

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Functionele Gezinstherapie: een goed huwelijk tussen strenge wetenschap en flexibele, creatieve gezinstherapeuten

René Breuk
René Breuk¹ is kinder- en jeugdpsychiater bij De Bascule, cluster forensische jeugdpsychiatrie te Amsterdam.

Samenvatting Functionele Gezinstherapie (Functional Family Therapy, FFT) is een wetenschappelijk gefundeerde systeemtherapie. Zij heeft zich ontwikkeld van een communicatieve gedragstherapeutische gezinstherapie naar een meer relationeel georiënteerde gezinstherapie. Door onderzoek naar therapeutische processen was het mogelijk de therapie beter te beschrijven, te onderwijzen en te superviseren. Bovendien bleek het niet consequent uitvoeren van de therapie tot slechtere resultaten te leiden.

De eerste ervaringen van in Nederland opgeleide FFT-therapeuten wijzen erop dat er nauwelijks uitval is van cliënten en dat is gezien de doelgroep een hoopvol resultaat. Bovendien ervaren de therapeuten dat het vasthouden aan de methodiek van FFT als een anker fungeert tijdens de vaak heftige therapiezittingen.

INLEIDING

In dit tijdschrift werd eerder over Functionele Gezinstherapie (Functional Family Therapy, in dit artikel afgekort als FFT) gesproken naar aanleiding van een studiereis naar Amerika (van de Vijfeijke & Spaander, 2004). In haar artikel in dit nummer schrijft Van de Vijfeijke als FFT-gezinstherapeut over de praktische uitvoering van de therapie. In mijn bijdrage vertel ik over plaats en achtergrond van deze in Nederland relatief nieuwe vorm van gezinstherapie.

1. Correspondentieadres: r.breuk@debascule.com

De relatie tussen wetenschap en gezinstherapie is niet vanzelfsprekend. In maart 2005 werd in *Systeemtherapie* nog bij deze discussie aangehaakt naar aanleiding van de recensie van een publicatie van Larner (2004), waarin deze beweert dat gezinstherapie zich niet zou lenen voor geprotocolleerd werken. Overigens verzette de recensent (Van Voorst, 2005) zich tegen dit standpunt. Hij citeerde Carol Anderson die vindt dat systeemtherapeuten minder moeten vertrouwen op charisma en persoonsafhankelijke technieken en zich meer moeten openstellen voor onderzoek.

Dit artikel sluit aan bij bovengenoemde discussie. FFT heeft vanaf haar start eind zestiger jaren steeds vastgehouden aan het belang van wetenschappelijk onderzoek. Dat hield in dat men zich inspande de therapie te beschrijven in een handleiding, dat werd nagedacht over hoe de therapie overdraagbaar gemaakt kon worden en dat onderzoek werd gedaan naar de resultaten van de therapie in vergelijking met andere behandelingen of geen behandeling. Daarmee is deze therapie echter niet tot een 'dood protocol' verworpen waarbij geen creatieve inbreng voor de therapeut meer mogelijk is. Integendeel, de klinische praktijk en onderzoek naar het therapeutische proces vormen de basis voor deze therapie. Bij de uitvoering van FFT wordt veel aandacht besteed aan het flexibel en persoonlijk invoegen bij het gezin door de therapeut.

In dit artikel wordt eerst stilgestaan bij de theoretische wortels en de plaats van FFT binnen de traditie van systeemtherapie. Daarna wordt de wetenschappelijke basis belicht en wordt besproken hoe de therapie in de praktijk als gefaseerde behandeling werkt. In een beschouwing wordt weerlegd dat vasthouden aan een model van gezinstherapie flexibel gezinstherapeutisch werken in de weg staat.

DE THEORETISCHE PLAATS VAN FFT BINNEN DE SYSTEEMTHERAPIE

Bij de ontwikkeling van FFT was de klinische praktijk van gezinnen met jeugdigen met gedragsstoornissen het uitgangspunt (Alexander & Parsons, 1973). Deze gezinnen werden gezien als 'disfunctioneel' en 'niet gemotiveerd'. Daarom ontwikkelde men een behandeling bestaande uit twee fasen, een motiverings- of therapiefase, gevolgd door een trainingsfase. De in 1982 door Alexander en Parsons geschreven handleiding over FFT noemt twee therapierichtingen als grondslag voor FFT: de communicatietheorie van Watzlawick e.a. (1974) dient als basis voor het begrijpen van de communicatie tussen gezinsleden en ontstane interactiepatronen; de leertheorie (Patterson, 1982) helpt bij zowel het begrijpen van ongewenste gedragspatronen als het aanleren

van ander gedrag in de trainingsfase. Dit leidde ertoe dat FFT in het begin beschouwd werd als een gedragsgerichte gezinstherapie.

