



Gedragsverandering in gezinnen

Deel 3 van 3 : Hoofdstuk 12 t/m 16

Ook verkrijgbaar : Deel 1 : Hoofdstuk 1 tot en met 5
Ook verkrijgbaar : Deel 2 : Hoofdstuk 6 tot en met 11

Bronvermelding:

Titel: Gedragsverandering in gezinnen
Zevende, volledig herziene druk
Auteur: Prof. Dr. Alfred Lange
Uitgever: Martinus Nijhoff
ISBN: 9068905554

Aantal pagina's boek: 665
Aantal hoofdstukken boek: 16

De inhoud van dit uittreksel is met de grootste zorg samengesteld. Incidentele onjuistheden kunnen niettemin voorkomen. Je dient niet aan te nemen dat de informatie die Students Only B.V. biedt foutloos is, hoewel Students Only B.V. dat wel nastreeft. Dit uittreksel is voor persoonlijk gebruik en is bedoeld als wegwijzer bij het originele boek. Wij raden altijd aan het bijbehorende studieboek erbij te kopen en dit uittreksel als naslagwerk erbij te houden. In dit uittreksel worden diverse verwijzingen gemaakt naar het studieboek op basis waarvan dit uittreksel is gemaakt.

Dit uittreksel is een uitgave van Students Only B.V. Copyright © 2004 StudentsOnly B.V. Alle rechten voorbehouden. De uitgever van het studieboek is op generlei wijze betrokken bij het vervaardigen van dit uittreksel. Voor vragen kan je je wenden per email aan info@studentonly.nl.

Inhoudsopgave

Deel 3: Specifieke problemen

| | | |
|--------------|--|---------|
| Hoofdstuk 12 | Problemen uit het verleden: verdriet, trauma en ballast uit het gezin van herkomst | pag. 3 |
| Hoofdstuk 13 | Opvoedingsproblemen | pag. 7 |
| Hoofdstuk 14 | De taxatie en behandeling van seksuele problemen | pag. 10 |
| Hoofdstuk 15 | Scheiding en scheiding op proef | pag. 13 |
| Hoofdstuk 16 | De stand van zaken in het onderzoek. Verstoorde gezinsverhoudingen, psychische stoornissen en gezinstherapie | pag. 16 |

Deel 3 Specifieke problemen

Hoofdstuk 12 Problemen uit het verleden: verdriet, trauma en ballast uit het gezin van herkomst

PTSS: Posttraumatische stress stoornis. Volgens DSM-IV wordt er gesproken van een PTSS wanneer klachten het gevolg zijn van traumatische ervaringen uit het verleden met betrekking tot bedreiging, fysiek of seksueel misbruik en vernedering. Er is veel wetenschappelijk bewijs voor het bestaan van een verband tussen **psychopathologie op latere leeftijd en traumatische gebeurtenissen in het verleden**. Er is sprake van PTSS wanneer er na een maand nog steeds herbeleving van de gebeurtenissen plaatsvindt of er zijn vervelende herinneringen. Sommige patiënten gaan dingen die te maken hebben met de traumatische gebeurtenis zoveel mogelijk uit de weg. De symptomen van PTSS zijn woede-uitbarstingen, schaamte, slaapproblemen, concentratieproblemen en hyperwaakzaamheid. Een verwante stoornis is ATS: Acute traumatische stoornis. Bij ATS verschijnen de symptomen kort na de traumatische gebeurtenis, soms ontstaat op latere leeftijd PTSS.

Wanneer mensen moeite hebben met rouwverwerking kan de diagnose **pathologische rouw** worden gesteld. Het doet zich eerder voor wanneer een verlies plotseling is dan wanneer een verlies verwacht was. Na een verlies moeten mensen nieuwe denkbeelden en verwachtingen formuleren, bij een verlies wat plotseling komt is dit moeilijker.

In de meeste vormen van gezinstherapie is de aandacht **vooral gericht op de actuele situatie** en niet op gebeurtenissen van vroeger. Vooral in de communicatiethoretische gezinstherapie, de structurele gezinstherapie, de psycho-educatie, de cybernetische gezinstherapie, de probleemgerichte gezinstherapie en de cognitieve-gedraggerichte gezinstherapie wordt er niet of nauwelijks gekeken naar het verleden van de gezinsleden onder behandeling. Een therapie die wel aandacht besteedt aan gebeurtenissen en relaties uit het verleden is de intergenerationele, narratieve gezinstherapie. Een tussenvariant is de experiëntele gezinstherapie.

Over het algemeen geldt dat het zinvoller is de huidige situatie te onderzoeken en daar de interventies op toe te passen en niet te veel terug te gaan naar het verleden. Echter voor een grote groep patiënten neemt het verleden een heel belangrijke plaats in in het huidige leven en is het moeilijk een scheiding te maken tussen heden en verleden.

Binnen gezinnen worden traumatische ervaringen verschillend verwerkt. Dit kan een verstoring van relaties tot gevolg hebben. Een veel gemaakte fout is te snel verder willen gaan met het normale leven en geen tijd besteden aan rouwverwerking. In onderstaande typen gezinnen ontstaan er op de lange termijn **problemen als gevolg van pathologische rouw**:

- Rigiditeit in de rolaanpassing, problemen bij het overnemen van de rol van de overledene
- Idee dat het niet goed mag gaan in het leven, dit belemmert het sociale leven.
- Geen ruimte om te praten over gevoelens, te veel aandacht voor de feiten.

12.1

Problemen in gezinnen waarbij het verleden een rol speelt:

1. Traumatische ervaringen in gezin van herkomst: bijvoorbeeld seksueel misbruik, affectieve verwaarlozing door de ouders,
2. De gevolgen van extreem geweld in het verleden: oorlogsgeweld, voorbeeld van een gezin waarbij de man spaart vanwege zijn oorlogsverleden en hem niet betreft bij problemen met de kinderen.
3. Rancune na verlating: bijvoorbeeld na overspel
4. Verschillen in rouwverwerking na dood van een kind: verschillende opvattingen over de duur van de rouwperiode, problemen bij andere kinderen.
5. Rancune ten opzichte van een gezinslid: bijvoorbeeld na ontrouw, agressiviteit, negatieve gevoelens over de relatie.

12.2

De beste therapie voor rouwverwerking is **gedragstherapie**. In deze therapie leert de cliënt zichzelf over te geven aan de prikkels tot dat habituatie optreedt. Na een schokkende gebeurtenis moeten mensen hun **cognitieve schema's herzien** en de nieuwe ervaringen moeten worden opgenomen. Een veel gebruikte methode is blootstelling aan de traumatische gebeurtenissen, deze confrontatie zorgt ervoor dat de cliënt eraan wen en zich kan aanpassen aan de veranderde situatie.

Door middel van **schrijfoopdrachten** kunnen rancunes ten opzichte van andere leden uit het gezin worden weggenomen. Het schrijven van een of meerdere brieven aan de partner kan een therapeutische werking hebben. Wanneer cliënten worden geadviseerd alles wat hen dwars zit en vroeger dwars heeft gezeten op te schrijven werkt dit vaak als een medicijn die de pijn wegneemt. Na afloop kan er dan een positieve brief worden geschreven om de periode af te sluiten en een start te maken met de het nieuwe leven. Bij de behandeling van seksueel misbruik of incest is de schrijfmethode vaak pijnlijk, maar na verloop van tijd wordt het onder woorden brengen van de gevoelens minder zwaar. Het versturen van een brief naar de dader kan het begin zijn van het herstel van het zelfvertrouwen en behandeling van de ouder(s).

