

Systemtheoretische benaderingen bij de behandeling van klachten van jongeren

A. Lange en J.-P. van de Ven

Samenvatting

Dit artikel gaat in op de vraag welke systeemtheoretische concepten het meest hebben bijgedragen aan de behandeling van stoornissen van jongeren, met name depressie, angst en gedragsstoornissen. Om deze vraag te beantwoorden zijn eerst de belangrijkste systeemtheoretische stromingen op een rij gezet. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van het onderzoek naar de samenhang tussen gezinsvariabelen en de genoemde stoornissen bij jongeren. Dit wordt gevolgd door een overzicht van het onderzoek naar de effecten van gezinsbehandelingen voor deze stoornissen. Uit dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat vooral het ingrijpen in de rechtstreekse interactie tussen ouders en kind, de manier waarop ouders opvoeden, van belang lijkt te zijn voor de ontwikkeling en het verloop van deze stoornissen. Van de systeemtheoretische stromingen zijn met name de concepten uit de leertheoretische, de structurele, de communicatieve en de psycho-educatieve gezinstherapie van belang, en in iets mindere mate die van de intergenerationale en cybernetische gezinstherapie. Tot slot wordt ingegaan op de discrepantie tussen klinische bevindingen en de gegevens uit gecontroleerd onderzoek, en wordt een pleidooi gedaan voor systematisch onderzoek naar de effectiviteit van multi-dimensionele behandelingspakketten.

1 Inleiding

Vanaf het begin van deze eeuw zijn er publicaties verschenen waarin een verband wordt gelegd tussen psychiatrische stoornissen en de manier waarop leden van het gezin met elkaar omgaan (bijv. Flügel, 1921). In de jaren vijftig nam de op deze notie gebaseerde gezinstherapie een grote vlucht. In deze periode werd de

gezinstherapie ook steeds meer toegepast wanneer het ging om problemen met kinderen. De zogenaamde 'Palo Alto'-groep kwam in die tijd met haar concept van het 'schizofrene gezin': het gezin dat door haar manier van met elkaar omgaan (met name de communicatie tussen moeder en kinderen) een grote kans liep om schizofrene kinderen voort te brengen. De behandeling moest op die communicatie worden gericht (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1956; 1963). Tot in de jaren tachtig hebben belangrijke systeemtheoretische auteurs als Haley (1989) vastgehouden aan dit concept. Minder controversieel en meer praktisch was in die tijd het werk van Minuchin, de structurele gezinstherapeut. In de klassieker *The families of the slums* (Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman & Schumer, 1967) beschrijven hij en zijn medewerkers hoe men jonge delinquenten uit een kansarm gezin het beste met behulp van dat gezin kan behandelen. De ideeën in dat boek staan, zoals we zullen zien, nog ten dele overeind.

In dit artikel wordt ingegaan op de vraag in hoeverre onderzoek de laatste decennia de meerwaarde van gezinstherapie bij de behandeling van kinderen heeft bevestigd. Alvorens ons op deze vraag te richten wordt eerst een korte karakteristiek gegeven van de belangrijkste gezinstherapeutische stromingen. Daarna geven we weer wat er uit onderzoek bekend is over de relatie tussen gezinsinteracties en stoornissen bij kinderen, waarbij we ons beperken tot depressie, angst en gedragsstoornissen. Vervolgens bespreken we het onderzoek naar de effecten van gezinsbehandeling. Hierbij nemen we enkele korte gevalbeschrijvingen op als illustratie en komen we tenslotte toe aan de vraag wat de hierboven genoemde stromingen betekenen voor het behandelen van stoornissen bij kinderen.

2 De gezinstherapeutische stromingen

2.1 Transgenerationale gezinstherapie

Interacties tussen gezinsleden worden volgens de visie van deze stroming gedomineerd door projecties uit het verleden. De relaties in het huidige gezin worden beïnvloed door de relaties die de ouders hadden in hun gezin van herkomst. Het begrip 'loyaliteit' speelt een belangrijke rol. Niet goed verlopende processen van losmaking ten opzichte van het gezin van herkomst 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 intergenerationale 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; Goldenthal, 1991).

2.2 De structurele systeembenadering

De vertegenwoordigers van deze stroming gaan ervan uit dat er pathogene gezinsstructuren zijn. Er wordt veel waarde gehecht aan de aard van de coalities binnen het gezin en de grenzen tussen de subsystemen. Ouders behoren samen een hecht, goed afgegrensd, subsysteem te vormen en de hiërarchie in het gezin te bewaken. Coalities tussen een ouder en één of meer kinderen, waarvan de andere ouder wordt buitengesloten, worden beschouwd als een potentiële bron van psychische stoornis (Colapinto, 1991; Haley, 1980; Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 1981).

2.3 De communicatie-theoretische systeembenadering

Het accent in deze stroming ligt op het blootleggen van wetmatigheden in de manier waarop gezinsleden met elkaar omgaan. In duurzame systemen speelt, al of niet bewust, het willen uitoefenen van invloed een grote rol. Conflicten, die schijnbaar een inhoudelijk meningsverschil betreffen, blijken vaak gebaseerd op de behoefte een stempel te drukken op de onderlinge verhouding (Haley, 1963; Lederer & Jackson, 1968; Segal, 1991; Watzlawick,

Beavin & Jackson, 1967). Het analyseren en doorbreken van dit soort processen met behulp van gerichte opdrachten, wordt binnen deze stroming als de belangrijkste taak van de systeemtherapeut gezien.

2.4 De experiëntiële systeembenadering

In deze stroming gaat men ervan uit dat een tekort aan 'awareness' (het dichtbij de eigen gevoelens staan) de belangrijkste bron is van psychische stoornissen. Om die 'awareness' te vergroten, worden in gezinssessies concepten en technieken uit de individuele gestalttherapie toegepast. Stevige confrontaties worden hierbij niet geschuwd. Anders dan bij de eerder genoemde stromingen, zijn er bij deze benadering geen duidelijke systeemtheoretische concepten (Keith, Connell & Whitaker, 1991; Satir, 1964).

2.5 De leertheoretische en cognitieve systeembenadering

Aanvankelijk zag men binnen deze stroming psychiatrische symptomen voornamelijk als een uitvloeisel van het systematisch bekrachtigen van ongewenst gedrag binnen het gezin of in de relatie tussen partners. De behandeling werd dan ook vooral gericht op het opsporen van dergelijke bekrachtigingspatronen, en op het aanbrengen van veranderingen in deze patronen (Holtzworth-Munroe & Jacobson, 1991; Stuart, 1980). De gedragstherapeutische gezinstherapie is de laatste jaren veelzijdiger geworden. Onder invloed van cognitieve theorieën is men zich ook gaan richten op het beïnvloeden van irrationele gedachten die de interacties tussen gezinsleden schade berokkenen (Dattilio, 1990; Epstein, Baucom & Rankin, 1993; Munson, 1994; Schmaling, Fruzzetti & Jacobson, 1989).

2.6 De cybernetische systeembenadering

Deze benadering gaat terug naar de basis van de systeemtheorie. Het 'orthodoxe' uitgangspunt, dat psychische stoornissen meestal een homeostatische functie hebben en het systeem behoeden voor desintegratie, gaat gepaard aan een onorthodox therapiemodel. De therapeut dient het rigide homeostatische gezinssysteem te doorbreken door de symptomen van 'de patiënt' positief te etiketteren en het gezin te adviseren voorlopig niet te veranderen. Hierbij

wordt verondersteld, dat een dergelijk advies juist de krachten oproept om wél te veranderen (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 1987; Campbell, Draper & Crutchley, 1991; Selvini Palazzoli, 1979).