In de verdere ontwikkeling van FFT kwam meer aandacht voor het begrijpen van negativiteit en beschuldigingen binnen deze gezinnen. Met behulp van cognitieve theorieën werden zowel betekenis als onderliggende emoties tussen de gezinsleden meer begrepen (Taylor & Fiske, 1978). In recentere publicaties worden deze uitgangspunten door Sexton en Alexander verbreed (2002) en in een gedetailleerder handleiding beschreven (2004). De invloeden van postmodernisme en sociaal constructionisme (Gergen, 1985) leiden tot meer aandacht voor de subjectieve beleving van de gezinsleden en maken dat FFT een verschuiving ondergaat van gedragtherapeutische gezinstherapie naar een meer relationeel gerichte gezinstherapie. De aandacht voor het eigen verhaal van het gezin neemt toe en wordt geconcretiseerd in de ontwikkeling van zogenaamde gezinsthema's. De eerste behandel fase heet dan niet alleen motiveringsfase, maar verbindings- en motiveringsfase. De therapeut moet zich verbinden met (het verhaal van) de gezinsleden. Het verhaal van het gezin en de kennis van de therapeut over het therapeutische proces vormen gezamenlijk het gezinsthema. De tweede fase verandert van trainingsfase naar gedragsveranderingfase. Vanuit het gezinsthema worden krachten en risicofactoren van het gezin verwoord. Het aanreiken van benodigde vaardigheden passend binnen dat individuele gezin is dan het belangrijkste doel van deze behandel fase.

WETENSCHAPPELIJKE BASIS VAN FFT

Functional Family Therapy werd in 2002 door Sexton en Alexander beschreven als een bewezen effectieve, gezinsgerichte behandeling voor jeugdigen met gedragsproblemen. Deze gezinstherapie is reeds begin zeventiger jaren ontwikkeld (Alexander & Parsons, 1973; Parsons & Alexander, 1973) en blijkt in een recent overzicht van bewezen effectieve methoden een van de tien meest effectieve interventies (Alexander e.a., 2000).

FFT is ontwikkeld voor gezinnen met jeugdige delinquenten. De therapie bleek in staat om niet alleen de communicatie binnen deze gezinnen aantoonbaar te veranderen, maar bovendien het aantal recidives te halveren in vergelijking met een niet-behandelde controlegroep die alleen begeleiding kreeg van de reclassering (Alexander & Parsons, 1973; Parsons & Alexander, 1973). In latere studies (Barton, Alexander, Waldron, Turner & Warburton, 1985; Gordon, Arbuthnot, Gustafson & McGreen, 1988) zijn deze resultaten met betrekking tot delictrecidives gerepliceerd, zowel binnen

gezinnen met een hoog risico als in studies met professionals die minder geschoold waren dan psychotherapeuten.

