe cliënten op elkaar reageren.

#### *De aanmelding*

Meestal gaat de aanmelding, evenals bij Leonie en bij mevrouw Riebeek, over één gezinslid dat zichzelf aanmeldt of wordt aangemeld. Soms gaat het om problemen in het gezin of binnen een partnerrelatie. In beide gevallen verdient het aanbeveling om naast een aantal biografische kenmerken (als leeftijd, geslacht, beroep) ook naar de samenstelling van het gezin te vragen. Degene die de aanmelding behandelt kan dan beslissen wie hij uitnodigt. Bij klachten als depressies, impulsstoornissen of angsten van volwassenen is het een gouden regel om in ieder geval de partner voor het eerste gesprek uit te nodigen. Als een kind wordt aangemeld is het meestal verstandig voor het eerste gesprek, net als bij Leonie, het gehele gezin te zien. Mocht dat niet te realiseren zijn, dan is het in ieder geval belangrijk om niet alleen de aanmeldende ouder, maar ook de andere ouder bij het eerste gesprek te laten zijn. Voor uitgebreide informatie over de manier waarop het aanmeldingsgesprek georganiseerd kan worden, zij verwezen naar Lange (2006, hoofdstuk 5) en Van Oenen et al. (2007, hoofdstuk 3).

#### *De diagnostische gesprekken*

Het eerste gesprek dient in relatief korte tijd informatie over verschillende gebieden te verschaffen. De behandelaar zal de cliënten informeren dat het er nu om gaat een globaal beeld te krijgen van wat er speelt. Vervolgens vraagt hij bij elk probleemgebied dat aan bod komt door tot hij enige duidelijkheid heeft, laat anderen in het gezin zo nodig reageren en vat het probleemgebied vervolgens samen. Daarna gaat hij over op een daaraan gekoppeld ander probleem of vraagt naar nog niet genoemde probleemgebieden. Dit noemen we *taxeren in rondes*.

Het samenvatten (in eigen woorden) heeft als voordeel dat de therapeut kan checken of hij goed begrepen heeft wat cliënten hebben gezegd. Hij kan bovendien al enige nieuwe formuleringen aanbrengen, zodat de problemen zich beter gaan lenen voor oplossingen. Bijvoorbeeld bij mevrouw Riebeek: zij had met veel moeite verteld hoe zij leed onder de dominantie van haar man en hij had aangegeven dat hij helemaal niet dominant wilde zijn. De therapeut vatte dit samen door de wisselwerking tussen deze twee mensen, die qua achtergrond sterk

van elkaar verschilden, dusdanig te beschrijven dat de goede bedoelingen van meneer een plaats kregen en zijn bereidheid mee te werken werd 'verzilverd'.

In de eerste diagnostische gesprekken dient er al een alliantie opgebouwd te worden met alle betrokkenen. Motiveren daarvoor is al begonnen in het aanmeldingsgesprek, maar gaat nu verder, bijvoorbeeld door de cliënten te stimuleren om verder te vertellen als iets onduidelijk is, door zinvolle positieve feedback en perspectieven te geven. In gesprekken met meerdere gezinsleden is het uiteraard van belang ervoor te zorgen dat men niet de schijn van partijdigheid op zich laadt, laat staan echt partijdig wordt. Onpartijdigheid betekent niet dat men probeert evenveel tegen de een te praten als tegen de ander, ook niet dat men zich verplicht voelt na een compliment of confronterende feedback aan de een ook de ander te complimenteren of te confronteren. Het is wel belangrijk dat de behandelaar zich vrij voelt om te doen wat nodig is en uitlegt waarom dat gebeurt. Voor meer uitleg hierover: Lange (2006, paragraaf 3.7 en 3.10) en Van Oenen et al. (2007, hoofdstuk 9).

Omwille van de diagnostiek dienen in de eerste fase in ieder geval de volgende facetten aan de orde te komen.

- *De individuele achtergrond van de aangemelde patiënt.* Het is belangrijk om de persoonlijke achtergrond van degene die is aangemeld in kaart te brengen en hierbij het psychisch functioneren te inventariseren, met eventuele zwakke en sterke kanten. Bij mevrouw Riebeek was er in dat opzicht in het eerste gesprek al aandacht voor het incestverleden en haar onzekerheid en submissieve gedrag ten aanzien van haar man. Bij Leonie werd er aandacht geschonken aan haar angsten en somatische verschijnselen.
- *Hoe worden de problemen in stand gehouden? Of versterkt?* Bij het echtpaar Riebeek werden de problemen versterkt door het circulaire proces van submissie en dominantie. Hoe onzekerder en terughoudender mevrouw werd, hoe dominanter meneer zich gedroeg en hoe onderdaniger mevrouw weer werd. Bij Leonie werd al gauw duidelijk dat mevrouw wat al te gemakkelijk accepteerde dat Leonie niet naar school ging. Doordat Leonie als zij niet naar school ging, al vrij snel in de ochtend haar 'buikpijn' voelde overgaan en 'gezellig' met haar moeder dingen kon gaan doen werden beiden bekrachtigd in de symptomatische situatie.
- *Individuele achtergrond van relevante anderen in het gezin.* De persoonlijke achtergrond van de overige gezinsleden moet in kaart worden gebracht. De moeder van Leonie bleek nogal geïsoleerd te

zijn in haar sociale leven, wat er ongemerkt aan bijdroeg dat zij het schoolverzuim gemakkelijk accepteerde.

