UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Gedragsgeoriënteerde gezinsbehandeling

Lange, A.

Publication date

2011

Document Version

Submitted manuscript

Published in

Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen. - 2e, herz. dr.

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Lange, A. (2011). Gedragsgeoriënteerde gezinsbehandeling. In P. J. M. Prins, J. D. Bosch, & C. Braet (Eds.), *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen. - 2e, herz. dr.* (pp. 224-257). Bohn Stafleu van Loghum.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Gedragsgeoriënteerde gezinsbehandeling

(In: P.J.M. Prins, J.D. Bosch & C. Braet (red.), *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen*. (2011)

Alfred Lange

Vaak komen problemen van kinderen direct of indirect voort uit de situatie waarin zij leven. Psychopathologie bij een van de ouders, spanningen in het gezin tussen de andere gezinsleden onderling, of tussen henzelf en anderen in het gezin, kunnen psychopathologie bij een kind tot gevolg hebben. Een foutieve opvoedingsstijl is een ander niet-biologisch risico voor kinderen. In de paragraaf over onderzoek komen we op deze factoren terug.

Omgekeerd hebben problemen van een kind vaak invloed op het functioneren van de anderen in het gezin. De manier waarop die anderen, met name de ouders, op het kind reageren bepaalt vaak of de problemen in stand worden gehouden, erger worden of afnemen. Er is dus alle reden om, wanneer men te maken heeft met slecht functionerende kinderen, de situatie thuis grondig te onderzoeken en de gezinsleden bij de behandeling te betrekken.

We beginnen dit hoofdstuk met de theoretische uitgangspunten van verschillende gezinstherapeutische stromingen. Hierbij streven wij niet naar historische volledigheid, maar beperken wij ons tot die stromingen die in de laatste decennia ‘overeind zijn gebleven’ en zich lenen voor een gedragsmatige aanpak. Het hoofdstuk is vooral gericht op de praktijk; de manier waarop gezinsleden kunnen bijdragen aan de behandeling van jeugdigen. De kern heeft betrekking op de aanmelding, taxatie en behandeltechnieken. Niettemin zullen we, zij het beperkt, ingaan op het onderzoek inzake gezinsinteracties, psychopathologie van jeugdigen en de effecten van gezinsbehandelingen.

THEORETISCHE BASIS

Uit de vermenging van de algemene systeemtheorie van de natuurkundige Ludwig von Bertalanffy (1968) met reeds bestaande psychotherapeutische oriëntaties ontwikkelden zich verschillende systeemtheoretische stromingen, waarbinnen verschillende accenten werden

gelegd. Hieronder bespreken we in het kort de stromingen die de tand des tijds hebben weten te doorstaan.

De transgenerationale systeembenadering

In deze benadering ligt het accent op de ongemerkte invloeden en loyaliteiten die uitgaan van wat er in het ouderlijk gezin speelde. Niet goed verlopende processen van losmaking met betrekking tot het gezin hebben negatieve gevolgen voor de relaties in het huidige gezin. Onbewuste loyaliteiten ten opzichte van ouders kunnen intimiteit en een volwassen relatie met een partner in de weg staan. Het transgenerationale gezinstherapeutisch model is er dan ook vooral op gericht deze onbewuste loyaliteiten op te sporen en het losmakingsproces alsnog op positieve wijze af te ronden, of het mislukken daarvan te verwerken (Boszormenyi-Nagy, Grunebaum, & Ulrich, 1991; Dattilio, 2006). Deze stroming sluit goed aan bij de schemagerichte cognitieve gedragstherapie (Vreeswijk, Broersen, & Nadort, 2008).

De structurele systeembenadering

De vertegenwoordigers van deze benadering gaan ervan uit dat er ziekmakende gezinsstructuren zijn. Zowel gezinnen met een overmaat aan onderlinge betrokkenheid als gezinnen met een tekort aan betrokkenheid beschouwen zij als ziekmakend, in het bijzonder voor de kinderen. Voorts hechten zij veel waarde aan de aard van de coalities binnen het gezin en de grenzen tussen de subsystemen. Wanneer de ouders samen een hecht, goed afgegrensd subsysteem vormen, is dat een sterk punt. Coalities tussen een ouder en één of meer kinderen, waarvan de andere ouder is buitengesloten, vormen een potentiële bron van psychische stoornissen (Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 1981).

De communicatie-theoretische systeembenadering

Het accent in deze benadering ligt op het blootleggen van wetmatigheden in de manier waarop gezinsleden met elkaar omgaan. Conflicten die schijnbaar een inhoudelijk meningsverschil betreffen hebben vaak te maken met het gevoel dat de ander teveel domineert. Het kan ook gebeuren dat personen psychische of lichamelijke symptomen ontwikkelen, waarmee zij hun invloed vergroten op wat er in het gezin gebeurt (Haley, 1963; Lederer & Jackson, 1968; Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967). Het analyseren en doorbreken van dit soort processen met behulp van gerichte opdrachten is binnen deze benadering de belangrijkste taak van de systeemtherapeut.

De experiëntiële ‘emotion focused’ systeembenadering

Deze benadering gaat ervan uit dat een tekort aan ‘awareness’ (het bewust zijn van de eigen gevoelens) de belangrijkste bron is van psychische stoornissen. De technieken en principes zijn erop gericht die ‘awareness’ te vergroten, en cliënten te helpen gevoelens met elkaar te delen. De huidige exponenten zijn Greenberg en Johnson (Greenberg, 2002; Johnson, 2002). Tegenwoordig is de ‘ervaringsgerichte therapie’ minder dan vroeger gericht op dramatische confrontaties en meer gericht op reflectie ten aanzien van hechtingspatronen (zie hoofdstuk 11 in dit boek), de eigen emoties en de invloed hiervan op de andere gezinsleden.

Cognitief/gedragsgeoriënteerde gezinstherapie

Van oudsher zien de exponenten van deze benadering psychiatrische symptomen of problemen tussen gezinsleden voornamelijk als een uitvloeisel van de systematische bekrachtiging van ongewenst gedrag. De behandeling richt zich wat dat betreft vooral op het opsporen van bekrachtigingspatronen en op het aanbrengen van veranderingen in deze patronen.

De gedragstherapeutische gezinstherapie is de laatste jaren veelzijdiger geworden. Onder invloed van cognitieve theorieën is er nu veel aandacht voor het beïnvloeden van irrationele opvattingen die vaak te maken hebben met het gezin van herkomst en de interacties tussen gezinsleden schade berokkenen. Hiermee vertoont zij raakvlakken met de transgenerationele benadering (Dattilio, 2005; Dattilio & Epstein, 2005).

Functional Family Therapy (FFT), Multi Systemic Therapy (MST) en Gedragsveranderende Gezinstherapie

In het laatste decennium is binnen de systeemtherapie een trend zichtbaar geworden die vooral haar sporen in de jeugdhulpverlening heeft verdiend. Er wordt gestreefd naar een eclectische benadering waarbij de hierboven beschreven referentiekaders worden gecombineerd. De FFT en de MST zijn duidelijke exponenten hiervan. De FFT richt zich in algemene zin op het gezin en is evenals de MST flexibel in de samenstelling van de deelnemers aan de sessies. Sessies met ouders en kinderen worden afgewisseld met sessies waarin alleen de ouders komen, voor voorlichting, instructies en opvoedkundige training. Er is veel aandacht voor motiveren. We zien dit bij het stellen van concrete doelen, positieve grondhouding ten opzichte van cliënten, het positief benoemen van de pogingen van ouders en kinderen om de

problemen de baas te worden. Dit heeft sterke raakvlakken met de basisprincipes van de Gedragsveranderende Gezinstherapie (Lange, 2006) en de *Directieve Therapie* (Van der Velden, Hoogduin, & Lange, 2010). We zien dit bijvoorbeeld in de trainingsprotocollen van de FFT. Behandelaars wordt geleerd om het disfunctioneel gedrag van ouders niet met confrontaties tegemoet te treden, maar juist met begrip en waar mogelijk met complimenten voor betrokkenheid en inzet (Breuk et al, 2006; Sexton, Alexander, & Leigh Mease, 2004).

De MST doet zijn naam eer aan door behandelprotocollen te genereren waarbij op diverse niveaus wordt geïntervenieerd: gezin, ouders, individu en de wijdere omgeving zoals scholen en hulpverleners (Boonstra, Jonkman, Soeteman, & Van Busschbach, 2009; Henggeler et al., 2009; Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 2010)). De MST richt zich veelal op gedragsproblemen en delinquentie bij jeugdigen.

De lezer zal in dit hoofdstuk vooral veel principes en technieken terugvinden uit de structurele en gedragsgeoriënteerde stromingen met inbegrip van de MST en de FFT.

AANMELDING, INDICATIE EN TAXATIE

In de volgende paragrafen gaan wij in op de principes en technieken die aansluiten bij de, eclectische op gedragsverandering gerichte, behandeling van kinderen en adolescenten. Wij gebruiken de term ‘taxatie’ aangezien die breder is dan de term ‘diagnostiek’ waarmee meestal zelfrapportage of beoordelingsschalen worden bedoeld. ‘Taxatie’ omvat naast dergelijke instrumenten het beoordelen van wat er tijdens sessies gebeurt. Anders dan in hoofdstuk 2 van dit boek is de taxatie niet alleen gericht op het individu maar ook op de manier waarop ouders en kinderen of ouders onderling met elkaar omgaan.

Aanmelding en indicatie voor een systeemgerichte behandeling

Systeemtherapie is van oudsher geïndiceerd bij moeilijkheden tussen ouders onderling, tussen ouders en kinderen, kinderen onderling, of een scheefgegroeide gezinsstructuur. 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 keer 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; als 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).

