

7

Stysteemtherapie en onderzoek, de stand van zaken

in Savenije ea (red): Handboek Stysteemtherapie.
Utrecht: De Tijdstroom, 2014 .

Alfred Lange

- 1 Inleiding
- 2 De verschillende stoornissen
 - 2.1 Schizofrenie
 - 2.2 Verslaving aan alcohol en harddrugs
 - 2.3 Gedragsstoornissen en delinquentie van kinderen en adolescenten
 - 2.4 Eetstoornissen
 - 2.5 Lichamelijke aandoeningen
 - 2.6 Angststoornissen
 - 2.7 Stemningsstoornissen
 - 2.8 Relatieproblemen en relatietherapie
 - 2.9 Geweld binnen gezinnen
- 3 De beschouwing
 - 3.1 De algemene stand van zaken
 - 3.2 Het verschil tussen stromingen en programma's
 - 3.3 De rol van de wetenschappelijke tijdschriften
 - 3.4 Individu en interactie: de rol van psychopathologie
 - 3.5 Kosteneffectiviteit
 - 3.6 Op welke gebieden springt het systeemgerichte onderzoek er het meest uit?
 - 3.7 Vergelijkend onderzoek
 - 3.8 Is er leven naast de RCT's? De rol van praktijkonderzoek
- 4 Tot slot

1 Inleiding

In de pioniersjaren gingen de meeste gezinstherapeuten af op charismatische auteurs die wonderbaarlijke behandelingen uitvoerden en daar meeslepend over schreven. Men vertrouwde op aansprekende gevalsbeschrijvingen zonder empirische metingen. Er was weinig aandacht voor onderzoek naar de vraag in hoeverre de systeemgerichte behandelingen cliënten hielpen en voor wie dat meer en minder het geval was.

Er is wereldwijd veel veranderd. Gezinstherapie is niet meer gericht op wonderbaarlijke confrontaties, snelle paradoxen en dramatische interventies (Lebow, 2003). Onderzoek heeft een grotere plaats gekregen. Voor diverse psychische stoornissen is gecontroleerd onderzoek uitgevoerd naar de basis en effecten van relatie- en gezinstherapie.

We bespreken in eerste instantie het systeemgerichte onderzoek aan de hand van specifieke stoornissen. Hierbij gaat het niet alleen om de resultaten van behandelingen, maar ook om onderzoek dat ten grondslag ligt aan de behandeling: de mogelijke samenhang tussen gezinsinteracties en het ontstaan en beloop van de betreffende stoornissen. Hoewel het accent ligt op het onderzoek van de laatste jaren, zullen we waar nodig ook klassiekers bespreken. Een aantal therapiestromingen en behandelprogramma's valt speciaal op. Helaas bevat het overzicht veel afkortingen in de vorm van acroniemen. Excuus daarvoor. Het maakt het lezen soms minder gemakkelijk. We kunnen er echter niet altijd omheen.

In het algemeen spreekt men van 'systeemtherapie' als problemen binnen het gezin de aanleiding en het onderwerp van behandeling zijn. Het gaat dan vaak om een behandeling die puur op de interacties in het gezin is gericht. Systeemtherapie kan echter ook aan de orde zijn als het gaat om problematiek van één gezinslid waarbij partners of andere gezinsleden worden betrokken. Dit is een van de belangrijkste ontwikkelingen van de laatste jaren (Baucom e.a., 2012a). In het tweede gedeelte – De beschouwing – komen we hierop terug. Dit gedeelte bevat conclusies, kanttekeningen en discussiepunten op grond van de besproken literatuur.

2 De verschillende stoornissen

2.1 Schizofrenie

In het midden van de vorige eeuw, toen gezinstherapie zich begon te ontwikkelen, huldigden vele gezinstherapeuten de opvatting dat schizofrenie een gevolg is van inconsistente communicatie van de ouders. De bewijzen voor deze opvattingen waren niet sterk, er was veel evidentie dat deze aanname niet klopte (Stein, 1989). De invloedrijke, in vele opzichten geniale, Jay Haley bleef er tot ver in de 'jaren tachtig' aan vasthouden (Haley, 1989). De opvattingen zijn in de laatste decennia veranderd, vooral door het onderzoek naar de gevolgen van *Expressed Emotion* (EE). Volgens deze degelijk onderzochte theorie is schizofrenie primair een biologische aandoening – verhoogde kwetsbaarheid voor prikkels. Maar de omgeving speelt ook een rol: een overmaat aan betrokkenheid, vijandigheid en kritiek heeft een risicoverhogende invloed. Een veelheid aan onderzoek bevestigt inmiddels dat een relatief rustig klimaat binnen het gezin met weinig kritiek, confrontaties en gepraat over onderlinge verhoudingen, de kans op terugval aanmerkelijk doet afnemen (Gerlsma e.a., 2012). In de vs hebben deze bevindingen geleid tot diverse studies naar het effect van verschillende vormen van *Family Psycho Education* (FPE); in eerste instantie voor ziekten als schizofrenie en autisme. Hierbij verschaft men informatie over

de ziekte en probeert om gezinsleden te brengen tot een minder kritische, minder intrusieve, manier van omgang met elkaar en de patiënt. De meest effectieve vormen van FPE beogen bovendien het aanleren van technieken van probleemoplossen en het creëren van sociale steun (Lucksted e.a., 2012; Sprenkle, 2012). De laatste jaren blijken behalve psycho-educatie ook cognitieve revalidatietraining en socialevaardigheidstraining van de schizofrene patiënt goede resultaten op te leveren (Peer e.a., 2007). Deze therapievormen zijn goed te combineren met FPE. Op grond van meerdere onderzoeken, waaronder longitudinaal onderzoek, concluderen Ruddle en anderen (2011) dat vaardigheidstrainingen en cognitieve gedragstherapie positieve effecten hebben. Mindfulnessstraining van de patiënt blijkt in hun onderzoek weinig op te leveren. Het verbeteren van communicatiepatronen komt echter wel naar voren als een belangrijk element in behandeling en onderzoek van schizofrenie. Conclusie: FPE valt goed te combineren met op het individu (de patiënt) gerichte socialevaardigheidstraining en cognitieve gedragstherapie (McFarlane e.a., 2003; Solomon & Chung, 2012).

Patiënten met de diagnose schizofrenie, autisme of bipolaire stoornis, die na succesvolle behandeling teruggaan naar hun ouderlijk gezin vallen meer terug dan degenen die bij andere familieleden (bijvoorbeeld broer of zuster) wonen. De kritische, intrusieve houding van de moeder blijkt nog steeds de belangrijkste omgevingsvariabele (Gerlsma e.a., 2012). Overbetrokkenheid – van oudsher als een belangrijke variabele beschouwd – blijkt echter eerder bij te dragen aan herstel dan aan terugval. Dit geeft een empirische onderbouwing voor de andere kant van de cirkel: de invloed van schizofrenie van een gezinslid op de geestelijke toestand van ouders, met name de moeder in plaats van andersom (Gerlsma e.a., 2012; Kuipers, 2006). Seikkula en anderen (2006) deden een open studie met patiënten die met hun gezinnen in behandeling kwamen. De behandeling wordt gekenmerkt door veel flexibiliteit. Een veelheid van methodes en principes werden naast elkaar gebruikt. De ‘Open Dialogue’ tussen patiënt en gezinsleden speelt een voorname rol, maar ook andere principes passen erin, zoals positief etiketteren, het hanteren van een niet-lineair denkmodel en het voorschrijven van neuroleptica. De follow-up was vijf jaar later. De uitkomsten in termen van terugval zijn moeilijk te evalueren aangezien de behandelingen uit veel verschillende componenten konden bestaan.

2.2 Verslaving aan alcohol en harddrugs

Vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw waren er klinische studies die de samenhang tussen gezinspatronen en verslaving bij adolescenten suggereerden. Het ging dan om een tekort aan positieve aandacht, dat gepaard ging aan een overmaat van aandacht voor de verslaving, overbescherming, vervaging van de subsystemen, gebrek aan hechting, fysiek en seksueel geweld, en gebrek aan structuur (Kaufman, 1981; O’Donnell e.a., 1995; Stanton e.a., 1982). In haar overzicht over verslavingsonderzoek signaleert Rowe (2012) het belang van de volgende gezinsvariabelen: psychopathologie van ouders, ernstige gezinsconflicten, losse banden tussen de gezinsleden, gebrek aan structuur en opvoedingsgezag. Deze factoren spelen ook na het ontstaan van de verslaving een rol. De causaliteit kan echter ook andersom zijn: door de verslavingen ontstaan ontwrichtende problemen in het gezin. Het proces kan circulair zijn. Burzovic en anderen (2006) onderzochten de gevolgen van alcoholisme bij ouders op de psychische gesteldheid van hun kinderen. Zij volgden schoolgaande kinderen van alcoholistische vaders gedurende drie jaar. In die tijd werd de vader voor zijn alcoholisme behandeld. Het onderzoek liet zien dat kinderen van wie de behandeling van vader succesvol was geweest, sterker waren vooruitgegaan in hun sociaal functioneren dan de kinderen van wie de vader er nog steeds een

alcoholistisch gedragspatroon op na hield. De bevindingen zijn extra interessant omdat zij aantonen dat het veranderen van een of meer personen van het gezin van belang kan zijn voor het functioneren van andere personen binnen het gezin.

In onderzoek naar alcoholisme ziet men ook vaak aandacht voor geweld tussen partners.