2.7 De psycho-educatieve gezinstherapie

Hierbij gaat men er van uit dat diverse stoornissen hun grondslag hebben in een neurologische kwetsbaarheid, die zo mogelijk met medicatie behandeld kan worden. Ouders van kinderen dienen over de ziekte, het verloop en de medische behandeling te worden voorgelicht. Zij behoren niet opgezadeld te worden met de gedachte dat zij schuld hebben aan de depressie, de angsten, de gedragsproblemen van hun kind. De rol van het gezin wordt echter niet over het hoofd gezien. Het gezin kan bijdragen aan de noodzakelijke rust, het vermijden van conflicten en negatieve emoties. Deze stroming heeft zich in eerste instantie ontwikkeld bij de behandeling en preventie van terugval bij schizofrene patiënten (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980; Falloon, Boyd & McGill, 1984) en is later ook toegepast bij andere stoornissen.

3 Gezinsinteractie en stoornissen bij kinderen en adolescenten

3.1 Angst en depressie

Retrospectief onderzoek bij volwassen angstige patiënten geeft aanwijzingen dat hun gezin van herkomst onderhevig was aan dysfunctionele interactiepatronen: overprotectie, ambivalentie en negatieve houding van de kant van de ouders (Gerlsma, Emmelkamp & Arrindell, 1990). Aan retrospectief onderzoek kleven uiteraard methodologische bezwaren; de herinneringen kunnen systematisch gekleurd zijn. Kashani et al. (1990) onderzochten derhalve de huidige interactiepatronen in gezinnen met angstige kinderen. De moeders van de meest angstige kinderen scoorden het negatiefst op de door hen gebruikte gezinsrelatiemaat, wat volgens de auteurs wijst op een relatief slechte ouderlijke relatie en weinig harmonie bij de ouders van sterk angstige kinderen in vergelijking met het gezinsklimaat bij minder angstige en normale kinderen. In een studie van Stark, Humphrey, Crook en Lewis (1990) bleek ech-

ter het omgekeerde: moeders van kinderen met een angststoornis zagen het gezinsklimaat positiever dan moeders uit de controlegroep. De angstige kinderen zelf wezen wel op een negatiever gezinsklimaat. Ook Messer en Beidel (1994) vonden bij de ouders geen verschillen in gezinsklimaat tussen gezinnen met angstige en niet-angstige kinderen, en ook hier waren er aanwijzingen dat de angstige kinderen zelf wel problemen hadden met de sfeer in het gezin. Op grond van een analyse van de gegevens van de vaders, moeders en de kinderen gezamenlijk komen de auteurs tot de voorzichtige hypothese dat de sfeer in het gezin slechts een indirecte invloed uitoefent op het angstige kind. Psychopathologie van de ouders zou de werkelijke factor zijn waar het om gaat. We komen later nog op dit aspect terug.

Ginsburg, Silverman en Kurtines (1995) vatten de gegevens van een door hen uitgevoerd literatuuronderzoek op dit terrein samen. Zij komen tot de conclusie dat er een forse kans is om in gezinnen van angstige kinderen onaanpaste gezinsrelaties aan te treffen, met veel conflicten, overmatige controle, weinig support en cohesie en weinig gemeenschappelijke activiteiten.

Er zijn diverse studies die aanwijzingen geven dat er een verband is tussen psychopathologie van de ouders, met name de moeder en unipolaire depressie van kinderen (Beardslee, Keller & Klerman, 1985)). Volgens Gelfand en Teti (1990) en Keller et al. (1986) wordt dit verband behalve door een genetische factor ook verklaard door de geringe opvoedkundige vaardigheid van de moeder en het geringe vermogen om een positief affectieve relatie aan te gaan. Er is flink wat evidentie dat depressieve kinderen het gezinsklimaat als negatiever (minder cohesief en minder steunend, meer dwingend en meer conflictueus) ervaren dan normale kinderen (Kaslow, Deering & Racusin, 1994). De bevindingen inzake correlaties tussen gezinsmetingen en depressie van kinderen zijn echter niet eenduidig. Feldman, Rubenstein & Rubin (1988) en Garrison et al. (1990) vonden geen verband. Reinherz et al. (1989) vonden wel een verband tussen een cohesieve gezinsstructuur en bescherming van adolescenten tegen depressie na stressfull life events. Cole en McPherson (1993) preciseren dit: het blijkt niet zozeer te gaan om de relatie

tussen de ouders en ook niet om de band tussen moeder en de adolescent, maar meest bepalend is de mate van cohesie tussen vader en de adolescent.

Er zijn ook onderzoekers die aanwijzingen vinden voor effecten van systemische variabelen (variabelen die betrekking hebben op de interactie tussen leden van het sociale systeem, met name het gezin). Zo beschrijft Coyne (1984) een interpersoonlijk depressiemodel met cognitieve factoren. Hierin gaat hij er van uit dat depressieve personen met hun symptomen schuldgevoelens oproepen bij andere leden van het systeem, juist doordat zij hun negatieve klachten niet rechtstreeks uiten. Uitgaande van dit model beschrijft Kaslow et al. (1994) haar observatie dat depressieve kinderen vaak hulpeloos acteren om zich van steun en geruststelling te verzekeren. Dit leidt bij sommige ouders tot negatief vijandig gedrag, en bij andere ouders kan het een gevoel van onnipotentie geven, dat zij in stand houden door hun kind op subtiele wijze te bekrachtigen in de negatieve zelfopvattingen. De empirische steun voor deze theorie is echter gering.

Meer steun is er voor de rol van EE (Expressed Emotion). Hoge niveaus van EE blijken net als bij schizofrenie een rol te spelen bij depressie bij kinderen. Depressieve kinderen uit een gezin waar kritiek, vijandigheid en overbetrokkenheid een grote rol spelen, vallen na behandeling en terugkeer in het gezin vaker terug dan kinderen die uit lage EE gezinnen voortkomen (Asarnow, Goldstein, Tompson & Guthrie, 1993).

Op grond van literatuuroverzichten concluderen zowel Kaslow et al. (1994) als Chiariello en Orvaschel (1995) dat gezinsproblemen dan wel geen causale oorzaak zijn van depressie, maar wel degelijk de depressie kunnen 'triggere' bij kinderen die biologisch (genetisch of door 'opgelopen' defecten) kwetsbaar zijn.

3.2 Gedragsstoornissen

Het *Journal of Consulting and Clinical Psychology* heeft in 1991 en 1992 een aantal artikelen opgenomen dat representatief is voor de discussie rond de rol die gezinsvariabelen spelen in de ontwikkeling en handhaving van gedragsstoornissen bij kinderen. De discussie start met een overzichtsartikel van Fauber en Long (1991). Zij bespreken een aantal studies

(o.a. Fauber, Forehand, Thomas & Wierson, 1990) waarin met behulp van multiële regressie-analyses is onderzocht welke variabelen de grootste invloed hebben op het gedrag van gedragsgestoorde kinderen. Uit deze studies blijkt dat het ouderlijk functioneren en het gezinsklimaat geen rechtstreekse voorspellende waarde hebben voor het functioneren van het kind, maar dat dit verloopt via de mediërende factor 'het opvoedkundige gedrag'. Op grond daarvan pleiten de auteurs ervoor niet automatisch alle voorhanden liggende gezinsproblemen in een behandeling te betrekken, maar te onderzoeken op welke wijze (bijv. via het gedrag ten opzichte van het kind) deze van invloed zijn, en de behandeling daarop te richten.