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

- Degene die zich aanmeldt wenst niet dat andere gezinsleden op de hoogte worden gebracht. Hierbij kunnen we denken aan kinderen of adolescenten die zelf hulp zoeken zonder dat hun ouders hiervan op de hoogte zijn en waarbij het kind, om wat voor reden dan ook, het niet aandurft om de andere gezinsleden in te lichten.
- Een andere contra-indicatie treedt aan het licht wanneer kinderen in de jeugdhulpverlening zijn terechtgekomen en er geen perspectief is dat het kind in het gezin van herkomst kan worden teruggeplaatst; bijvoorbeeld doordat in dat gezin onoplosbare andere problemen zijn of dat de affectie jegens het betreffende kind beneden peil is.
- Ook als er geen van deze contra-indicatoren speelt kan het zijn dat er in geval van een crisis dermate veel 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).
- Soms wil de ene ouder niet dat de andere ouder meekomt, of vermoedt dat de ander niet wil meekomen. Het is niet verstandig om daarin al te gemakkelijk mee te gaan. Het is dan beter hen te motiveren de partner toch bij de behandeling te betrekken

Motiveren om gezinsleden te betrekken bij de behandelen

Voor een gezinstherapeut begint de behandeling bij de aanmelding van het kind. Voor een verantwoorde taxatie is het immers van belang in de beginfase minstens eenmaal het gezin gezamenlijk te zien. Maar soms is er meer uitleg nodig.

Box 1 motiveren voor gedragsveranderende gezinstherapie

- De visie van de anderen geeft nuttige informatie en hulp bij de behandeling;
- Het gaat niet om schuldigen aan te wijzen;
- Beter om eerst de anderen te leren kennen dan ze later erbij te vragen;
- Het gaat in eerste instantie om één gezamenlijk gesprek.

Meestal zijn de in box 1 genoemde punten voldoende om de aanmelder (veelal een ouder) te motiveren tot een gezinsgesprek of een gesprek met de andere ouder en het aangemelde kind. Het gaat immers om een eerste kennismaking. Na een eerste gezinsgesprek volgt vaak een taxatiegesprek met alleen de ouders. Die kunnen dan, zonder kinderen erbij, informatie geven over hun onderlinge verhouding en hun zienswijze op de problematiek.

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 daarom veel voordelen als de beoogde behandelaar bij een telefonische of balieaanmelding zelf het aanmeldingsgesprek voert. Onderstaande casus geeft hiervan een voorbeeld. De casus zal vervolgens ook worden gebruikt als illustratie voor een aantal taxatie-principes en behandeltechnieken.

Box 2 Taxatie en behandeling bij een jongen met milde gedragsstoornissen

Mevr. D. meldt telefonisch haar zoon (Pieter) van 13 jaar aan. Hij is thuis moeilijk te hanteren, hij is druk en kan slecht overweg met zijn jongere broer (Bas). Ook op school zouden er klachten zijn. De therapeut verzoekt mevrouw om voor het eerste gesprek met het gehele gezin te komen; dit kan immers noodzakelijke informatie geven over de onderlinge verhoudingen, over de invloed van Pieter op de anderen en omgekeerd. Mevrouw gaat akkoord. Ook de anderen zijn bereid om te komen. Tijdens het eerste gesprek blijkt dat het met Pieter wel meevalt. Hij is weliswaar druk en beweeglijk, en ook wel eens lastig, maar hij is bereid om daar in overleg met zijn ouders iets aan te gaan doen. Zowel hij als zijn broertje (Bas, 11 jaar) doen het op school goed. Geen van beiden is ooit blijven zitten. Pieter en zijn broertje maken regelmatig ruzie. Dat kan over van alles gaan: speelgoed, huiswerk, etc. Er wordt dan vooral door Pieter flink gescholden. De ouders vinden dit verschrikkelijk, maar denken er niet op dezelfde manier over.

Moeder legt alle schuld bij Pieter, van wie zij weinig kan velen. Vader is genuanceerder. Hij onderkent ook het aandeel van Bas in de conflicten en vindt bovendien dat Pieter het slachtoffer is van de z.i. te geringe opvoedkundige vermogens van zijn vrouw. Mevrouw is het hiermee eens. Met Bas zijn er, afgezien van de ruzies met Pieter, geen problemen. Hij functioneert thuis en op school goed. De ouders hebben het overigens zelf onderling niet zo best. Ze omschrijven hun situatie als die tijdens een langdurige wapenstilstand. Ze maken geen ruzie meer omdat er tussen hen 'eigenlijk niks meer is'. Op grond hiervan besluit de therapeut tot een tweede taxatiezitting, nu alleen met de ouders, zodat hun onderlinge verhouding besproken kan worden. In deze zitting blijken de ouders het eens te zijn met de therapeut, die stelt dat hun onderlinge problemen het moeilijk maken om als een goed ouderpaar te functioneren. Afsproken wordt om te beginnen met een vijftal gesprekken zonder de kinderen zodat hun onderlinge problemen aan bod kunnen komen.

Aan het einde van de eerste zitting verstrekt de therapeut een aantal anamnestiche en diagnostische instrumenten. Bij Pieter is er geen aanleiding voor verder individueel diagnostisch onderzoek; er waren geen schoolproblemen en de scores op de Child Behavior Checklist (CBCL) vielen niet in de klinische range. Was dat wel zo geweest (bijv. bij leermoeilijkheden) dan zou het voor de hand hebben gelegen hem te laten testen en/of een psychiatrisch rapport te laten maken bij een gespecialiseerd instituut, alvorens een behandelingscontract af te sluiten.

De eerste vijf relatiegesprekken met de ouders hebben een beperkt resultaat. Enkele problemen zijn duidelijker geworden: het terugtrekken van meneer D, zijn stilzwijgende kritiek op zijn vrouw en haar negatieve reacties op hem. Maar er is nog geen doorbraak. Die komt pas nadat de kinderen weer bij de behandeling worden betrokken en de ouders zich verplicht voelen 'één lijn' te gaan trekken. De gezinsbehandeling bestaat in deze fase uit drie onderdelen: 1. 'Parent Management Training', waarbij - anders dan gebruikelijk - de kinderen aanwezig zijn. 2. Sessies gezinstherapie met de focus op onderhandelingen tussen ouders en kinderen. 3. sessies met de ouders alleen waarin hun onderlinge relatie centraal staat.

Taxeren

In een gezinstaxatiezitting moet de behandelaar in relatief korte tijd informatie over verschillende gebieden krijgen. Enerzijds gaat dit aan de hand van de DSM-IV (APA, 1994), maar dit is niet afdoende. Er is ook een dimensionele taxatie nodig van de ernst van stoornissen aangevuld met observatie (Hengeveld, 2010; Van 't Hof & Verhoeff, 2010).

Het *taxeren in rondes* biedt hiervoor een goede structuur. Dit houdt in dat de therapeut de cliënten informeert over het doel van de zitting: een globaal beeld krijgen van de verschillende gezinsleden en van de gezinsstructuur. Vervolgens vraagt hij bij elk probleemgebied dat aan bod komt door, tot er enige duidelijkheid is, laat anderen in het gezin zo nodig reageren en vat het probleemgebied samen. Daarna gaat hij over op een daaraan gekoppeld ander probleem of vraagt of er nog andere, niet genoemde, probleemgebieden zijn. Steeds geldt dat het gesprek over een onderwerp eerst wordt samengevat alvorens er op een nieuw onderwerp wordt overgestapt. Hiermee voorkomt de behandelaar, dat hij ongemerkt van het ene in het andere wordt getrokken en op het einde merkt dat hij over veel facetten onvoldoende of nog helemaal geen informatie heeft. Het samenvatten (in eigen woorden) heeft ook als voordeel dat men al enige positieve herstructurering kan aanbrengen en kan checken of men goed begrepen heeft wat cliënten hebben gezegd. Eventueel kunnen cliënten dan nog ontbrekende informatie aanvullen.

Informatie hoeft niet uitsluitend in de gezinsgesprekken verkregen te worden. Er kunnen diagnostische sessies met alleen het aangemelde kind worden gehouden en er kan gebruik worden gemaakt van vragenlijsten.

Box 3 Gevalideerde Nederlandse vragenlijsten

- Met betrekking tot het aangemelde kind en andere kinderen in het gezin: de *Child Behavior Checklist (CBCL)*, Albrecht, Veerman, Damen, & Kroes, 2001;
- Met betrekking tot de ouders afzonderlijk: de *Korte Klachten Lijst (KKL)*, Lange & Appelo, 2007; de *Symptom Checklist-Revised, SCL-90-R*, Arrindell et al., 2003);
- De relatie tussen de ouders: de *Interactie Probleem Oplossings Vragenlijst (IPOV)*, Lange, 1995);
- De opvoedkundige vaardigheden van ouders (de *Schaal voor Ouderlijk Gedrag (SOG)*, Van Leeuwen, 2002);
- Met betrekking tot de omgang tussen ouders en kinderen: de *Ouder-Kind Interactie Vragenlijst-Revised (OKIV-R)*, Lange, 2001). Deze bevat uitspraken (met antwoordcategorieën) over de feitelijke interacties tussen de afzonderlijke ouders en elk der kinderen. Er is een versie die door de kinderen wordt ingevuld en een andere voor de ouders;
- Met betrekking tot het emotionele klimaat in het gezin van herkomst van de ouders. De *Family of Origin Scale-Dutch, FOS-D* is hiervoor een geschikt instrument (Lange, Bollema, & Fluri, 2003).

Evenals in individuele behandelingen staat en valt het succes in gezinsbehandelingen ermee dat men de betrokkenen motiveert om zich in te zetten voor het veranderingsproces en dat er een goede relatie ontstaat tussen therapeut en cliënten. Doordat niet alle gezinsleden op dezelfde manier tegenover de therapie staan is in gezinstherapie het bewerkstelligen van een goede therapeut-cliënt relatie soms wat ingewikkelder dan in individuele therapie (zie Lange, 2010). Bovendien is het van belang dat de therapeut zich aanpast aan de hiërarchie die er in het gezin behoort te zijn. Zelfs al maken ouders fouten in hun houding ten aanzien van de kinderen of ten aanzien van de partner, de therapeut moet er in zijn commentaar of opdrachten toch voor zorgen dat hij de basisstructuur respecteert, d.w.z. respect toont voor de verantwoordelijkheid van de ouders.

Bij het gezin van Pieter (box 2) was het de kunst om de zorg en opstelling van de ouders positief te benoemen, zonder Pieter zodanig tegen de haren in te strijken dat hij gedemotiveerd raakte om zelf te veranderen. Wat dat betreft waren de interesse en het begrip die de therapeut voor Pieter had getoond en de complimenten die hij hem had gegeven van groot belang. Dergelijke motiveringstechnieken hebben ook een voorbeeldfunctie. Het laat de ouders zien dat het uitspreken van vertrouwen en waardering positief doorwerkt in de opstelling van het kind.