- *Hoe de andere gezinsleden met elkaar omgaan.* De vader van Leonie had een eigen bedrijf, waarin hij hard werkte. Hij noemde de relatie met zijn vrouw goed, maar zij voelde zich alleen. De verhouding tussen Leonie en haar zuster en broer leken geen rol te spelen in de problematiek. Zij hoefden verder niet bij de behandeling betrokken te worden.
- *Functie van het probleemgedrag.* Het kan voorkomen dat een gezinslid problemen ontwikkelt die functioneel lijken voor sommige anderen in het gezin. Zo zagen we hoe de schoolfobie van Leonie onbedoeld haar moeders eenzaamheid verdreef.
- *Fase in de levenscyclus van het gezin.* In problematische gezinssituaties ontstaat een crisis vaak doordat het gezin in een nieuwe fase van de levenscyclus is beland zonder dat de gezinsleden zich de daarbij horende rollen hebben eigengemaakt. In het gezin van Leonie was het duidelijk. Toen de kinderen kleiner waren was haar moeders leven gevuld met bevredigende taken en rollen. Nu waren veel van die dagelijkse taken vervallen, zij was eenzaam. De stap naar de fase van 'leven van een moeder met wat oudere kinderen' had zij niet goed gemaakt, temeer daar zij en haar man weinig contact met elkaar hadden.
- *Relatie gezin/omgeving.* Soms zijn er discrepanties tussen bijvoorbeeld de cultuur op school en de cultuur die er thuis heerst. Bij allochtone gezinnen komt dit vaak voor, maar het kan evenzeer gelden voor kinderen uit autochtone gezinnen.
- *Manier van praten.* Tijdens de taxatie dient er gelet te worden op de manier waarop men in het gezin met elkaar praat. Mevrouw Riebeek durft nauwelijks te zeggen wat haar dwars zit. Ze praat in vage indirecte termen. Over haar man praat ze als 'men' in plaats van hem bij zijn naam te noemen. Meneer is een stuk duidelijker, maar verliest zich in breedsprakigheid waardoor zijn vrouw nog meer ondergesneeuwd raakt. Voor een gedetailleerde bespreking van communicatieregels die cliënten hierbij kunnen helpen, zij verwezen naar Lange (2006, paragraaf 3.3).
- *Omgang met geld en vrije tijd.* Vaak kunnen gezinsleden het niet eens worden over de manier waarop met vrije tijd en het gebruik van geld wordt omgegaan. Wanneer er onverenigbare verschillen zijn in de behoefte om vrije tijd al of niet gezamenlijk door te brengen (autonomie), dan levert dat serieuze problemen. Bij de ouders van Leonie speelde dit een rol, al was het niet uitgesproken.
- *Affectieve betrokkenheid.* Ondanks de problemen waren er bij meneer en mevrouw Riebeek wel degelijk sterke positieve gevoe-

lens, zelfs al voelde mevrouw zich vaak door haar man onder druk gezet en vond hij dat hij te weinig weerwoord kreeg. Bij de ouders van Leonie zag men weinig affectie. Zij leken langs elkaar heen te leven. In het tweede gesprek, zonder de kinderen, kwam dit aan de orde.

#### *Diagnostische instrumenten*

Gestandaardiseerde vragenlijsten kunnen aanvulling geven op de informatie die in de gesprekken naar voren komt. Door afname na afloop van de behandeling bestaat bovendien de mogelijkheid om deze instrumenten te gebruiken om de behandeling te evalueren. Dit geldt zowel voor instrumenten die betrekking hebben op het psychisch functioneren van individuen, als voor instrumenten die zich richten op het onderlinge gedrag en de onderlinge verhouding van gezinsleden. Hiervoor komen de volgende gevalideerde en merendeels genormeerde instrumenten in aanmerking:

- Diagnostische instrumenten gericht op de verhouding tussen partners/ouders. Voorbeelden zijn: de *Level of Expressed Emotion* (LEE; Gerlsma, 1998); de *Maudsley Marital Questionnaire* (MMQ; Arrindell, 1987) en de *Interactionele Probleem Oplossingsvragenlijst* (IPOV; Lange, 1983; 1995).
- Diagnostische instrumenten over de sfeer en aard van communiceren in het gezin: De *Family Assessment Device* (FAD; Maillette de Buy Wenniger, Benoist, Van Loon, & Moleman, 1994; De Wachter, Vandewalle, Vansteelandt, Vanderlinden, & Lange, 2005).
- Diagnostische instrumenten gericht op de verhouding tussen ouders en kinderen. Een voorbeeld is de *Ouder-Kind Interactie Vragenlijst-Revised* (OKIV-R; Lange, 2001).
- Diagnostische instrumenten gericht op de sfeer in het gezin van herkomst. Een voorbeeld is de *Family of Origin Scale-Dutch* (FOS-D; Lange, Kiss, Jansen, & Neerscholten, 2003; Lange, Bollema, & Fluri, 2003).
- Diagnostische instrumenten gericht op individuele psychopathologie. Voorbeelden zijn de *Symptom Checklist 90-revised* (SCL-90-R; Arrindell et al., 2003), de *Korte Klachtenlijst* (KKL; Lange & Appelo, 2007) en de *Children Behavioral Checklist* (CBCL; Verhulst, Van der Ende, & Koot, 1996). Aangezien psychopathologie in sommige gevallen in verband gebracht kan worden met seksuele trauma's in het verleden, is het nuttig om ook een anamnestic instrument te gebruiken dat inzicht geeft of er seksueel misbruik in het verleden is geweest en zo ja, van welke aard. Een

voorbeeld is de *Vragenlijst Seksuele Trauma's in het verleden* (VST-V; Lange, 2004).

- Een *Biografische vragenlijst* is nuttig om overige informatie van de cliënten in kaart te brengen, zoals demografische gegevens (leeftijd, opleiding, beroep, aantal kinderen), verschillende klachtgebieden en medicatiegebruik (Lange, 2006).

## Onderzoek

### *Achtergrond*

De pioniers van de systeemtherapie waren charismatisch, legden misstanden bloot in het psychiatrisch establishment van dat moment, hadden originele en zinnige denkbeelden. Bovendien bezaten zij veel inlevingsvermogen en overtuigingskracht waardoor zij verrassende resultaten met hun cliënten wisten te bereiken. Maar hun waardering voor onderzoek was niet bepaald groot. De theoretische aannamen van de verschillende stromingen waren in die tijd zelden onderwerp van empirische studie. Het heeft ook lang geduurd voordat er enig onderzoek op gang kwam naar de vraag in hoeverre de systeemgerichte behandelingen hun claims waarmaakten. Hielpen de behandelingen? Men vertrouwde voornamelijk op aansprekende gevalsbeschrijvingen zonder metingen.

Hierin is de laatste decennia wel verandering opgetreden. Vooral in de VS is de laatste jaren steeds meer onderzoek uitgevoerd naar de effecten van relatie- en gezinstherapie op het psychisch en somatisch functioneren van individuele gezinsleden. De onderzoeken hebben betrekking op zowel de effecten van gezinsbehandeling als op fundamentele vragen, als het gaat over de relatie tussen het individuele welzijn en het functioneren van anderen in het gezin (zie Lange, 2006, hoofdstuk 16).

### *Afbakening*

Alvorens we de stand van zaken samenvatten, moet het gebied afgebakend worden. Anders dan voorheen wordt systeemtherapie niet meer opgevat als een behandeling die uitsluitend is gericht op de interacties en structuur binnen het gezin. Tegenwoordig spreekt men van gezinstherapie of systeemtherapie als getracht wordt de klachten van de aangemelde personen in kaart te brengen in combinatie met de context en als die context bij de behandeling wordt betrokken. Het kan dan gaan om een behandeling die puur op de interacties in het gezin is gericht, maar het kan ook gaan om een behandeling waarin individuele technieken en gezinsgerichte technieken gezamenlijk

worden gebruikt en op elkaar worden afgestemd. Dat mag men wel het 'model of choice' noemen. We bespreken het onderzoek aan de hand van de meest onderzochte klachtgebieden.

#### *Stoornissen*

Veel onderzoek onderstreept de superioriteit van een combinatie van gezinsinterventies en individuele interventies in vergelijking met alleen op het individu gerichte behandelingen. Het gaat hierbij om uiteenlopende klachtgebieden als schizofrenie (Wearden, Tarrier, Barrowclough, Zastowny, & Rahill, 2000); eetstoornissen zoals anorexia (Carr, 2009; Robin et al., 1999); obesitas (Young, Northern, Lister, Drummond, & O'Brien, 2007); verslaving aan harddrugs (Meyers, Miller, Smith, & Tonigon, 2002; Yandoli, Eisler, Robbins, Mulleady, & Dare, 2002) en alcohol (Fals-Stewart, Birchler, & Kelley, 2006; Kelley & Fals-Stewart, 2002; McCrady & Epstein, 1995; McCrady, Epstein, Cook, Jensen, & Hildebrandt, 2009; O'Farrell & Fals-Stewart, 2003); lichamelijke aandoeningen (Campbell, 2003; Law & Crane, 2000), in het bijzonder type-1 diabetes (Ellis, Templin, Naar-King, Frey, & Cunningham, 2007); angststoornissen in combinatie met een moeizame partnerrelatie (Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto, & Stickle, 1998; Marcaurelle, Bélanger, & Marchaud, 2003) of om kinderen met een angststoornis (Barrett, 2000; Eisler, Simic, Russell, & Dare, 2007; Ginsburg, Silverman, & Kurtines, 1995; McDonell & Dyck, 2004). In studies waarin de verschillende componenten in de behandeling niet tot één behandelprotocol zijn geïntegreerd, lijken de resultaten van systeemtherapie minder gunstig uit te vallen. Dit blijkt bijvoorbeeld in een behandelstudie bij angstige kinderen door Bodden et al. (2008).