In gezinnen waarin sprake is van ontrouw of verlating van een van de partners kan het zinvol zijn registratieopdrachten uit te laten voeren. Een in de steek gelaten man kreeg het advies driemaal per week een brief te schrijven aan zijn overspel plegende vrouw. In deze brief gooide hij alles er uit en schuwde ook geen agressieve uitingen. Na een aantal weken kreeg hij de opdracht brieven te schrijven waaruit de voordelen van het gescheiden zijn naar voren kwam. Dit hielp en de cliënt kon zich **cognitief gaan heroriënteren** op zijn leven. Uiteindelijk schreef de man na een half jaar, hij had nu rust en een fijn leven opgebouwd, een waardige brief aan zijn ex-vrouw te schrijven.

Na het verlies van een kind hebben ouders soms moeite het verlies te accepteren. Een therapeut kan beginnen met het geven van informatie over rouwprocessen en benadrukken dat deze voor elk individu anders verlopen. Een therapeut kan steun geven in de vorm van verwerkingsgesprekken, het begeleiden bij het schrijven van brieven aan de overledene en herstel van de onderlinge verhoudingen in het gezin.

12.3

Bij schrijfopdrachten kan het volgende **stappenplan** gehanteerd worden:

1. Informatie en bibliotherapie: principes uitleggen, schaamtegevoelens wegnemen, literatuur aanreiken
2. Vragen stellen over het verleden en schrijfinstructies geven (specifieke opdracht geven)
3. Brief lezen: maakt het schrijven legitiem, eventueel inhoud bespreken, bespreken van de ervaringen tijdens het schrijven is het belangrijkste.
4. Thema's eventueel bijstellen: aandacht richten op moeilijkste elementen
5. Verschil tussen brieven en essays: essays worden gebruikt wanneer niet aan een persoon wordt geschreven maar aan een andere factor zoals natuurramp of oorlogsgeweld. In een essay wordt de levensgeschiedenis vastgelegd en dat helpt bij het ordenen van het leven.
6. Ontdekkende brieven worden toegepast bij het laten herkennen van nieuwe elementen die helpen bij het totstandbrengen van cognitieve heroriëntatie. Verwerkende brieven helpen bij het doen verdwijnen van gevoelens van angst of woede.
7. **Ritualiseren**: op vastgestelde tijden en op een vastgestelde locatie wordt er gewerkt aan de schrijfopdracht. Ook wanneer de cliënt niets op durft te schrijven of dit niet kan, moet hij toch proberen zich erop te concentreren.
8. De brief is ongecensureerd: cliënten moeten niet bang zijn alles op te schrijven (rottevisbrief), ook scheldpartijen zijn mogelijk
9. Als afscheid van het verleden wordt een **waardige brief** geschreven: deze brief wordt wel verstuurd en moet zonder agressie zijn. De bedoeling van een waardige brief is het verleden af te sluiten en te oriënteren op de toekomst. .
10. Vergeving schenken: de waardige brief kan gebruikt worden om anderen te vergeven.
11. Brief versturen: meestal worden brieven overhandigd. In de meeste gevallen worden brieven positief ontvangen, terwijl cliënten juist vrezen voor de reactie. In eerste instantie moet de cliënt zelf suggesties geven over wat te doen met de brief. In het geval van een overledene kan de brief bijvoorbeeld bij het graf begraven worden.
12. Gesprekken met de ontvanger(s) van de brief: soms komen familieleden mee naar therapie, soms ook kan de cliënt zelf in gesprek gaan met een familielid. Daarbij is het van belang dat de communicatieregels niet geschonden worden. Na afloop zijn de meeste cliënten opgelucht en ontstaat er een verbeterde relatie.
13. Proces afsluiten met een ritueel: **symbolisch afscheid**. Soms is alleen het schrijven al afdoende, maar voor sommige cliënten werkt een afscheidsritueel goed. Het afsluiten van het verwerken van rouw kan met behulp van een voorwerp wat in verbinding staat met de overledene (een kamer opruimen).
14. Aanwezigheid partner of gezinsleden: niet altijd nodig en afhankelijk van de behandeling en de fase in de behandeling.
15. Schrijven levert een product op: een brief heeft ook **communicatieve betekenis** en een aanleiding vormen voor gesprekken tussen gezinsleden. Het verwerkingsproces wordt anders wanneer anderen betrokken worden bij het verdriet door middel van een brief.
16. Duur van de therapie: soms duurt de therapie wel heel lang, maar is het aantal sessies klein of andersom. Bij schrijfopdrachten is het van te voren niet te zeggen hoe lang de behandeling gaat duren, het kan pas stoppen wanneer er cognitieve heroriëntatie heeft plaatsgevonden.
17. Combinatie met andere therapeutische elementen: het schrijven kan een beter resultaat tot gevolg hebben wanneer ook aan andere problemen gewerkt wordt met behulp van

andere vormen van therapie, zoals de imaginaire confrontatie, sociale vaardigheidstraining en de planning van activiteiten.

18. Steun en acceptatie: Cliënten die lijden aan pathologische rouw of een posttraumatisch stresssyndroom hebben baat bij een standvastige therapeut die de cliënt confronteert met de moeilijkheden. Daarnaast moet de cliënt zich gesteund en geaccepteerd voelen, waarbij het mogelijk is ook buiten de therapiesessies om contact te hebben met de therapeut.

12.4

Onderzoekresultaten laten zien dat schrijfofdrachten een grote rol spelen bij traumaverwerking en een positief effect hebben op het psychisch functioneren. Onderzoek van Duurland en Hagenbeek wijst uit dat de **psychopathologie vermindert** en dat de algemene stemming verbetert. De elementen die het meest bijdragen aan het gevoel van verbetering zijn **cognitieve heroriëntatie en zelfconfrontatie**. Vergelijkend onderzoek met groepen die wel schreven, groepen die over irrelevante zaken schreven en groepen die niet schrijven, demonstreert dat traumaverwerking en de behandeling van psychopathologie een beter resultaat opleveren wanneer er gewerkt wordt met schrijfofdrachten. Het confronteren met pijnlijke emoties levert een verandering in cognities op. Aan het begin van het schrijven ontstaan er doorgaans negatieve emoties, pas later vinden er positieve veranderingen plaats.

12.5

Er zijn ook vormen van therapie voor rouwverwerking en traumaverwerking waarbij geen gebruik wordt gemaakt van schrijfofdrachten. Ook **imaginaire confrontaties** worden veelvuldig toegepast. Een nieuwe techniek op dit gebied is **EMDR** (Eye Movement Desensitization Reprocessing). Eerst maakt de cliënt een rangorde van de traumatische ervaringen waarna hij de beelden oproept. Ondertussen moet de cliënt de vinger van de therapeut volgen waardoor er ritmische oogbewegingen ontstaan. Na verloop van tijd verzwakken de emoties en ook het beeld, daarna wordt het volgende beeld opgeroepen enz.. De eerste bevindingen zijn positief maar er ontbreekt vooralsnog een theoretisch model wat eraan ten grondslag ligt.