Homish en Leonard (2007) tonen in een grote prospectieve survey aan dat het hierbij niet zozeer gaat om de hoeveelheid drank, maar om de verschillen in drankgebruik tussen de partners. *Community Reinforced and Family Training (CRAFT)* was in de jaren zeventig ontworpen als een gezinsaanpak voor alcoholproblematiek (Sisson & Azrin, 1973, in O'Farrell & Clements, 2012).

De laatste jaren wordt CRAFT ook gebruikt bij alcohol- en drugsgerelateerd geweld. Het hoort thuis in de ecologische (*ecological-based family therapy, EBFT*) aanpak. De wijde omgeving wordt ingeschakeld, niet alleen gezinsleden of verre familieleden, ook *concerned others*. CRAFT is gebaseerd op leer- en gedragsprincipes waarbij de omgeving kan helpen negatief gedrag te ontmoedigen en positief gedrag te versterken. De resultaten zijn meer dan bemoedigend (O'Farrell & Clements, 2012; Rowe, 2012).

Er zijn verschillen tussen effectonderzoek naar behandelprogramma's, die specifiek zijn gericht op drugs, en onderzoek dat specifiek betrekking heeft op alcohol. Bij alcoholisme van volwassenen gaat het vaak om een vergelijking van groepstherapie versus *behavior couple therapy (BCT)*. In een prospectieve studie onderzochten Schumm en anderen (2009) 103 stellen waarvan de vrouw alcoholistisch was en vaak gewelddadig. Bij beide partners werden vooraf, na de behandeling en zowel één als twee jaar later metingen verricht. De behandelingen van gemiddeld zeventien sessies leidden tot sterke afname van alcoholgebruik en afname van agressief gedrag bij beide partners. De cijfers bleken na afloop vergelijkbaar met een steekproef van non-alcoholistische paren. Afname van agressie gebeurde alleen in die gevallen waarin het alcoholgebruik sterk was teruggedrongen.

McCrary en anderen (2009) vergeleken het resultaat van individuele gedragstherapie bij alcoholistische vrouwen met gedragsrelatietherapie. Een halfjaar en een jaar na de behandelingen waren de vrouwen die de relatietherapie hadden ondergaan, beduidend meer verbeterd dan de vrouwen na de individuele behandeling. Uit het overzicht van O'Farrell en Clements (2012) komt BCT in de behandeling voor alcoholverslaving van volwassenen als superieur naar voren.

Onderzoek heeft in het verleden zelden het belang kunnen onderstrepen van specifieke systeemtheoretische verklaringsmodellen als basis voor de behandeling van drugsverslaving.

Waarschijnlijk waren ze te veel gericht op slechts één van de mogelijke facetten. De moderne systeemtherapieën zijn pragmatischer, met combinaties van individuele begeleiding, het veranderen van bekrachtigingspatronen en het betrekken van verschillende subsystemen. In haar overzicht laat Rowe (2012) zien dat diverse systeemgerichte therapieprogramma's hieraan hebben bijgedragen: *multisystemic therapy (MST)*, *functional family therapy (FFT)*, *ecological-based family therapy (EBFT)*, *brief strategic family therapy (BSFT)* en *multidimensional family therapy (MDFT)*.

Howard Liddle en zijn medewerkers houden zich de laatste jaren sterk bezig met het toepassen van MDFT voor drugsverslaving bij jongeren. Zo ook in een gerandomiseerde trial (RCT) waarin 83 jongeren hetzij in peergroups werden behandeld hetzij in gezinsverband met MDFT. Dit bevat individuele interventies ten aanzien van het drugsgebruik, sociale vaardigheden van de verslaafde, alsook interventies met betrekking tot de interacties binnen het gezin, opvoedingsvaardigheden van de ouders en conflictbeheersing. De statistische analyses waren geavanceerd. Het resultaat is duidelijk, MDFT levert grotere verbeteringen op dan de peer-groepbenadering. De effecten waren middelgroot tot groot (Liddle e.a., 2009).

Ook in andere studies van deze auteurs zijn de resultaten van MDFT robuust, op langere termijn zichtbaar en daardoor meer kosteneffectief. In het algemeen grijpen deze behandelingen op meerdere systemen aan (individu, partner, gezin, school, vriendenkring). Bovendien wordt ook vaak aandacht besteed aan 'comorbide' problematiek zoals delinquentie, depressiviteit en suicidaliteit (Sprenkle, 2012).

Bij jeugdigen en jongvolwassenen gaan drugs- en alcoholverslaving vaak gepaard met gedragsstoornissen en delinquentie. Dit is niet verbazend aangezien verslaving en gedragsproblemen beide een ondergrond van slechte impulsbeheersing hebben. Het succes van gezamenlijk aanpakken van beide probleemgebieden zien we overtuigend in een aantal studies waarin systeembehandelingen zijn vergeleken met traditionele behandelingen (Baldwin e.a., 2012; Henderson e.a., 2010; Henggeler & Sheidow, 2012; Robbins e.a., 2011).

2.3 Gedragsstoornissen en delinquentie van kinderen en adolescenten

Nogal wat onderzoek laat een wisselwerking zien tussen de psychische gesteldheid van ouders, hun opvoedkundige kwaliteiten en het functioneren van hun kinderen. Vaak is niet duidelijk wat tot wat leidt. Leung en Smith Slep (2006) probeerden inzicht hierin te krijgen. Zij onderzochten 453 ouderparen, teneinde vast te stellen op welke manier psychopathologie van ouders samenhangt met externaliserende stoornissen van kinderen. Zij vonden een causaal verband: de stoornis van de ouders leidt tot attributiefouten bij henzelf inzake gedragingen van de kinderen, wat weer tot reacties van de kinderen leidt, enzovoort. Dit onderzoek onderstreept dat kinderen in gezinnen met psychisch kwetsbare ouders een verhoogd risico hebben voor gedragsstoornissen en dat er extra aandacht besteed dient te worden aan het begeleiden van de ouders bij hun eigen psychische problematiek, bij hun onderlinge verhouding en bij het leren omgaan met hun kinderen (Kazdin, 2004).

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 het klassiek geworden project *Families of the slums* (Minuchin e.a., 1967). Het afgelopen decennium zijn de therapeutische modellen verder ontwikkeld. De behandelingen zijn meer eclectisch geworden en spelen zich af op meerdere niveaus. Orde scheppen in de gezinsstructuur, herstellen van hiërarchie en het bewaken van de grenzen zijn nog steeds belangrijke pijlers in het behandelen van jeugdigen die dreigen te ontsporen. Daarbij hoort nu echter ook het behandelen van mogelijke psychische problemen van de ouders alsmede individuele vaardigheidstrainingen en groepstrainingen voor de jeugdigen. Scholen en instanties worden vaak betrokken bij de behandeling. MST, FFT en MDFT spelen een grote rol in het onderzoek naar de effecten van behandelingen. Zij hebben uitgebreide trainingsprotocollen voor gecompliceerde behandelingen, waarbij niet alleen gezinsleden, maar ook scholen en diverse instanties bij de therapieën worden betrokken. De behandelprotocollen worden regelmatig aan vergelijkende onderzoeken onderworpen en longitudinaal onderzoek wordt niet geschuwd. De MST-behandelingen zijn sterk ecologisch van aard, geënt op de klassiek geworden publicaties van Auerswald (1972). De betrokken systemen kunnen in verschillende samenstellingen bij de behandeling worden geïnvolveerd (Henggeler e.a., 2010). De FFT en MDFT richten zich meer op het kerngezin. Evenals de BSFT leunt de FFT sterk op concepten uit de strategische gezinstherapie (zie hoofdstuk 17). Positief etiketteren speelt een grote rol. *Blaming* van ouders wordt vermeden, complimenteren staat hoog in aanzien. De MDFT combineert dit met een mix van cognitief-gedragstherapeutische technieken. De stromingen hebben gemeen dat zij de jongeren in het gareel proberen te krijgen door disciplineren en gedragsverandering waarbij de omgeving wordt ingeschakeld.

Henggeler en anderen (2009) beschrijven een fraaie MST-studie over 127 plegers van seksueel geweld, met hun ouders/voogden. De MST-behandelingen lieten in vergelijking met de gebruikelijke aanpak grotere effecten zien. Het motiveren van de ouders speelde een sleutelrol. Naarmate het hen daardoor beter lukte om een positieve manier van disciplineren toe te passen en zich te beperken in het overmatig bemoeien met de keuze van vrienden van de kinderen, nam het grensoverschrijdend seksueel gedrag van hun kinderen af. Henggeler en anderen (2012) vergeleken MST met in groepssessies gegeven psycho-educatie zoals gebruikelijk bij jonge, veroordeelde criminele verslaafden. Het onderzoek maakte gebruik van zelfrapportage en van 'harde' fysiologische gegevens (sporen in de urine) met betrekking tot de verslaving. De groepen verschilden na afloop niet wat de zelfrapportage betreft. De andere metingen, ook de urinetests, gaven echter gunstigere uitkomsten bij de MST-behandelingen.

Sawyer en Borduin (2011) voerden bij 176 jongvolwassenen een opmerkelijk MST-onderzoek uit. Voorafgaand aan de behandeling waren ze gemiddeld vier keer gearresteerd. 22 jaar later werd in kaart gebracht wat bij ieder van hen was gebeurd en hoe ze er nu aan toe waren. In de controlegroep van individueel behandelde was 55 procent van de deelnemers één of meerdere malen gerecidiveerd, in de met MST behandelde groep was dit 35 procent.