In diverse studies is onderzocht of het betrekken van partners en gezinsleden de effecten van de behandeling van depressie vergroot. Wij baseren onze conclusies in sterke mate op overzichtspublicaties van Baucom et al. (1998), Beach (2003) en Beach, Fincham en Katz (1998). Voor volwassenen kunnen we vaststellen dat gezins- of relatie-therapie 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 suïcide. In een recente Cochrane-review (Barbato & D'Avanzo, 2006) kwam partnerrelatietherapie bij ongelukkige paren – zoals te verwachten – als effectiever uit de bus in het verminderen van onvrede binnen de relatie dan individuele of minimale therapie. Er waren minder drop-outs dan bij farmacologische behandeling. Alleen in vergelijking met

geen of minimale behandeling was PRT significant effectiever ten aanzien van depressieve symptomen. Er was geen verschil met individuele therapie. 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 op opvoedingskwaliteiten. Dit heeft meerwaarde boven een individuele behandeling van het depressieve kind (Eisler et al., 2007; Northey, Wells, Silverman, & Bailey, 2003).

Gezinstherapie heeft van oudsher een goede naam wanneer het gaat om de behandeling van kinderen met gedragsstoornissen. Dit geldt met name voor de structurele gezinstherapie, door een baanbrekend klassiek geworden project van Salvador Minuchin, gerapporteerd in het boek *Families of the slums* (Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman, & Schumer, 1967). De afgelopen decennia zijn de therapeutische modellen verder ontwikkeld. De behandelingen zijn eclecticischer geworden en spelen zich af op meerdere niveaus. 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. Daar hoort nu echter ook het behandelen van mogelijke psychische problemen van de ouders bij en individuele vaardigheidstrainingen en groepstrainingen voor de jeugdigen. De scholen worden vaak betrokken bij de behandeling. Er is ook veel meer onderzoek naar de effecten van behandelingen. Huey, Henggeler, Brondino en Pickrel (2000) en Schaeffer en Borduin (2005) voerden multisystemische therapieën (MST) uit bij groepen ernstig delinquente jongeren. De resultaten waren positief. Henggeler en Sheidow (2003) beschrijven de werkwijze van de MST. We zien grote overeenkomst met het eclecticische model dat door Lange (2006) wordt beschreven. Motiveren en timing nemen een grote plaats in: eerst motiveren, dan gedragsverandering en ten slotte 'transfer of change'.

Ook in de 'Functional Family Therapy' (FFT) vormen de gedragsstoornissen van jongeren een belangrijk onderwerp. Sexton, Alexander en Leigh Mease (2004) vatten de resultaten van hun breed gerichte gezinsaanpak samen. Deze blijken positief uit te pakken, ook op lange termijn. De auteurs beschrijven een aantal vergelijkende effectstudies. De uitkomsten zijn veelbelovend.

#### *Relatieproblemen*

Het is niet altijd gemakkelijk om te beoordelen of een relatietherapie succesvol is geweest. Er zijn klinici die een relatietherapie als een succes beschouwen wanneer een paar uit elkaar gaat omdat samen doorgaan door één of beiden als onwenselijk wordt beschouwd. Andere klinici en onderzoekers wijzen een dergelijke inflaterende



opvatting van de effecten van relatietherapie af. Scheiding, al zouden beide partners dit de beste oplossing vinden, telt volgens hen nimmer als positief resultaat van een relatietherapie, tenzij scheiden van tevoren het uitgangspunt was.

Onderzoekers meten vooruitgang meestal met behulp van gestandaardiseerde vragenlijsten. Anders dan vroeger, is er tegenwoordig een grote hoeveelheid degelijk uitgevoerde vergelijkende onderzoeken. Als er vroeger effectonderzoek werd uitgevoerd ging het meestal over gedragsrelatietherapie. De afgelopen jaren zagen we ook studies naar inzichtgeoriënteerde relatietherapie en de ervaringsgerichte relatietherapie. We vatten de gegevens van een aantal overzichtspublicaties samen, die vanuit de verschillende stromingen zijn uitgevoerd: 'Emotion Focused Therapy' (Elliot, Greenberg, & Lietaer, 2004), 'Insight Oriented Couples or Marital Therapy' (Johnson, 2003), 'Behavioral Marital Therapy' (Jacobson, Christensen, Prince, Cordova, & Eldridge, 2000), en enkele breed georiënteerde reviews (Baucom et al., 1998; Johnson & Lebow, 2000; Sprenkle, 2002). Hierbij kijken we naar de effecten die in de verschillende stromingen worden geclaimd en naar mogelijke predictoren van succesvolle relatietherapie.