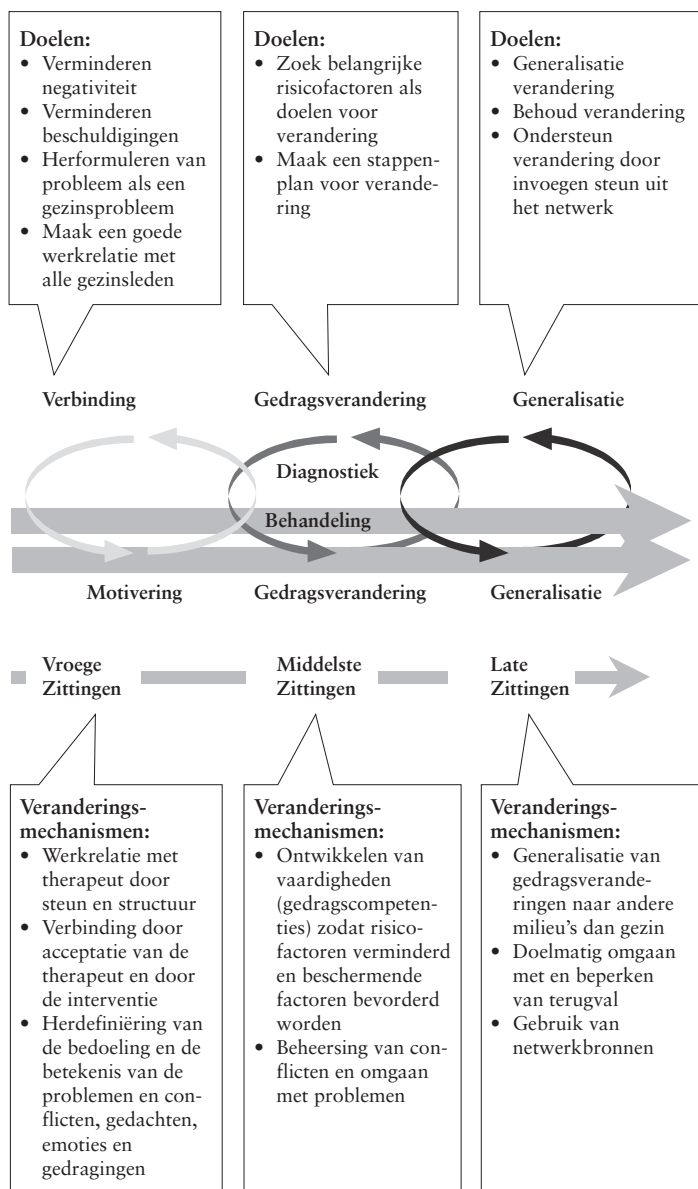
De belangrijkste vernieuwing van FFT is dat de gedragsveranderingsfase van de therapie wordt voorafgegaan door een verbindings- en motiveringsfase waarin gezinnen op die gedragsverandering worden voorbereid. Na die fase is er een mogelijkheid tot het bespreken van problematiek op het individuele vlak en/of binnen een subsysteem van het gezin (bijvoorbeeld moeder-kind, broer-zuster). Ten slotte volgt er een derde fase, de generalisatiefase, waarin de therapeut zich geleidelijk terugtrekt. FFT ontleent haar naam aan het feit dat de therapeut in de verbindings- en motiveringsfase hypothesen opstelt over de relaties tussen gezinsleden en welke functies daaraan ontleend worden. Functionele relaties worden gedefinieerd als 'stable patterns of interaction between youth and family, represented by the internal representations of the individual in these relations' (Sexton, Weeks & Robbins, 2003, p.329). Het opvallende aan FFT is dat ze de functies die gezinsleden elkaar toekennen niet probeert te veranderen (omdat dit niet werkt en tot het afbreken van de therapie leidt), maar meer passende manieren probeert te vinden om deze functies uit te oefenen. De rationale hiervoor is dat een therapeut geen zeggenschap heeft over hoe onderlinge relaties vormgegeven worden, maar alleen bemoeienis heeft daar waar het functioneren van gezinsleden bij de uitvoering van zo'n keuze daadwerkelijk wordt belemmerd. Zo zal het behandeldoel bij een zeer hecht verbonden vader en zoon niet zijn 'de symbiose losser maken'. De hechte band wordt geaccepteerd en er worden doelen gesteld om binnen deze nabijheid bijvoorbeeld duidelijker te communiceren door kortere boodschappen in plaats van steeds weer met elkaar te bekvechten.

FFT onderscheidt qua functionele relaties twee dimensies, relationele verbondenheid en relationele hiërarchie. Relationele verbondenheid is het meest wezenlijk en beschrijft de door de gezinsleden beleefde en/of gewenste onderlinge afstand en nabijheid. Daarbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen (1) afstand wensen (*separating*), (2) nabijheid zoeken (*merging*) en (3) wisselend beide functies hebben (*midpointing*). Relationele hiërarchie beschrijft de onderlinge krachtsverhouding (de een boven de ander is een complementaire relatie, gelijkwaardigheid is symmetrisch).

FFT: EEN GEFASEERDE BEHANDELING

FFT is zowel gestructureerd als flexibel van opzet. Gestructureerd, omdat het opgebouwd is uit een vast aantal behandel fasen met eigen doelen, die als ankers voor de therapeut binnen de therapie functio-