Er zijn ook enkele uitstekende overzichtartikelen met betrekking tot de effectiviteit van de hier beschreven behandelvormen voor gedragsstoornissen (Henggeler & Sheidow, 2012; Sexton & Turner, 2010). Deze bevestigen in grote lijnen de hierboven beschreven publicaties. Een zorgvuldige meta-analyse door Baldwin en anderen (2012) zet vraagtekens bij de positieve uitkomsten. Het overallegeffect was toch niet groot en werd vooral veroorzaakt door studies waar het ging om verslaafde delinquenten. In een nawoord op deze meta-analyse vertolkt de laatste auteur, Roy Bean, een vaker gehoorde kritiek op de door hen onderzochte strak geprotocolleerde behandelingen. In de praktijk zouden ze moeilijk realiseerbaar zijn. Hij en Breunlin en anderen (2006) pleiten ervoor om ook 'naturalistische' studies uit te voeren zonder controlegroep en met minder precieze voorschriften maar wel volgens de principes van de MST en de MDFT.

Connell en anderen (2007) onderzochten of het zinnig was om middelbare scholieren met milde gedragsproblemen aan een preventieve behandeling te onderwerpen. Bij de ene groep werden interventies in de klas gedaan, bij de anderen kwamen de ouders voor drie 'check-up'-sessies. In de laatste groep was een geringere toename van gezinsconflicten en waren de leraren positiever over de leerlingen. De auteurs concludeerden dat het proactief betrekken van de ouders tot gevolg heeft dat zij beter opletten en creatiever en consistentier omgaan met de probleemjongeren.

Bij jonge kinderen treft men veel minder onderzoek aan naar preventie van gedragsproblemen dan bij adolescenten. McGilloway en anderen (2012) hebben echter een zorgvuldige RCT uitgevoerd bij gezinnen met kleuters tussen de 32 en 88 maanden die allemaal boven de cut-off scoorden van de *Eyberg Child Behavior Inventory* (ECBI). De gezinnen woonden in kansarme (lage sociaaleconomische status, SES) stedelijke buurten. De kinderen en hun ouders werden *at random* verdeeld in de interventiegroep en een wachtlijstgroep. De interventie bestond uit voorlichting en adviezen voor aangepaste opvoedingsstijl aan de ouders. De metingen bestonden uit (zelf)rapportage en observatie. Ze hadden betrekking op opvoedkundige kwaliteiten van de ouders en het gedrag van de kinderen. De resultaten werden op sobere wijze getoetst, zonder 'slimmigheden' om de effecten groter te laten lijken. Alle analyses werden gedaan op *intention-to-treat*-basis; bij gezinnen die uitvielen werden voor de postmeting de laatste gegevens die waren verkregen ingevuld. De resultaten waren positief, met grote *effect sizes* ($d > .70$) op de meeste subschalen.

Er zijn inmiddels ook enkele Nederlandse studies gepubliceerd. Boonstra en anderen (2009) onderzochten hoe het twee jaar na afloop ging met 194 jongeren tussen de 12 en 18 jaar die in Nederland waren behandeld met MST-protocollen. De gegevens (schoolverzuim, recidive en uithuisplaatsingen) waren verkregen door interviews met ouders en voogden. Twee jaar later bleken veel van de verbeteringen stand te hebben gehouden. Anders dan bij de meeste van de Amerikaanse MST-studies was er geen controlegroep.

Breuk en anderen (2010) vergeleken hoe het jongere gedetineerden in de gebruikelijke dagbehandeling verging met een groep die naast de dagbehandeling gezinsgesprekken op FFT-basis kreeg. Twee jaar later waren er in de FFT-behandelgroep minder recidives: 39 versus 50 procent. Van de FFT-groep had 60 procent werk tegenover 43 procent van de groep in dagbehandeling. Aangezien de deelnemers niet op basis van randomisatie in de ene of de andere conditie waren terechtgekomen, sluit de publicatie niet uit dat de verschillen na de behandeling te maken hadden met verschillen die er vooraf al waren.

De laatste tien jaar is er in diverse landen veel enthousiasme ontstaan voor *nonviolent resistance* (NVR) van de kant van ouders met gedragsgestoorde kinderen zoals geïntroduceerd door Omer (2004). Het 'aanwezig zijn' zonder ingrijpen is de kern van de aanpak. Er zijn nog maar enkele studies gepubliceerd naar de resultaten van deze humanistische en idealistische aanpak (Lebowitz e.a., 2012; Ollefs, 2008). Die laten nog geen duidelijke conclusies toe. Daarvoor roepen de designs en de metingen nog te veel vragen op.

2.4 Eetstoornissen

Halverwege de 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'. Op basis van hun klassiek geworden onderzoek meenden Minuchin en anderen (1978) empirisch te hebben aangetoond dat dit de verklarende factor zou zijn. Coyne en Anderson (1988; 1989) heranalyseerden de gegevens. Wat Minuchin en zijn collega's omschreven als 'overprotectie' en 'enmeshment' (kluwenachtig, grenzeloos) diende met meer recht gezien te worden als adequate reacties van het gezin op de crises van de patiënt. De uitkomsten van de analyses van Coyne en Anderson – dat er geen specifiek gezinspatroon is bij eetstoornissen – werden later in diverse studies bevestigd (Garfinkel & Garner, 1982; Gowers & North, 1999). Robin en anderen stelden in 1995 vast dat na een individuele succesvolle behandeling van anorexie de gezinspatronen verbeterden: zogenoemde 'overprotectie' nam af. Ook dit leidt tot de conclusie dat 'overprotectie' niet de verklarende factor is. De moderne onderzoeksliteratuur bevestigt grotendeels het beeld van voor de eeuwwisseling. Er worden zelden aanwijzingen gevonden voor typische familieconstellaties die een hoger risico voor eetstoornissen met zich meebrengen (Eisler, 2005; Kaslow e.a., 2012). Fulkerson en anderen (2007) voerden een fraaie studie uit naar de ontwikkeling en risicofactoren van obesitas bij meer dan 1300 adolescenten, ongeveer evenveel manlijke als vrouwelijke. Zij keken echter ook naar uiterst praktische gezinsvariabelen: eet men samen, is er een duidelijke structuur. Met behulp van een fraai statistisch design konden zij aantonen dat een heldere gezinsstructuur met veel onderlinge raakvlakken risicoverlagend werkt. Bemoeien met de eetstoornis, zoals aansporen tot diëten, werkt daarentegen risicoverhogend.

Publicaties over de effectiviteit van behandelingen van eetstoornissen zijn moeilijk samen te vatten. Vaak worden boulimia, anorexia en obesitas op één hoop gegooid, terwijl de dynamiek toch behoorlijk verschilt. Toch valt er uit de vele afzonderlijke gegevens wel wat te destilleren. Bij volwassenen met boulimie lijkt individuele cognitieve gedragstherapie, die aangrijpt op de

preoccupaties, het negatieve zelfbeeld en de eetgewoontes, vaak effectief (Ruwaard e.a., 2013). Bij anorexie en obesitas is een gedragsveranderende gezinsbehandeling meer op zijn plaats. Hierbij kunnen ook in stand houdende factoren aan de orde komen, zoals overmatige controle, ineffectieve opvoedingsstrategieën en gebrek aan intimiteit en structuur (Downs & Blow, 2013; Young e.a., 2007). Anorexiëpatiënten zijn vaak onderdeel van een systeem dat door hen wordt beheerst en dat op zijn beurt veel invloed op hen uitoefent. Hier blijkt de combinatie van op het individu gerichte settings (bijvoorbeeld opname en groepstherapie in de kliniek) met gezinsgesprekken een meerwaarde te hebben (Hollesen e.a., 2013; Wallis e.a., 2013).

2.5 Lichamelijke aandoeningen

Evenals bij gedragsstoornissen en eetstoornissen was de structurele gezinstherapie van oudsher toonaangevend voor theorie en onderzoek betreffende het verband tussen gezinspatronen en lichamelijke klachten. Minuchin en anderen (1978) 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 terecht beschermend en niet overbeschermend. Campbell (2003) bespreekt een aantal onderzoeken waaruit blijkt dat het gezinsklimaat samenhangt met het beloop van lichamelijke ziekten. De gezinsinvloed uit zich in de kwaliteit van de verzorging en beïnvloeding van 'gezondheidsgedrag'. Als in het gezin ongezond wordt geleefd, zal het zieke gezinslid daar ook eerder toe geneigd zijn. De gezinsinvloed kan zich ook indirect doen gelden. Een stressvol gezinsklimaat, met een gebrek aan steun en een overmaat aan kritiek, kan het immuunsysteem in negatieve zin beïnvloeden (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001; Pennebaker, 1993).

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 in verstoorde partnerrelaties nog moeilijker dan anders onder controle te krijgen. In een recent onderzoek bij paren waarvan de vrouw in behandeling is voor een vroeg ontdekte borstkanker vinden Baucom en anderen (2012b) correlaties tussen de fysieke en psychische relatie van de patiënte, de psychische situatie van de man en de onderlinge verhouding. Maar indien de somatische situatie van de vrouw gepaard gaat met ernstige symptomen, verdwijnt het verband met de partnerrelatie.

Ellis en anderen (2007) onderzochten de effecten van MST bij 127 adolescenten met slecht onder controle zijnde type 1-diabetes en hun gezinnen. De behandeling was intensief, met huisbezoek en training van het gehele gezin. De controlegroep kreeg de gebruikelijke behandeling. Belangrijkste effectmeting: het onder controle krijgen van het bloedsuikergehalte. De resultaten van de gezinsbehandeling waren vooral positief bij tweeoudergezinnen, zelfs als de drop-outs werden meegenomen in de analyses en beschouwd werden als niet-verbeterd. Bij de eenoudergezinnen waren de resultaten minder positief door het grotere aantal drop-outs.