Emery, Fincham en Cummings (1992) zijn het niet eens met de conclusies van Fauber en Long (1991). De statistische analyses zouden de lineaire conclusies van Fauber en Long niet wettigen. Zij baseren zich op experimenteel onderzoek van o.a. Gottman en Katz (1989) en van O'Brien, Margolin, John en Krueger (1991) waaruit blijkt dat gemanipuleerde gezinsconflicten tot cognitieve, affectieve en psychofysiologische reacties bij kinderen leiden zonder dat er sprake was van rechtstreekse interacties tussen een ouder en het kind. Zij pleiten dan ook voor een multidimensionele benadering. Dit houdt in dat zowel het gezinsfunctioneren van de ouders als hun ouderlijk gedrag onderzocht en behandeld worden. Niettemin worden de conclusies van Fauber en Long (1991) ook door anderen bevestigd. Zo hebben Frick, Lahey, Hartdagen en Hynd (1989) en Lahey et al. (1988) aangetoond dat huwelijksproblemen van ouders als factor bij de gedragsstoornis van kinderen verwaarloosbaar worden wanneer er in de multivariate analyses rekening wordt gehouden met het antisociale gedrag van de ouders. Laub en Sampson (1988) vonden zelfs dat het verband tussen criminaliteit van ouders en van de criminaliteit van hun kinderen grotendeels verklaard kon worden uit een ineffektieve hardvochtige opvoeding. Frick et al. (1992) concluderen op grond van een eigen vergelijkend onderzoek bij gezinnen van gedragsgestoorde kinderen en op grond van een openvolging van vergelijkbare studies dat kinderen met gedragsproblemen opvallend vaak ouders hebben met antisociale

persoonlijkheden, die negatieve, agressieve en inconsistente opvoedingsstijlen hanteren.

4 Gezinsinterventies bij de behandeling van stoornissen bij kinderen

4.1 Depressie en angststoornissen

Er is niet veel gecontroleerd onderzoek naar de effecten van gezinsbehandeling bij depressies van kinderen. In een aantal meta-analyses en reviews die de laatste jaren zijn uitgevoerd over de effecten van gezinstherapie komen dergelijke studies niet voor (Markus, Lange & Pettigrew, 1990; Pinosof & Wynne, 1995; Shadish, Ragsdale, Glaser & Montgomery, 1995). Diamond, Serrano, Dickey en Sonis (1996) noemen maar één onderzoek (van Brent, Holder & Kolko, 1993) waarin de gezinsverhoudingen het onderwerp waren van interventie en enkele studies waarin het gaat om Parent Management Training. In een literatuuronderzoek naar gezins- en relationele behandeling van depressie bij volwassenen vinden Prince en Jacobson (1995) weinig aanwijzingen dat relatie- of gezinstherapie bij stemmingsstoornissen superieur is aan individuele cognitieve behandeling. De bevindingen zijn echter moeilijk te interpreteren aangezien de meeste studies gaan over relatietherapie waarbij niet duidelijk is in hoeverre er ook aandacht is geweest voor de individueel pathologische kant van de depressie; en dat blijkt juist van belang te zijn, zoals consistent naar voren komt in de 'reader' van Clarkin, Haas en Glick (1988). Hierbij gaat het vaak om farmacologische interventies (Epstein, Keitner, Bishop & Miller, 1988) en om cognitieve interventies met de nadruk op het uitdagen van negatieve verwachtingen (Dobson, Jacobson & Victor, 1988). Dergelijke individuele benaderingen zijn zeer wel te combineren met gezinstherapie.

Gebaseerd op wat zij noemen 'generations of outcome studies' breken Epstein et al. (1988, p. 159) een lans voor 'problem-centered systems therapy of the family' voor wat betreft de combinatie tussen individuele en gezinsinterventies. Dit therapiemodel voorziet in het algemeen in het nauwkeurig in kaart brengen

van de mate van probleem-oplossend vermogen, de aard van de affectieve responsiviteit en gedragsbeïnvloeding binnen het gezin ten aanzien van verschillende rollen in verschillende levensstadia. Aan de behandeling gaan een uitgebreide taxatie en schriftelijke contracten met de betrokkenen vooraf. Dan verloopt de behandeling volgens vaste stappen: prioriteiten vastleggen, doelen stellen, taken formuleren en evalueren. Wanneer er gezinsleden (ook adolescenten en kinderen) met depressie in het gezin zijn, dan dient de aard en de zwaarte van de depressie te worden vastgesteld en zo nodig eerst of parallel met medicatie te worden behandeld.

Epstein et al. (1988) beschrijven als voorbeeld een 17-jarige scholier die opgenomen was na een episode van een half jaar met depressie, veel alcoholgebruik, drugsgebruik, verbale agressiviteit in het gezin en tenslotte een suïcidepoging. Tot een jaar voorafgaande aan de opname had het gezin goed gefunctioneerd. Toen kreeg de vader een ernstig ongeluk, moest ophouden met werken en kwam als invalide thuis te zitten. Bovendien verloor de jongen in hetzelfde jaar zijn grootvader op wie hij zeer gesteld was geweest. Vader werd depressief en trok zich terug uit de warme, goede relatie met de jongeman. In deze behandeling hoefde geen medicatie te worden verstrekt. Met behulp van gezins- en individuele gesprekken werden bovenstaande verliezen besproken en werden de sterke kanten in het gezinsfunctioneren weer hersteld. Dit leidde tot dramatische verbetering in stemming van de patiënt die vrij snel kon worden ontslagen. Er volgden enkele follow-up gesprekken waaruit kon worden opgemaakt dat het thuis ook goed ging. Helaas verliepen de gebeurtenissen daarna minder voorspoedig: de gezinsgesprekken met de oorspronkelijke behandelaars moesten al vrij snel worden gestopt (het gezin woonde te ver weg) en er was geen vergelijkbare follow-up behandeling in hun woonplaats (al hadden ze zich wel aangemeld bij een instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, vergelijkbaar met een Nederlandse Riagg). Zes maanden later schoot de jongen zich in de klas dood. De auteurs concluderen dat het gezin, door gebrek aan continuïteit in de behandeling, in haar depressieve patroon was teruggevallen.

Een ander voorbeeld uit dezelfde studie betreft een 16-jarige zwaar depressieve jongen, die opgenomen was na een aantal suicide-pogingen. Zijn vader was overleden toen hij drie jaar was. Zijn moeder hertrouwde enkele jaren later en er ontstond een warme en positieve relatie met zijn stiefvader. Een jaar voorafgaande aan de opname stierf deze man. Sinds die tijd woonde hij met zijn moeder alleen. Zijn moeder was een sterke vrouw, die vooral uitblonk in haar verzorgende rol. Andere aspecten van ouderlijk gedrag waren niet sterk bij haar vertegenwoordigd. Toen haar tweede man ziek werd stortte zij zich op diens verzorging en voelde de jongen zich van haar vervreemd. Hij werd geïsoleerd en eenzaam. In het begin van de behandeling kreeg de jongen anti-depressiva. Toen deze eenmaal aansloegen werd het mogelijk om een gezinsbehandeling te richten op de problemen tussen moeder en zoon. De jongen floreerde in deze behandeling. Hij bleek flexibeler dan zijn moeder en was sneller dan zij in staat tot verandering in de onderlinge verhouding. Maar ook zij reageerde uiteindelijk goed op dit aspect van de behandeling. Een jaar na ontslag functioneerde de jongen goed en waren de veranderingen in de relatie tussen moeder en zoon in stand gebleven.