12.6

In de volgende gevallen is er een contra-indicatie voor het gebruiken van schrijfofdrachten:

- wanneer cliënten niet vertellen over trauma's uit het verleden bijvoorbeeld als gevolg van dissociatieve stoornissen of amnesie
- wanneer cliënten de invloed van het heden onderschatten en al hun problemen toekennen aan hun verleden
- wanneer cliënten niet kunnen of willen schrijven. In dit geval kan er gebruik worden gemaakt van gesproken brieven, opgenomen met een cassette recorder of de imaginaire confrontatie.
- wanneer cliënten een extreem negatief zelfbeeld hebben en depressief zijn waardoor ze niets op papier krijgen.

Hoofdstuk 13 Opvoedingsproblemen

13.1

Een methode voor het **veranderen van de opvoeding** is de volgende:

1. lijst van doelen opstellen
2. belangrijkste punt uitkiezen
3. positief gedrag concreet maken, observeerbaar maken
4. registreren door moeder en kind van negatief gedrag
5. registraties bespreken door moeder en kind
6. grafische weergave van de resultaten maken en ophangen op zichtbare plek in huis
7. afspraken maken over beloningen en straffen
8. onderhandelen

Vervolgens wordt de behandeling eventueel voortgezet en worden ook andere gezinsleden bij de behandeling betrokken. Bij een gezin waarbij registratieopdrachten werden gegeven teneinde het veelvuldig schelden binnen het gezin te verminderen, had dit veel succes. Na een aantal weken van elkaar te hebben geregistreerd wanneer en tegen wie er gescholden werd, veranderde de situatie honderdtachtig graden en hield het schelden op. Daarna werden de kinderen die niet geschreeuwd hadden beloond. Na een aantal sessies was behandeling niet meer nodig omdat de veranderingen blijvend waren.

13.2

Bij een gezin waarin teveel hiërarchie was werd uit bovengenoemde lijst de volgende elementen benut: opstellen doelenlijst, doelen uitkiezen die veranderd moesten worden, registreren van gedrag thuis, sancties opstellen. Toen er een doel was uitgekozen (verminderen hasjgebruik) in plaats van een hele waslijst van de ouders, ontstonden er positieve veranderingen.

13.3

Een kind met een fobie om naar school te gaan en een moeder die haar toeliet thuis te blijven en in bed stripverhalen te lezen werd behandeld door een gezinstherapeut. Hij gaf de moeder de opdracht het kind thuis huiswerk te laten maken en haar niet meer toe te staan in bed te blijven liggen en boodschappen te doen met haar moeder. Na enige tijd kon het kind weer naar school en kreeg het een sociale-vaardigheidstraining, ook de moeder kreeg adviezen over haar levensritme.

13.4

Algemene opvoedingsprincipes:

1. hiërarchie versus autoritair optreden: een combinatie van een positieve houding met gezag is de beste. Een autoritaire opvoeding is niet hetzelfde als een goede hiërarchie.
2. hiërarchie en levensfasen van het gezin: hiërarchische verhoudingen zijn noodzakelijk, bij problemen met jongeren is er vaak sprake van een gebrek aan gezag van de ouders.

Algemene opvoedingsregels voor een gezonde hiërarchie:

1. ouders dienen respect te tonen voor hun kinderen
2. de ouders moeten bereid zijn te onderhandelen
3. ouders moeten kritiek op het eigen gedrag ook aannemen, maar hoeven niet per se iets te veranderen op basis van die kritiek, dit moeten ze zelf beoordelen
4. ouders moeten voorkomen dat het kind gezichtsverlies lijdt, door een keuzemogelijkheid te geven
5. ouders moeten niet proberen allerlei dingen tegelijk te willen veranderen

6. tenslotte moeten de veranderingen goed uitgelegd worden, straffen moeten - indien mogelijk - van tevoren bepaald zijn zodat kinderen weten wat de gevolgen van hun gedrag zijn.

Straffen zorgen ervoor dat het kind weet waar het aan toe is in een bepaalde situatie. Wanneer een kind gedrag uitlokt wat de woede van de ouders wekt is het het beste dit gedrag te negeren of consequent dezelfde sancties toe te passen die makkelijk zijn uit te voeren. Aan de andere kant moet het gewenste gedrag beloond worden. Voorwaarden bij het geven van een straf: de straf moet worden uitgelegd, het tijdstip moet goed gekozen zijn en ouders moeten consequent zijn. Ook minder zware straffen zijn effectief. Vooral bij kleine kinderen is het van belang dat de straf meteen volgt op het ongewenste gedrag, omdat ze anders de link niet leggen. Een therapeut kan ouders helpen bij het vinden van een **systeem van straffen en belonen**, daartoe kunnen de volgende technieken worden toegepast:

- bibliotherapie: lezen over opvoeding om ideeën op te doen
- het kind voorstellen laten doen
- de therapeut voorstellen laten doen
- de ouders laten nadenken over sancties en beloningen

Straffen zijn effectief wanneer er duidelijkheid is over de afspraken en vooral bij jonge kinderen moet er een direct verband zijn tussen het gedrag en de straf, deze moet meteen worden uitgevoerd. Het niet nakomen van de afspraken kan met behulp van registratie worden bijgehouden, ook het ophangen van een poster met de sancties erop kan nuttig zijn.

Een therapeut kan op twee manieren ouders ondersteunen bij het opvoeden van hun kinderen. De eerste methode is therapie in aanwezigheid van het kind, de tweede methode is mediatietherapie. De ouders moeten dan zelf de opvoeding uitvoeren, de therapeut beïnvloedt de ouders daarbij. **Mediatietherapie** kan in individuele gevallen of in groepen worden toegepast. Deze vorm van behandeling wordt toegepast wanneer een kind niet naar de zittingen kan of wil komen of er te jong voor is. Voor oudere kinderen, vanaf twaalf jaar, is het nuttig wel mee te komen naar de zittingen omdat er dan aan de relatie tussen ouders en kind gewerkt kan worden en kunnen er eventueel gedragsoefeningen worden gedaan.

In gezinnen waarin **teveel hiërarchie** is, hebben ouders vaak moeite om over te gaan naar de fase waarin hun kinderen ouder worden en zelfstandiger. De therapeut zal in dit soort gevallen beginnen met positieve etikettering en de zorgzaamheid van de ouders waarderen, maar daarbij zal hij opperen dat er nieuwe regels moeten worden opgesteld waardoor het kind meer vrijheid en zelfstandigheid krijgt.

In sommige gezinnen hebben de ouders een gebrek aan affectieve gevoelens voor hun kinderen. De strategie die dan gevolgd dient te worden is de volgende: er wordt eerst gepraat over deze affectieve gevoelens en er worden enkele regels veranderd om meer ruimte te bieden aan affectiviteit. Deze problematiek komt ook vaak naar voren in stiefgezinnen, wanneer een nieuwe ouder het kind niet accepteert of andersom. In dit soort gezinnen is het van belang dat er eerst wordt gewerkt aan de verwachtingen bij de beide partijen (ouders en kinderen) en pas daarna aan het gedrag en eventuele veranderingen daarin.