De houding van de gezinstherapeut dient ondubbelzinnig uit te stralen dat steun aan de één niet duidt op coalitievorming en veroordeling van de ander, en dat confrontatie van de één geen coalitie inhoudt met de ander. De therapeut moet zich vrij kunnen voelen commentaar te geven op wat hij meent waar te nemen, zonder hierdoor partij te worden.

De gebieden die tijdens gezins-taxatiegesprekken aan bod kunnen komen

Wanneer het gaat om een kind of adolescent dienen in ieder geval de volgende gebieden aan bod te komen:

- *De individuele achtergrond van het kind.* Hoe serieus zijn de problemen? In hoeverre spelen somatische factoren een rol; zijn er verder nog zwakke kanten en wat zijn de sterke kanten? Hoe functioneert hij of zij buiten het gezin?
- *Hoe de anderen in het gezin met het aangemelde kind omgaan.* In hoeverre versterken zij de problemen en wie doet dat wel en niet? In het gezin van Pieter (zie box 2) leek het alsof moeder door een gebrek aan opvoedkundige structuur geen goed deed aan Pieter's gedrag.
- *Individuele achtergrond van relevante anderen in het gezin.* Pieter's moeder bleek uit een gezin te komen waarin zij affectief was verwaarloosd, zij had weinig zelfvertrouwen en kon

voor haar kinderen (in het bijzonder Pieter) weinig affectie opbrengen. In het behandelplan diende dit aspect van Pieter's situatie een plaats te krijgen.

- *Hoe de andere gezinsleden met elkaar omgaan.* Bij Pieter waren er aanwijzingen dat de zwakke relatie tussen de ouders een vacuüm had geschapen waarin hij niet goed functioneerde. Hij had weliswaar respect voor zijn vader, maar die was weinig thuis, terwijl zijn moeder niet in staat was hem de begeleiding te geven die hij nodig had.
- *Functie van het probleemgedrag.* Het kan voorkomen dat een gezinslid problemen ontwikkelt die in zekere zin functioneel zijn voor de rest van het gezin. Dit was het geval bij een kind met schoolfobie, waarvan de moeder zich altijd had geworpen op het verzorgen van haar kinderen. Nu behalve haar man ook de kinderen de hele dag de deur uit waren was zij eenzaam geworden. Door niet naar school te gaan verkleinde het kind het probleem dat moeder in deze levensfase met zichzelf had. De ouders van Pieter waren door zijn problemen weliswaar tot enige saamhorigheid gedreven. Het gaat echter te ver om Pieter's gedrag als 'functioneel' voor het gezin te beschouwen.
- *Fase in de levenscyclus van het gezin.* In problematische gezinssituaties blijkt de crisis vaak te zijn ontstaan doordat het gezin in een nieuwe fase van de levenscyclus is beland, zonder dat de gezinsleden zich de daarbij horende rollen hebben eigen gemaakt (Carter & McGoldrick, 1980). Een voorbeeld hiervan zien we bij een gezin dat in behandeling was gekomen omdat de ouders zich geen raad wisten met hun veertienjarige dochter Darja, die zij als opstandig ervoeren. De gezinstaxatie liet zien dat het wel meeviel met die opstandigheid. Darja functioneerde goed op school, gaf blijk van veel interesses, maar kon niet goed met haar moeder opschieten. Moeder was een goedwillende vrouw, die door overbezorgdheid haar dochter de ruimte en verantwoordelijkheid onthield die een puber nodig heeft. Het rolgedrag van de moeder sloot niet aan bij de levensfase waarin haar dochter was beland (vgl ook box 5).
- *Manier van praten.* In Pieter's gezin werden flink wat communicatieregels met de voeten getreden. De ouders slaagden er niet in om in concrete termen te zeggen wat ze veranderd wilden zien in het gedrag van Pieter. Het bleef in eerste instantie bij vage verwijten. Moeder formuleerde regelmatig gevoelens die Pieter volgens haar zou hebben, maar waarvan hij het bestaan ontkende. Verwijten werden regelmatig geuit in de vorm van vragen: 'waarom luister je nooit als iemand je iets vraagt?' Box 4 geeft een puntsgewijze opsomming van een aantal communicatieregels die tussen ouders onderling maar zeker ook tussen ouders en hun kinderen van toepassing zijn, waarbij de ouders het goede voorbeeld dienen te geven. Voor een gedetailleerde uitwerking van deze communicatieregels, met voorbeelden zij verwezen naar Lange (2006, par. 3.3).

Box 4 Enkele regels voor **constructief communiceren***

- Zeg wat je wel wilt in plaats van verwijten;
- Probeer concreet te zijn en in plaats van vage verlangens te uiten;
- Vermijd breedspakigheid;
- Maak geen misbruik van een foutje in het betoog van de ander;
- Gebruik dingen uit het verleden niet om je gelijk te halen;
- Probeer jij-bakken te vermijden;
- Druk de ander niet in de verdediging door vragen te stellen die verkapte beweringen zijn.
- Maak je niet schuldig aan 'mind reading', dwz ervan uitgaan dat je de gedachten van de ander beter kent dan diegene zelf;
- Negatieve etiketten laten meer littekens achter dan het benoemen van negatief gedrag;
- Vermijd de woorden 'altijd' en 'nooit';
- In de rede vallen hoeft geen ramp te zijn, mits je echt luistert;
- Als je iets moeilijks wilt bespreken wacht dan een goed moment af;
- Excuses maken is een kracht, geen zwaktebod.

* Overgenomen uit: Lange (2006). Gedragsverandering in gezinnen, par. 3.3, pag 56-72.

- *Omgang met geld en vrije tijd.* Bij de discussie over de besteding van geld kan een behandelaar vaak op simpele wijze een nuttige rol spelen. Een verschil in behoefte om de vrije tijd al of niet gezamenlijk door te brengen (autonomie) is moeilijker. Als de ene ouder (partner) de vrije tijd het liefst zonder de ander doorbrengt, terwijl de ander veel samen wil doen dan levert dat problemen tussen ouders op die niet simpel zijn op te lossen.
- **Affectieve betrokkenheid.** Tussen Pieter's ouders leken er slechts weinig positieve gevoelens te zijn. Vooral meneer zag het huwelijk vooral als een organisatie die omwille van de kinderen in stand gehouden moest worden. Hij was niet optimistisch over de mogelijkheden om hierin verandering te brengen. Vader hield veel van beide kinderen en kon dat ook goed tot uiting brengen. Moeder had een iets zonnigere kijk op het huwelijk dan haar man, maar had daarentegen veel moeite om positieve gevoelens jegens Pieter op te brengen. Volgens haarzelf was dit al zo sinds de geboorte van Bas.
- *Relatie gezin / omgeving.* Soms zijn er discrepanties tussen de cultuur zoals die op school wordt uitgedragen en de cultuur die er thuis heerst. Bij allochtone gezinnen zal dit vaak voorkomen, maar het kan ook het geval zijn bij kinderen van Nederlandse origine (Krikke, 2003; Ramsaran & Spaans, 2003). Een voorbeeld is afkomstig van een goed geïntegreerd allochtoon gezin met hoog opgeleide ouders waarvan de twee kinderen op een moderne VWO les hebben. Daar maken zij dingen mee die door de school worden gesteund, maar die totaal

niet passen in de traditionele achtergrond van hun ouders. Het leidt tot conflicten zowel op school als in het gezin. Door gesprekken waarin de kinderen, de schoolleiding en de ouders samen betrokken zijn komt er begrip en wederzijdse aanpassing. De kinderen zitten niet langer tussen twee vuren.

- *Wat men in het verleden heeft ondernomen.* Evenals bij individuele therapie is het in gezinstherapie van belang dat men weet wat voor hulp men al eerder heeft gezocht en, zo ja, hoe deze hulp is ervaren.
- *Informatie over het sociale netwerk.* Met de toenemende complexiteit van de maatschappij blijkt het voor hulpverleners van toenemend belang om te onderzoeken hoe de aangemelde jongeren en de gezinsleden zijn geworteld in hun omgeving. Welke invloeden worden er van welke kant uitgeoefend? Welke hulpbronnen kunnen eventueel geactiveerd worden? In sommige gevallen kan de hulpverlener daarin zelf een actieve rol spelen. In de multisystemische gezinstherapie (MST) is dit een van de belangrijkste kenmerken (Henggeler et al, 2010).

Behandelingscontracten

De informatie die ten aanzien van de hierboven besproken gebieden naar voren kan komen vormt veelal de basis voor het behandelingscontract. In Pieter's geval werd dit aan het einde van de tweede zitting met de ouders afgesloten. Er werd afgesproken dat er eerst een beperkt aantal zittingen zouden zijn met hen apart. In die gesprekken zou getracht worden de relatie tussen hen te verbeteren zodat ze als ouders duidelijker een gezamenlijke opvoedingsstrategie konden volgen. Na de relatiegesprekken zouden gezinsgesprekken worden gehouden, waarin het vooral over de opvoeding zou gaan. Het behandelingscontract dient het voor de cliënten duidelijk te maken op wat voor manier de behandeling wordt uitgevoerd. Bijvoorbeeld, of zij 'huiswerk' mogen verwachten of dat alles tijdens de zittingen moet gebeuren. Dat laatste is zelden aan te bevelen.

BEHANDELINGSTECHNIEKEN

In de meeste gezinsbehandelingen staat centraal dat de gezinsleden leren om elkaar op een constructieve wijze te laten weten wat zij van elkaar nodig hebben. Dit lijkt simpel maar is het niet. Wanneer er machtsstrijd heerst en er conflicten zijn, grijpt men maar al te snel naar extreme verwijten of stille rancune in plaats van op een niet-agressieve manier te zeggen wat men van de ander wil. Wanneer het gaat om de verhouding tussen ouders en kinderen speelt de

ongelijkheid een extra verwarrende rol. De ouders zijn verantwoordelijk en moeten hun kinderen soms bepaald gedrag opleggen. Dit neemt niet weg dat ook in de ongelijke situatie, tussen ouders en kinderen, het in acht nemen van bepaalde communicatieregels helpt om wat je van elkaar wilt aan elkaar over te brengen. We behandelen in deze sectie verschillende specifieke technieken. Eerst gaan we, zij het kort, in op de haarlemmerolie voor elke vorm van therapie: het motiveren. Bij gezinstherapie moet dat nog bewuster gebeuren dan in individuele therapie. Je hebt immers met meerdere ‘partijen’ tegelijk te maken. In box 5 zien we hiervan een voorbeeld.