Over gezinsbehandeling bij kinderen met angststoornissen zijn nog minder onderzoeksgegevens dan ten aanzien van depressie. Diamond et al. (1996) noemen in hun overzicht maar één vergelijkende studie (Barrett, Dadds, Rapee & Ryan, 1993), waarin individuele cognitieve therapie wordt gecombineerd met een gezinsinterventie. Bij 88% van de kinderen leidt dit ertoe dat zij niet meer voldoen aan de diagnostische criteria voor angststoornis. Individuele cognitieve therapie zonder gezinsinterventie heeft een lager succespercentage (61%). Uit de beschrijving wordt de aard van de gezinsinterventie echter niet duidelijk.

Een literatuuronderzoek van Estrada en Pinsof (1995) geeft ook een magere oogst. De onderzoeken die gevonden werden, hadden betrekking op angst in het donker, simpele fobieën en schoolfobie. In alle studies ging het om 'parents aided', dus door ouders ondersteunde behandeling. De focus lag op rechtreekse behandeling van de angst van het kind, met behulp van verandering van operante ketens, cognitieve therapie en coping strate-

gieën, waarbij de ouders waren betrokken. De relaties tussen de ouders onderling en gezinsrelaties stonden in de gerapporteerde studies niet ter discussie. Alleen Ginsburg et al. (1995) beschrijven een project waarin ouders van angstige kinderen zelf het doelwit van de behandeling kunnen zijn, daar waar zijzelf (wat vaak het geval is) last hebben van angsten. Ginsburg et al. (1995) maken hierbij gebruik van protocollen waarin bijvoorbeeld het angstige kind en de angstige ouder elkaar helpen bij het uitvoeren van exposure-taken (waarbij men zich blootstelt aan een angstige situatie).

Dat het betrekken van de ouders bij de behandeling toch wel een extra bijdrage kan leveren zien we geïllustreerd in een gevalbeschrijving van Lange (1994, hfdst. 3). Hierin wordt een 11-jarig meisje beschreven dat al meer dan een jaar leed aan een schoolfobie. Sinds een maand ging ze helemaal niet meer naar school. Elke ochtend had ze last van buikpijn, wat haar belette om op te staan. Grondig medisch onderzoek bracht geen lichamelijke oorzaak aan het licht. Als haar ouders druk uitoefenden om toch op te staan en naar school te gaan werd de pijn alleen maar erger. Om een uur of elf begon ze zich meestal beter te voelen. Ze stond dan op, hielp haar moeder een beetje in het huishouden en ging met haar boodschappen doen. 's Avonds, voor het naar bed gaan, begonnen haar lichamelijke klachten terug te komen. Het meisje had twee oudere zusters die geen problemen vertoonden. Haar vader was een hard werkende vertegenwoordiger die meestal pas laat in de avond thuis kwam. Haar moeder was huisvrouw. Aangezien zij geen werk buitenshuis had, besteedde zij al haar tijd en aandacht aan het huis en de kinderen.

Het meisje was intelligent genoeg, maar had last van een combinatie van een extreem hoog aspiratieniveau en faalangst. De problemen waren begonnen toen zij naar een nieuwe klas was gegaan met kinderen die ouder waren dan zij en een nieuwe leraar die zij niet aardig vond. Hoewel haar ouders niet veel gemeenschappelijks leken te hebben waren er geen zichtbare huwelijksconflicten. Haar moeder was betrekkelijk eenzaam, maar dit leidde niet tot conflicten met haar man. Het had waarschijnlijk wel invloed op de verhouding tussen dochter en moeder. Deze verhouding was nogal symbiotisch. Door thuis te blijven leverde het meisje

aan moeder een 'bestaansrecht' en moeder bekrachtigde het niet naar school gaan door allerlei dingen met haar dochter te gaan ondernemen.

De therapeute besprak met het gezin de vicieuze cirkel van bekrachtiging waarin de dochter was terecht gekomen. Er werd afgesproken dat moeder ervoor ging zorgen dat de leraar dagelijks zoveel huiswerk bij het meisje zou laten bezorgen dat ze de klas weer zou kunnen inhalen. Ze zou zelfs vooruit werken. Dit zou haar terugkomst in de klas kunnen faciliteren. Als zij niet naar school ging, zou zij op haar kamer blijven en huiswerk maken gedurende de uren dat zij anders op school zou zijn. Het was haar verboden om moeder te helpen, mee te gaan boodschappen doen, of te spelen.

Binnen twee weken ging het meisje weer naar school. De crisis was over, maar er waren onderliggende structuren waaraan iets moest worden gedaan. De dochter vertoonde diverse symptomen van sociale angst, die tot gevolg zouden kunnen hebben dat de schoolfobie opnieuw zou toeslaan. Dit werd behandeld met behulp van individuele cognitieve gedrags therapie, die uit twee componenten bestond. Enerzijds stond het uitdagen van dysfunctionele gedachten centraal: door middel van het stellen van vragen over voor het meisje vanzelfsprekend geworden gedachtengangen en door het blootleggen van strijdigheden in de onderliggende redeneringen werd zij aan het twijfelen gebracht over contra-productieve cognities (Arntz, 1991). Aan de andere kant werd volop aandacht besteed aan het vergroten van haar sociale vaardigheden (door middel van rollenspelen). De patiënte had plezier in deze training en veranderde aanmerkelijk.

Nadat de behandeling al een zekere mate van succes had gehad, werd alsnog geïnterve-neerd op het niveau van het gezinssysteem. Moeder was immers nogal eenzaam. Stilletjes had dit patroon ertoe bijgedragen dat het moeder wel goed uitkwam als haar dochter thuis bleef. Dit aan de kaak te stellen leek echter niet de juiste aanpak. De ouders waren niet voor dit soort confrontaties gekomen. In plaats daarvan besprak de therapeut met de ouders de levensfasen waarin zij (speciaal moeder) nu verkeerden. Aangezien de kinderen overdag niet meer thuis waren zou het misschien goed zijn als ook moeder enige bezigheden buitenshuis zou creë-

ren. Moeder was het hiermee eens en werd daarin gesteund door vader.

In een follow-up sessie een half jaar later bleken de veranderingen meer dan stand te hebben gehouden; moeder was lid geworden van een fitness club en deed vrijwilligerswerk. Het beviel haar uitstekend. Bovendien had haar toegenomen onafhankelijkheid haar kennelijk aantrekkelijker voor haar echtgenoot gemaakt. Hij was vaker thuis en ze gingen regelmatig samen uit. Hun dochter vertoonde geen terugval.