Alle drie de modellen laten klinisch relevante effecten zien. Ze lijken het grootst in de inzichtgeoriënteerde relatietherapie waarin ook het verleden 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 gedrags therapie lijkt een goed alternatief (Dimidjian et al., 2008).

De 'pure' gedragsrelatietherapie lijkt vooral succesvol bij milde relatieproblemen. Als het gaat om affectieve problemen, is het model minder succesvol. De ervaringsgerichte relatietherapie lijkt dan de voorkeur te verdienen. 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.

Ten slotte, niet verbazingwekkend: de resultaten zijn gering als behandelaars rigide met de protocollen omspringen en de therapeutische relatie zwak is. Er zijn aanwijzingen dat de meer eclectische modellen in de praktijk het meest succesvol zijn.

*Geweld binnen het gezin: tussen partners en ten aanzien van kinderen*

Geweld tussen partners heeft niet alleen negatieve gevolgen op korte termijn. Er zijn nogal wat studies die aantonen dat fysiek geweld tussen ouders ook op lange termijn negatieve gevolgen heeft op het psychisch functioneren van kinderen (Turner & Kopiec, 2006).

Er wordt vaak gedacht dat vooral mannen hun partners mishandelen. De cijfers wijzen echter uit dat ook veel vrouwen hun mannen ernstig toetakelen (Magdol, Moffit, Caspi, Newman, & Fagan, 1997; Van der Rijst, 2008). Er zijn diverse rehabilitatieprogramma's voor personen met een verstoorde agressiehuishouding. Socialevaardigheidstraining en zelfcontroletechnieken zijn de belangrijkste elementen (Bernard, Appelo, Scholing, & Kok, 2003). Babcock, Green en Robie (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 Thomsen (2004) voerden een vergelijkend experiment uit bij paren 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.

Ouders die hun kinderen mishandelen behoren waarschijnlijk niet tot de groep die staat te springen om zich aan te melden voor therapie. Misschien 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 overheid 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 niets toegevoegd aan de ouder-kindinteractietraining. Bij 19 procent van deze deelnemers waren er in de follow-upperiode opnieuw meldingen van geweld. In de controlegroep was dat bij 49 procent het geval.

### Beschouwing en conclusies

Veel van de onderzoekspublicaties geven weinig informatie over hoe de protocollen er wat betreft de systeemtherapeutische accenten uitzien. Het gebrek aan wezenlijke informatie over de inhoud van psychologische behandelprotocollen is een lacune die men in het gehele veld van effectonderzoek aantreft. Dit bemoeilijkt zinvolle interpretatie van effectonderzoek. We wagen ons niettemin aan een aantal conclusies.

#### *Minder dogmatisme, meer integratie*

Systeemtherapie is de laatste decennia minder dogmatisch geworden. De besproken stromingen leggen verschillende accenten, maar de ontwikkeling is in de richting van pragmatisch combineren. Derhalve hebben wij de in het verleden befaamde cybernetische (Milanese) systeemtherapie (Selvini Palazzoli, 1979) niet opgenomen in de rij van tegenwoordig belangrijke oriëntaties. De door deze stroming gekoesterde opvatting, dat (individuele) symptomen altijd zijn terug te voeren op behoefte aan evenwicht in het gezin en daarom een positieve functie hebben voor het bestaande systeem, heeft de systeemtherapie weinig goeds gebracht.

#### *Op korte termijn lijkt de systeemtherapie minder toe te voegen dan op lange termijn*

Systeemtherapie lijkt met name van toegevoegde waarde bij gedragsstoornissen bij kinderen, angst en depressie bij kinderen, anorexie bij adolescenten, verslaving, alcoholisme, depressieve vrouwelijke patiënten, lichamelijke aandoeningen, relatieproblemen (uiteraard) en geweld binnen het gezin. Maar bij de nametingen zijn de resultaten vaak niet beter – ook niet slechter – dan die van serieuze individuele behandelingen. Bij langdurige follow-ups laten systeemtherapieën meestal wel betere resultaten zien.

#### *Cognitieve gedragstherapie en systeemtherapie laten zich goed combineren*

In de individuele psychotherapie laat cognitieve gedragstherapie de beste resultaten zien. Op de meeste terreinen waarin systeemtherapie een bewezen effectieve rol speelt, blijkt het te gaan om een combinatie van systeemelementen en principes uit de cognitieve gedragstherapie. Alleen bij relatieproblemen zien we dat andere stromingen binnen de systeemtherapie er in het onderzoek minstens zo goed of beter

uitkomen. Dit geldt dan voor inzichtgevende en emotion-focused 'couple therapy'. De gegevens geven aanleiding om nog verder gebruik te maken van elkaars methoden en technieken. Moderne systeemtherapeuten kunnen zeer wel de emotion-focused technieken integreren met technieken die een cognitieve gedragstherapeutische achtergrond hebben. Voor uitgebreide illustraties zij verwezen naar Lange (2006).