Box 5 **Motiveren** van ouders om hun dochter meer verantwoordelijkheid te geven

In een gezin waren escalerende conflicten tussen de moeder en de 14-jarige Darja. Moeder beschreef haar dochter als brutaal, ongehoorzaam en niet te vertrouwen. Darja vond dat zij als een klein kind werd behandeld: zij moest 's avonds altijd vroeg thuis zijn, mocht niet bij vriendinnen logeren en werd steeds gecontroleerd op het uitvoeren van haar huiswerk. Gezien haar goede cijfers leek dit niet echt nodig. Er waren geen problemen met de jongere broer. Vader was het met zijn vrouw eens. De problemen waren het laatste jaar verergerd doordat de dochter zich aan het ouderlijke gezag begon te onttrekken. Ze bleef opeens weg bij het avondeten, ging zonder aankondiging bij een vriendin logeren, etc. Al met al leken het vooral adolescentieperikelen en een verstoorde ouder-kind relatie. De therapeut had het idee dat het wel meeviel met het gedrag en houding van de dochter, maar dat de ouders zelf wel een aandeel in de problematiek hadden. Maar hoe maak je dat duidelijk op een voor hen acceptabele manier? De therapeut startte zijn feedback met het bespreken van het begrip 'levensfase'. Hij legde uit dat veel ouders het moeilijk vinden kinderen in deze fase van hun leven de verantwoordelijkheid te geven die zij zo langzamerhand wel moeten leren dragen. Hierbij beklemtoonde hij dat het juist de goede, zorgzame ouders zijn die er moeite mee hebben; ouders die zich weinig aan hun kinderen gelegen laten hebben er zelden moeite mee hun kinderen los te laten. Maar, zo vervolgde de therapeut, het was toch nodig dat de gezinsregels opnieuw bekeken zouden worden en dat ze, ten aanzien van hun dochter, zouden worden aangepast aan haar leeftijd. Deze complimenteuze benadering miste haar uitwerking niet. De ouders wilden aan verandering meewerken. Maar ook de dochter werd gemotiveerd. Haar medewerking was immers ook nodig. Zij kon haar ouders geruststellen door niet steeds in de contramine te gaan. Het mes sneed aan twee kanten.

Registreren

Evenals in individuele gedragstherapie speelt registreren gedurende de gehele behandeling een belangrijke rol (Gordon, King, Gullone, Muris, & Ollendick, 2007). In het boek *Gedragsverandering in gezinnen* geeft Lange (2006) vele voorbeelden die illustreren welke belangrijke plek registreren in behandelingen inneemt. Hij onderscheidt daarbij diverse vormen: turven van specifiek gedrag, turven van vaag gedrag, stemming in kaart brengen en bijhouden, etc. In gedragsgeoriënteerde gezinstherapie kan zowel gebruik gemaakt worden van

zelfregistratie als van registratie door de ander. Zo hield de vader van Pieter in de eerste fase de momenten bij waarop hij vond dat zijn vrouw chaotisch op de kinderen of kil op hem reageerde. Omgekeerd legde Pieter's moeder vast wanneer zij vond dat haar man haar met zijn 'silent treatment' bejegende. Door het registreren wordt de informatie over wat men moeilijk vindt in het gedrag van de ander helderder en gemakkelijker toegankelijk voor onderhandelen en aanpassen. In bijna alle (gezins)therapieën verdient het aanbeveling om op dergelijke wijze de basis vast te leggen van datgene waarin verandering moet komen. Vaak blijft het registreren in de loop van de behandeling doorgaan. De gegevens die dit oplevert geven inzicht in de mate van verandering en vormen de basis voor de manier vervolg van de behandeling. In de tweede fase van de behandeling legden de ouders vast hoe vaak het negatieve gedrag van Pieter voorkwam en hoe het wat dat betreft stond met zijn broertje. Later ging Pieter zelf bepaalde dingen bijhouden (zelfregistratie), waardoor hij zich ook meer verantwoordelijk ging voelen voor zijn eigen gedrag en de resultaten van de behandeling.

Registreren moet meestal op het moment van waarnemen gebeuren! Cliënten kunnen daarvoor een boekje aanschaffen dat zij altijd bij zich hebben. Het registreren kan vervolgens op verschillende manieren gebeuren. In het gezin van Pieter ging het om 'turven van specifiek gedrag'. Een streepje is dan genoeg. Als het om complex gedrag of emoties gaat is dat meestal niet voldoende. Dan wordt het registreren uitgebreid. De cliënt schrijft een steekwoord op en denkt op een rustig tijdstip na over wat er eerder is gebeurd. De notities kunnen ook uitgangspunt worden voor een gesprek met degene op wie de observatie van toepassing is.

Gedragsoefening, met commentaar en 'modeling' door de therapeut

Tijdens zittingen liet de therapeut regelmatig Pieter's vader of moeder een conflict tussen hen en Pieter rechtstreeks met hem bespreken en oplossen. Als dat niet goed ging, bijvoorbeeld doordat vader op een sarcastische wijze vragen aan Pieter stelde gaf de therapeut daar commentaar op of verwisselde met vader of Pieter van plaats, om hen te laten ervaren hoe opvoedkundige kwesties kunnen worden besproken op een manier die beide 'partijen' in hun waarde laat. Gelijksortige interventies vonden plaats tijdens de zittingen met alleen de ouders, waar het ging om de woede en rancune van meneer ten opzichte van zijn vrouw en omgekeerd. Het nut van oefenen en 'modeling' in de behandeling van kinderen en adolescenten is al decennia geleden overtuigend aangetoond door Rose (1972). Zie ook hoofdstuk xx van dit boek.

Doorvragen en herformuleren

In gezinstherapie gaat het vaak over wat men van elkaar wil of nodig heeft. Partners willen bijvoorbeeld meer aandacht en affectie van elkaar; ouders willen meer rust; een kind wil positieve aandacht of meer met rust gelaten worden.

Het probleem is dat de cliënten de misstand meestal wel kunnen aanduiden, maar niet helder kunnen formuleren wat de ander kan doen om de misstand te verhelpen (los van de vraag of de ander dat wil). Gericht doorvragen totdat in gedragstermen is omschreven wat men verwacht van de ander is een van de belangrijkste hulpmiddelen van de (gezins)therapeut. Pieter's vader vertelde dat hij het gedrag van zijn vrouw chaotisch vond, zowel tegen de kinderen als ten opzichte van hem. Pas na nauwkeurig doorvragen kwam de therapeut erachter wat hij werkelijk vond: dat zijn vrouw van huis uit had meegekregen dat de relaties met gezinsgenoten niet belangrijk waren, en dat het daardoor vaak voorkwam dat zij zich geen enkele opoffering voor hem getroostte. Hij wilde - met andere woorden - dat zij meer voor hem over had. Mevrouw beaamde de analyse van haar man en kon zich vinden in de formulering van de therapeut. Het had inderdaad met haar jeugd te maken. De gezinstherapie richtte zich vanaf dit moment ook op dit aspect in hun verhouding, waardoor zij naar elkaar toe konden groeien; een voorbeeld voor het toepassen van een belangrijk concept uit de transgenerationele gezinstherapie in een gedragsgeoriënteerde behandeling.

Gedragscontracten, ofwel precieze gedragsafspraken

Wanneer het doorvragen helderheid heeft geschapen over wat de verschillende 'partijen' in het gezin van elkaar willen, dan kan het nuttig zijn om verandering op gang te brengen door precieze gedragsafspraken te maken voor een bepaalde periode. Er is nagenoeg geen onderzoek waarin dergelijke interventies apart zijn onderzocht. Russell, Bagarozzi, Atilano en Morris (1984) vormden een uitzondering en zij bevestigden de relevantie ervan. De ouders van Pieter kwamen overeen dat zij om de dag een half uur zouden uittrekken om elkaar te vertellen wat zij die dag en de afgelopen dag hadden meegemaakt en om minimaal eenmaal in de twee weken samen uit eten te gaan.

Ook tussen Pieter en zijn ouders werden in de latere sessies duidelijke afspraken gemaakt. Pieter zou het niveau van geluid dat hij in huis veroorzaakte gaan dempen en ophouden zijn broertje te pesten. Daar stond een beloning tegenover (uitgedrukt in extra zakgeld). Die werd tijdens de therapie-zittingen in overleg tussen Pieter, zijn broertje en zijn ouders vastgelegd.

Afspraken over beloning en straf kunnen in de verhouding tussen ouders en kinderen vaak aan bod komen. Ze doen wat gekunsteld aan en soms denken ouders en/of kinderen in eerste instantie 'waarom moet ik dat kind nu belonen voor iets dat toch vanzelfsprekend is?'. Hierbij wordt echter vergeten dat het in hun situatie, in hun gezin, kennelijk niet vanzelfsprekend is, en dat men het proces een handje kan helpen met iets kunstmatigs als een gedragscontract. Uiteraard is het de bedoeling dat na verloop van tijd, als het gedrag in de gewenste richting is verschoven, de expliciete (extrinsieke) beloning niet meer nodig is doordat de persoon in kwestie als het ware wordt beloond door het plezier dat hij krijgt in de nieuwe situatie (intrinsieke beloning). Zie verder hoofdstuk 3 van dit boek.

Gedragsafspraken hoeven niet altijd tweezijdig te zijn, zoals in het voorbeeld hierboven. Op een gegeven moment gingen zowel Pieter als zijn broer ermee akkoord om zonder specifieke tegenprestatie iets meer te gaan helpen bij de taken in huis. Voorafgaand hieraan had de therapeut moeder geholpen te concretiseren wat er voor taken waren waarvan zij vond dat de gezinsleden in gebreke bleven bij de uitvoering, en wat voor nieuwe 'regels' ze hiervoor zou willen opstellen.