4.2 Gedragsstoornissen

In tegenstelling tot bij depressie en angst is er flink wat gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van gezinsbehandelingen van gedragsstoornissen bij kinderen en adolescenten. Zo doen Henggeler, Melton en Smith (1992) verslag van een studie bij 84 jeugdige delinquenten waarbij een 'multi-systemic therapy' groep (MST) vergeleken werd met een controlegroep. De MST bestond uit een eclectische gezinstherapie die op maat van het kind en het gezin was gesneden, en waarbij gezins- en gedragstherapie werden geïntegreerd. Diamond et al. (1996) brengen enkele studies vanuit de 'Functional Family Therapy' (FFT) van Alexander (1988) in herinnering. Deze FFT kan beschouwd worden als een op cybernetische leest geschoeide eclectische gezinsbehandeling, waarin getracht wordt het tot zondebok maken van de geïdentificeerde patiënt te voorkomen in combinatie met Parent Management Training. Deze behandeling en de eerder beschreven MST van Henggeler et al. (1992) doen denken aan het hierboven door Epstein et al. (1988) beschreven model van problem-centered therapie, waarbij in dit geval extra nadruk leek te liggen op 'parenting management', de manier waarop ouders hun opvoedkundige taken waarmaken. De resultaten waren positief, met significante effecten met betrekking tot crimineel gedrag, en ook met betrekking tot gezinsvariabelen als 'cohesie binnen het gezin'. Het is jammer dat in dit onderzoek niet is nagegaan in hoeverre de gezinsvariabelen een mediërende rol spelen bij het voorkomen van nieuwe criminaliteit.

Sayger, Horne en Glaser (1993) voerden bij een populatie van niet al te zwaar gedragsgestoorde kinderen een uitgebreide Parent Management Training (PMT) uit die was

gebaseerd op de sociale leerprincipes van Patterson, Reid, Jones en Conger (1975). De gedragsproblemen thuis verminderden, bovendien zetten de veranderingen zich door in de klas. Opvallend was dat bij de groep van gezinnen waar de ouders het samen niet zo best hadden, de PMT ertoe leidde dat de tevredenheid van de ouders met hun onderlinge relatie significant toenam. Ook de gevoelens van cohesie in het gezin namen toe. Deze bevindingen suggereren dat de causaliteit bij gedragsstoornissen niet begint bij de ouderlijke relatie, maar dat – omgekeerd – slecht opvoedingsgedrag van de ouders leidt tot moeilijkheden en spanningen in het gezin. Dit komt overeen met bevindingen die we in de sectie over gezinsinteractie hebben besproken.

Estrada en Pinsof (1995) voerden een literatuuronderzoek uit. Op grond hiervan komen zij tot de volgende conclusies: van PMT is weliswaar aangetoond dat het positieve effecten heeft voor kinderen met gedragsstoornissen, maar er zijn ook flink wat aanwijzingen dat aanvullende behandelingscomponenten van belang zijn, zoals training van zelf-controle van ouders en het veranderen van de cognities van de ouders met betrekking tot het betreffende kind. Verder vonden zij studies die erop wezen dat als de relatie tussen de ouders niet goed is, het aanpakken daarvan de kans op een positieve verandering bij het kind vergroot. Er zijn geen studies gevonden die traditionele gezinstherapie sec (waarbij de aandacht alleen ligt op de structuur en de gezinsinteracties) vergelijkt met behandelingen waarin gezinsinterventies worden gecombineerd met PMT.

Bovenstaande wordt geïllustreerd door een momenteel 'lopende' behandeling in de eigen praktijk. Het betreft een jongen van 12 jaar. Bij diens aanmelding vertelt de moeder dat er ook gezinsproblemen zijn, met name een slechte relatie tussen de ouders en tussen de kinderen onderling. Er volgt een gezinsintake en een gesprek met de ouders. De slechte verhouding tussen de ouders blijkt er inderdaad te zijn. Moeder is een emotionele, ietwat chaotische vrouw; vader een wat sombere, enigszins cynische man. De verhouding met zijn vrouw vindt hij hopeloos. Ze maakt overal toestanden over. In tegenstelling tot zijn vrouw is hij niet bereid om veel aan hun onderlinge problemen te doen. Hij wil wel bij de behandeling betrokken blij-

ven om te zien wat ze aan hun zoon kunnen doen. Het behandelingscontract wordt derhalve daarop gericht: de ouders leren om anders met hun zoon (eventueel ook met hun tienjarige dochter die minder problemen geeft) om te gaan: Parent Management Training derhalve. Alvorens tot gezinszittingen over te gaan vraagt de therapeut elk der ouders om bij wijze van huiswerk een aantal concrete doelen op te stellen voor verandering in het gedrag van de jongen, en daarbij aan te geven in welke volgorde zij die doelen hopen te bereiken. In de eerste gezinszitting wordt het eerste doel geselecteerd: stoppen met voortdurend zingen en lawaai maken (de jongen blijkt in huis, in welke ruimte dan ook een voor de anderen enorme hoeveelheid storend lawaai te maken, niet om te pesten maar omdat hij dat leuk vindt). De therapeut helpt de ouders om met hun zoon te onderhandelen. Er komt een precieze afspraak uit de bus: de ouders zullen de momenten registreren waarop hun zoon het 'target' gedrag vertoont op een manier die overlast veroorzaakt. Zij zullen hem dan eenmaal vragen om op te houden. Als hij die waarschuwing opvolgt levert dit hem 50 cent op met een maximum van f 5,- per week. Elke dag waarop geen waarschuwing nodig is levert hem een gulden op. Het principe dat belonen beter is dan straffen blijkt goed te werken. Het 'target' gedrag verdwijnt. Iedereen, inclusief de zoon is tevreden. De afspraak wordt verlengd, en na enige tijd wordt de beloning geleidelijk teruggeschroefd. Inmiddels blijkt een tweede doelstelling belangrijk te zijn: pesten en uitschelden van zijn jongere zusje. De therapeut helpt zijn ouders om met hem en zijn zusje hierover te onderhandelen. Hier komt eveneens een afspraak uit de bus, die hem bij positief gedrag een beloning oplevert. Ook zijn zusje kan een beloning verdienen als zij nalaat hem te treiteren. Ook deze afspraken worden goed en naar tevredenheid nagekomen. Het gezin is verbaasd dat dergelijke op het oog simpele afspraken zoveel veranderingen bewerkstelligen. De behandeling loopt nog, maar het laat zich aanzien dat de veranderingen standhouden, temeer daar de ouders en de kinderen er zich zeer door aangesproken voelen. Net als in de hierboven beschreven studie van Sayger et al. (1993) blijkt het samen bezig zijn met positiever en effectiever opvoedingsgedrag dan voorheen

een gunstige invloed op de onderlinge verhouding van de ouders te hebben.

Er zijn minder studies over het effect van gezinsbehandeling bij ADHD dan bij gedragsstoornissen. De literatuur samenvattend komen Estrada en Pinsof (1995) tot de conclusie dat ook hier PMT het meest effectief lijkt, maar dat de effecten vooral betrekking hebben op de gedragsproblemen (ongehoorzaamheid en agressie) van de ADHD-kinderen. Met betrekking tot de typische ADHD-kant (de impulsiviteit, de concentratieproblemen en overactiviteit) is van PMT en andere gezinsinterventies sèc nog geen overtuigend effect aangetoond (Diamond et al., 1996). Wel zijn er duidelijke aanwijzingen dat intensieve multidimensionele gezinstherapie in combinatie met psychofarmaca (bijv. methylfenidaat) positieve effecten oplevert: beter functioneren thuis en op school, en, wat betreft delinquente jongeren, minder arrestaties (Satterfield, Satterfield & Schell, 1987).