*Onderzoek naar effecten van systeemtherapie is ingewikkelder en duurder dan op het individu gericht onderzoek*

Gz-psychologen mogen zich er niet achter verschuilen, maar het is wel de realiteit: het is gemakkelijker een onderzoek op te zetten naar de effecten van individuele behandelingen dan naar gezins- of echtpaarbehandelingen. Het is ook kostbaarder. Om maar enkele factoren te noemen:

- a. Het creëren van meetinstrumenten voor het functioneren van gezinnen of paren is ingewikkelder dan op het individu gerichte instrumenten. Er moeten meer methodologische eisen worden gesteld aan de opzet en aan de statistische analyses.
- b. Het is moeilijker om een protocol precies uit te schrijven. Men heeft met meerdere personen tegelijk te maken, de kans op afwijkingen is dus groter.
- c. De kans op uitval is groter. Als het systeem de eenheid is van het onderzoek, dan zal in sommige studies het hele systeem uitvallen wanneer een persoon niet meekomt. Uiteraard hoeft uitval van één of zelfs meerdere personen lang niet altijd tot stopzetten van de systeembehandeling te leiden. Dat hangt af van de fase waarin het gebeurt en de rol die deze persoon speelt in de behandeling. Ondanks hierboven genoemde verzwarende omstandigheden zijn er, zoals we hebben gezien, diverse waardevolle vergelijkende studies uitgevoerd die in toptijdschriften worden gepubliceerd.

*Toepassing in de praktijk lijkt op praktische bezwaren te stuiten, die niet terecht zijn*

Hoe zinnig integratieve systeemtherapie ook moge zijn, het is niet de eerste keuze in de meeste instellingen. Bij de hierna genoemde gedachten die hieraan ten grondslag liggen, kan men vraagtekens zetten.

- *Het zou moeilijker zijn.* Veel behandelaars vermoeden dat het moeilijker is om sessies te hebben met meerdere cliënten tegelijk dan met alleen de aangemelde patiënt. Voor degenen die er ervaring mee hebben is dit echter niet het geval. Men ziet meer doordat cliënten met elkaar in gesprek gaan; men kan gemakkelij-

ker 'achteruitleunen' en nadenken; gezinsleden kunnen elkaar en het therapeutisch proces helpen.

- *Sessies duren langer.* Dit klopt. Gezins- of echtpaargesprekken zullen gemiddeld langer duren dan individuele gesprekken. Hier lijkt echter tegenover te staan dat systeembehandelingen in de klinische praktijk minder sessies in beslag nemen dan individuele behandelingen, mede doordat er minder terugval is.
- *Individuele aanmelding zou gevolgd moeten worden door individuele gesprekken.* Dit is de praktijk in de meeste instellingen, maar zou niet zo hoeven te zijn. Medewerkers kunnen getraind worden om telefonische gesprekken of aanmeldingsgesprekken zo te voeren dat het eerste gesprek leidt tot het uitnodigen van de aangemelde patiënt en betrokken gezinsleden, tenzij er contra-indicaties zijn.
- *Het administreren van cliënten in systeemtherapieën is ingewikkelder.* Dit lijkt inderdaad het geval te zijn. Het is echter zeer de vraag of dat een overweging mag zijn om systeemtherapie niet op de optimale wijze, dus bij de aanmelding, aan te bieden.

Ten slotte: Dat een gezonde geest baat heeft bij een gezond lichaam is een algemeen aanvaard principe. Gz-psychologen, met hun gevarieerd aanbod aan hulpverlening, kunnen het credo uitbreiden tot 'een gezonde geest in een gezond lichaam en in een gezonde omgeving'.