RENÉ BREUK



Figuur 1. Functionele Gezinstherapie Klinisch Veranderings Model

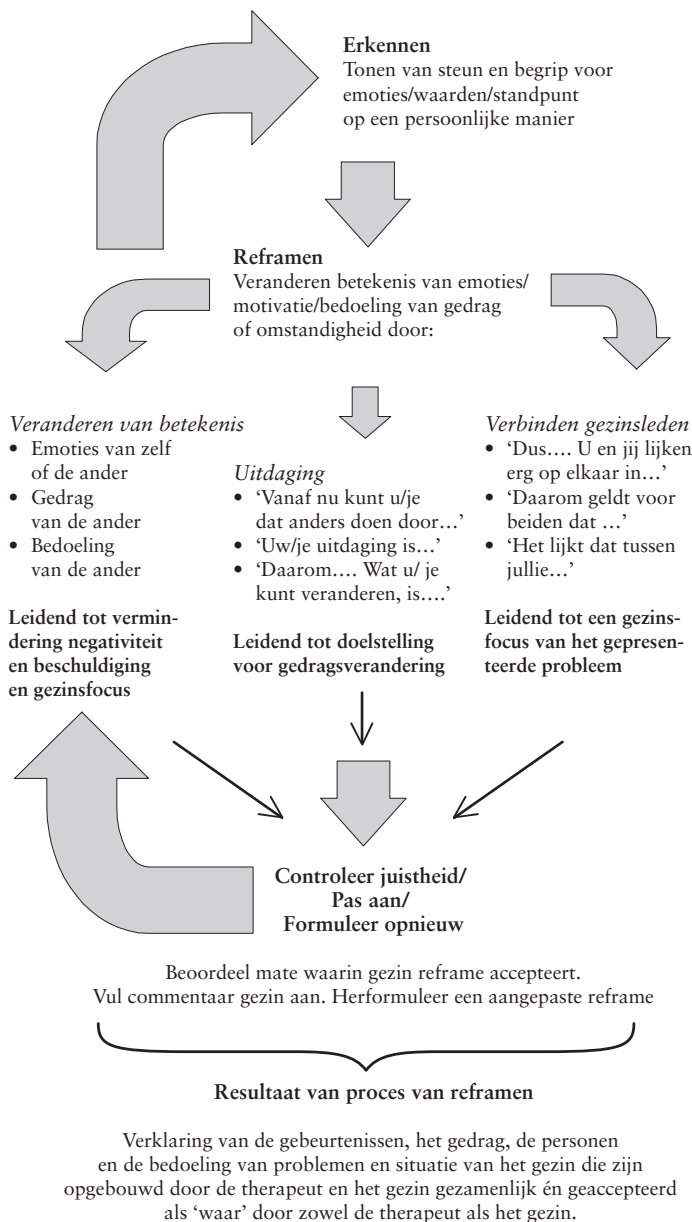
(Met toestemming van Th. Sexton vertaald en overgenomen van 1. the three phase figure of FFT Sexton, T. L. & Alexander, J. F. (2002). Functional Family Therapy: An empirically supported, family-based intervention model for at-risk adolescent and their families. In F. Kaslow (ed.), Comprehensive Handbook of Psychotherapy (Vol. II: Cognitive, Behavioral and Functional Approaches, T. Patterson, ed.)

neren. Flexibel, omdat ze gegeven moet worden door sensitieve gezinstherapeuten, die zorgvuldig beoordelen welke specifieke behandelstrategie het best passend is voor dit unieke gezin (Alexander & Sexton, 2002; Sexton & Alexander, 2002; Sexton e.a., 2003). FFT is een kortdurende therapie (variërend van drie tot zes maanden), waarbij gezinnen met een matig risico meestal genoeg hebben aan acht tot twaalf zittingen en ingewikkelder problematiek tot een therapie van ruim dertig zittingen kan leiden.

In de verbindings- en motiveringsfase (fase 1) wordt in de eerste zittingen zo spoedig mogelijk gefocust op (probleem)gedrag. Daarbij wordt bekeken welk gedrag het probleemgedrag bij de andere gezinsleden oproept, zodat het probleem geherdefinieerd kan worden als een gezamenlijk ervaren gezinsprobleem. Om dit te bereiken wordt eerst gewerkt aan een therapeutische band tussen de therapeut en alle (individuele) gezinsleden, middels het uitspreken van waardering voor de mening van cliënten (*validating*) en het herbenoemen (*reframing*) en van een positieve lading voorzien van onderlinge negativiteit en beschuldigingen. Deze twee processen gaan hand in hand.

Bij *reframen* worden niet alleen uitspraken en gedachten, maar ook emoties benoemd en van een andere lading voorzien (bijvoorbeeld 'pijn' achter 'woede'). Bovendien kan de therapeut middels het *reframen* de gezinsleden uitdagingen aanreiken en gezinsleden met elkaar verbinden (*linking*). Voortdurend wordt bij cliënten nagegaan of de *reframes* geaccepteerd worden, of dat ze opnieuw geformuleerd moeten worden. Aan het einde van de verbindings- en motiveringsfase (na drie tot zes zittingen) is er zo een geleidelijke verandering ontstaan van de probleemdefiniëring. Het gezin komt meestal binnen met een op het individu gerichte, vaak beschuldigende definiëring van het probleemgedrag ('Vader is autoritair', 'De jongere trekt zich nergens wat van aan en gaat zijn of haar eigen gang') en weet dit geleidelijk te ontwikkelen tot een meer gezinsgerichte beschrijving van het probleem, met een positievere lading en een formulering van de bijdrage en uitdagingen voor elk van de gezinsleden. Deze probleemherdefiniëring is het uitgangspunt voor de gedragsveranderingsfase.