5 Conclusies

Het meeste onderzoek naar de interacties in gezinnen bevat aanwijzingen dat het niet de interactiepatronen of structurele variabelen in het gezin zijn die vooral samenhangen met angst, depressie en gedragsstoornissen bij kinderen. Van groter belang lijken de gezinsvariabelen die ingrijpen in de rechtstreekse interactie tussen de ouders en hun kinderen: psychopathologie van de ouder, een al te kritische houding, inconsistent en agressief opvoeden en (bij angstige kinderen) ook het bekrachtigen van de angsten. In het schaarse Nederlandse onderzoek vinden we aanwijzingen dat dit ook geldt voor somatiserende kinderen. Osterhaus, Lange en Richard (in voorbereiding) vonden dat onverklaarbare somatische klachten van kinderen vooral samenhangen met het niet kunnen uiten van gevoelens in het gezin en met een hoog aspiratieniveau en negatief gedrag van de vaders. De moeders bleken een minder grote rol te spelen.

Opvallend is dat er in nogal wat onderzoek wordt geconcludeerd dat niet de interacties de verklarende factor zijn, maar de psychopathologie van de ouder (De Haan, 1991). Het is echter aannemelijk dat deze psychopathologie

toch van grote invloed is op de interactie van die ouder met de rest van het gezin (in casu het kind), hetgeen gevolgen heeft voor de ontwikkeling en handhaving van klachten bij het kind. Deze redenering klopt met het klassiek geworden onderzoek van Patterson (1982) waarin de interactie tussen ouders en gedragsgestoorde kinderen minutieus in kaart werd gebracht. Inconsistente patronen van aandacht en straf leidden tot toenemende opstandigheid van de kinderen, wat weer leidde tot toename van inconsistentie en negatieve aandacht door de ouders. Ook de gegevens van Frick et al. (1989) wijzen op het belang van de ouderlijke opvoedingsstijl. Een antisociale persoonlijkheidsstijl van ouders blijkt de opvoeding in negatieve zin te beïnvloeden en tot gedragsstoornissen te leiden. Het klopt ook met de bevindingen van Epstein et al. (1988) en Gelfand en Teti (1990) wat betreft depressie.

In veel van de onderzoeken worden differentiële effecten gevonden voor de verhouding tussen het kind en de vader versus de verhouding met moeder. Dit vraagt om een meer precieze diagnostiek dan in het algemeen gebruikelijk is. In dat verband rapporteren Lange, Blonk, Wiers en Van der Schaar (in druk) over een diagnostisch instrument (de Ouder-Kind Interactie Vragenlijst, OKIV) waarmee de opvoedkundige relatie tussen beide ouders apart met elk kind in het gezin kan worden vastgelegd. Het instrument is gebaseerd op de Family Assessment Measure van Skinner, Steinhauer en Santa-Barbara (1983). Met behulp van dit instrument toonden Blonk, Wolbert, Hansen, Heijdra en Snippert (1993) aan dat de effecten van een vaardigheidstraining voor sociaal angstige kinderen vooral werden gemedieerd door de verhouding van het betreffende kind met de moeder. In het eerder benoemde onderzoek van Cole en McPherson (1993) bleek daarentegen dat bij de ontwikkeling van depressie bij adolescenten de verhouding met de vader een speciale rol speelt. In toekomstig onderzoek naar de ontwikkeling en het beloop van stoornissen bij kinderen zal het van belang zijn de gedragsverhoudingen tussen elk der ouders en de kinderen in kaart te brengen en te toetsen op de predictieve waarde ervan. Daarbij dient ook het ouderlijk gedrag ten opzichte van de niet-gestoorde kinderen te worden betrokken.

De resultaten van het onderzoek naar behandelingseffecten zijn in lijn met de bevindingen in het onderzoek naar de gezinsinteracties. Bij alle drie de onderzochte stoornissen blijken gezinsinterventies in ieder geval van belang te zijn voor zover ze ingrijpen in het ouderlijk gedrag ten opzichte van het kind (Parent Management Training). Uit de literatuur wordt niet altijd duidelijk hoe de omgeving waarin de PMT is uitgevoerd, er uit heeft gezien. Vaak gaat het om 'mediatietherapie' waarbij het kind eenmaal is gezien en de behandeling verder alleen met de ouders wordt uitgevoerd. Soms zijn ouders en het 'target' kind, of zelfs meerdere kinderen, gezamenlijk bij de PMT betrokken. Klinisch lijken er weinig nadelen en veel voordelen aan de laatstgenoemde vorm te kleven (vgl. Lange, 1994, hfdst.13). Van gezinsinterventies *sec.*, die betrekking hebben op bijvoorbeeld de ouderlijke relatie of de algehele structuur van het gezin, is het effect minder duidelijk aangetoond.

Wat betekenen deze onderzoeksgegevens voor de verschillende systeemtheoretische scholen? De experiëntiële gezinstherapie lijkt geen bijdrage te kunnen leveren in de behandeling van stoornissen van kinderen. Ook voor de toepassing van de cybernetische gezinstherapie op zich vinden we weinig ondersteuning – wèl in combinatie met PMT, wanneer er duidelijke aanwijzingen zijn voor een symbiotische relatie tussen het kind en één of meer gezinsleden. De concepten uit de intergenerationele gezinstherapie zijn alleen van belang als een ouder geblokkeerd is in noodzakelijk opvoedingsgedrag door de manier waarop hij of zij zelf is opgevoed. De claims van de structurele gezinstherapie uit de jaren zestig zijn wat betreft de gedragsstoornissen voor een deel gerechtvaardigd gebleken. Met name het accent op de noodzakelijke 'hiërarchie' (het nemen van ouderlijke verantwoordelijkheid) is een aspect dat direct verweven is met de opvoedkundige taken die van belang zijn gebleken. De concepten uit de communicatietheoretische stroming kunnen van belang zijn als ouders er door onderlinge machtsstrijd niet goed in slagen één duidelijke lijn in de opvoeding uit te stippelen. Het ontwarren van de machtsstrijd kan hen helpen om hun opvoedkundige taken beter uit te voeren. De communicatie-concepten kunnen bovendien rechtstreeks gebruikt worden in de

opvoedkundige interactie tussen ouders en kinderen, in die gevallen waarin de conflicten met kinderen door machtsstrijd tussen ouders en kinderen geïnstigeerd en gehandhaafd blijken te worden. De nadruk op Parent Management bij vooral gedragsstoornissen vindt uiteraard een belangrijk aanknopingspunt in de leertheoretische gezinstherapie met de nadruk op exacte gedragsanalyses, dat wil zeggen het in kaart brengen en veranderen van bekrachtigingspatronen (vgl. Lange, 1994 hfdst. 13). De psycho-educatieve vorm van gezinstherapie blijkt eveneens van grote waarde. In nagenoeg al de besproken onderzoeken komt naar voren dat het van belang is om schuldgevoelens bij ouders over de stoornis van het kind weg te nemen, en om voorlichting te geven over de individuele kant van de stoornis en de manieren om er mee om te gaan.