Een andere functie van hulp bij de opvoeding is het bereiken van **overeenstemming tussen ouders** met verschillende opvattingen over opvoeding. De rol van de therapeut is hierbij het sluiten van compromissen of afspraken maken over de hoeveelheid inbreng in de opvoeding van beide ouders. Soms gebeurt het dat ouders een machtsstrijd uitvechten over de kinderen en de kinderen betrekken in hun onderlinge ruzies en onhebbelijkheden. Het idee dat beide

ouders evenveel inbreng en gezag moeten hebben is niet correct. Het is heel goed mogelijk dat een van beide ouders meer gezag uitoefent of zich meer bemoeit met de kinderen, mits hierover goede afspraken bestaan en er voor de kinderen duidelijkheid is. Hiervoor is het van belang dat ouders flexibel zijn.

Het tonen van respect draagt bij aan het tot stand brengen van een **positief klimaat**.

- Het moet een gewoonte worden de goede dingen te belonen
- Ouders moeten het kind het gevoel geven dat zij hem of haar vertrouwen, positieve verwachtingen uitspreken
- Ouders moeten laten zien dat zij loyaal zijn aan hun kinderen
- Problemen moeten niet opgeblazen worden, vaak is bepaald gedrag voor de kinderen zelf helemaal geen probleem
- Ouders moeten model staan voor de regels en deze zelf ook naleven
- Kinderen moeten gestimuleerd worden activiteiten te ondernemen en verantwoordelijkheid te nemen
- Kinderen laten praten zonder het er uit te trekken, luisteren naar hun verhalen
- Ouders kunnen hiervoor kinderen complimenteren wanneer zij positief gedrag laten zien, negatief gedrag moet zoveel mogelijk genegeerd worden ten behoeve van een positief klimaat.

13.5

Wetenschappelijk onderzoek naar de problematiek bij kinderen die zijn aangemeld omdat er problemen in de opvoeding zijn, wijst uit dat er in veel gevallen sprake is van een achterliggende psychische problematiek bij een van de ouders. De mate waarin kinderen probleemgedrag laten zien is meestal niet afhankelijk van de stijl van opvoeden, maar van de andere problemen binnen het gezin. Ook voor kinderen met angststoornissen of fobieën geldt dit principe. Rapee concludeerde dat wanneer ouders opgroeiden in een gezin met een overmaat aan hiërarchie er een grote kans bestond op een angststoornis. Kinderen die opgroeien in een gezin waarin weinig affectieve gevoelens worden getoond hebben een verhoogde kans op depressiviteit.

13.6

Een goede opvoeding bevat de volgende elementen: **een positief klimaat en gezonde gezagsverhoudingen**. Een van beide is niet voldoende voor een geslaagde opvoeding. Ouders moeten zich tijdens het opvoeden afvragen wat zij van hun kind verwachten en welke waarden zij hem of haar willen bijbrengen. Er ontstaat een strijd wanneer ouders niet op een goede manier ingrijpen en wanneer dit niet is ingebed in een positief klimaat.

Hoofdstuk 14 De taxatie en behandeling van seksuele problemen

14.1

Seksuele problemen kunnen naast biologische problemen ook een psychische oorzaak hebben. **Biologische oorzaken** van een verstoorde seksualiteit kunnen zijn: drugs, medicijnen en hormonale veranderingen. Een psychische reactie op deze biologische stoornissen kan bijdragen aan de ernst van het probleem. In onderzoeken naar de werking van seksueel prikkelende en seksueel dempende medicijnen kwam een omgekeerd placebo-effect naar voren. Mensen die een remmende pil slikten, werden meer seksueel opgewonden en mensen die een seksueel prikkelende pil slikten, werden juist minder opgewonden. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de onderwerpen waarop de therapeut in een behandeling moet letten. **Seksuele problemen kunnen ingedeeld worden in categorieën:**

1. secundaire versus primaire seksuele stoornissen (altijd al bestaan)
2. angststoornissen (ejaculatiestoornissen, orgasmestoornissen, vaginisme, erectiestoornissen. Deze groep stoornissen wordt doorgaans behandeld met cognitieve technieken) versus afwijking in intensiteit van seksuele verlangens (overmaat aan seksuele neigingen, tekort aan seksuele verlangens, hyperseksualiteit, seksualiteit gericht op abnormale objecten, exhibitionisme). Deze groep patiënten krijgt een zelfcontroleprogramma.
3. moeilijkheden (verschil tussen wat mensen beleven en wat ze wensen te beleven) versus disfuncties (fysieke of fysiologische oorzaak)
4. situationele (alleen bij bepaalde partners of in bepaalde gevallen) versus totale problematiek (onder alle omstandigheden).

14.2

In sommige gevallen is het nodig dat een therapeut bij de taxatie van de problemen ook vragen stelt over de seksualiteit omdat cliënten niet altijd zelf beginnen te vertellen over seksuele problemen. Hiervoor kan gebruik worden gemaakt van vragenlijsten en strekt het tot aanbeveling deze problemen aan de kaak te stellen in een zitting waarbij alleen de ouders aanwezig zijn. **Vragenlijsten zijn erop gericht somatische en psychiatrische oorzaken uit te sluiten.** De volgende vragen worden daarvoor gesteld:

1. wanneer is het probleem ontstaan, waren er bepaalde gebeurtenissen waardoor de problemen ontstonden?
2. Wanneer treden de problemen op, voorafgaand aan het vrijen of pas tijdens de gemeenschap?
3. Worden er anticonceptiemiddelen gebruikt, bij sommige vrouwen leidt dit tot een afname van het seksuele verlangen.
4. Is er sprake van alcohol of drugsmisbruik of worden er medicijnen geslikt die van invloed kunnen zijn op de seksualiteit. Er zijn namelijk medicijnen die een remmende of ontremmende werking kunnen hebben, hetzelfde geldt voor alcohol en drugs.
5. Zijn er in het gedrag van de partner veranderingen opgetreden die ervoor kunnen zorgen dat het probleem niet wordt opgelost? Een voorbeeld hiervan kan zijn dwingend gedrag of overspel.
6. Kan het probleem verklaard worden door persoonlijke kenmerken van een van de partners? (overgewicht, fysieke aantrekkingskracht)
7. Is er misschien een andere persoon in het spel (buitenechtelijke relatie). Dit moet bespreekbaar worden gemaakt ten behoeve van het succes van de behandeling.
8. Heeft de cliënt zelf het idee dat er een somatische oorzaak aan ten grondslag zou kunnen liggen, bijvoorbeeld een ziekte?

9. Wordt het probleem veroorzaakt door het eigen gedrag of de eigen ideeën? Sommige mensen hebben het idee dat ze moeten klaarkomen of dat dit altijd gelijktijdig moet plaatsvinden.
10. Normen en waarden uit het ouderlijk gezin, hoe werd er tegen seksualiteit aangekeken? Dit kan bijvoorbeeld angst, het bestaan van schaamtegevoelens, geloof in mythen verklaren.