Zelfcontrole

Veel problemen tussen gezinsleden hebben te maken met een al te impulsief reageren op een ingesleten, niet productieve wijze. Hierdoor komt een keten van negatieve wederzijdse gedragingen op gang. Het aanleren van zelfcontrole houdt in dat men op een risicovol moment een ander gedrag uitvoert, dat voorkomt dat men in de oude gewoonte vervalt, maar dat wel tegemoet komt aan de eigen behoefte (Veenstra & Scott, 1993). Pieter's ouders waren in een patroon terecht gekomen waarin zij al gauw begon te vitten en haar man verwijten te maken en hij zich in een 'silent treatment' terugtrok. Zoals vaak vormde het registreren de eerste stap. Zodra Pieter's moeder weer het gevoel had dat haar man zich terugtrok maakte zij een korte notitie. Vervolgens bezon zij zich 's avonds of de situatie serieus was en of zij zich terecht erover opwond. Zo nee, dan liet zij het rusten. Zo ja, dan schreef zij haar man een brief waarin zij op 'positieve wijze' aangaf wat zij meende waar te nemen. Dit hielp haar om controle te krijgen over haar impulsieve reageren. Omgekeerd deed haar man iets gelijksoortigs als hij vond dat zijn vrouw hem nodeloos en al te heftig bekritiseerde of als hij vond dat zij zich niet genoeg inzette voor hem en de kinderen.

Toename van zelfcontrole was ook nodig in het gedrag van de ouders ten aanzien van Pieter. Moeder was door alles wat er de afgelopen jaren was gebeurd zo op Pieter's gedrag gespitst, dat zij bij elke aanleiding hevig uit haar slof schoot, zelfs al wilde zij dit niet. De

therapeut hielp haar om hierop meer vat te krijgen. Als Pieter iets deed wat haar stoorde, of naliel wat hij moest doen, pakte zij haar opschrijfboekje (dat zij nu altijd bij zich droeg) en maakte een korte notitie. Zij mocht niet onmiddellijk reageren. Het eerste moment dat zij rustig kon nadenken (als zij even alleen was) bezon zij zich over de vraag of het voorval belangrijk genoeg was om er iets aan te doen. Zo ja, dan vroeg zij zich af hoe ze dit het beste aan Pieter kon zeggen en of er een sanctie (straf) nodig was.

Veranderen van cognities

(Gezins)therapie is niet alleen gericht op het veranderen van gedrag, maar ook op het veranderen van ideeën, opvattingen, gevoelens en het toeschrijven van oorzaken aan bepaalde gedragingen. Soms gebeurt dit door het uitproberen van nieuw gedrag, zoals hierboven is geïllustreerd, soms ook rechtstreeks. De moderne, cognitieve gedragstherapie heeft zich het laatste decennium sterk gebaseerd op het veranderen van **disfunctionele manieren van denken** door het 'uitdagen' ervan met behulp van gedachte-experimenten (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). In de gezinstherapie spelen disfunctionele gedachten natuurlijk ook een rol. Met name de volgende veel voorkomende foutieve manieren van denken:

- Het vooral waarnemen van de fouten van de ander en niet diens positieve kanten.
- Als de ander iets fout doet ligt het aan de persoon, niet aan de omstandigheden.
- De verwachting dat de ander het wel fout zal doen.
- Rigide standaarden waardoor onderhandelen moeilijk wordt.

In het gezin van Pieter lukte het de therapeut om de negatieve verwachtingen terug te dringen (zowel bij de ouders onderling als ten aanzien van Pieter), de positieve kanten die onderbelicht waren naar voren te halen en de impliciete normen die er heersten ter discussie te stellen. Deels gebeurde dit aan de hand van de ervaringen die de gezinsleden met het huiswerk opdeden, maar ook door het commentaar dat de therapeut gaf op wat er tijdens de zitting tussen de cliënten gebeurde en door het voorbeeld dat hij gaf tijdens de gedragsoefeningen.

Het heretiketteren van individueel gedrag tot gedrag waarbij de interactie tussen de gezinsleden een rol speelt leidt tot andere gedachten over de situatie, en kan daardoor doorslaggevend zijn. In het begin was het alleen het gedrag van Pieter dat volgens de rest van het gezin niet deugde. Pieter moest veranderen. Later bleek dat er een wisselwerking was: Pieter's gedrag werd ook opgeroepen door de manier waarop zijn ouders op elkaar en op hem reageerden, en de eenzame plaats die hij in het gezin innam.

Een voorbeeld zien we ook in het gezin Van de Buck waarvan de oudste zoon door de school was aangemeld. De gezinsleden legden het accent echter vooral op vader. Hij was

volgens de anderen apathisch, deed niets en wilde volgens hen niets. De extreme coalitie van de moeder met haar kinderen tegen de vader was een illustratie van een 'perverse triade', waarin de kinderen gevangen zijn geraakt en psychische symptomen ontwikkelen (Lange, 2006, par. 1.5.1). Het begin van de behandeling was er vooral op gericht bij het gezin een enigszins andere etikettering ingang te doen vinden. Vaders 'apathie' had te maken met de manier waarop de gezinsleden als een gesloten front druk op hem uitoefenden. Zijn angst daarvoor versterkte juist zijn toch al wat subassertieve gedragspatroon, wat ertoe leidde dat zijn vrouw en kinderen zich nog meer in de kou voelden staan en nog meer druk op hem uitoefenden. In plaats van met een strikt individueel probleem, kreeg men te maken met een vicieuze cirkel die doorbroken kon worden door verandering in de manier waarop vrouw en kinderen naar vader keken.

Schrijfopdrachten bij het verwerken van het verleden

Als de problematiek voor een deel gebaseerd blijkt te zijn op traumatische ervaringen uit het verleden, dan zal ook in gezinstherapie dat verleden verwerkt moeten worden wil men op zinvolle wijze in het 'hier en nu' veranderingen kunnen aanbrengen.

Een voorbeeld: Daniel was een goede leerling geweest maar werd steeds onhandelbaarder, spijbelde en haalde slechte cijfers. De schoolpsycholoog verwees hem voor gezinstherapie. Hij veronderstelde dat Daniel's gedrag te maken had met het overlijden van zijn oudere broer, na een verkeersongeluk anderhalf jaar daarvoor. De aanname van de verwijzer was niet ongegrond. De dood van hun zoon/broer had het gezin behoorlijk ontwricht. Vader had na een korte periode besloten dat het maar 'over moest zijn' en had zich op het werk gestort. Hij kon niet meer tegen het, wat hij noemde, 'kwijnende gezicht' van zijn vrouw. Moeder vond haar man ongevoelig en keerde zich steeds meer van hem af. Zij kon en wilde niet zomaar overgaan tot de orde van de dag. De kamer van de overledene bleef op haar aandringen in de vroegere staat en bijna al haar gesprekken, ook die met Daniel en diens zusje, zaten vol vergelijkingen met het overleden kind. Daniel was na de dood van zijn broer behoorlijk overstuurd geweest. Tijdens de eerste therapiegesprekken leek het alsof hij door het verdriet van zijn moeder in de omgekeerde richting was geschoven en evenals zijn vader in een houding van 'flink zijn' was terechtgekomen. Zijn zuster leek nog het minst last te hebben van de situatie.

Het werd iedereen al gauw duidelijk dat de problemen rond de aangemelde zoon veel te maken hadden met wat de dood van zijn broer in het gezin had teweeggebracht. De eerste stap in de behandeling bestond daarna uit het bespreken van de verschillende ideeën die er in het

gezin over de dood van de oudste zoon heersten. Vervolgens gaf de therapeut informatie over rouwprocessen in het algemeen en bood hij de gezinsleden zowel aparte als gezamenlijke gesprekken aan. In de aparte gesprekken kon hij ieder, op de manier die daar het meest geschikt voor leek, helpen te leren leven met de dood van hun broer/kind. In de gezinsgesprekken konden de verschillende behoeften in deze op elkaar worden afgestemd.

Na enige aarzelingen ging het gezin in op het voorstel. Eerst was er met de moeder een zitting, waarin de therapeut haar wist te winnen voor het idee dat zij misschien te zijner tijd afscheid zou mogen nemen van haar overleden zoon. Vervolgens ging zij een brief aan hem schrijven, waaraan zij dagelijks op een vaste tijd drie kwartier werkte, met als thema's: hoe belangrijk haar zoon voor haar was geweest; hoezeer het haar verdriet had gedaan dat hij er niet meer was; hoe ze hem miste en hoe erg ze het vond dat hij nooit meer terug zou komen. Nadat zij zes weken had geschreven en tussendoor driemaal met de therapeut haar thema's had bijgesteld, begon ze veranderingen in haar gevoelens te bespeuren. Deze werden minder intens en zij gaf aan dat zij de brief kon beëindigen.

Ook Daniel, de aangemelde patiënt, ging schrijven. Niet aan zijn overleden broer, maar aan zijn beide ouders. Het thema was hoe moeilijk hij het had gehad met het feit dat zij hem geen gelegenheid hadden gegeven zijn verdriet op zijn eigen manier te verwerken en dat zij, in de periode dat hij hen juist nodig had gehad, zo met zichzelf bezig waren geweest. Zijn zuster en zijn vader hadden geen behoefte aan verwerkingsgesprekken. Tussendoor en na afloop waren er gezinsgesprekken, waarin steeds duidelijk werd in welke fase ieder gezinslid verkeerde en respect voor de verschillende manieren waarop ieder 'bezig was' kwam centraal te staan.

De positieve resultaten van schrijfp opdrachten bij het verwerken van rouw en posttraumatische stress zijn in vele onderzoeken bevestigd (Lange, 1996; Lange, Rietdijk et al., 2003).

Gezinsrituelen

Problemen met kinderen ontstaan vaak in perioden waarin het gezin een overgang moet maken van de ene fase in de gezinslevenscyclus naar de volgende en waarbij het niet lukt de nieuwe taken en rollen die van ieder worden verwacht in de nieuwe situatie te integreren. In dergelijke gevallen behoort het tot de taak van de therapeut om zijn cliënten te helpen de stap naar de volgende fase te maken. Naast de eerder genoemde technieken kunnen rituelen helpen om de noodzakelijke stappen te zetten. Imber-Black, Whiting en Roberts (2003) beschrijven vele voorbeelden van culturele rituelen, gezinsrituelen en therapeutische rituelen. Wij beperken ons

hier tot het soort rituelen dat door een therapeut kan worden voorgesteld teneinde een verandering in een gezinssituatie kracht bij te zetten of op gang te helpen.