Een voorbeeld. Een jongen wil graag leren zelfstandig te zijn. De vader is bezorgd en tracht het kind te behoeden voor misstappen. Omdat de zoon niet duidelijk maakt dat hij vaders lessen hoort, gaat vader ze steeds nadrukkelijker herhalen. Als reactie hierop gaat de zoon zijn eigen gang. Een mogelijke manier van *reframen* is vader te erkennen in zijn boosheid (valideren) en de boosheid te zien als uiting van bezorgdheid. Vervolgens kan, als vader dit accepteert, een verbinding gemaakt worden met de zoon, die alleen de boosheid en



Figuur 2. Reframen als een relationeel therapeutisch proces

(Met toestemming van Th. Sexton vertaald en overgenomen van Sexton, T. L. & Alexander, J. F. (in press). Functional Family Therapy for externalizing disorders in adolescents. In: J. LeBow (ed), Clinical Handbook of Family Therapy. New York: Wiley.

controle ziet en niet de bezorgdheid (*reframen*, zowel verbinden als herlabelen intenties vader).

De handleiding besteedt veel aandacht aan de therapeutvaardigheden, waarbij het structureren door de therapeut (directief, helder, zelfvertrouwen uitstralend) meer samenhangt met de effectiviteit van de gedragsveranderingsfase, terwijl relationele gerichtheid van de therapeut (niet beschuldigend, warm, integratie van door gezinsleden geuite woorden, gedragingen en gevoelens, en open zijn over zichzelf) meer het succes in de verbindings- en motiveringsfase mogelijk maakt.

In de *gedragsveranderingsfase* (fase 2) richt de therapeut zich op de relevante risicofactoren die verandering kunnen belemmeren en wordt een plan voor verandering doorgevoerd. Mogelijke interventies zijn communicatietraining, probleemoplossen, conflicthantering en trainen van opvoedingsvaardigheden. Het is belangrijk dat de therapeut het gezin een aantal haalbare gedragsveranderingen aanreikt die aansluiten op de in de eerste fase opgestelde probleemdefiniëring van dat specifieke gezin. Het uitgangspunt daarbij is: beter een beperkt aantal binnen het gezin passende gedragsveranderingen die het gezin zelf in staat is zich eigen te maken en vol te houden, dan training van veel meer, maar net niet passende, vaardigheden.

Daarna richt de therapeut zich in de *generalisatiefase* (fase 3) op het generaliseren van behaalde resultaten buiten het gezin (bijvoorbeeld: goede probleemoplossing nu ook met leeftijdgenoten of op school) en op het omgaan met, en voorkomen van, terugval. In deze fase is het belangrijkste doel gezinsleden te motiveren hun eigen problemen op te lossen, waarbij ze hun sterke kanten gebruiken en de geleerde vaardigheden benutten. Daarnaast is het in deze fase van belang dat de gezinsleden minder afhankelijk van hun therapeut worden. Zij worden actief aangemoedigd ook buiten het gezin te oefenen en daar waar nodig hulpbronnen (binnen de eigen familie- of vriendenkring, binnen de buurt) te zoeken en in te schakelen. Motivatie voor de (komst naar de) therapie is nog steeds aan de orde, zeker wanneer het goed gaat met het gezin en het gezin te snel de therapie wil afsluiten. Het belangrijkste is dat de gezinstherapeut langzamerhand afstand neemt en het gezin helpt te vertrouwen op eigen mogelijkheden, ook bij eventuele nieuwe moeilijkheden of terugval.

FFT: DOOR STRAK VASTHOUDEN AAN EEN MODEL FLEXIBEL ÉN SUCCESVOL WERKEN MET GEZINNEN

FFT hecht groot belang aan het betrouwbaar en competent uitvoeren van de gezinstherapie zoals die beschreven wordt in de handleiding, de zogenaamde behandelintegriteit. Om deze integriteit te

bevorderen zijn meetinstrumenten ontwikkeld waarbij verschillende informanten gebruikt worden, te weten cliënt, therapeut en supervisor. In de praktijk houdt dit in dat de cliënt na elke twee keer een kort vragenlijstje invult en een uitgebreidere lijst na afloop van de therapie. Daarnaast doet de therapeut per zitting verslag via een voorgestructureerd formulier (beschikbaar op de FFT-website). Ten slotte houdt de supervisor per supervisie en per casus bij hoe de therapeut zich aan het model houdt en wordt over de therapeut driemaal per jaar schriftelijk verslag gedaan over de vorderingen van de FFT-therapeut door het invullen van een gestandaardiseerd evaluatieformulier (Global Therapist Rating). Uit een studie van Sexton & Alexander (2002) bleek dat bij competente en zeer competente FFT-therapeuten de jeugdigen significant minder recidiveerden (50% recidivereductie versus 22% reductie in de controlegroep), terwijl de niet-competente therapeuten dezelfde resultaten boekten als de niet-behandelde controlegroep, die alleen begeleid werd door de jeugdreclassering.