Een therapie gericht op de seksuele problemen kan de volgende elementen bevatten:

1. verwerken van gebeurtenissen uit het verleden
2. psycho-educatie: informatie over seksuele voorkeuren etc.
3. verbod op seks, waardoor er plaats wordt gemaakt voor intiem contact
4. interactiepatronen veranderen, waardoor de relatie verbetert
5. een nieuw samenlevingscontract opstellen waarin een grote rol is toebedeeld aan intimiteit en een kleinere rol voor lichamelijke seksualiteit.

De kern van veel seksuele problemen is acceptatie. Dit komt vooral naar voren bij mensen die moeite hebben met hun seksuele identiteit (homo- en heteroseksualiteit).

14.3

Bij **behandeling van seksuele problemen** komen doorgaans de volgende onderwerpen aan bod: doorbreken van faalangst, leren spreken over eigen verwachtingen en behoeften, ontspanning en cognitieve verandering door voorlichting. De **bijbehorende interventies** zijn als volgt:

1. Verbod op seksueel contact voor een vastgestelde periode:
 - verbod op seks bij een machtsstrijd, wanneer een van beide partners door de ander misbruikt wordt. Een tijdelijk verbod is nodig om een echtpaar te laten leren en wachten tot ze er allebei helemaal aan toe zijn.
 - verbod op seks bij verminderd verlangen. Een pauze kan dan helpen om de verlangens terug te laten keren
2. Masturbatieadvies. Ook hier moet de therapeut rekening houden met de etnische achtergrond. Het advies wordt gegeven aan mensen die veel en soms ook vreemde verlangens hebben naar seks en de partner wil daar niet aan voldoen. Ook sommige vrouwen die moeite hebben een orgasme te krijgen kunnen dit advies krijgen.
3. Medicatie voorschrijven. Een voorbeeld hiervan is de Viagra-pil bij erectiestoornissen. De pil helpt echter niet wanneer er een stoornis is in seksuele verlangens, dan is ook psychologische hulp nodig.
4. Hypnose: deze imaginaire techniek kan succes hebben bij mensen met orgasmestoornissen.
5. Zelfcontrole bij afwijkende verlangens: mannen die veel naar sekslijnen bellen terwijl er met de seksuele relatie met de vrouw niets mis is kunnen leren zichzelf te beheersen wanneer ze de behoefte voelen om te gaan bellen. Een extra element wat aan de behandeling kan worden toegevoegd is exposure. De man moest daadwerkelijk bij de telefoon gaan zitten op het tijdstip dat hij vroeger gebeld zou hebben. Deze techniek wordt onder andere toegepast bij pedofilie, exhibitionisme en hyperseksualiteit.
6. Paradoxe adviezen kunnen toegepast worden om te voorkomen dat een patiënt zijn problemen als afwijkend gaat beschouwen. Positieve etikettering en benadrukking van het belang van intimiteit worden hierbij veelvuldig toegepast.
7. Leren praten over vrijen: dit kan nuttig zijn bij het wegnemen van het idee dat je moet klaarkomen. Daarnaast kan het naar-bed-gaan ritueel onder de loep worden genomen, factoren als hoe ziet de slaapkamer eruit, wordt er apart geslapen, gaan partners

tegelijk naar bed of alleen wanneer er gevreeën gaat worden, worden hierbij behandeld.

8. Het toekennen van een **vetorecht**: één van beide partners is vrij om te kiezen of hij of zij wil vrijen en als diegene niet wil hoeft dit ook niet. Deze methode wordt ingezet bij stellen waarvan een van beide partners erg opdringerig is, of wanneer er een machtsstrijd is of bij een tijdelijk seksverbod.
9. Taboes doorbreken. Dit kan door voorlichting te geven, informatie te verzamelen en vragen te stellen. Het is van belang dat de therapeut zijn taalgebruik hierbij aanpast, en tegelijk rekening houdt met de etnische achtergrond, en goede informatie verstrekt (zowel mondeling als schriftelijk).

14.4

Timing is erg belangrijk in de behandeling van seksuele en relationele problemen. Eerst moet worden bepaald of de problemen in de seksualiteit werkelijk voortkomen uit seksuele problemen of dat er een achterliggende machtsstrijd of een affectieve stoornis aanwezig is. In de gevallen waarin seksuele problemen samen voorkomen met relatieproblemen is het het meest effectief om **eerst de relatieproblemen** aan te pakken en de seksuele problemen er zijdelings bij te betrekken. Tijdens de behandeling moet de therapeut regelmatig bij de cliënten informeren of behandeling van de seksuele problemen nog steeds noodzakelijk is. **Figuur 14.2; p. 506**; Gedragsverandering in gezinnen, Lange geeft een handleiding bij het achterhalen van de oorzaak van de seksuele problemen en een overzicht van de mogelijke interventies.

Bij gebleken seksuele problemen van **fysieke of fysiologische aard** is verwijzing naar een **medisch specialist** nodig, bij problemen van somatische of psychologische aard kan de Rutgersstichting of een vergelijkbare instantie de behandeling overnemen.

14.5

Psychologen en therapeuten rapporteren heel verschillend over de prevalentie, de aard en de ernst van seksuele problemen bij hun cliënten. Over het algemeen klagen mannen sneller over seksuele problemen bij hun vrouw (te weinig of te traag orgasme, te weinig zin hebben). De meest gehoorde klacht van vrouwen is dat hun man te vaak wil. Het grootste problemen tussen partners is dan ook de discrepantie in verlangens. Een behandeling van seksuele problemen is meestal succesvoller wanneer beide partners meedoen.

Op latere leeftijd kan seksueel misbruik in het verleden een rol gaan spelen in de seksuele relatie, ook ontrouw van een van beide partners kan later voor problemen gaan zorgen bij de bedrogen partner. In de behandeling wordt er dan ook aandacht besteed aan verwerking van gebeurtenissen uit het verleden. Kort samengevat worden in de behandeling van seksuele stoornissen de volgende facetten belicht: **voorlichting, vicieuze cirkels doorbreken en communicatie verbeteren.**

Hoofdstuk 15 Scheiding en scheiding op proef

15.1

Een therapeut kan de partners begeleiden bij het beslissen over een scheiding, maar kan niet zelf de beslissing nemen!! Mensen kunnen grofweg drie redenen hebben om te besluiten een relatie te beëindigen:

1. **Affectieve gevoelens worden niet beantwoord**, een van beide partners wil nog wel doorgaan en een van beide niet. De therapeut kan in dit geval de mogelijkheden uiteenzetten en bewustwording van de gevolgen van een scheiding.
2. **Gebrek aan positieve affectie** van beide kanten soms vergezeld van een strijd.
3. **Een machtsstrijd** die geëscaleerd is.

In het beslissingsproces kan er gekozen worden voor een zogenaamde linkerhersenhelft (rationele) benadering waarin de voordelen en de nadelen rekenkundig tegen elkaar worden afgewogen. Deze methode leidt doorgaans niet tot een beslissing. De rechterhersenhelft (emotionele) benadering heeft als uitgangspunt de gevoelens en ervaringen van mensen bij een relatie.