De laatste jaren bestaat begeleiding van patiënten met ernstige lichamelijke ziekten en hun gezinnen veelal uit voorlichting, gezinsgerichte psycho-educatie, en verbetering van commu-

nicatieve vaardigheden (Shields e.a., 2012). De auteurs geven een overzicht van RCT's en ongecontroleerd onderzoek met betrekking tot verschillende vormen van gezinsinterventies bij patiënten met neurologische problemen, hart- en vaatziekten, kanker en diabetes. In de meeste studies gaat het om kortdurende interventies, teneinde probleemoplossende vaardigheden van de patiënt en/of gezinsleden te vergroten, zowel ten opzichte van elkaar als in de omgang met de medici of paramedici. De positiefste uitkomsten vonden zij bij diabetes en bij kanker. In zijn nawoord merkt Meadors op dat de verschillende ziekten ook een verschillend soort beïnvloeding nodig hebben. Bij bijvoorbeeld diabetes zal het vooral gaan om de *compliance* te vergroten. De gezinsleden helpen om de patiënt ertoe te brengen de instructies van de medische staf op te volgen. Als het uitgeputte ouders of mantelzorgers betreft, zal het er om gaan hen te helpen hun grenzen te bepalen.

Hoewel er een veelheid van literatuur is naar preventie bij kinderen van ouders met een psychiatrische stoornis (Beardslee, 2002), is ons geen systematisch onderzoek bekend naar preventieve gezinsinterventies voor kinderen met ouders met een chronisch lichamelijke ziekte.

2.6 Angststoornissen

In een klassieker betoogde Fry (1962) op basis van gevalsbeschrijvingen, dat fobieën een functie hebben binnen de relatie: de fobische patiënt zou de partner beschermen. Er waren echter empirische studies die vraagtekens zetten bij Fry's (1962) veronderstelling. Zo stelden Marcaurrelle en anderen (2003) 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, terwijl er voorafgaand aan de angsten wel vaak spanningen en conflicten in de verhouding met de partner waren.

De rol van de ouders in de ontwikkeling van angststoornissen bij kinderen is in het verleden vaak onderzocht. Zo kwam naar voren dat psychopathologie van de moeder en een overmatig controlerende opvoeding een verhoogd risico op angststoornissen voor kinderen met zich meebrengen (Berg-Nielsen e.a., 2002; Northey e.a., 2003; Rapee, 1997). In een meta-analyse over 47 studies brengen McLeod en anderen (2007) nuanceringen aan in het verband tussen ouders en de angst van hun kinderen. Er lijkt een verband te zijn met ouderlijke controle, het alles willen beheersen, terwijl er geen verband is met verwerping en gebrek aan warmte van de ouders. In 1999 toonden Chambless en Steketee aan dat de resultaten van cognitieve gedragstherapie bij angststoornissen negatiever uitvielen bij patiënten in een gezin met een hoog niveau van vijandigheid en negatieve kritiek. Het involveren van de partner van de volwassen angstpatiënt bleek echter niet zonder meer tot grotere effecten van de individueel gerichte behandeling te leiden. Maar als de partnerrelatie moeizaam was, dan bleek een combinatie van op het individu gerichte interventies en interventies die op verbetering van de relatie zijn gericht superieur (Baucom e.a., 1998; Baucom e.a., 2012a).

In het verleden waren er nogal wat onderzoeken die suggereerden dat, als het om kinderen gaat, een gezinsgerichte aanpak betere resultaten geeft dan een individuele aanpak (Barrett, 2000; Ginsburg e.a., 1995; McDonnell & Dyck, 2004). Het onderzoek van de laatste jaren geeft echter minder duidelijke aanwijzingen in die richting. De verschillen tussen overwegend *individual cognitive behavioral therapy* (IBCT) en *family based cognitive behavioral therapy* (FBCT) zijn vaak gering, op sommige metingen vallen ze beter uit voor de individuele behandelingen

en in sommige gevallen doen de gezinsgerichte behandelingen het beter (Kendall e.a., 2008; Silverman e.a., 2009). In een review over diverse stoornissen bij kinderen concluderen Kaslow en anderen (2012) dat gezinsgerichte behandelingen bij angststoornissen weliswaar meer effect hebben dan controlebehandelingen in de vorm van steun, maar dat er geen consistente bewijzen zijn voor sterkere resultaten dan bij individuele behandelingen. Zij signaleren wel opmerkelijke positieve resultaten in een studie zonder controlegroep, waarbij een ggz-instelling zowel de ouders als de school mobiliseert en daartussen medieert. Khanna en Kendall (2009) voerden een interessante RCT uit waarin de protocollen een behoorlijke mate van flexibiliteit toelieten, die je zelden ziet bij dit soort onderzoek. De onderzoekers wilden weten welk aspect van de gezinsbehandeling het meest bijdraagt. In tegenstelling tot hun verwachting was dat niet de opvoedingstraining, maar de wijze waarop de ouders controle uitoefenen en het omgaan door de ouders met hun eigen angsten.

Bodden en anderen (2008) voerden in Nederland een methodologisch fraaie multicenterstudie uit. Een groep van 128 kinderen tussen 8 en 18 jaar met verschillende stoornissen in het angst-spectrum (variërend van fobieën, obsessieve-compulsieve stoornis (ocs) tot posttraumatische stressstoornis (prss)) ondergingen hetzij gezinstherapie, hetzij individuele cognitieve gedragstherapie aangevuld met oudergesprekken. Een controlegroep kreeg pas na een wachtperiode een van deze twee behandelingen. Beide behandelgroepen verbeterden in vergelijking met de wachtlijstgroep. Anders dan de onderzoekers hadden verwacht, bleek de met oudergesprekken aangevulde cognitieve gedragstherapie op een aantal metingen de betere resultaten te geven. Na drie maanden waren deze verschillen echter verdwenen.

Op grond van haar review over gezinsgerichte behandelingen van posttraumatische stressstoornissen concludeert Kiser (2007) dat gezinstherapeuten verkeerd bezig zouden zijn als ze zich zouden beperken tot interactiepatronen tussen de gezinsleden. Haar bevindingen bij kansarme populaties laten zien dat er meer omgevingsbronnen kunnen worden ingeschakeld. In een latere ongecontroleerde open studie vindt ze bevestiging voor deze zienswijze waarbij de aandacht is gericht op het versterken van de hulpbronnen in de omgeving, door middel van voorlichting, armoedebestrijding, herstel van gezinsroutines en gezinsrituelen in *multiple-family*-sessies (Kiser e.a., 2010).

2.7 Stemmingsstoornissen

In het verleden is in veel studies vastgesteld dat conflicten, ondermijning van zelfvertrouwen, gebrek aan intimiteit tussen partners en gezinsstressoren de mate en het beloop van depressiviteit sterk bepalen. In een groot surveyonderzoek bij maar liefst 2299 personen, bleek een kwart van de variantie door dit soort variabelen verklaard te worden (Ilfeld, 1977). De invloed van relationele factoren bleek bij vrouwen bijna tweemaal zo sterk als bij mannen (Barnett & Gotlib, 1988; Lange e.a., 1998). Beach (2003) constateerde dat de depressieve personen in de diverse studies die hij evalueerde, gemiddeld een veel slechtere huwelijksrelatie hadden dan de niet-depressieve deelnemers. Brock en Lawrence (2011) stelden bij jonge paren in een zes jaar durende longitudinale studie met halfjaarlijkse metingen vast dat huwelijksproblemen leiden tot depressie in combinatie met angst en ook andersom. Onderzoek bevestigt het steeds weer: depressie en relationele problemen houden elkaar in een vicieuze greep; 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 (Beach & Whisman, 2012).

Riches en Dawson (1996) beschrijven hoe een extreem negatieve *life event*, zoals het verlies van een kind niet alleen vaak leidt tot depressie bij één of beide ouders, maar ook tot ernstige relatieproblemen. Doordat het rouwproces over het tragische verlies bij de ouders niet synchroon loopt, ontstaat ontwrichting in het huwelijk en het gezinsleven.

Er zijn in het verleden belangrijke studies geweest die het verband aantoonde tussen depressie van kinderen en emotionele verwaarlozing in de opvoeding. Meerdere van deze studies toonden aan dat de rol van de moeders hierin belangrijker was dan die van de vaders (Berg-Nielsen e.a., 2002; Chiariello & Orvaschel, 1995). Casalin en Vliegen (2006) werkten dit verder uit in een bijzonder mooie longitudinale studie. Hun analyses brachten vier factoren aan het licht die veel variantie verklaarden in het verband tussen depressie van de moeders en depressie van de kinderen: aangeboren neuro-endocriene invloeden, blootgesteld worden aan negatieve cognities, negatief affect van de moeder en stress in het gezin.