Omdat steeds duidelijker werd dat vooral therapeutvariabelen het succes van de therapie bepalen, is binnen FFT veel aandacht besteedt aan het expliciteren van welke elementen binnen een therapie de kern vormen van het wel of niet slagen ervan. Een van de ontwikkelaars (Sexton e.a., 2005) spreekt tegen dat vooral algemene therapeutvariabelen (hoop geven, goede relatie met cliënt) hiervoor een verklaring geven. Aanhangers van deze gedachte concluderen dat onderzoek tot nog toe weinig onderscheid in effectiviteit tussen verschillende therapieën heeft aangetoond. Dit leidt tot het vormen van een meer integratieve of eclectische gezinstherapie, waarbij de gezinstherapeut afhankelijk van de eigen persoon en het betrokken gezin in kwestie die therapeutische methodieken toepast die passen voor dat gezin en daarvoor de algemene kans van slagen van de therapie verhogen. Vanuit dit standpunt zijn handleidingen onnodig beperkend voor een gezinstherapeut, vaak zelfs schadelijk omdat onvoldoende rekening gehouden kan worden met individuele verschillen. Sexton e.a. (2005) verzetten zich tegen dit standpunt en stellen dat de zogenaamde algemene therapiefactoren niet goed te specificeren en moeilijk overdraagbaar zijn en geen richting geven aan de verdere ontwikkeling van gezinstherapie en in het verlengde daarvan aan de opleiding tot gezinstherapeut. Zij pleiten juist voor het gedetailleerd verantwoording afleggen over therapieën. Gezinstherapie zou daar veel baat bij kunnen hebben, omdat de effectiviteit van systeemtherapie al is aangetoond bij een aantal problemen en stoornissen, zoals schizofrenie, alcoholisme, drugsverslaving en jeugdigen met gedragsstoornissen. Sexton e.a. (2003) stellen dat er wel degelijk specifieke factoren te benoemen zijn bij effectieve therapieën. Ze noemen er enkele, (1) herdefiniëren van

het probleem, (2) oplossen van de impasse, (3) de therapeutische relatie tussen therapeut en cliënt, (4) vermindering van de negativiteit in de zitting, (5) verbeterde interactionele en gedragscompetenties en (6) behandelintegriteit ('adherence to the model').

Binnen FFT worden de eerste vier genoemde specifieke zaken geconcretiseerd binnen de verbindings- en motiveringsfase in het proces van *reframen*. *Reframen* leidt niet alleen tot een andere betekenis verlenen aan het probleem, maar tevens tot verminderen van negativiteit en doorbreken van de impasse. Bovendien verbetert de therapeutische band met alle gezinsleden. Belangrijk daarbij is een gelijkwaardige band met alle gezinsleden. Het is beter een wat afstandelijke band met alle gezinsleden te hebben dan het vertrouwen van de ouders en het wantrouwen van de jeugdige, of vice versa. In de gedragsveranderingsfase worden interacties en gedrag veranderd binnen het gezin.

Verder is een van de centrale methodische uitgangspunten van FFT het zogenaamde 'matchen met' zowel therapiedoelen als het gezin. Dit 'matchen met' betekent dat de therapeut zijn therapeutische methodieken laat afhangen van het model en vooral van de fase waarin de therapie zich bevindt. Zo heeft de gedragsveranderingsfase niet alleen andere doelen (zoals het aanleren van vaardigheden) maar vergt ze ook een meer onderwijzende houding van de therapeut. Anderzijds moet de therapeut zich altijd invoegen in het gezin. Dat gebeurt door rekening te houden met individuele verschillen van gezinsleden, waarden en normen, etnische achtergrond en de manier waarop dit individuele gezin gewend is tegen problemen aan te kijken en zaken op te lossen.

Ten slotte heeft FFT, zoals hierboven reeds beschreven, een uitgebreide methodiek om de behandelintegriteit te meten, waarbij gebruikgemaakt wordt van informatie van cliënten, therapeut en supervisor. Juist omdat dit strikt vasthouden aan het behandelmodel bij gezinstherapeuten nogal eens op verzet stuit, volgt hier een korte uiteenzetting van dit systeem van behandelintegriteit. Behandelintegriteit betekent vasthouden aan het model (*adherence*) én competent uitvoeren van het model (*competence*). De stelling van FFT is, dat *adherence* voorafgaat aan *competence*. Beide hebben een zogenaamd kennis- en uitvoeringsdeel.