Tot slot: Als we de onderzoeksliteratuur op ons laten inwerken dan wordt het duidelijk dat bij stoornissen bij kinderen zowel de individuele aanleg als de aangeleerde component een grote rol kan spelen en dat deze rechtstreeks, al of niet met behulp van de ouders, behandeld moet worden. Het is echter ook duidelijk dat er bij de ouders zelf, in hun relatie met het kind, of in hun onderlinge relatie, factoren *kunnen* spelen die een eenzijdig op het kind gerichte behandeling bemoeilijken, zelfs ineffectief maken. Dit vraagt om een op maat gesneden multi-dimensionele aanpak waarin zowel de op het kind gerichte interventie als de voor dat gezin specifieke nodige gezinsinterventies mogelijk zijn. Diamond et al. (1996) vraagt zich af hoe het komt dat er zoveel aanwijzingen zijn voor de invloed van gezinsrelaties op het ontstaan en handhaven van depressie en angst bij kinderen, terwijl er toch maar zeer weinig systematisch onderzoek naar is gedaan. De oorzaak ligt er waarschijnlijk in dat dergelijke behandelingsvormen moeilijker in gecontroleerde experimenten zijn te onderzoeken dan strak geprotocolleerde onderzoeken. Markus et al. (1990) stelden op grond van een meta-analyse dan ook vast, dat er geen effectstudies waren met betrekking tot een multidimensionele gezinstherapie. In de hier onderzochte onderzoeksliteratuur komen we zulke behandelingsvormen ook nauwelijks tegen. Ginsburg et al. (1995) beschrijven wel een gelaagde behande-

lingsopzet voor gezinnen met angstige kinderen, maar rapporteren geen systematisch onderzoek daarnaar. Een uitzondering vormt het onderzoek van Henggeler et al. (1992) bij delinquenten kinderen, waar inderdaad een meerwaarde wordt gevonden boven behandeling in een forensische kliniek. Het lijkt van belang om in de toekomst onderzoek te verrichten naar gezins- en ouderfactoren die predictief zijn voor het al of niet slagen van individuele behandelingen bij kinderen. Vervolgens kunnen de hieruit voortkomende multi-dimensionele gezinsbehandelingen op hun effectiviteit worden onderzocht.

Literatuur

- Alexander, J.F. (1988). Phases of family therapy process: A framework for clinicians and researchers. In L.C. Wynne (Eds.), *The state of the art of family therapy research* (pp. 175-188). New York: Family Process Press.
- Anderson, C.M., Hogarty, G.E., & Reiss, D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 490-505.
- Arntz, A. (1991). Principes en technieken van de cognitieve therapie. *Directieve Therapie*, 11, 252-268.
- Asarnow, J.R., Goldstein, M.J., Tompson, M., & Guthrie, D. (1993). One-year outcomes of depressive disorders in child psychiatric in-patients: Evaluation of the prognostic power of a brief measure of expressed emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 129-137.
- Barrett, P.M., Dadds, R.M., Rapee, R.M., & Ryan, S. (1993). *Cognitive-behavioral and family therapy for childhood anxiety disorders: A controlled trial*. Presentation at the annual convention of the Association for the Advancement of Behavioral Therapy, Atlanta.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Sciences*, 1 (4), 251-264. Ook In D.D. Jackson (Eds.), *Communication, family and marriage. Human communication, Vol. 1*. Palo Alto, CA.: Science and Behavior Books, 1968. En in G. Bateson. *Steps to an ecology of mind*. New York: Bantam Books, 1972.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., & Weakland, J. (1963). A note on the double bind. *Family Process*, 2, 154-161.
- Beardslee, W.R., Keller, M.B., & Klerman, G.D. (1985). Children of parents with affective disorder. *International Journal of Family Psychiatry*, 1985, 6(3), 283-299.
- Blonk, R., Wolbert, A., Hansen, H., Heijdra, E., & Snippert, M. (1993). *Samenhang tussen ouder-kind interactie en sociale (in)competentie bij kinderen. Betrouwbaarheid en validiteit van de Ouder-Kind Interactie Vragenlijst (okiv)*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Vakgroep Klinische Psychologie.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., & Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. New York: Basic Books.
- Boszormenyi-Nagy, I., Grunebaum, J., & Ulrich, D. (1991). Contextual therapy. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy, Vol. 2* (pp. 200-238). New York: Brunner/Mazel.
- Brent, D., Holder, D., & Kolko, D. (1993). *A psychotherapy treatment for depressed adolescents: Models and treatment integrity*. Panel Presentation at the Society for Psychotherapy Research. Pittsburgh.
- Campbell, D., Draper, R., & Crutchley, E. (1991). The Milan systemic approach to family therapy. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy, Vol. 2* (pp. 325-362). New York: Brunner/Mazel.
- Chiariello, M.A., & Orvaschel, H. (1995). Patterns of parent-child communication: relationship to depression. *Clinical Psychology Review*, 15, 395-407.
- Clarkin, J.F., Haas, G.L., & Glick, I.D. (Eds.) (1988). *Affective disorders and the family: assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Colapinto, J. (1991). Structural family therapy. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy, Vol. 2* (pp. 417-443). New York: Brunner/Mazel.
- Cole, D.A., & McPherson, A.E. (1993). Relation of family subsystems to adolescent depression: Implementing a new family assessment strategy. *Journal of Family Psychology*, 7, 119-133.
- Coyne, J.C. (1984). Strategic therapy with married depressed persons: Initial agenda, themes, and interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10, 53-62.
- Dattilio, F.M. (1990). Cognitive marital therapy: A case report. *Journal of Family Psychotherapy*, 1, 15-31.

- Diamond, G.S., Serrano, A.C., Dickey, M., & Sonis, W.A. (1996). Current status of family-based outcome and process research. *Journal American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1-11
- Dobson, K.S., Jacobson, N.S., & Victor, J. (1988). Integration of cognitive therapy and behavioral marital therapy. In J.F. Clarkin, G.L. Haas & I.D. Glick, (Eds.), *Affective disorders and the family: assessment and treatment* (pp. 53-88). New York: Guilford Press.
- Emery, R.E., Fincham, F.D., & Cummings, E.M. (1992). Parenting in context: systemic thinking about parental conflict and its influence on children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 909-912.
- Epstein, N., Baucom, D.H., & Rankin, L.A. (1993). Treatment of marital conflict: A cognitive-behavioral approach. *Clinical Psychology Review*, 13, 45-57.
- Epstein, N.B., Keitner, G.I., Bishop, D.S., & Miller, I.W. (1988). Combined use of pharmacological and family therapy. In Clarkin, J.F., Haas, G.L., & Glick, I.D. (Eds.), *Affective disorders and the family: assessment and treatment* (pp. 153-172). New York: Guilford Press.
- Estrada, A.U., & Pinsof, W.M. (1995). The effectiveness of family therapies for selected behavioral disorders of childhood. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 403-440.
- Falloon, I.R.H., Boyd, J.L., & McGill, Ch.W. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Fauber, R.L., & Long, N. (1991). Children in context: The role of the family in child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 813-820.
- Fauber, R.L., Forehand, R., Thomas, A.M., & Wierson, M. (1990). A mediational model of the impact of marital conflict on adolescent adjustment in intact and divorced families: The role of disrupted parenting. *Child Development*, 61, 1112-1123.
- Feldman, S.S., Rubenstein, J.L., & Rubin, C. (1988). Depressive affect and restraint in early adolescents: Relationships with family structure, family process and friendship. *Journal of Early Adolescence*, 8, 279-296.
- Flügel, J.C. (1921). *The psychoanalytic study of the family*. London: Hogarth Press.
- Frick, P.J., Lahey, B.B., Hartdagen, S.E., & Hynd, G.W. (1989). Conduct problems in boys: relations to maternal personality, marital satisfaction, and socio-economic status. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 114-120.
- Frick, P.J., Lahey, B.B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M.A.G., & Hanson, K. (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 49-55.
- Garrison, C.Z., Jackson, K.L., Marsteller, F., McKeown, R.E., & Addy, C. (1990). A longitudinal study of depressive symptomatology in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 581-585.
- Gelfand, D.M., & Teti, D.M. (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology Review*, 10, 329-353.
- Gerlsma, C., Emmelkamp, P.M.G., & Arrindell, W.A. (1990). Anxiety, depression, and perceptions of early parenting: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10, 251-278.
- Ginsburg, G.S., Silverman, W.K., & Kurtines, W.K. (1995). Family involvement in treating children with phobic and anxiety disorders: A look ahead. *Clinical Psychology Review*, 15, 457-473.
- Goldenthal, P. (1991). Contextual therapy with children and families. In P.A. Keller & S.R. Heyman (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (pp. 85-97). Sarasota: Professional Resource Press.
- Gottman, J.M., & Katz, L.F. (1989). Effects of marital discord on young children's peer interaction and health. *Developmental Psychology*, 25, 373-381.
- Haan, E. de (1991). Angstige ouders, angstige kinderen? *Kind en Adolescent*, 12, 167-175.
- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton. Nederlandse uitgave: *Strategieën in de psychotherapie*. Utrecht: Bijleveld.
- Haley, J. (1980). *Leaving home*. New York: McGraw-Hill.
- Haley, J. (1989). The effect of long-term outcome studies on the therapy of schizophrenia. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, 127-132.
- Henggeler, S.W., Melton, G.B., & Smith, L.A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 60, 953-961.
- Holtzworth-Munroe, A., & Jacobson, N.S. (1991). Behavioral marital therapy. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family ther-*