- **Afscheidsrituelen**. De moeder van Daniel, die brieven had geschreven aan haar overleden zoon, werd door de therapeut geholpen een brief te schrijven die zij bij het graf van haar zoon zou begraven. Het accent lag op afscheid. Zij schreef haar zoon dat zij nu accepteerde dat zij hem nooit meer zou zien, dat hij uit haar leven was verdwenen. Zij zou hem niet vergeten, maar ook niet blijven treuren, en zij zou haar energie gaan richten op het herstel van de goede verhoudingen in het gezin en op haar eigen ontplooiing. Tot slot van de behandeling werd afgesproken dat zij met zijn vieren naar het graf van hun zoon/broer zouden gaan. Dit was nooit eerder gebeurd. Zij spraken verder af dat zij dit, zolang het mogelijk zou zijn, jaarlijks op de sterfdag zouden herhalen.

- **Eenmalige overgangsrituelen**. In een ander gezin, dat we al eerder hebben besproken (box 5), waren problemen ontstaan rond de opstandige dochter Darja. De opstandigheid had veel te maken met het niet aansluiten van de regels van de ouders bij de leeftijd van Darja. De therapeut had hen gemotiveerd hierin verandering aan te brengen. Dit ging stapsgewijs. De eerste taak hield voor vader en moeder in dat zij erover gingen nadenken welke regels zij ten aanzien van hun dochter konden veranderen en welke zij in ieder geval wilden handhaven. Vader en moeder moesten het samen eens worden, zodat zij vervolgens met hun dochter konden 'onderhandelen'. De eindverantwoordelijkheid bleef uiteraard bij hen. De onderhandelingen werden tijdens de zittingen door de therapeut begeleid. In deze fase werd duidelijk dat de dochter kleedgeld wilde, en zelf haar kleren kopen. Moeder was hier altijd fel tegen geweest. Door de eerdere gesprekken en de verbeterde verhouding stond zij er nu echter positiever tegenover. De therapeut stelde voor om dit onderwerp te gebruiken voor een overgangsritueel. Op een moment dat zij eraan toe zouden zijn (dit was volgens de therapeut niet ver weg) zou het gehele gezin kleren gaan kopen voor de kinderen. Voor het jongere broertje zou er iets op de gebruikelijke manier gekocht worden. Voor de dochter zou één kledingstuk door de ouders worden uitgezocht (als symbool voor hoe het was geweest). Voor een tweede kledingstuk zou zij geld van haar ouders krijgen en ze zou het helemaal alleen kopen, zonder commentaar van haar ouders. Vanaf dit moment zou zij kleedgeld krijgen en voortaan zelf haar kleren kopen. Het ritueel vond tot tevredenheid van alle betrokkenen enkele weken later plaats.

Therapeutische overgangsrituelen komen in het algemeen niet vroeg in de behandeling aan bod. Meestal is er eerst een fase nodig waarin de therapeut en het gezin, na goed

doorvragen door de therapeut inzicht krijgt in de precieze aard van de problematiek en de gezinsverhoudingen. Pas dan kan de therapeut naar een nieuwe ritualisering toewerken, die vaak nog voorbereid dient te worden door het uitvoeren van andere taken.

- *Blijvende ritualisering*. Problemen van kinderen en hun ouders hebben vaak te maken met onduidelijkheid over het rolgedrag dat van een of meerdere personen wordt verwacht. Verheldering daarvan en het maken van afspraken kan verbetering geven. Soms is dat niet genoeg en dienen nieuwe afspraken op symbolische wijze te worden bekrachtigd. Een voorbeeld geeft een gezin dat in behandeling was vanwege de slechte schoolprestaties van de oudste zoon (15 jaar). De jongen was intelligent genoeg om de HAVO zonder problemen te volgen. Niettemin dreigde hij nu voor de tweede maal te blijven zitten. Volgens zijn moeder bereidde hij zich veel te weinig voor op de lessen: hij deed zijn huiswerk niet en trok zich van haar aanmerkingen niets aan. De jongen zelf was het hiermee wel eens, maar vond dat zijn moeder hem voortdurend achtervolgde met vragen en adviezen. Dit begon als hij thuiskwam uit school en eindigde pas als hij naar bed ging. Het ontnam hem elke lust.

Gezien de dwingende manier waarop zijn ouders zich ook in de therapiezitting met hem bezig hielden, kon de therapeut zich wel iets voorstellen bij de onvrede van de jongen. Maar hij had ook begrip voor de zorgen van zijn ouders. Hij stelde hen voor om een afspraak te maken die zowel een praktische als symbolische waarde had. *Elke schooldag zouden moeder en zoon van vijf uur tot kwart over vijf uur samen thee drinken. Vader was dan niet thuis en het jongere zusje zou dan naar haar eigen kamer of naar vriendinnetjes gaan. Het thee drinken zou een plechtig (ritueel) karakter krijgen.* De jongen zou op een vel papier al het huiswerk zetten dat hij voor de komende dagen had te doen. Samen met zijn moeder zou hij een schatting maken over hoeveel tijd hij voor elk onderdeel nodig zou hebben, en plannen wanneer hij waar aan zou werken. Verder zouden zijn moeder (en zijn vader) geen enkele op- en aanmerking maken.

Sancties ofwel het wijzigen van bekrachtigingspatronen

Ten tijde van de aanmelding kreeg Pieter vooral aandacht wanneer hij zich negatief gedroeg. De behandeling was erop gericht dit te veranderen. Negatief gedrag kreeg vanaf toen relatief weinig aandacht (het leidde er alleen toe dat hij zijn beloning misliep). Positief gedrag werd echter veel meer dan voorheen opgemerkt en beloond in de vorm van opmerkingen en reacties (kortom aandacht). We zien hier een voorbeeld van het veranderen van het patroon van sancties ofwel belonen en straffen. Daarbij zijn een aantal principes van belang, die hieronder kort aan bod komen. Voor details zij verwezen naar Lange (2006, hfdst 13).

HIËRARCHIE VERSUS AUTORITAIR OPTREDEN

Ook als kinderen of pubers door aanlegfactoren geneigd zijn tot destructief gedrag speelt de rol van ouders een beslissende rol in de ontwikkeling en instandhouding van gedragsstoornissen (Kuipers, 2005). Het is essentieel dat ouders leren de verantwoordelijkheid te nemen die bij het ouderschap hoort, ook wanneer het onplezierige taken betreft als het stellen en handhaven van regels. Kinderen en adolescenten hebben daar recht op. Zij weten dan waar zij aan toe zijn, ervaren dat ongewenst gedrag niets oplevert en hun zelfbeeld wordt in positieve zin beïnvloed.

Het is een misvatting dat het handhaven van hiërarchie zou samengaan met een autoritaire houding. De manier waarop regels worden vastgesteld dient juist niet autoritair te zijn. Box 6 geeft in het kort enkele richtlijnen weer die ouders in acht dienen te nemen, en die juist het tegendeel van autoritair optreden beogen.

Box 6 Hiërarchie handhaven zonder autoritair optreden

- *Geef uitleg.* Het is wenselijk en ook voor de ouders de moeite waard om een kind uit te leggen waarom bepaald gedrag wel of niet wenselijk is. De ouder leert er zelf van en het kind voelt zich niet uitsluitend overheerst.
- *Betoon respect.* Uitleg is al een begin, maar goed luisteren naar argumenten van kinderen is een belangrijke toevoeging. Zeker wanneer men op grond van hun argumenten de eigen opstelling enigszins wijzigt.
- *Voorkom gezichtsverlies.* Ouders kunnen zich een hoop ellende besparen als zij zich aanleren om geen bevelen te geven, maar hun kinderen voorstellen of verzoeken bepaalde dingen te doen. Als je een kind de tijd geeft om erover na te denken en als je er geen punt van maakt als het kind het niet doet, zal het gevraagde juist vaak wel gebeuren.
- *Vergeet niet dat belonen van positief gedrag meer effect heeft dan straffen van negatief gedrag.*
- *Probeer niet alles tegelijk te veranderen.* Als er eenmaal problemen zijn is het niet verstandig te veel tegelijk aan te pakken. Richt de aandacht op één punt. Als verandering daarin lukt is dat op zich al belonend voor het kind en de ouders. Vaak generaliseren die veranderingen dan naar andere aandachtspunten. Zo niet, dan komt er in ieder geval energie en motivatie vrij om iets anders aan te pakken.
- *Wees bereid te onderhandelen.* Sommige ouders menen dat onderhandelen afbreuk doet aan autoriteit. Niets is minder waar. Juist door een kind mee te laten denken krijgt hij verantwoordelijkheid bij de oplossing. Het helpt ouders ook om zich niet vast te bijten in hun eigen grillen maar zich te concentreren op wat opvoedkundig echt noodzakelijk is. Onderhandelen betekent niet dat je als ouder je verantwoordelijkheid uit handen geeft. Uiteindelijk is de ouder namelijk wel verantwoordelijk voor wat er wordt besloten.
- *Je eigen gedrag mag ook ter discussie staan.* Ouders houden zich soms niet aan de door henzelf ingevoerde regels. Ouders doen er goed aan hun kind te vragen of er dingen zijn in hun eigen gedrag waar het kind last van heeft en, zo ja, serieus op de kritiek in te gaan. Eventueel kunnen ze dan afspreken dat ook zij hun gedrag gaan

veranderen. Dit is motiverend voor kinderen en onderstreept dat hiërarchie en respect niet autoritair hoeven te worden afgedwongen.

In het gezin van Pieter waren de gezagsverhoudingen niet helder, mede door de slechte verhouding van vader en moeder. Pieter's moeder hield er een laissez faire opvatting op na. Zijn vader wilde wel gezag uitoefenen maar deed het zelden. Alles bij elkaar was de hiërarchie in dit gezin onder de maat waardoor Pieter te weinig leiding kreeg. Het omgekeerde komt ook voor: een overmaat aan hiërarchie. Ouders die hun kinderen te weinig verantwoordelijkheid geven, er teveel bovenop zitten. Een voorbeeld geeft een ander gezin, dat was aangemeld vanwege hun 12-jarige zoon Jack, volgens zijn moeder een onmogelijk lastig en leugenachtige jongeman. Vanwege de gedragsproblemen zat hij op een school voor moeilijk opvoedbare kinderen. Tijdens de behandeling werd moeder geadviseerd om – hoe moeilijk ze dat ook vond – Jack minder close te controleren, hem meer vertrouwen te geven en zodra er aanleiding was hem royaal te complimenteren.