Recent zijn er relatief weinig studies geweest naar invloed van gezinsfactoren op depressie bij volwassenen (Sprenkle, 2012). Er is wel veel nieuw kwalitatief hoogwaardig prospectief onderzoek naar de invloed van gezinsstressoren op kinderen. In een groot onderzoek door de vakgroepen psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen en van de Erasmus Universiteit Rotterdam (Bouma e.a., 2008) werden 2127 jongeren met een gemiddelde leeftijd van 11 jaar en hun gezinnen onderzocht. Tweeënhalf jaar later werden zij opnieuw onderzocht. De kinderen met een depressieve ouder bleken het meest vatbaar voor depressie. Genen konden hierin uiteraard een rol spelen. De genetische verklaring geldt echter niet zonder meer voor kinderen van verslaafde ouders. In Canada voerden Fuller-Thomson en anderen (2013) een grote studie uit (n = 6288) met een response van 83 procent. Zij vonden een sterk verband tussen verslaving van één of beide ouders en depressie bij één of meer kinderen. Zelfs bij constant houden van sociale stressoren, sociaaleconomische status, en gezondheidsgedrag, bleek 69 procent van de kinderen met verslaafde ouders een significant hogere kans te lopen op depressie.

Hoewel er veel bewijs is voor het verband tussen sociale en gezinsfactoren enerzijds en anderzijds de ontwikkeling van depressie bij kinderen, zijn er volgens een overzicht door Restifo en Bögels (2009) in het laatste decennium relatief weinig studies gedaan naar het effect van gezinsbehandeling bij depressie van kinderen of adolescenten. De studies die er waren, lieten weinig meerwaarde zien van een gezinsaanpak boven individuele cognitieve gedragstherapie. De auteurs verklaarden dit doordat de gezinsbehandelingen zich meer richten op support dan op de risicofactoren in het gezin.

Een Cochrane-review van enkele jaren geleden (Barbato & D'Avanzo, 2006) vergeleek relatietherapie met individuele psychotherapie, met medicatie en met geen of minimale therapie bij patiënten met lichte tot matige depressie. De patiënten waren overwegend van het vrouwelijke geslacht. De kwaliteit van de verschillende studies liet nogal te wensen over. Alleen in vergelijking met geen of minimale behandeling, was partnerrelatietherapie (PRT) effectiever. Er bleek geen verschil met individuele therapie. Het is niet duidelijk in hoeverre de depressies tijdens de relatietherapie ook rechtstreeks behandeld werden. De meeste studies maakten geen gewag van langetermijnfollow-up.

Family Psycho Education (FPE) wordt steeds vaker genoemd als een aantrekkelijke, effectieve kostenbesparende manier om paren of gezinnen met een depressieve patiënt (partner, kind of ouder) bij te staan. Leff en anderen (2003) onderzochten een relatietherapie die gericht is op afname van *expressed emotion* (kritiek en vijandigheid) bij de partners van depressieve patiënten. Op lange termijn waren de positieve effecten groter dan in de controleconditie. Deze studie

heeft in Groot-Brittannië veel invloed gehad op de richtlijnen. Compas en anderen (2009; 2011) voerden twee methodologisch mooie RCT's uit naar de preventieve waarde van een preventieve gezinsgerichte cognitieve gedragsinterventie voor de niet-depressieve gezinsleden, in vergelijking met het in gebruik nemen van een psycho-educatieboek van William Beardslee (2002). Er waren twaalf gezinssessies die waren gericht op simpele opvoedingstechnieken voor de ouders en adviezen aan de kinderen voor het omgaan met de depressieve ouder. De resultaten in vergelijking met de boekconditie waren significant, maar de effectgroottes waren niet overweldigend. Valdez en anderen (2011) onderzochten de waarde van *Multi Family Group Intervention* (MFGI) voor preventie in gezinnen met depressieve ouders. Anders dan de voorgaande studie, was dit een ongecontroleerd onderzoek, met tien sessies die gebaseerd waren op communicatieoefeningen en technieken uit de cognitieve gedragstherapie. De behandeling vond plaats in groepen van depressieve ouders met hun kinderen. Methodologisch was er op de analyses van alles aan te merken, maar de vele metingen toonden overall toch wel een redelijke vooruitgang op diverse gebieden.

Diverse studies zijn verschenen waarin FPE en andere laagdrempelige gezinsbehandelingen worden gebruikt bij depressie van kinderen met stemmingsstoornissen. Mendenhall, Fristad en Early (2009) onderzochten in een vergelijkende studie gezinseducatie in groepen van gezinnen met de gebruikelijke individuele aanpak. De resultaten waren positief, doordat de ouders meer geloof kregen in de mogelijkheid om iets aan de problemen te doen. Lucksted en anderen (2012) geven een overzicht van de studies op dit gebied. Er zijn nogal wat tegenstrijdige bevindingen. Hun conclusie is niettemin gematigd optimistisch. In het nawoord vat de laatste auteur, Curtis Adams, de drie voor hem essentiële elementen van FPE samen voor depressie, schizofrenie of andere ernstige psychiatrische stoornissen:

- a informatie geven over de aard van de 'ziekte', de kwetsbaarheid en de rol van stressoren;
- b adviezen over de manier hoe je daarmee het best kunt omgaan;
- c informatie en adviezen over de manier hoe je de benodigde support kunt krijgen.

Vergelijkende behandelstudies voor depressie bij volwassenen waren in de afgelopen periode zeldzaam (Sprenkle, 2012). In Duitsland onderzochten Bodenmann en anderen (2008) hun *co-ping-oriented couples therapy* (COCT), bestaande uit tien sessies van twee uur. Het geheel komt neer op traditionele BMT (*behavior marital therapy*) waaraan een saus van zelfonthulling over persoonlijke stressoren is toegevoegd zodat men elkaar gemakkelijker kan steunen. Zij vergeleken deze aanpak met interpersoonlijke psychotherapie (IPT), psychodynamische behandeling en cognitieve therapie. Alle behandelingen hadden positief effect op de depressieve partner, de onderlinge verschillen waren klein. Cohen en anderen (2010, in Sprenkle, 2012) ontwikkelden een kort behandelprogramma: *brief couple therapy*. In vergelijking met een wachtlijstgroep laat deze aanpak grote effecten zien. Het programma zou zeer kosteneffectief zijn. Volgens Beach en Whisman (2012) zijn er aanwijzingen dat het betrekken van de partners vooral zinvol is als het gaat om problematische partnerrelaties. Maar die conclusie mag nog niet definitief worden getrokken.

Een bijzondere studie komt uit Noorwegen. Tilden en anderen (2010) onderzochten de intramurale behandeling van volwassen ernstig depressieve patiënten en hun gezinnen. De gezinnen verbleven twaalf weken in huisjes op de campus van het ziekenhuis. De partners moesten daarvoor vrij nemen. De metingen waren vooraf, meteen na afloop van de behandeling en drie jaar later. De analyses bevatten controles voor statistische afhankelijkheid tussen de relatie- en depressiescores van de partners en er werden *mixed-model*-analyses uitgevoerd om de paden

van verandering in kaart te brengen. De effectgroottes varieerden meteen na afloop van klein tot groot, afhankelijk van de verschillende gemeten variabelen. Na drie jaar waren de effecten verder toegenomen.

2.8 Relatieproblemen en relatietherapie

In hun overzicht naar de behandeling van relationele problemen signaleren Lebow en anderen (2012) slecht en goed nieuws. Het slechte nieuws: minder fondsen voor onderzoek met betrekking tot relatietherapie en een teruggang in het vergoedingensysteem. Dit gaat over de vs. De ontwikkelingen in Nederland en België zijn dus bepaald niet uniek. Mede door deze ontwikkelingen is er relatief weinig nieuw gecontroleerd onderzoek op dit terrein. Het goede nieuws: het gebrek aan fondsen kan de praktijk stimuleren om eenvoudiger, ongecontroleerd en laagdrempelig onderzoek te doen. Een andere winstpunt: doordat relatieproblematiek financieel een minder aantrekkelijk onderwerp van onderzoek is, is er meer onderzoeksgeld beschikbaar voor het verband tussen relatieproblemen en individuele psychopathologie. Dit heeft bevestigd wat systeemtherapeuten al eerder meenden waar te nemen. Een duidelijk verband tussen relatieproblemen en diverse individuele stoornissen. Het gaat dan om verslaving aan drugs of alcohol (McCrary e.a., 2009), depressie/angst en bipolariteit (Beach & Whisman, 2012; Brock & Lawrence, 2011). Ook lichamelijke klachten kunnen worden geluxeerd en beïnvloed door relationele problemen, en omgekeerd (Shields e.a., 2012). Het meeste onderzoek geeft slechts correlatieve verbanden aan. Beach en Whisman (2012) constateerden, dat de kans dat een partner depressief wordt groter is in ongelukkige relaties dan bij 'gelukkige' paren. Het omgekeerde blijkt echter ook vaak het geval (Baucom e.a., 2012a). Er zijn ook onderzoeken die een causaal verband suggereren: relatieproblemen zouden de kans op de persoonlijkheidsstoornissen als borderline en afhankelijkheidsstoornis aanmerkelijk vergroten (South e.a., 2009; Whisman & Uebelacker 2006, in Lebow e.a., 2012). Lebow en anderen (2012) stellen bovendien vast dat de individuele behandeling van psychische en lichamelijke problemen minder succesvol is naarmate de relatie met de partner slechter is.