15.2

Een **proefscheiding** kan helpen bij het maken van een keuze. Partners hebben op die manier de tijd om er goed over na te denken. De therapeut kan instructies geven voor het gedrag en daarnaast registratieopdrachten of het schrijven van brieven om de cliënt zich bewust te laten maken van de mogelijkheden. Een proefscheiding wordt onder andere toegepast bij stellen waarbij overspel in het spel was. Door een tijdje apart te gaan wonen kunnen beide partners alvast wennen aan de nieuwe situatie en kunnen de eerste gevoelens van boosheid of angst afnemen. Bij een machtsstrijd en wantrouwen tussen partners kan een proefscheiding helpen bij het inzichtelijk maken van de mogelijkheden en de gevoelens.

15.3

Factoren bij een proefscheiding:

- de duur ervan, optimaal is een periode van drie maanden maar twee weken komt ook voor
- afspraken maken over het contact met de kinderen
- een proefscheiding is niet een periode waarin een definitieve beslissing wordt genomen, dat is daarna
- tijdens de proefscheiding kunnen er therapiezittingen worden gehouden, echter dit is niet altijd even zinvol
- afspraken maken over de contacten tussen partners, hoe vaak, waar en wanneer en waarover
- afvragen wat de reden is van de proefscheiding, soms heeft het geen zin om te proberen de relatie nog een kans te geven
- rekening houden met het feit dat sommige cliënten al eerder een proefscheiding gehad hebben
- er kunnen rouwprocessen, depressies en euforische stemmingen optreden, hierin moeten cliënten begeleid worden in individuele gesprekken
- bespreken van het contact met een derde persoon (diegene waar een van de partners verhouding mee heeft)
- waar te wonen? Goede afspraken maken

15.4

De vraag hoeveel mensen na een proefscheiding besluiten definitief te gaan scheiden is minder interessant dan de vraag of een proefscheiding de mensen heeft geholpen tot een beter besluit te komen. Een therapeut moet taltijd in overleg besluiten tot een proefscheiding, hij mag dit in geen geval van bovenaf op leggen aan zijn cliënten. Het kan voorkomen dat partners voor de keus worden gesteld: of een proefscheiding of regulatie van de symptomen.

15.5

In Nederland is het aantal scheidingen de laatste jaren stabiel omdat steeds meer mensen ervoor kiezen samen te wonen zonder een huwelijk te sluiten, ongeveer 30% van de huwelijken eindigt in een scheiding. De kans dat mensen in een tweede huwelijk gelukkiger worden is klein omdat er vaak problemen bij komen als gevolg van het **samenvoegen van gezinnen met kinderen**. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de consequenties voor de kinderen van gescheiden ouders. Wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat kinderen van gescheiden ouders meer problemen hebben dan kinderen van niet-gescheiden ouders. Vooral kinderen in de leeftijdsgroep tien tot vijftien jaar hebben moeite met de scheiding. De aard en ernst van de **gevolgen van een scheiding** voor kinderen hangt van een aantal zaken af:

- de ouder-kind relatie na de scheiding, vaak ontstaan er conflicten met de ouder waarbij de kinderen niet wonen
- aanwezigheid van een depressie bij de moeder
- aanwezigheid en hoeveelheid verbaal ruziemaken tussen ouders
- wanneer er een nieuw gezin ontstaat, hoe functioneert dit?
- kunnen ouders samenwerken in het verwerken van de scheiding en het hanteren van conflicten

Om te voorkomen dat kinderen na een scheiding in grote (psychische) problemen geraken, kan een therapeut ingrijpen met de volgende middelen:

- afweging maken over co-ouderschap. Goede afspraken maken en goede contacten tussen ouders
- kinderen dienen geïnformeerd te worden over de scheiding om te voorkomen dat zij zich schuldig gaan voelen (dit kan zich uiten in leerproblemen, sociale angst, bedplassen). Ouders moeten benadrukken dat het niet de schuld van de kinderen is en dat die er ook niets aan kunnen veranderen, dat de liefde onverminderd is en voorkomen moet worden dat de andere partner in een negatief daglicht wordt gesteld.
- Een therapeut kan een samengesteld gezin begeleiden in het hanteren van de problemen
- de gezondheid van partners na een scheiding moet in de gaten worden gehouden; rouwverwerkingsprocessen
- **echtscheidingsbemiddeling** kan voorkomen dat partners tegen elkaar opgezet worden en dat de kinderen zo min mogelijk last hebben van de scheiding. Ook het opbouwen van een goed contact na de scheiding is positief voor de kinderen.

15.6

Figuur 15.1; p.534; Gedragsverandering in gezinnen, Lange geeft een overzicht van de belangrijke punten bij de echtscheidingsbemiddeling.

15.7

Wanneer mensen een keuze moeten maken tussen een definitieve scheiding en een proefscheiding worden de volgende punten in overweging genomen:

- een therapeut moet rekening houden met de religieuze achtergrond en deze bespreken

- ook de positieve kanten van een scheiding moeten belicht worden, soms is het voor de kinderen zelfs beter wanneer ouders scheiden
- de therapeut kan de tijd bewaken, mensen er toe aan zetten wat langer na te denken voor ze een impulsieve beslissing nemen. Soms is het omgekeerde nodig, dan moet de therapeut mensen aanzetten tot het komen tot een beslissing.
- het besluit tot een scheiding wordt niet door de therapeut genomen maar door de cliënten, een proefscheiding kan wel door de therapeut geadviseerd worden

15.8

De rol van een therapeut bij echtscheidingsbemiddeling is het bewaken van de tijd, het geven van advies over een eventuele proefscheiding, maar niet het besluiten over een definitieve scheiding. Daarnaast kan de therapeut ervoor zorgen dat de kinderen zo min mogelijk schade berokkend worden.

Hoofdstuk 16 De stand van zaken in het onderzoek. Verstoorde gezinsverhoudingen, psychische stoornissen en gezinstherapie

Gezinstherapie wordt toegepast bij de As-1 stoornissen (DSM-IV): angststoornissen, depressie, schizofrenie, verslaving, eetstoornissen en somatische klachten. Naar deze behandelingen is onderzoek gedaan omdat hiervan van oudsher gedacht werd dat deze stoornissen te behandelen zijn met gezinstherapie. De gezinsbehandeling van stoornissen uit As-2, persoonlijkheidsstoornissen, zijn nog weinig onderzocht.

16.1

De Palo-Alto groep veronderstelde dat schizofrenie veroorzaakt wordt door een verwarrende moeder. Tot in de jaren tachtig waren er aanhangers van het idee dat schizofrenie een ziekte is die ontstaat als gevolg van **conflicten binnen het** gezin en niet een psychische stoornis is. **Expressed Emotion onderzoek** demonstreerde dat schizofrene patiënten die afkomstig waren van een gezin waarin veel kritieke geluiden te horen waren, waarbij de ouders erg bezorgd waren en die ook vijandig konden zijn minder baat hadden bij een behandeling dan schizofrene patiënten die uit een 'normaal' gezin kwamen. De onderzoekers uit deze groep (Expressed Emotion aangeduid als EE) namen aan dat schizofrenie een ziekte is waarbij een persoon moeite had met het verwerken van prikkels uit de omgeving, het was een neurologische stoornis. De kans dat een psychose terugkeert, is kleiner bij mensen die leefden in een harmonieus gezin.