- py, Vol. 2 (pp. 96-133). New York: Brunner/Mazel.
- Kashani, J.H., Vaidya, A.F., Soltys, S.M., Dandoy, A.C., Katz, L.M., & Reid, J.C. (1990). Correlates of anxiety in psychiatrically hospitalized children and their parents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 319-323.
- Kaslow, N.J., Deering, C.G., & Racusin, G.R. (1994). Depressed children and their families. *Clinical Psychology Review*, 14, 39-55.
- Keith, D.V., Connell, G.M., & Whitaker, C.A. (1991). The symbolic-experiential approach to the resolution of therapeutic obstacles in family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 2, 41-56.
- Keller, M.B., Beardsley, W.R., Dorer, D.J., Lavori, P.W., Samuelson, H., & Klerman, G.R. (1986). Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive functioning and psychopathology of children. *Archives of General Psychiatry*, 43, 930-937.
- Lahey, B.B., Hartdagen, S.E., Frick, P.J., McBurnett, K., Connor, R., & Hynd, G.W. (1988). Conduct disorder: parsing the confounded relation to parental divorce and antisocial personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 334-337.
- Lange, A. (1994). *Gedragsverandering in gezinnen*, 6e compleet herziene druk. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lange, A., Blonk, R., Wiers, R., & Schaar, D. van der (in druk). De Ouder-Kind Interactie Vragenlijst (OKIV). *Kind en Adolescent*.
- Laub, J.H., & Sampson, R.J. (1988). Unraveling families and delinquency: a re-analysis of the Gluecks' data. *Criminology*, 26, 355-380.
- Lederer, W.J., & Jackson, D.D. (1968). *The mirages of marriage*. New York: Norton.
- Markus, E., Lange, A., & Pettigrew, T. (1990). The effectiveness of family therapy: A meta-analysis. *Journal of Family Therapy*, 12, 205-222.
- Messer, S.C., & Beidel, D.C. (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 975-983.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press. Nederlandse uitgave: *Gezinstherapie*. Utrecht: Het Spectrum, 1973.
- Minuchin, S., & Fishman, H.Ch. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: 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*. (pp. 19) New York: Basic Books.
- Munson, C.E. (1994). Cognitive Family Therapy. In D.K. Granvold (Eds.), *Cognitive and behavioral treatment; Methods and applications* (pp 19). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- O'Brien, M., Margolin, G., John, R.S., & Krueger, L. (1991). Mothers' and sons' cognitive and emotional reactions to simulated marital and family conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 692-703.
- Osterhaus, S.O.L., Lange, A., & Richard, R. (in voorbereiding). The influence of family factors on the reporting of secondary symptoms in young headache patients.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia Publishing Co.
- Patterson, G.R., Reid, J.B., Jones, R.R., & Conger, R.E. (1975). *A social learning approach to family intervention: Vol. 1. Families with aggressive children*. Eugene, OR: Castalia.
- Pinsof, W.M., & Wynne, L.C. (1995). The efficacy of marital and family therapy: an empirical overview, conclusions, and recommendations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 585-613.
- Prince, S.E., & Jacobson, N.S. (1995). A review and evaluation of marital and family therapies for affective disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 377-401.
- Reinherz, H.Z., Stewart-Barghauer, G., Pakiz, B., Frost, A.K., Moeykens, B.A., & Holmes, W.M. (1989). The relationship of early risk and current mediators to depressive symptomatology in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 942-947.
- Satir, V. (1964). *Conjoint family therapy*. San Francisco, CA: Science and Behavior Books.
- Satterfield, J.H., Satterfield, B., & Schell, A.M. (1987). Therapeutic interventions to prevent delinquency in hyperactive boys. *Journal American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 56-64.
- Sayger, T.V., Horne, A.M., & Glaser, B.A. (1993). Marital satisfaction and social learning family therapy for child conduct problems: Generalization of treatment effects. *Journal of Marital and Family Therapy*, 19, 393-402.
- Schmaling, K.B., Fruzzetti, A.E. & Jacobson, N. (1989). Marital problems. In K. Hawton, P.M. Salokovskis, J. Kirk & D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems; A practical guide* (pp. 339-369). Oxford: Oxford University Press.

- Segal, L. (1991). Brief therapy: The MRI approach. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy, Vol. 2* (pp. 171-199). New York: Brunner/Mazel.
- Selvini Palazzoli, M., e.a. (1979). *Paradox en tegenparadox*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Shadish, W.R., Ragsdale, K., Glaser, R.R., & Montgomery, L.M. (1995). The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: A perspective from meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*, 345-360.
- Skinner, H.A., Steinhauer, P.D., & Santa-Barbara, J. (1983). The Family Assessment Measure. *Canadian Journal of Community Mental Health, 2*, 91-105.
- Stark, K.D., Humphrey, L.L., Crook, K., & Lewis, K. (1990). Perceived family environments of depressed and anxious children; Child's and maternal figure's perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*, 527-547.
- Stuart, R.B. (1980). *Helping couples change*. New York: The Guilford Press.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton. Nederlandse uitgave: *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1970.

Manuscript aanvaard 6-3-1997

Auteurs

A. Lange is als bijzonder hoogleraar verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.

J.-P. van de Ven is verbonden aan het ambulatorium van de Faculteit der Psychologie, vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.

Correspondentie-adres: Universiteit van Amsterdam, Roetersstraat 15, 1018 WB Amsterdam

Abstract

Systemic approaches in the treatment of children and adolescents

A. Lange & J.-P. van de Ven. *Pedagogische Studiën*, 1997, 74, 271-284.

This article discusses the system theoretical approaches that have contributed to the treatment of disorders in children and adolescents, such as depression, anxiety and conduct disorders. Subsequently, an overview is given of the research into the association of family variables and psychiatric disorders. This is followed by an overview of studies into the outcome of family treatment with regard to these disorders. The research emphasizes the importance of intervening in the direct interaction between parent and child (the child rearing pattern). Among the system theoretical approaches, mainly the behavioral, the structural, the communicational and the psycho-educational approach have been shown to be important. Intergenerational and cybernetic system approaches appear to be less effective. Finally, discrepancies between clinical findings and the outcome of controlled experimental studies are discussed, and the need for systematic studies into the effects of multi-modal treatments is expressed.