Geleidelijk is er meer integratie ontstaan tussen de stromingen. In eerste instantie door de ontwikkeling van de cognitieve therapie en de verbinding daarvan met de gedragstherapie. In dat licht vergeleken Christensen en anderen (2006) in een RCT de terugval twee jaar na afloop van een *traditional behavioral couple therapy* (TBCT) en na *integrative behavioral couple therapy* (IBCT), ofwel cognitieve gedragsrelatietherapie. In beide groepen was aanvankelijk veel terugval. Dezelfde auteurs voerden enkele jaren later een vergelijkbaar onderzoek uit (Christensen e.a., 2010). Het ging nu om stellen waarin de verhouding ernstiger was verstoord. De integratieve therapie bevatte nu ook elementen uit de inzichtgevende therapie en de meer op emotionele behoeften gerichte therapie (Johnson, 2004). Na afloop was het resultaat bij de integratieve therapie (IBCT) beter, maar de traditionele variant leverde eveneens een aanzienlijk effect. In beide condities bleken de deelnemers twee jaar later verder vooruit te zijn gegaan. IBCT deed het nog steeds iets beter maar de verschillen waren niet meer significant. Een jaar later publiceerden ook Baucom en anderen (2011) een onderzoek bij ernstig verstoord partnerrelaties. De IBCT had nu een grotere focus op emotionele behoefte dan voorheen. De behandeling was minder strak geprotocolleerd wat tijd en aantal sessies betreft. De metingen bestonden uit vragenlijsten en gecodeerde observaties van op video opgenomen discussies tussen de partners. De metingen werden tijdens de behandeling een aantal malen herhaald, evenals in de follow-upperiode van vijf jaar. Bij de nu uitgebreide vorm van IBCT hielden de positieve resultaten beter stand dan in de TBCT.

Volgend op onderzoek naar de samenhang tussen relatieproblematiek en psychische en somatische ongezondheid, zijn er vele onderzoeken geweest naar de aanpak van individuele problematiek met behulp van een combinatie van individuele en relationele interventies (Baucom e.a., 2012a). Een door deze auteurs genoemde meta-analyse van 91 studies suggereert dat dergelijke gecombineerde behandelingen van psychopathologie een grotere afname van klachten bewerkstelligen en kostenbesparend zijn.

Er zijn studies gedaan naar het omgaan met ontrouw, een onderwerp van alle tijden, maar zelden onderzocht. *Forgiveness therapy* is een term die je dan vaak tegenkomt, bijvoorbeeld bij Reed en Enright (2006). Zij beschrijven een bescheiden RCT bij twee groepen van tien stellen waarin vergeven maar een kleine plek had tussen allerlei andere interventies zoals rouwverwerking en cognitieve oefeningen. De resultaten waren gering en hielden maar kort stand. Greenberg en anderen (2010) beschrijven een enigszins vergelijkbaar, maar niet gecontroleerd, onderzoek met eveneens twintig stellen waar verlaten een traumatische rol speelt. De behandeling wordt gerangschikt onder *emotionally focused therapy* met elementen van rouwverwerking, resulterend in een brief die waar mogelijk het 'vergeven van de zondaar' bevat. Het is een sympathiek onderzoek dat dicht bij de praktijk staat. Andere onderzoeken op dit terrein (bijvoorbeeld Atkins e.a., 2010) zijn onduidelijk van opzet, met warrige operationalisaties en laten geen conclusies toe waaruit een bepaalde aanpak van ontrouw kan worden gedestilleerd. De conclusies over de stand van zaken worden goed weergegeven met beargumenteerde aanbevelingen door Snyder en Halford (2012), Abbott en Snyder (2012) en Lebow en anderen (2012). Ik vat de aanbevelingen en argumentatie in een aantal punten samen.

- De vergelijkende onderzoeken laten zien dat de effecten van relatietherapie in de verschillende stromingen (EFT, CBT, ICT) niet erg uiteenlopen en ook niet consistent zijn.
- De inhoud van de behandelvormen lijkt in het algemeen minder te verschillen dan de etiketten doen vermoeden.
- De cliënten gaan in de meeste behandelvormen meer vooruit dan onbehandelde controlegroepen (Baldwin e.a., 2012). In een aantal gevallen gaan de relationeel behandelde stellen op de lange duur verder vooruit, terwijl dit bij de controlegroepen niet het geval is. Er blijven niettemin nog flink wat stellen over die ook op langere termijn niet verbeteren.
- Er zijn veel aanwijzingen dat het combineren van inzichten uit de verschillende stromingen tot grotere effectiviteit leidt, zeker als men de combinaties aanpast aan de behoeften van de cliënten.
- De individuele karakteristieken van partners beïnvloeden de relatie en omgekeerd. Dit vraagt om integratie van op het individu gerichte interventies en op interactie gerichte interventies.
- Behandelaars doen er goed aan om gebruik te maken van bewezen effectieve interventies uit de verschillende richtingen en die aan te passen aan de noden van hun cliënten. Hierbij kunnen zij zich speciaal richten op de *common factors* en in de beginfase snel de nadruk leggen op de therapeutische relatie (Lebow e.a., 2012).
- Behandelaars kunnen hun voordeel doen met het procesmatig vastleggen van verandering bij hun cliënten. Dit maakt cliënten meer bewust en maakt noodzakelijke aanpassing door behandelaars mogelijk.

2.9 Geweld binnen gezinnen

Kramer en Van de Sande (2006) komen voor Nederland tot een schatting van ongeveer een half miljoen geweldsincidenten binnen het gezin per jaar, waarvan ruim 50.000 bij de politie worden gemeld. Turner en Kopiec (2006) onderzochten de gevolgen bij een groep van 649 studenten. Zij stelden vast dat de kinderen uit dergelijke gezinnen vaker leden aan een gering zelfvertrouwen en psychische stoornissen. De kinderen ontwikkelden net als hun ouders inadequate manieren van conflicthantering. In een eerder onderzoek waren Ehrensaft en anderen (2003) tot gelijksoortige conclusies gekomen op grond van een longitudinale studie waarin zij een *community sample* van 543 kinderen gedurende twintig jaar hadden gevolgd. De belangrijkste predictoren voor stoornissen waren: falende opvoeding, blootstelling aan conflicten van ouders, mishandeling, gedragsstoornissen tijdens de puberteit en drugsgebruik. Gedragsproblemen in de kindertijd bleek de allerbelangrijkste voorspeller van later geweld tegen partners. Bij constant houden van deze factor blijkt het zien van geweld tussen de ouders en straffende ouders een tweede belangrijke predictor.

O'Leary en anderen (2007) onderzochten bij een representatieve steekproef van 453 deelnemers welke factoren ten grondslag liggen aan geweld tussen huidige partners. Zij baseerden zich op zelfrapportage maar ook op observatie. De meest vooruitspringende variabelen bleken: machtsstrijd, *blaming* (fouten bij de ander leggen), agressie in het gezin van herkomst en gebrek aan zelfcontrole.

In 1997 publiceerden de Australiërs Magdol en anderen (1997) als eersten een groot onberispelijk uitgevoerd surveyonderzoek over het vóórkomen van ernstig geweld tussen echtgenoten. Zij namen bij 941 echtparen gestructureerde interviews af. Beide partners gaven in een apart interview informatie over agressie van henzelf en van hun partner. De partners stemden wonderbaarlijk overeen in hun rapportage. De cijfers waren opzienbarend: 22 procent van de mannen had hun vrouwen ooit ernstig mishandeld, 37 procent van de vrouwen bleek hun mannen ernstig te hebben verwond. 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. Het onderzoek van Magdol en anderen (1997) kreeg aanvankelijk weinig aandacht, alsof de cijfers niet mochten kloppen. De laatste jaren zijn hun cijfers echter steeds vaker bevestigd. Zo ook door Dixon en Graham-Kevan (2011). In hun doorwrochte bespreking van de vroegere onderzoeken komen de auteurs tot de conclusie dat de opvattingen over partnergeweld gedurende decennia waren gedomineerd door stereotypen van feministische aard. Van der Rijst (2007) en Stith en anderen (2012a) constateren dat de vroegere onderzoeken voornamelijk waren gebaseerd op gevallen die bij instanties waren aangemeld. Dit gaf vertekening, doordat mannen niet geneigd zijn geweld door vrouwen aan te geven. Zij schamen zich. Als ze het al melden, nemen de instanties het vaak niet serieus. Wanneer men zich niet beperkt tot geselecteerde aangemelde gevallen, maar het onderzoek uitvoert in de algemene populatie (*community studies*, zoals die van Magdol e.a., 1997), blijkt het geweld in 50 procent van beide kanten te komen. Gaat het om eenzijdig geweld (niet beide partners zijn gewelddadig), dan is de vrouw vaker de dader. Dixon en Graham-Kevan (2011) maken in navolging van Johnson (2008) en Kelly en Johnson (2008) onderscheid tussen situationeel geweld (alleen binnen de partnerrelatie, al of niet uit verzet tegen geweld van de ander) versus geweld dat te maken heeft met karakterologische stoornissen van een der partners die leiden tot *intimate terrorism* zoals zij het noemen (zie hoofdstuk 48). In het laatste geval wordt eerder individuele of groepsbehandeling aangeraden dan relatietherapie. Milner en Singleton (2008) voerden een

kleine 'daderstudie' uit met 52 mannen en 16 vrouwen die in oplossingsgerichte behandeling kwamen. Ook hier bleken geen sekseverschillen: evenveel agressie en even ernstige verwondingen. Met betrekking tot het puur relationele geweld, zijn er meerdere gecontroleerde onderzoeken die de meerwaarde van relatietherapie aantonen (Fals-Stewart e.a., 2009, in Sprenkle, 2012). Aangezien veel relatiegeweld mede veroorzaakt wordt door alcohol- of drugsmisbruik, bevatten vele van de programma's voor gedragsgerichte behandeling van partnergeweld componenten die ook zijn gericht op de verslavingen. Er zijn veel aanwijzingen dat deze programma's effectiever zijn dan de huidige Amerikaanse richtlijnen voor individuele of groepstherapie. Stith en anderen (2012b) geven voorbeelden van systeemgerichte programma's die, ondanks dat zij afwijken van de richtlijnen, door de Amerikaanse regering worden gesubsidieerd vanwege hun bredere en meer op lange termijn gerichte aanpak.