MEDIATIETHERAPIE VERSUS THERAPIE MET HET KIND ERBIJ

Strikt genomen hoeft het kind er niet bij aanwezig te zijn wanneer de therapeut de opvoedkundige adviezen geeft. Het is voldoende dat hij de gezinssituatie kent, liefst na enkele taxerende gezinsgesprekken of anders op basis van informatie van de ouders.

Wanneer ouders zonder het betreffende kind komen, om te praten over de vraag hoe zij het beste kunnen reageren op de problemen van het kind, spreekt men van mediatietherapie (Bosch & Albrecht, in dit boek; Van Veen-Mulders, 2002) of 'parent management training' (Kazdin & Whitley, 2003). De therapeut oefent dan wel invloed uit op het kind, maar niet rechtstreeks. De beïnvloeding verloopt via de ouders, zij mediëren tussen therapeut en kind. De therapeut geeft informatie over de hierboven besproken opvoedingsprincipes. Hij helpt de ouders om doelen te kiezen en analyseert met hen de interactionele processen tussen hen en het kind. De therapeut geeft bovendien adviezen over het soort regels dat in hun situatie in aanmerking komt, over het soort sancties, hoe de sancties over te brengen (zowel verbaal als non-verbaal), hoe te handelen wanneer de ouders het onderling oneens zijn en hoe zij de positieve kanten van hun kind sterker naar voren kunnen laten komen.

Mediatietherapie, ouders begeleiden zonder de kinderen in de sessies te zien, is vooral de aangewezen weg bij kinderen in de leeftijd tot 6 jaar, maar ook bij oudere kinderen kan mediatietherapie nuttig zijn. Bij hen heeft kan het echter wel voordelen hebben om ze bij de

behandeling te betrekken. Het geeft extra mogelijkheden, zoals we zagen bij Pieter en zijn ouders. Maar zelfs als ouders het graag willen en hun kinderen met klem verzoeken om mee te gaan zijn sommige oudere kinderen niet bereid mee te werken aan gezinsgesprekken. Men kan de behandeling dan het beste zonder het kind (mediatietherapie) voortzetten door de ouders te helpen het negatieve gedrag met consequente regels aan te pakken en de positieve kanten niet onopgemerkt te laten. Vaak ziet men dan dat het kind na verloop van tijd zelf vraagt (weer) mee te mogen komen. Het heeft dan gemerkt dat het beter is erbij te zijn als er veranderingen worden aangekaart.

Als de therapeut het kind niet kent, en dus nooit heeft gezien hoe de ouders met hun kind omgaan, is het soms moeilijk om de ouders te adviseren. Dit geldt in het bijzonder als het om oudere kinderen gaat; hun argumenten zouden een rol moeten spelen in de adviezen aan het gezin. Het meekomen van de kinderen naar de zitting is ook van belang omdat ouders vaak wel begrijpen wat ze zouden moeten doen, maar er niet in slagen hun bedoelingen zo over te brengen dat hun kind eraan wil meewerken. De therapeut kan dan een modelgevende rol spelen. Bovendien zal de jongere zich thuis dan eerder coöperatief opstellen. We zagen dit duidelijk bij Pieter en zijn ouders.

Een groot voordeel van gezinszittingen is ten slotte dat de therapeut ervoor kan zorgen dat ouders de bezwaren van hun kinderen jegens hen aanhoren en er serieus op ingaan. De conclusie kan dan ook duidelijk zijn: *Het is aan te bevelen om, indien mogelijk, de kinderen bij gesprekken aanwezig te laten zijn, zodat de therapeut het gedrag van beide 'partijen' onder de loep kan nemen en tot inzet van interventies kan maken.*

ONDERZOEK

Gezinstherapeuten hebben moeten wennen aan de toenemende vraag naar empirische ondersteuning. Niet langer mochten zij vertrouwen op de genialiteit van de voorlopers. De laatste decennia hebben de gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) het therapieland gedomineerd en achtenswaardig gemaakt voor overheid en verzekeraars. De term 'evidence based practice' wordt niet eens meer in het Nederlands vertaald. Er wordt mee bedoeld dat richtlijnen voor behandelingen worden gebaseerd op een aanpak die middels RCT's kunnen bogen op geloofwaardigheid.

Voor de gezinstherapie is het ingewikkelder om een gedetailleerd protocol te genereren dan voor individueel behandelde stoornissen. Het standaardiseren is bij de behandelingen van

gezinnen, en zelfs bij het alleen maar betrekken van gezinnen, moeilijker te verwezenlijken en vaak nog minder wenselijk dan bij individuele behandelingen. De studies zijn duurder van opzet, de methodologie van onderzoek en de statistische analyses zijn ingewikkelder. Het aantal drop-outs is over het algemeen groter. Niettemin zijn er, zoals we zullen zien, diverse waardevolle en methodologisch sterke vergelijkende studies uitgevoerd.

Psychisch functioneren van de ouders

Recente onderzoeken laten een wisselwerking zien tussen de psychische gesteldheid van ouders, hun opvoedkundige kwaliteiten en het functioneren van hun kinderen. Meestal blijkt uit deze onderzoeken niet duidelijk wat tot wat leidt (Elgar, McGrath, Waschbusch, Stewart, & Curtis, 2004; Nelson, Hammen, Brennan, & Ullman, 2003). Over de rol van de ouders in de ontwikkeling van angststoornissen bij kinderen is het bestaande onderzoek echter eenduidig. Zo is gebleken dat psychopathologie van de moeder en een overmatig controlerende opvoeding een verhoogd risico op angststoornissen voor kinderen met zich meebrengt (Berg-Nielsen, Vikan, & Dahl, 2002; Northey, Wells, Silverman, & Bailey, 2003). In een recente meta-analyse over 47 studies brengen McLeod, Wood en Weisz (2007) nuanceringen aan in het verband tussen de ouders en angst van hun kinderen. Angst van kinderen heeft maar voor een deel te maken met gezinsfactoren. ‘Parenting control’, het alles willen beheersen heeft de meeste invloed terwijl verwerping en gebrek aan warmte weinig verklaart. Waarschijnlijk zijn het genetische factoren die de rest van de variantie verklaren. Leung en Smith Slep (2006) 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, etc. Het blijft in deze studie overigens wel onduidelijk wat de invloed van de ene ouder op de ander is.

Het is in ieder geval duidelijk dat kinderen in gezinnen met psychisch kwetsbare ouders extra risico lopen voor gedragsstoornissen en emotionele stoornissen 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 en de behandeling van psychische stoornissen

- **Angst- en depressieve stoornissen.** Een studie van Barrett (2000) laat zien dat een gezinsgerichte aanpak van angststoornissen van kinderen betere resultaten geeft dan een individuele aanpak mits de individuele component niet wordt verwaarloosd.

McDonell en Dyck (2004) geven een overzicht van de ontwikkelingen en bevindingen van verschillende vormen van gezinstherapie waarbij meerdere gezinnen tegelijk worden gezien. Het gaat dan om depressieve of **angstige kinderen / adolescenten**. De behandeling is gebaseerd op **psycho-educatie** en verbetering van **sociale vaardigheden**. Gaat het specifiek om depressieve kinderen, dan richten de gezinsbehandelingen zich naast de individuele aspecten van het kind op mogelijke psychopathologie van de ouder(s) en opvoedingskwaliteiten. Dit heeft duidelijk meerwaarde boven een individuele behandeling van het depressieve kind (Northey et al., 2003).

- **Obesitas bij kinderen.** Young, Northern, Lister, Drummond en O'Brien (2007) inspecteerden 44 behandelstudies waar het ging om obese kinderen. De resultaten wijzen duidelijk uit dat individueel gerichte gedragstechnieken noodzakelijk zijn, maar dat de resultaten significant versterkt worden door het gezin mede in behandeling te nemen.

- **Gedragsstoornissen.** 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 baanbrekende en klassiek geworden project *Families of the slums* (Minuchin, Montalvo, Guerney Jr., Rosman, & Schumer, 1967). De afgelopen decennia zijn de therapeutische modellen verder ontwikkeld en onderzocht. De behandelingen zijn eclectischer 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 veelal betrokken bij de behandeling. De MST is in diverse klinische trials onderzocht bij ernstig delinquente jongeren (Borduin, Schaeffer, & Heiblum, 2009; Henggeler et al., 2009; Schaeffer en Borduin, 2005). De resultaten waren positief.

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

Diamond en Josephson voerden in 2005 een literatuurstudie uit van onderzoeken in de jaren 1995-2005 waarin ouders primair betrokken werden bij de behandeling van hun gedragsgestoorde kinderen. Volgens de auteurs is gezinsbehandeling de meest effectieve behandeling gebleken bij ADHD, gedragsstoornissen en verslavingsstoornissen bij adolescenten. Nadere inspectie van hun publicatie wettigt wel wat twijfel aangaande hun stelligheid.

BESCHOUWING

We hebben in dit hoofdstuk slechts beperkte aandacht besteed aan de meest belangrijke algemene therapeutische factor: de mate waarin de behandelaar in staat is zijn boodschap over te brengen en er iets mee te doen. Motiveren en een goede therapeutische relatie krijgen de laatste jaren in alle therapiestromingen steeds meer aandacht. Terecht. Het komt terug in een veelvoud van soorten therapeutisch gedrag die vanzelfsprekend zouden moeten zijn, maar dat lang niet altijd blijken te zijn. Men moet dan denken aan gedrag als: respect uiten, waardering en complimenten, steun geven, timing (wanneer wel en wanneer niet) en aansprekende - soms onverwachte - feedback.

In gezinstherapie met jongeren is motiveren natuurlijk niet minder belangrijk dan in individuele therapieën, maar wel ingewikkelder. In gezinstherapie kan steun aan de een soms gezien worden als afwijzing van de ander. Steun aan een kind kan door ouders beschouwd worden als afwijzing van hun positie. Omgekeerd kan het voorkomen dat een kind de behandelaar alleen ziet als verlengstuk van de ouders. Het vraagt veel tact en elasticiteit om beide 'partijen' te steunen of te confronteren zonder bij de ene kant of bij beide kanten het gevoel op te roepen dat de therapeut een alliantie is aangegaan met de andere 'partij'. Gezinstherapeuten zijn daardoor soms zo voorzichtig dat ze nauwelijks relevante feedback geven, wat uiteraard ook niet in het belang van de cliënten is. Het is beter dat de therapeut zich als het ware 'vrij maakt' door expliciet aan de orde te stellen dat een confrontatie ten aanzien van de één niet betekent dat men tegen die persoon is en 'op de hand van de ander'; steun aan de één betekent niet dat men de ander verwerpt. De manier waarop de therapeut dit doet kan zelfs een 'modelgevende' functie hebben, bijvoorbeeld voor ouders die het moeilijk vinden om te reageren op conflicten tussen hun kinderen.