De behandeling van schizofrene personen bestaat in de **psycho-educatieve opvatting** vooral uit het verstrekken van informatie, training van de sociale vaardigheden van ouders en gezinsleden, het sluiten van een gedragscontract en het aangeven van grenzen. De patiënt zelf wordt behandeld met directieve therapie, sociale-vaardigheidstraining, neuroleptica en cognitieve gedragstherapie.

De meeste onderzoekers zijn het er over eens dat patiënten meer last hebben van de negatieve symptomen van hun ziekte dan van de positieve symptomen (de psychoses). **Negatieve symptomen (apathisch gedrag)** zijn voor de omgeving **hinderlijker** dan psychoses. De omgeving (gezin, partner etc.) heeft nog wel eens het idee dat de negatieve symptomen personeigenschappen zijn die wel gewijzigd zouden kunnen worden. De beste behandeling van schizofrenie bestaat uit een combinatie van een gezinstherapie en een individuele behandeling. Recent onderzoek toont aan dat een hoge EE score in een gezin juist een positieve relatie met het functioneren van de patiënt blijkt te hebben in tegenstelling tot wat eerder altijd verondersteld werd. In de praktijk komt het erop neer dat schizofrene personen die opgroeien in een gezin waarin de ouders erg betrokken en zorgzaam zijn beter functioneren. Momenteel is er nog weinig onderzoek gedaan naar de situatie van schizofrene patiënten die pas zijn opgenomen, het meeste onderzoek beslaat patiënten die na een psychiatrische opname recidiveerden.

16.2

Depressies worden volgens de structurele gezinstherapie veroorzaakt door gezinnen met een pathogeniserende structuur. De positie in het gezin is bepalend voor de ontwikkeling van een depressie. Wetenschappers vonden een verband tussen een **gebrek aan cohesie en depressiviteit**. Communicatietheoretici relateerden depressies aan inconsistente communicatie (negatieve non-verbale uitingen samen met positieve verbale uitingen). De EE theorie zegt dat depressiviteit samenhangt met de hoeveelheid kritiek vanuit de omgeving,

omdat mensen in een depressie hier gevoeliger voor zouden zijn. Ook vonden zij dat depressieve mensen vaak zelf kritiek oproepen met hun houding. Het belang van het **gezinsfunctioneren** voor het ontstaan van depressies wordt veel onderzocht. Het blijkt dat factoren als communicatie, duidelijkheid betreffende de rollen, affectiviteit, probleemoplossend vermogen, controle van het gedrag en betrokkenheid bepalend zijn voor de kans dat de depressie verdwijnt. Ook het niet aanwezig zijn van intimiteit is vooral voor vrouwen een grote risicofactor voor het ontstaan van een depressie. Een rouwproces, bijvoorbeeld na het overlijden van een kind, is ook een grote risicofactor. Daarnaast kan dit leiden tot huwelijksproblemen. Een depressieve moeder kan depressie overbrengen op haar kinderen, hierbij speelt niet zozeer de genetische component een rol maar het overbrengen van een inadequate opvoeding en negatieve communicatiepatronen. In het geval van een relatiecrisis veroorzaakt door depressiviteit (zonder risico op zelfmoord) van een van de partners, strekt het tot aanbeveling gezinstherapie aan te bieden in plaats van individuele behandeling.

16.3

Kinderen lopen een groter risico op het ontwikkelen van angststoornissen naarmate de ouders hen meer controleren. Er zijn psychologen die aannemen dat een patiënt met een fobie juist de ander in bescherming neemt. Dit zou bijvoorbeeld voorkomen bij mensen die samenleven met een partner die erg jaloers is. Echter, hiervoor is nog niet veel wetenschappelijk bewijs gevonden. Beter onderbouwd onderzoek toont aan dat **angststoornissen** veelal worden **voorafgegaan door huwelijks spanningen** en conflicten. Angststoornissen worden het succesvolst behandeld met cognitieve therapie en exposure-technieken.

16.4

Negatieve interacties en **gebruik van harddrugs** hangen samen volgens Reilly. Een andere wetenschapper, Kaufman, zoekt de oorzaak juist in overprotectie van de moeder en het ontbreken van duidelijke grenzen binnen het gezin. De drugsgebruiker leidt de aandacht af van de overige problemen in het gezin. Meer recent onderzoek wijst uit dat het voorkomen van lichamelijk en seksueel misbruik en een verstoorde hechting voorspellers zijn van drugsgebruik op latere leeftijd. Bij drugsverslaving wordt veelal gezinstherapie toegepast en is dan ook succesvoller dan individuele therapie vooral bij ernstige verslavingen. Bij volwassenen met een harddrugsverslaving is behandeling effectiever wanneer ook de partner bij de therapie wordt betrokken.

16.5

Alcoholmisbruik hangt vaak samen met andere stoornissen. Vooral mannen met een alcoholverslaving vertonen agressief gedrag wat eindigt in een hulpeloze houding, zij wijten hun gedrag aan de alcohol. Er zijn **verschillende typen alcoholisten**: thuisdrinkers, continue drinkers, explosieve drinkers en drinkers die vooral buitenshuis drinken. Explosieve drinkers gebruiken alcohol als een middel om hun negatieve gevoelens te uiten, continue thuisdrinkers kunnen conflicten positiever oplossen wanneer ze gedronken hebben. Een alcoholverslaving bij een van de partners in een huwelijk kan leiden tot huwelijksproblemen maar kan ook het gevolg ervan zijn. Het betrekken van de partner bij behandeling heeft lang niet altijd effect.

Factoren die een rol spelen bij het effect van behandeling:

1. onderlinge relaties : bij een slechte verhouding met de partner heeft een gezamenlijke behandeling weinig effect
2. gezinnen waarin het alcoholisme is ingesloten in het gezinsfunctioneren
3. geslacht: betrekking van de partner bij de behandeling is succesvoller bij mannelijke alcoholisten dan bij vrouwelijke alcoholisten.

Behalve bovengenoemde factoren dienen therapeuten rekening te houden met de ernst van de alcoholverslaving en het type. Een regelmatige drinker vereist een andere benadering dan een explosieve drinker. Een uitgebreide taxatie van de alcoholist en zijn omgeving is nodig.

16.6

De behandeling van **eetstoornissen is meestal ingebed in gezinstherapie**. Aanhangers van de structurele gezinstherapie concludeerden dat eetstoornissen het gevolg waren van een **kluwengezin** (overmatige bescherming). Het bleek moeilijk een schets te maken van gezinnen waarin anorexia voorkomt. Er zijn **verschillende interactiepatronen** aanwijsbaar. Wel staat vast dat factoren binnen het gezin in hoge mate samenhangen met het ontstaan van anorexia. Er is een hoge co-morbiditeit met seksueel en emotioneel misbruik in de kindertijd. Kinderen met boulimie nervosa of een combinatie van boulimie nervosa en anorexia nervosa hebben meer problemen dan kinderen of jongeren met alleen anorexia nervosa. De eerstgenoemde groep kinderen komt vaker uit een gezin waarin chaos is, minder affectiviteit en vijandigheid. Gezinnen die erg afhankelijk zijn en rigide lopen meer risico op een anorectisch kind. **Individuele cognitieve gedragstherapie** blijkt een goede methode om boulimie te lijf te gaan. Daarnaast is gezinstherapie vaak ook erg nuttig.