3 De beschouwing

3.1 De algemene stand van zaken

In vergelijking met zeven jaar geleden is er veel veranderd. Het goede nieuws: internationaal is er een toename van empirisch onderzoek, waaronder veel RCT's. Het meeste onderzoek zien we in de vs. Ook in Nederland en België zijn er studies geweest. De belangrijkste voorbeelden hebben we besproken. De productie is hier en in de rest van Europa echter veel minder groot dan in de vs. Er is uiteraard een groot verschil in capaciteit, maar er is nog een ander verschil: in de vs is het systeemgerichte onderzoek niet speciaal afkomstig van de medische en psychologie-faculteiten, maar ook van de *Schools of Social Work*. Dat is bij ons tot nog toe ondenkbaar en heeft waarschijnlijk alles te maken met de niet-academische status van maatschappelijk werk in Nederland. Dat is jammer, aangezien maatschappelijk werkers van oudsher geïnteresseerd zijn in de systeemgerichte hulpverlening en in de vs behoorden tot de pioniers van de systeemtherapie.

3.2 Het verschil tussen stromingen en programma's

In het verleden waren er duidelijke verschillen tussen de diverse invalshoeken ofwel stromingen: cybernetisch, intergenerationeel, structureel, experiëntieel (*emotion-focused*), gedragsgericht en strategisch. Het huidige onderzoek toont aan dat het belang van dergelijke scheidslijnen is verminderd. De stromingen blijken naar elkaar toe te zijn gekropen. De meest succesvolle behandelprogramma's bevatten elementen van verschillende invalshoeken. Vergelijkende studies laten slechts geringe verschillen zien in de resultaten van de diverse programma's. Wel zien we dat behandelprogramma's het meest opleveren naarmate zij op meer dimensies focussen en meer eclectisch van aard zijn. Bij relatietherapie geldt dit voor *Integrative Marital Couple Therapy* (IMCT) en *Emotion Focused Therapy* (EFCT). Bij gedragsstoornissen, verslaving en delinquentie geldt dit voor MST, FFT, EBFT, MDFT. Daar blijkt bovendien het belang van het aantal lagen van de omgeving dat bij de behandeling wordt betrokken. De terugkeer van de ideeën van Auerswald (1972) is opvallend en verheugend (Kiser, 2007; Kiser e.a., 2010).

Er zijn steeds meer behandelprogramma's. Die programma's krijgen dan een label bestaande uit acroniemen eindigend op de T van *therapy* alsof ze totaal verschillende manieren van behandeling betreffen. Dat is jammer aangezien dit inhoudelijke verschillen suggereert die er niet zijn en afleidt van de gemeenschappelijke factoren. Bovendien worden de publicaties er

niet bepaald leesbaarder door. De lezer zal dit in de vorige alinea en in eerdere secties al hebben vastgesteld. Excuus hiervoor. Volledig uitschrijven van alle programma's is echter ondoenlijk, niet leesbaar en sluit niet aan bij de terminologie van de publicaties.

3.3 De rol van de wetenschappelijke tijdschriften

Als auteur en redacteur valt mij op dat redacties van internationale (top)tijdschriften steeds minder ruimte geven aan het beschrijven van de inhoud van behandelingen. De beschrijving bestaat zelden uit meer dan het noemen van het aantal sessies, hoe de patiënten zijn geworven, of de behandeling al of niet in groepen is gegaan en wat voor type interventies er waren; bijvoorbeeld 'tien sessies MDTT' versus 'tien sessies TAU' (*treatment as usual*). De lezer komt nagenoeg niet aan de weet wat er is gebeurd, laat staan wat de sterke en zwakke punten zijn. Ook de verschillen tussen de vergeleken behandelprogramma's blijven onduidelijk. Dit is overigens niet voorbehouden aan systeemgericht therapieonderzoek. Het speelt een even grote rol in het resultaatonderzoek van op het individu gerichte stromingen, zoals de cognitieve gedragstherapie.

3.4 Individu en interactie: de rol van psychopathologie

Een van de meest opvallende nieuwe ontwikkelingen is het op elkaar afstemmen van systeemgerichte behandelingen met op individuele psychopathologie gerichte interventies. Al vele jaren geleden heb ik hiervoor aandacht gevraagd (Lange, 1985; 1994; 2006). Deze visie wordt nu breder gedragen en gesteund door empirisch onderzoek. Onder de titel 'Couple-based interventions for psychopathology' schetsen Baucom en anderen (2012a) voor een aantal psychiatrische stoornissen hoe behandelaars relationele en stoornisspecifieke interventies op elkaar kunnen afstemmen door partners bij de behandeling te betrekken. Onderzoek wijst op de meerwaarde hiervan boven individuele behandelingen of pure relatietherapie. De auteurs geven aan welke accenten behandelaars bij de verschillende stoornissen kunnen leggen. Bij de dwangstoornis kan de partner bijvoorbeeld helpen bij responsepreventie; bij anorexia is het vooral de voorlichting aan de partner en eventueel andere gezinsleden; bij depressie kan de partner helpen bij het activeren van het gedrag van de depressieve patiënt. Van sommige stoornissen is bekend dat het vooral zinnig is de partner te involveren als er tevens relatieproblemen zijn. In andere gevallen is het ook in goedlopende relaties nuttig.

3.5 Kosteneffectiviteit

Er wordt tegenwoordig steeds meer aandacht geschonken aan de kosteneffectiviteit van behandelvormen die men onder de aandacht wil brengen. Dit is begrijpelijk. De criteria zijn echter vaak arbitrair. De directe kosten van de behandeling lijken weliswaar vrij eenvoudig te berekenen, maar zelfs daar spelen variabelen mee waarover men zelden alles aan de weet komt, bijvoorbeeld overheadkosten. Veel lastiger is het nog als het gaat om de vraag wat een ziekte of stoornis de maatschappij op de lange duur gaat kosten als er niet of anders wordt behandeld. Het is aantrekkelijk om daarover uitspraken doen. Maar hoe zuiver zijn die? En hoe ver gaan ze? De schattingen die men daarvoor moet doen, hebben grote invloed op de uitkomsten, terwijl ze vaak arbitrair zijn. Diverse auteurs van geavanceerde vergelijkende studies, die het maatschappelijk belang van systeemtherapie duidelijk maken aan de hand van grote behandel-effecten, zien er daarom vanaf de kosten en baten in geschatte cijfers weer te geven. De effecten na de behandelingen en in langdurige follow-ups tot ruim twintig jaar na de behandeling spreken voor zich (Boonstra e.a., 2009; Borduin e.a., 2009; Henderson e.a., 2010; Henggeler e.a., 2009; Hollisen e.a., 2013; Liddle e.a., 2009; Sawyer e.a., 2011; Shields e.a., 2012).

In de sectie over schizofrenie hebben we gezien welke grote rol *Family Psycho Education* (FPE) speelt in de kostenbeheersing. Deze is uitgegroeid tot een laagdrempelige goedkope behandeling die lang doorwerkt in het leven van schizofrene patiënten en hun gezinnen. FPE is later ook bewezen effectief gebleken bij andere ernstige psychiatrische stoornissen zoals depressie (Lucksted e.a., 2012; Mendenhall e.a., 2009). Ook hier zagen de auteurs af van schattingen over de kostenbesparingen.

Er zijn echter ook onderzoekers die de kosteneffectiviteit, ondanks alle bezwaren gezien het arbitraire karakter, op relatief simpele wijze proberen in kaart te brengen. Kosten worden uitgedrukt in behandeluren, materialen, enzovoort. Dit wordt afgezet tegen directe baten (afname van artsenbezoek en ziekteverzuim, enzovoort) of variabelen die op langere termijn worden geschat aan de hand van epidemiologische cijfers. Deze aanpak ziet men terug in de publicaties van Russell Crane in de vs. Hij en zijn collega's onderbouwen hun conclusies over de kosteneffectiviteit van systeembehandelingen in experimentele studies en dossierstudies. Zo blijkt dat gezins- en partnerrelatietherapie niet alleen het artsenbezoek van de aangemelde patiënt reduceert, maar ook meer dan 50 procent afname van gezondheidszorg bij de andere gezinsleden tot gevolg heeft (Crane, 2011). Epidemiologische cijfers vanaf 2004 in de vs laten zien dat de resultaten van gezinsbehandeling bij verslaving grote kostenbesparingen geven (Morgan & Crane, 2010). Uit een dossieronderzoek bij verslaafden bleek gezinstherapie het minst kostbaar te zijn in vergelijking met zowel individuele zorg als met een combinatie van individuele en gebruikelijk zorg (Morgan, e.a., 2013).

3.6 Op welke gebieden springt het systeemgerichte onderzoek er het meest uit?

De meeste van de nieuwe vergelijkende studies hebben betrekking op verslaving, gedragsstoornissen bij jongeren, geweld binnen gezinnen en relatieproblemen. Stuk voor stuk gebieden met een grote maatschappelijke relevantie. Ook bij stoornissen als schizofrenie en bipolariteit, waar het effect van systeembehandeling minder vaak is onderzocht, zijn studies die aantonen dat zij op de lange termijn meer opleveren dan individuele behandelingen (Sprenkle, 2012). Bij angststoornissen zijn hiervoor minder aanwijzingen. Merkwaardig genoeg is er weinig nieuw onderzoek over obesitas, terwijl dit een groeiend maatschappelijk probleem is waar preventie nodig is en waarbij de wijdere omgeving ingeschakeld moet worden teneinde een serieuze verandering in leefstijl te bewerkstelligen.