#### Referenties

- Alexander, J.F. & Sexton, T.L. (2002). Functional Family Therapy: A model for treating high-risk, acting-out youth. In: J. Lebow (red.), *Comprehensive handbook of psychotherapy, Vol. 4*. New York: Wiley.
- Arrindell, W.A. (1987). *Marital conflict and agoraphobia: Fact or fantasy?* Academisch proefschrift Groningen. Delft: Eburon.
- Arrindell, W.A., Ettema, J.H.M., Groenman, N., Brook, F., Jansen, I., Slaets, J., Hekster, G., Derksen, J., Ende, J. van der, Land, H., Hofman, K., & Dost, S. (2003). De groeiende inbedding van de Nederlandse SCL-90-R. *De Psycholoog*, 38(11), 576-582.
- 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), 1023-1053.
- Barbato A, & D'Avanzo, B. Marital therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2.
- 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 & 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.
- Bedrosian, R.C. & Bozicas, G.D. (1994). *Treating family of origin problems: A cognitive approach*. New York: Guilford Press.
- Bernard, J., Appelo, M., Scholing, A., & Kok, F. (2003). De periodieke explosieve stoornis: richtlijnen voor de behandeling. *Directieve Therapie*, 23(1), 9-24.
- Bodden, D., Nauta, M., Bögels, S., Haan, E. de, Ringrose, J., Appelboom, C., Brinkman, A., Appelboom-Geerts, K., & Dirksen, C. (2008). Cognitieve gedragstherapie voor alleen het kind of voor het hele gezin? Een multi-center effectonderzoek met onverwachte resultaten. *Kind en Adolescent Praktijk*, 7(3), 112-121.
- Boszormenyi-Nagy, I., Grunebaum, J., & Ulrich, D. (1991). Contextual therapy. In: A.S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy, Vol. 2*. New York: Brunner/Mazel.
- Campbell, Th.L. (2003). The effectiveness of family interventions for physical disorders. *Journal of Marital & 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.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31(1), 3-45. Nederlandse uitgave: De effectiviteit van gezinstherapie en systeeminterventies voor problemen bij kinderen. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2009, 20(3), 287-331.
- 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.
- Colom, F., Lam, D. (2005). Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. *European Psychiatry*, 20, 359-364.
- Dattilio, F. (2006). A cognitive-behavioral approach to reconstructing intergenerational family schemas. *Contemporary Family Therapy*, 28, 191-200. Nederlandse uitgave: Een cognitief-gedragstherapeutische benadering voor het reconstrueren van intergenerationele gezinsschema's. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2007, 18(2), 191-204.
- Dimidjian, S., Martell, C.R., & Christensen, A. (2008). Integrative behavioral couple therapy. In: A.S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy, fourth edition*. New York: Guilford Press.
- Eisler, I., Simic, M., Russell, G., & Dare, C. (2007). A randomised controlled trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a

- five-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 552-560.
- 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* (hoofdstuk 11, p. 493-539). New York: Wiley.
- Ellis, D.A., Templin, Th., Naar-King, S., Frey, M.A., & Cunningham, Ph.B. (2007). Multisystemic therapy for adolescents with poorly controlled type I diabetes: Stability of treatment effects in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 168-174.
- Fals-Stewart, W., Birchler, G.R., & Kelley, M.L. (2006). Learning sobriety together: a randomized clinical trial examining behavioral couples therapy with alcoholic female patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 579-591.
- Gerlsma, C. (1998). De 'level of Expressed Emotion' schaal. *De Psycholoog*, 33(11), 503-508.
- 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.
- Gurman, A.S., & Messer, S.B. (2003). *Essential Psychotherapies: Theory and Practice, second edition*. New York: Guilford Press.
- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton. Nederlandse uitgave: *Strategieën in de psychotherapie*. Utrecht: Bijleveld.
- Haley, J. (1984). *Ordeal therapy*. San Francisco, Cal.: Jossey-Bass.
- Henggeler, S.W. & Sheidow, A.J. (2003). Conduct disorder and delinquency. *Journal of Marital & Family Therapy*, 29(4), 491-504. Nederlandse uitgave: Gedragsstoornis en delinquentie. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2005, 16(3), 304-335.
- Henggeler, S.W., Letourneau, E.J., Chapman, J.E., Borduin, Ch.M, Schewe, P.A., & McCart, M.R. (2009). Mediators of change for multisystemic therapy with juvenile sexual offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 451-462.
- Holtkamp, K., Herpertz-Dahlman, B., Vloet, T., & Hagenah, U. (2005). Group psychoeducation for parents of adolescents with eating disorders: the Aachen program. *Eating Disorders*, 13(4), 381-390.
- 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.
- 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. (2002). *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors: Strengthening attachment bonds*. New York: Guilford Press.
- Johnson, S.M (2003). The revolution in couple therapy: a practitioner-scientist perspective. *Journal of Marital & Family Therapy*, 29(3), 365-384.