16.7

Er zijn vier verschillende soorten somatische ziekten te onderscheiden:

1. lichamelijke oorzaak van ziekte
2. psychische oorzaak
3. zowel lichamelijke als psychische oorzaak
4. geen oorzaak aan te duiden

Klachten die vroeger werden aangeduid als **psychosomatisch**, worden nu aangeduid met **‘onbegrepen lichamelijke klachten’** of **‘somatoforme stoornissen’**.

Ook bij de behandeling van lichamelijke klachten speelt het gezinsklimaat een belangrijke rol. Gezinnen waarin veel vijandigheid en kritiek wordt geuit zijn lastiger. **Lichamelijke klachten** worden beter gehanteerd wanneer mensen vanuit het gezin **gesteund worden**, wanneer zij daarin miskend worden vormen lichamelijke klachten een risicofactor.

Pennebaker ontwikkelde een theorie om dit te verklaren: volgens hem leidt het inhiberen (onderdrukken) van emoties tot een verhoogde staat van paraatheid (arousal) van het lichaam, wat zich uit in lichamelijke klachten. Een grote hoeveelheid studies toont aan dat de kwaliteit van leven bij hart- en vaatziekten aanzienlijk verbeterd wanneer de patiënt zich gesteund voelt door zijn omgeving.

Een extreem voorbeeld van een stoornis waarin lichamelijke klachten zijn ingebeeld is het **Munchausen-by-proxy syndrome** (ook wel Factitious Disorder By Proxy Syndrome). De kern van dit syndroom is dat de ouder lichamelijke aandoeningen **bedenkt** die aanwezig zouden zijn bij het kind. Vaak wordt het kind dan onderzocht en opgenomen in een ziekenhuis en de ouders pushen het kind om de symptomen ten toon te spreiden. Ouders gebruiken hierbij soms radicale methoden zoals fysiek geweld of het toedienen van vergif. Het gevaar bestaat dat kinderen in **levensgevaar** komen doordat kinderen een medische behandeling krijgen die voor hen niet nodig is of doordat ze gevaarlijke stoffen krijgen toegediend. In de meeste gevallen is de moeder degene die verhalen bedenkt, even vaak bij jongens als bij meisjes. Er is een verband tussen de aanwezigheid van vage klachten in de jeugd, lichamelijk misbruik in de jeugd en het simuleren van klachten bij de moeder en het ontstaan van MBPS bij volwassen vrouwen. In veel gevallen heeft de moeder vele interesse in de medische wetenschap en heeft in deze sector gewerkt, ook ervaart zij een gebrek aan erkenning van haar man. Moeders met MBPS misbruiken hun kinderen om **aandacht** te krijgen en het problematische huwelijk te verdoezelen.

Lichamelijke klachten kunnen het beste worden behandeld met **psycho-educatieve gezinstherapie**.

16.8

Binnen de behandelingen van relatieproblemen is er geen rangorde te maken op basis van de effectiviteit van behandelingen. Cognitive Behavioral Marital Therapy, Insight Oriented Marital Therapy, Emotion Focused Therapy en Behavioral Marital Therapy zijn allemaal even effectief. De werkzame onderdelen van de verschillende soorten relatietherapie zijn voornamelijk gedragsverandering en inzicht, waarbij de feedback vooral als erg nuttig wordt ervaren.

16.9

In het algemeen geldt dat de behandeling van psychische stoornissen:

1. in sommige gevallen is alleen gezinstherapie niet voldoende, dan ook individuele cognitieve therapie nodig of medicatie
2. het toepassen van gezinstherapie of relatietherapie is altijd nodig beter dan het weglaten ervan (bewijs vanuit placebo-onderzoek)
3. een combinatie van gezinstherapie en individuele interventies is het meest doeltreffend

Bij de taxatie van problemen is het de taak van de therapeut na te gaan wat de **kosten en de baten** zijn van de therapie. Geïntegreerde gezinstherapieën zijn voor de maatschappij het voordeligst, ook de kosten van relatietherapie bedragen naar schatting slechts een vijfde van de kosten van echtscheiding. Een gezinstherapie kan gericht zijn op het gehele gezin (traditionele gezinstherapie), of op een individu, of gericht op een stoornis van een individu waarbij het gezin wordt behandeld omdat zij de symptomen bekrachtigt. Helaas blijkt uit onderzoek dat veel mensen een aantal jaren na behandeling toch weer terugvallen in het oude patroon. Het slechten van de kloof tussen onderzoek en praktijk kan er toe bijdragen dat dit zoveel mogelijk wordt voorkomen. Strikte behandelprotocollen moeten beter worden aangepast aan de praktijk. Bij bespreking van de verschillende stoornissen in dit boek werd vaak geen aandacht besteed aan het tegelijk voorkomen van andere stoornissen. Echter in de praktijk komt comorbiditeit veelvuldig voor, hier moet de behandeling aan worden aangepast. Lange plaatst hierbij de kanttekening dat het begrip **comorbiditeit** waarschijnlijk voortkomt uit het DSM-IV systeem, waarin verbanden tussen verschillende stoornissen niet worden belicht. Een ander probleem waar in de toekomst aan gewerkt moet worden is het onderzoek

naar persoonlijkheidsstoornissen. Over de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen is nog weinig bekend. Hetzelfde geldt voor allochtone populaties.

Integratieve gezinstherapie blijkt het meest effectief. Partners of gezinsleden kunnen opereren als een **co-therapeut**. In sommige gevallen wordt een ander familielid dan het aangemelde lid het onderwerp van behandeling. In de gezinstherapie kunnen verschillende technieken gecombineerd worden, men moet er voor waken dat niet alle mogelijkheden worden uitgetoetst.

16.10

Geconcludeerd kan worden dat gezinstherapie het voordeel heeft dat het verschillende technieken kan combineren, waarbij de interventies worden aangepast aan de patiënt.

Geen of enige mate van gezinstherapie: agorafobie, alcoholisme, sociale fobie

Brede gezinstherapie: complexe agorafobie, harddrugsverslaving, eetstoornissen en unipolaire depressie

Psycho-educatieve gezinstherapie: bipolaire stemmingsstoornissen en schizofrenie

Aansluitend presenteert Lange in de bijlage een vragenlijst over biografische gegevens. Het doel van deze vragenlijst is informatie in te winnen over de personen en de aard van de problemen als aanvulling op de mondelinge informatie die in de eerste gesprekken wordt ingewonnen (p. 567, Gedragsverandering in gezinnen, Lange). In deze vragenlijst worden vragen gesteld met betrekking tot de persoon zelf (personalia, religie), de aard van de klachten, eerdere behandeling van klachten, opleidingsniveau, het sociale leven, misbruik van middelen, hobby's, relaties, ouderlijk gezin, verwachtingen van de therapie.