3.7 Vergelijkend onderzoek

De term *evidence-based* is dermate ingeburgerd dat hij ook door systeemtherapeuten niet meer wordt vertaald. Maar betekent dit dat men de bevindingen uit het onderzoek in de praktijk ook gebruikt? Roy Bean (nawoord bij de meta-analyse van Baldwin e.a., 2012) is hierover niet optimistisch. Hij wijt dit vooral aan de commercialisering waardoor behandelaars alleen toegang krijgen tot bepaalde programma's als zij of hun instellingen forse bedragen betalen voor jarenlange opleidingen en het gebruik van de protocollen. In de vs speelt dit een nog grotere rol dan in Nederland, aangezien MST en FFT daar volgens Bean zijn geprivatiseerd. Bij MDFT zou dit niet het geval zijn. Manders en anderen (2011) onderzochten in hoeverre de precisie waarmee behandelprotocollen van de MST worden uitgevoerd van invloed is op de resultaten. Zij vonden een verband met tevredenheid van de therapeut, maar niet met het resultaat van de behandeling. Snyder en Halford (2012), Abbott en Snyder (2012) en Lebow en anderen (2012) zijn het met Bean (in Baldwin e.a., 2012) eens dat er een nodeloos grote kloof is tussen praktijk en het kwalitatief

hoogwaardige onderzoek. Zij bevelen behandelaars aan om de voor hen bruikbare concepten en technieken uit bewezen effectieve behandelprogramma's te halen en aan te passen aan de noden van hun cliënten en hun eigen mogelijkheden. Bij relatietherapie zullen de individuele karakteristieken van de partners bijvoorbeeld bepalen welke technieken het meest nodig en bruikbaar zijn. In de praktijk dienen behandelaars ook de vrijheid te hebben om de timing van de interventies aan te passen. Volgens Lebow en anderen (2012) geldt dit bijvoorbeeld bij relatietherapie, waar men in de beginfase extra veel aandacht moet geven aan de therapeutische relatie. Het gaat dan om invoegen en in de gaten houden van de specifieke karakteristieken (inclusief psychopathologie) van de partners, zonder allianties aan te gaan.

3.8 Is er leven naast de RCT's? De rol van praktijkonderzoek

Er hoeft geen twijfel te bestaan over de waarde van gerandomiseerd vergelijkend onderzoek. Het geeft de mogelijkheid om vast te stellen of een specifieke aanpak van een specifiek soort problematiek positievere veranderingen bewerkstelligt dan wanneer men niets zou doen of een andere behandeling verricht. Maar er zijn ook redenen om niet te volstaan met RCT's. In de praktijk is het vaak minder haalbaar om de precisie van de protocollen door te voeren, of men kan niet uit de voeten met de DSM-classificaties. In dat geval kan men voor de tijdsfactor ook controleren door cliënten eerst te volgen in een *baseline* periode waarin alleen metingen worden verricht teneinde die gegevens te vergelijken met veranderingen die later optreden als de behandeling is uitgevoerd. Dat is relatief simpel vergelijkend onderzoek dat zich goed leent voor de praktijk. Lange en Ruwaard (2010) geven hiervan een nuttig voorbeeld. Het gaat bij hen om de online behandeling van seksueel getraumatiseerde jongeren vanaf 14 jaar. Randomisatie in twee groepen zou nadelen hebben gehad. In plaats daarvan werd bij alle deelnemers een controleperiode ingelast voorafgaand aan de behandeling met alleen metingen, zodat de veranderingen tijdens de behandeling konden worden vergeleken met de wachtperiode. Een dergelijk *within design* kan methodologisch gezien zelfs voordelen bieden aangezien er geen bron van ruis (persoonlijke verschillen tussen individuen) is. Maar ook als er geen vergelijkende wachtperiode kan worden ingebouwd kan men in de praktijk zinnig onderzoeksmateriaal verzamelen, bijvoorbeeld met *Routine Outcome Measurement (ROM)*; het procesmatig meten van de relevante variabelen in een behandeling. Dit kan met behulp van korte vragenlijsten. Daarvoor wordt tegenwoordig veel materiaal verspreid, op commerciële basis. Men kan echter ook zijn eigen tussentijdse metingen opstellen. Het is bepaald niet ingewikkeld om met simpele schaaltes veranderingen in functioneren in kaart te brengen. Zo lieten Lange en anderen (2011) getraumatiseerde cliënten op twee verschillende schaaltes van 1-10 op tussentijds herhaalde metingen aangeven hoe geïnvalideerd zij zich op dat moment voelden en hoe krachtig. Men kan ook gebruikmaken van een extreem korte, gevalideerde vragenlijst voor psychopathologie, zoals de *Korte KlachtenLijst (KKL)*, Lange & Appelo, 2007). Voor de systeembehandelingen is er een nieuwe vragenlijst, de *Vragenlijst Gezins Kenmerken (VGK)*, 23 items). Deze meet de mate van samenwerking en waardering in het gezin en is bruikbaar voor pre- en postmetingen. In verkorte versie is het instrument ook bruikbaar voor herhaalde tussentijdse metingen (Klijn, 2013). Het procesmatig registreren van veranderingen maakt ook zichtbaar welke elementen van een programma bij bepaalde cliënten het effectiefst zijn. Het belang van dit soort naturalistische studies wordt bijvoorbeeld duidelijk in een niet vergelijkende praktijkstudie door Breunlin en anderen (2006). De principes van de MST en MDFT golden bij hen als uitgangspunt, maar de elementen konden op verschillende manieren worden gecombineerd. De eerder beschreven

studie van Khanna en Kendall (2009) past ook in de rij van belangrijke ongecontroleerde naturalistische studies. Deze studie liet zien dat de manier van controle uitoefenen en hoe ouders met hun eigen angsten omgaan misschien wel belangrijker zijn dan allerlei opvoedkwaliteiten. Ook de eerder beschreven intramurale studie in Noorwegen waarbij volwassen depressieve patiënten met hun gezinnen waren opgenomen, leverde ondanks het minder strakke karakter van de studie en het ontbreken van een controlegroep veel belangwekkende gegevens. Wanneer men praktijk en onderzoek op deze wijze combineert, paart men *evidence-based practice* aan *practice-based evidence* (Hafkenscheid, 2007). Als de resultaten van tussentijdse metingen ook besproken worden met cliënten, dan kan dit beschouwd worden als een nuttig onderdeel van de behandeling dat extra mogelijkheden geeft, een vorm van *action research* (Hafkenscheid e.a., 2010).

Karam en Sprenkle (2010) hebben een speciale module gegenereerd waarin cursisten leren hoe onderzoeksgegevens vertaald kunnen worden naar in de praktijk bruikbare principes en technieken; hoe men zelf simpel onderzoek kan uitvoeren en dat men zich niet moet verlaten op één type onderzoek. De auteurs maken zich ook sterk voor het belang van de common factors ofwel de impact verhogende elementen (Lange, 1994; 2006, paragraaf 3.6 t/m 3.10). Zij onderstrepen dat behandelaars in staat moeten zijn cliënten te motiveren en hun eigen impact te vergroten. Onderzoek zou derhalve ook gericht moeten zijn op het bestuderen van extreem effectieve behandelaars (Wampold, 2005). In dit opzicht hebben Stith en anderen (2012b) een verbazend leuk onderzoek uitgevoerd bij opleidingen voor *solution-focused therapy*. Op basis van opgenomen en later gecodeerde rollenspelen van trainees kwamen ze erachter dat de 'miracle question' in de praktijk van gezinsbehandeling maar zelden werkt. Oorzaak: de behandelaars hadden onvoldoende begrip van de achtergrond van de 'beroemde vraag' en toonden weinig begrip voor de cliënt en voor de interventie. De uitleg was voor de cliënten dan ook van weinig waarde.

4 Tot slot

De trend om vergelijkend onderzoek te doen op het gebied van systeemtherapie is hoopgevend, maar vooral in de vs tot uiting gekomen. Voorlopig zullen we moeten accepteren dat dit soort onderzoek in Nederland en België niet meer dan sporadisch zal voorkomen. Dat hoeft geen ramp te zijn indien de systeemtherapeuten zich ook door de bevindingen elders laten inspireren om zo mogelijk zelf 'lichter' onderzoek te doen; onderzoek dat direct aansluit bij de praktijk. Geen therapieën zonder metingen; gebruik maken van simpele schaaltes die regelmatig tijdens behandelingen worden afgenomen en opgeslagen; metingen uitvoeren bij de behandelaars; beperkte afname van gevalideerde tests bij voor- en nameting en bij follow-ups. De analyses hoeven niet ingewikkeld te zijn. Tabellen met gemiddelden, toetsen van de verschillen vooraf en later en effectgroottes zeggen al heel veel. Het vraagt van de behandelaars een mentaliteitsverandering. Maar minstens zo belangrijk is de verandering die nodig is bij de managers van de instellingen en in de politiek. Zij moeten proberen iets minder te kijken naar directe kosten en financieel gewin maar naar kwaliteit. Dat levert uiteindelijk meer bevrediging en gezondheid op en minder kosten in de zorg.