- Johnson, S. & Lebow, J. (2000). The 'coming of age' of couple therapy: a decade review. *Journal of Marital & Family Therapy*, 26(1), 23-38.
- 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*, 15(1), 1-31.
- Lange, A. (1983). *De Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst, IPOV*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1995). De IPOV (Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst). *Gedragstherapie*, 28(1), 41-46.
- Lange, A. (2000). *Gevalsbeschrijvingen bij Gedragsverandering in gezinnen*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lange, A. (2001). *De Ouder-Kind Interactie Vragenlijst-Revised, OKIV-R; Verantwoording en handleiding*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lange, A. (2004). *Vragenlijst Seksuele Trauma's in het verleden (VST-V); Een anamnestic instrument voor onderzoek en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lange, A. (2006). *Gedragsverandering in gezinnen; cognitieve gedrags- en systeemtherapie*. Achtste, compleet herziene druk. Groningen: Wolters-Noordhoff, 670 pags.
- Lange, A. & Appelo, M. (2007). *De Korte Klachten Lijst, KKL. Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lange, A., Bollema, M., & Fluri, D. (2003). De Family of Origin Scale-Dutch, FOS-D. Psychometrie, validering en normering bij ambulante patiënten. *Directieve Therapie*, 23(4), 352-370.
- Lange, A., Kiss, A., Jansen, F., & Neerschoten, C. (2003). The Family of Origin Scale - Dutch. *Systeemtherapie*, 15(2), 103-115.
- Lange, A. & Schene, A. (2008). De depressieve patiënt en zijn sociale omgeving. In: J. Huyser, A.H. Schene, B. Sabbe, & Ph. Spinhoven (red.), *Handboek Depressieve Stoornissen*. Amsterdam: De Tijdstroom, hoofdstuk 3, p. 39-52.
- Lange, A. & Velden, K. van der (2010). Afleiding. In: K. v.d. Velden, K. Hoogduin en A. Lange (red.), *Directieve Therapie*. Amsterdam: Boom, 2010 (hoofdstuk 12, p. 131-138).
- 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 & 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.
- 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.
- Maillette de Buy Wenniger, W.F., Benoist, R.H.I., Loon, A.J.J.M. van, & Moleman, N. (1994). Het McMastermodel als uitgangspunt van behandelen: de probleemgerichte gezinstherapie. *Systeemtherapie*, 6(2), 71-85.
- 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.
- 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, p. 369-393). New York: Guilford Press.
- McCrary, B.S., Epstein, E.E., Cook, Sh., Jensen, N., & Hildebrandt, Th. (2009). A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 243-256.
- McDonnell, 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. Nederlandse uitgave: Groepstherapie met meerdere gezinnen: een effectieve interventie voor kinderen met psychische stoornissen. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2007, 18(2), 205-238.
- McFarlane, W.R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital & Family Therapy*, 29(2), 223-245. Nederlandse uitgave: Psychoeducatie voor het gezin en schizofrenie: een literatuuroverzicht. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2004, 15(1), 54-95.
- 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. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press. Nederlandse uitgave: *Gezinstherapie*. Utrecht: Het Spectrum, 1973.
- 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.
- Northey, W.F., Wells, K.C., Silverman, W.K., & Bailey, C.E. (2003). Childhood behavioral and emotional disorders. *Journal of Marital & Family Therapy*, 29(4), 523-545. Nederlandse uitgave: Emotionele en gedragsstoornissen bij kinderen. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2005, 16(4), 405-445.
- O'Farrell, T.J.O., & Fals-Stewart, W. (2003). Alcohol abuse. *Journal of Marital & Family Therapy*, 29(1), 121-146. Nederlandse uitgave: Alcoholmisbruik. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2005, 16(2), 156-206.

- 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* (hoofdstuk 7, p. 170-209). New York: Guilford Press.
- Oenen, F.J. van, Bernardt, C., & Post, L. van der (2007). *Praktijkboek crisis-interventie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Pos, A.E., Greenberg, L.S., & Goldman, R.N. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(6), 1007-1016.
- Rijst, L. van der (2008). *Fysieke Agressie van Vrouwen in Heteroseksuele Relaties: 'The Battered Men Syndrome?'*. *Directieve Therapie, 28*(1), 20-34.
- 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.
- Savenije, A., Lawick, J. van, & Reijmers, E. (red.). *Handboek Systeemtherapie*. Amsterdam: De Tijdstroom, 2008.
- Schaeffer, C.M., & Borduin, Ch.M. (2005). Long-term follow-up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 445-453.
- Selvini Palazzoli, M. (1979). *Paradox en tegenparadox*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- 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* (hoofdstuk 13, 590-646). New York: Wiley.
- Sprenkle, D.H. (red.) (2002). *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria: American Association for Marital and Family Therapy.
- Stith, S.M., Rosen, K.H., & McCollum, E.E. (2003). Effectiveness of couples treatment for spouse abuse. *Journal of Marital & Family Therapy, 29*(3), 407-426.
- 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 & Family Therapy, 20*(3), 305-318.
- Turner, H.A. & Kopiec, K. (2006). Exposure to interparental conflict and psychological disorder among young adults. *Journal of Family Issues, 27*(2), 131-158.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der, & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Wachter, D. de, Vandewalle, S., Vansteelandt, K., Vanderlinden, J., & Lange,

- A. (2005). FAD-N en FMSS: twee verschillende instrumenten voor het meten van gezinsfunctioneren. *Systeemtherapie*, 17(2), 82-96.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton. Nederlandse uitgave: *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1970.
- 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.
- 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.
- Young, K.M., Northern, J.J., Lister, K.M., Drummond, J.A., & O'Brien, W.H. (2007). A meta-analysis of family-behavioral weight-loss treatments for children. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 240-249.