Bij *adherence* is het kennisgedeelte het grootst. Daarbij worden bijvoorbeeld de volgende vragen gesteld.

- Hoe begrijpt een therapeut de cliënten? Ziet de therapeut zowel de cliënt als het gezin als mensen met onderlinge relaties, betekenisverlening en gevoelens die een bepaalde uitkomst (probleemgedrag, maar ook sterkte en onderlinge band) opleveren, of blijft

de therapeut toch het individueel probleemgedrag benadrukken, of blijft hij het gezin zien als slachtoffer van de samenleving.

RENÉ BREUK

- Ziet de therapeut zijn rol als een relationele en therapie als een relationeel proces? Bekijkt de therapeut de onderlinge relaties, kijkt hij naar de therapeutische band tussen hem en gezinsleden en gezinsleden onderling? Ziet hij hoe deze relationele processen bepaalde uitkomsten bevorderen (beschermende factoren) of juist belemmeren (risicofactoren)?

Het uitvoeringsdeel van de *adherence* is algemeen (is de therapeut in staat tot een gesprek met een moeilijk gezin?) en specifiek (weet hij welke zaken hij binnen elke fase moet uitvoeren en voert hij die uit?).

Competence bepaalt meer of de therapeut in staat is zich op een klinisch responsieve en flexibele wijze tot het individuele gezin te verhouden (zonder de doelen van de fase uit het oog te verliezen) en complex te denken over cliënten en het therapeutische proces.

Competentie zonder *adherence* is moeilijk, zo niet onmogelijk.

Competence heeft vooral een uitvoeringsdomein: is de therapeut in de therapiekamer in staat om op een flexibele en responsieve wijze, rekening houdend met de complexe werkelijkheid van dat individuele gezin, FFT toe te passen? Het kennisdeel van *competence* is minder van belang. Het gaat er daarbij om, dat een therapeut complex kan denken over gedragsproblemen op relationele wijze (relationele patronen en functies) en individuele eigenschappen van de gezinsleden begrijpt en deze zowel matcht met het gezin als plaats en betekenis geeft in de behandeling.

Mogelijk zal een gezinstherapeut die niet gewend is aan het werken met een strikt omschreven behandelmodel zich intussen bevestigd zien in de weerzin tegen werken met protocollen. Niet alleen moet gewerkt worden met behandel fasen waar strikte behandel doelen voor gesteld zijn, maar bovendien wordt precies weergegeven wat allemaal gedaan moet worden om FFT op juiste wijze uit te voeren. Daar zou tegenin gebracht kunnen worden dat FFT geen 'protocol' is maar een 'behandelhandleiding' waarin veel meer vrijheid van handelen mogelijk is. Maar misschien maakt de klinische praktijk van FFT wel meer duidelijk waarom het werken volgens een gestructureerde methode noodzakelijk is.

Gezinstherapie bij gezinnen met jeugdigen met gedragsproblemen is ingewikkeld. Bij de start van de therapie overheerst vaak moedeloosheid in het gezin. Er zijn soms ingehouden, maar vaak ook felle verwijten en het is moeilijk om alle gezinsleden 'binnen de boot' te houden. Bovendien is de klinische ervaring dat de therapeut niet veel tijd krijgt zich te bewijzen. Een of twee uit de hand gelopen zittingen of uitstel van

het betrekken van een cruciaal gezinslid bij de behandeling kan leiden tot afhaken. Kazdin (1997) stelt dat behandelingen met deze doelgroep in 50 tot 70% de eindstreep niet halen. Daarom is FFT ontwikkeld en heeft ze juist voor de eerste fase enkele kernachtige principes ontwikkeld die de negativiteit in het gezin verminderen, hoop geven op verbetering en er toe bijdragen dat alle gezinsleden betrokken blijven. De klinische praktijk leert dat het buitengewoon moeilijk is aan deze principes vast te houden. Het helpt om tijdens deze therapiezittingen enkele 'ankers' te hebben om door zo'n moeilijke zitting te komen. Het helpt ook om te weten hoe je als therapeut een gezin door de therapie kan leiden en tegelijk de mening en visie van het gezin een belangrijke plaats kan geven. De praktijk van supervisie leert tevens dat eerst het model consequent toegepast moet worden (*adherence*) juist om ruimte te creëren voor het goed inpassen van individuele verschillen en het creatief vormgeven aan de therapie (*competence*).