BESLUIT

De hier gepropageerde (breed-spectrum) gedragsgeoriënteerde gezinsbehandeling bij problemen met kinderen en jeugdigen vraagt kennis van zowel interactionele als individuele technieken zoals het uitdagen van disfunctionele cognities, het toepassen van exposure technieken en sociale vaardigheidstraining. Het vraagt zoals we zagen flexibiliteit, ook in die zin dat men naast zittingen met het gehele gezin, zittingen kan arrangeren met subsystemen en individuele gezinsleden. Het is onmogelijk om binnen één hoofdstuk recht te doen aan alle basisprincipes, alle technieken, de timing en alle aspecten die aan een gezonde opvoedingsrelatie ten grondslag liggen. Voor een gedetailleerde beschrijving daarvan zij verwezen naar het boek *Gedragsverandering in gezinnen. Cognitieve gedrags- en systeemtherapie* (Lange, 2006).

LITERATUUR

- Albrecht, G., Veerman, J.W., Damen, H., & Kroes, G. (2001). The Child Behavior Checklist for Group Care Workers: A Study Regarding the Factor Structure. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(1), 83-89.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. Washington DC: APA.
- 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.
- Barrett, P.M. (2000). Treatment of childhood anxiety: Developmental aspects. *Clinical Psychological Review*, 20(4), 479-494.
- Berg-Nielsen, T., Vikan, A., & Dahl, A.A. (2002). Parenting related to child and parental psychopathology: a descriptive review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(4), 529-552. In Ned.: Opvoeding en psychopathologie bij kinderen en ouders: een descriptief literatuuronderzoek. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2004, 15(4), 341-372.
- Bertalanffy, L. von (1968). *General systems theory; Foundations, developments, applications*. New York: Braziller.
- Boonstra, Ch., Jonkman, C., Soeteman, D., & Busschbach, J. van (2009). Multi-Systeem Therapie voor ernstig antisociale en delinquente jongeren: twee jaar follow-up studie. *Systeemtherapie*, 21(2), 94-106.
- Borduin, Ch., Schaeffer, C.M., & Heiblum, N. (2009). A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: effects on youth social ecology and criminal activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 26-37. In

ned: Een gerandomiseerd klinisch onderzoek naar multisysteemtherapie bij jeugdige zedendelinquenten: effecten op de sociale ecologie en criminaliteit van jongeren.

Gezinstherapie Wereldwijd, 2010, 21(2), 186-214.

Bosch & Albrecht, 2011??; (hfdst 3???)

Boszormenyi-Nagy, I., Grunebaum, J., & Ulrich, D. (1991). Contextual therapy. In: A.S. Gurman & D.P. Kniskern (Red.), *Handbook of family therapy*, Vol. 2. New York: Brunner/Mazel.

Breuk, R.E., Sexton, T.L., Dam, A. van, Disse, C., Doreleijers, T.A.H., Slot, W., & Rowland, M.K. (2006). The implementation and the cultural adjustment of functional family therapy in a dutch psychiatric day-treatment center. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(4), 515-529.

Carter, E.A., & McGoldrick, M. (1980). *The family life cycle*. New York: Gardner Press.

Dattilio, F.M. (2005). The restructuring of family schema's: a cognitive-behavioral perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(1), 15-30.

Dattilio, F. (2006). A cognitive-behavioral approach to reconstructing intergenerational family schemas. *Contemporary Family Therapy*, 28, 191-200. In Ned.: Een cognitief-gedragstherapeutische benadering voor het reconstrueren van intergenerationele gezinsschema's. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2007, 18(2), 191-204.

Dattilio, F.M., & Epstein, N.B. (2005). Introduction to the special section: the role of cognitive-behavioral interventions in couple and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(1), 7-13.

Diamond, G., & Josephson, A. (2005). Family-based treatment research: a 10-year update. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 44(9), 872-887.

Elgar, F.J., McGrath, P.J., Waschbusch, D.A., Stewart, S.H., & Curtis, L.J. (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, 24(4), 441-459.

Gordon, J., King, N.J., Gullone, E., Muris, P., & Ollendick, Th.H. (2007). Treatment of children's nighttime fears: the need for a modern randomised controlled trial. *Clinical Psychology Review*, 27(1), 98-113.

Greenberg, L.S. (2002). *Emotion-focused therapy; Coaching clients to work through their feelings*. Washington: APA.

Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.

Hengeveld, M.W. (2010). Psychiatrische diagnostiek: waar gaat het eigenlijk over? *Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg*, 65(5), 377-38.

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.

- Henggeler, S.C., Schoenwald, S.K., Borduin, Ch.M., Rowland, M.D., & Cunningham, Ph.B. (2010). *Multisysteemtherapie voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag*. Amsterdam : SWP. Oorspronkelijke uitgave: *Multi-systemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents*. The Guildford Press, 2009.
- Hof, S. Van 't, & Verhoeff, B. (2010). De DSM is niet meer weg te denken. DSM-5 en de toekomst van de psychiatrische diagnostiek. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 65(12), 961-973.
- Imber-Black, E., Whiting, R.A., & Roberts, J. (Red.) (2003). *Rituals in families and family therapy*. New York: Norton.
- Johnson, S. (2002). *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors: Strengthening attachment bonds*. New York: Guilford Press.
- Kazdin, A.E. (2004). Psychotherapy for children and adolescents. In: M.J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Behavior Change* (hfdst. 12, p. 543-589). New York: Wiley.
- Kazdin, A.E., & Whitley, M.K. (2003). Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 504-515.
- Korrelboom, K., & Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*. Bussum: Coutinho.
- Krikke, H. (2003). *Als niemand luistert. Verhalen van allochtone meisjes op een zwarte school*. Amsterdam: Van Genneep.
- Kuipers, B. (2005). Ouderschap de baas. Visie op ouderschap en de ouderlijke rol met betrekking tot de regiefunctie in het gezin. In: J. Choy, A. Gerritsen & B. Kuipers (Red.), *Gezin Gezien; systemische interventies in de jeugdhulpverlening* (hfdst. 6, p. 99-112). Alkmaar: Nisto-opleidingen/Parlan.
- Lange, A. (1995). De IPOV (Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst). *Gedragstherapie*, 28 (1), 41-46.
- Lange, A. (1996). Using writing assignments with families managing legacies of extreme traumas. *Journal of Family Therapy*, 18 (4), 375-388.
- Lange, A. (2001). *De Ouder-Kind Interactie Vragenlijst-Revised, OKIV-R; Verantwoording en handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Lange, A. (2006). *Gedragsverandering in gezinnen. Cognitieve gedrags- en systeemtherapie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lange, A. (2010). Het motiveren van cliënten in directieve therapie met congruente en judoachtige technieken. In: K. v.d. Velden, K. Hoogduin en A. Lange (Red.), *Directieve Therapie*. Amsterdam: Boom, 2010 (hfdst.7, 83-96).
- 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., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., Ven, J.-P. van de, Schrieken, B., & Emmelkamp, P.M.G. (2003). INTERAPY. A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 901-909.
- Lederer, W.J., & Jackson, D.D. (1968). *The mirages of marriage*. New York: Norton.
- Leeuwen, K.G. van (2002). Beknopte handleiding voor het praktisch gebruik van de Schaal Ouderlijk Gedrag (SOG).
- Leung, D.W., & Smith Slep, A.M. (2006). Predicting inept discipline: the role of parental depressive symptoms, anger, and attributions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 524-534.
- 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. In Ned.: Groepstherapie met meerdere gezinnen: een effectieve interventie voor kinderen met psychische stoornissen. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 2007, 18(2), 205-238.
- McLeod, B., Wood, J.J., & Weisz, J.R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 155-172.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press. In Ned.: *Gezinstherapie*. Utrecht: Het Spectrum, 1973.
- Minuchin, S., & Fishman, H.Ch. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- 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.
- Nelson, D.R., Hammen, C., Brennan, P.A., & Ullman, J.B. (2003). The impact of maternal depression on adolescent adjustment: The role of Expressed Emotion. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 935-944.
- 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.
- Oenen, F.J., van, Bernardt, C., & Post, L. van der (2007). *Praktijkboek crisisinterventie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Ramsaran, R., & Spaans, B. (Red.). (2003). *Wankele waarden. Levenskwesaties van moslims, belicht voor professionals*. Amsterdam: Van Genneep.
- Rose, Sh.D. (1972). *Treating children in groups*. San Francisco, Cal.: Jossey-Bass.
- Russell, C.S., Bagarozzi, D.A., Atilano, R.B., & Morris, J.E. (1984). A comparison of two approaches to marital enrichment and conjugal skills training: Minnesota Couples

- Communication Program and Structured Behavioral Exchange Contracting. *American Journal of Family Therapy*, 12 (3), 13-25.
- 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. In Ned.: Langdurige follow-up na een aselechte klinische trial met multisystemische therapie voor gewelddadige, zwaar criminele jongeren. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 17(4), 423-445.
- 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*. New York: Wiley (hfdst 13, 590-646).
- Veen-Mulders, L. van (2002). Mediatetherapie bij ouders van kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis. *Directieve Therapie*, 22(2), 150-168.
- Veenstra, G.J., & Scott, C.G. (1993). A model for using time out as an intervention technique with families. *Journal of Family Violence*, 8 (1), 71-87.
- Velden, K. van der, Hoogduin, K., & Lange, A. (2010) (Red.). *Directieve Therapie*. Amsterdam: Boom, 444 pags.
- Vreeswijk, M.F., Broersen, J., & Nadort, M. (Red.). (2008). *Handboek schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 354 blz
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton. In Ned.: *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1970.
- 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.

Steekwoorden: voor searches

Kinderen

Adolescenten

Gezinstherapie

Taxatie

Behandeltechnieken

Onderzoek