Afgelopen jaar zijn in Nederland ruim twintig therapeuten opgeleid tot FFT-therapeut. Onder hen ook zeer ervaren gezinstherapeuten met verschillende theoretische achtergronden (gedragstherapeutisch, narratief, contextueel, eclectisch). Al deze gezinstherapeuten zijn door een dal gegaan, waarbij ze oude gewoontes aan de kant moesten zetten en zich open moesten stellen voor het model. Bij allen, echter, is de eigen stijl gebleven. Maar tevens is het gevolg dat alle therapeuten vaardiger en meer flexibel naar de weerbarstige gezinnen met jeugdigen met gedragsproblemen konden optreden. Bovendien blijkt uit een eerste inventarisatie dat er bij deze opgeleide FFT-therapeuten nauwelijks gezinnen afvielen tijdens de therapie (Breuk e.a., *submitted*).

Kortom, FFT houdt om klinische én wetenschappelijke redenen vast aan een hoge behandelintegriteit (*adherence* en *competence*), maar is door haar relationele gerichtheid en haar kernprincipe van 'matchen met' het gezin flexibel en biedt ruimte aan een creatieve gezinstherapeut om succesvol te werken met een moeilijke doelgroep.

Literatuur

- Alexander, J.F. & Parsons, V.P. (1973). Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 219-225.
- Alexander, J.F. & Parsons, B. (1982). *Functional Family Therapy*. Monterey: Brooks/Cole.
- Alexander, J.F. Pugh, C., Parsons, B., & Sexton, T.L. (2000). Book Three: Functional Family Therapy. In: D.S. Elliot (ed.), *Blueprints for violence prevention* (pp.117-140). Golden, CO: Venture Publishing.
- Alexander, J.F. & Sexton, T.L. (2002). Functional Family Therapy: A model for treating high-risk, acting out youth. In: J. Below (ed.), *Comprehensive handbook of psychotherapy* (Vol. 4, pp.111-132). New York: Wiley.

- Barton, C., Alexander, J.F., Waldron, H., Turner, C.W. & Warburton, J. (1985). Generalizing treatment effects of Functional Family Therapy: Three replications. *American Journal of Family Therapy*, 13, 16-26.
- Bosch, J.D. & Ringrose, H.J. (1997). *Mediatetherapie met ouders*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Breuk, R.E., Sexton, T.L., Dam, A.V., Disse, C., Doreleijers, T.A.H., Slot, N.W. & Rowland, M.K. Functional Family Therapy: The implementation and the cultural adjustment of a family therapy program in a psychiatric day treatment centre for juvenile delinquents in the Netherlands. *Submitted*.
- Gergen, K. (1985): The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-273.
- Gordon, D.A., Arbuthnot, J., Gustafson, K.E. & McGreen, P. (1988). Home-based behavioral-systems family therapy with disadvantaged juvenile delinquents. *The American Journal of Family Therapy*, 16, 243-255.
- Kazdin, A.E. (1997). Practitioner Review: Psychosocial treatments for conduct disorders in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 2, 161-178.
- Parsons, B.V. & Alexander, J.F. (1973). Short-term family intervention: A therapy outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 195-201.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive family process*. Eugene: Castilia.
- Sexton, T.L. & Alexander, J.F. (2002). FBEST: Family-based empirically supported treatment interventions. *The Counselling Psychologist*, 30, 238-261.
- Sexton, T.L., Alexander, J.F. & Mease, A.L. (2003). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in couple and family therapy. In: M. Lambert (ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.590-646). New York: Wiley.
- Sexton, T.L., Weeks, G.R. & Robbins, M.S. (eds.) (2003). *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families*. New York: Brunner-Routledge.
- Sexton, T.L. & Alexander, J.F. (2004). *Functional family therapy clinical training manual*. Seattle: FFT LLC.
- Sexton, T.L., Ridley, C.R. & Kleiner, A.J. (2005). Beyond Common Factors: Multilevel-Process models of Therapeutic Change in Marriage and Family Therapy. *Journal of Marriage and Family Therapy*, in press.
- Taylor, S.E. & Fiske, S.T. (1978): Salience, attention and attribution: Top of the head phenomena. In: L. Berkowitz (ed.), *Advances in experimental psychology* (Vol. 11, pp.250- 288). New York: Academic Press.
- Vijfeijke, A. van de & Spaander, M. (2004). Functional Family Therapy in New York en Seattle. Een reisverslag. *Systeemtherapie*, 16, 228-234.
- Vijfeijke, A. van de (2005). Doen we in onze systeemgesprekken wat we denken dat we doen? *Systeemtherapie* 17-4.
- Voorst, G. van (2005). Family Therapy and the politics of evidence. *Systeemtherapie*, 17, 45-48.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.