

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

■ Over de bijwerkingen van systeemtherapie

Mieke Hartgers¹

is klinisch psycholoog/psychotherapeut en systeemtherapeut, inhoudelijk manager van het specialistisch behandelprogramma *Relatie & Psyche* van PsyQ Haaglanden en PsyQ Rijnmond, supervisor en opleider van de NVRG.

Samenvatting

Ook in het huidige klimaat van evidence-based behandelen wordt in onderzoek en publicaties opvallend weinig aandacht besteed aan de mogelijke negatieve bijwerkingen van psychotherapie. Bijwerkingen zijn de onbedoelde en ongewenste effecten van een adequaat uitgevoerde behandeling, en als zodanig te onderscheiden van fouten en incompetenties. De bijwerkingen van psychotherapie in het algemeen en systeemtherapie in het bijzonder worden geïnventariseerd. De behandelsetting van relatie- en gezinstherapie brengt andere risico's met zich mee dan een individuele psychotherapie, zowel voor de cliënten als voor de therapeut. Een eerste aanzet wordt gegeven om contra-indicaties te formuleren, om hiermee een bijsluiter voor systeemtherapie samen te stellen. Deze lijkt eerder voor therapeuten dan voor cliënten zinvol te zijn: mogelijk zijn cliënten meer bedacht op sommige van de risico's dan de therapeuten?

Inleiding

De hedendaagse nadrukkelijke vraag naar evidence-based behandelmethoden geeft aan dat de effectiviteit van psychotherapie niet meer als vanzelfsprekend wordt aangenomen. We falen als we niet kunnen aantonen dat een therapie effect sorteert, want een niet-effectieve behandeling kost de gemeenschap geld en maakt de wachtlijsten langer. Maar nog steeds, of misschien wel juist meer dan ooit tevoren, spreken we als therapeuten liever over wat we kunnen of zouden willen kunnen dan over wat we niet kunnen of beter hadden kunnen nalaten. Als er sprake is van een aanhoudende verslechtering van de toestand van de cliënt, wordt er eerder van uitgegaan dat dit plaatsvindt ondanks de therapie dan ten gevolge van de therapie. 'Baat het niet, het schaadt ook niet', lijkt het ongefundeerde uitgangspunt te zijn. En niet het adagium dat in de

¹ Correspondentieadres: mjw.hartgers@ziggo.nl

somatische geneeskunde prevaleert, namelijk ‘primum, non nocere’: op de eerste plaats niet schaden (Beahrs & Gutheil, 2001). Maar kan een behandeling die niet baat, niet alleen al daarom schadelijk zijn? En is het wel uitgesloten dat ook een succesvolle behandeling negatieve neveneffecten kan hebben? Ook psychotherapie heeft bijwerkingen (Kahn, 2008).

Richtlijnen, protocollen, predicaten van topklinische zorg, *routine outcome monitoring*, alle bedoeld om de kwaliteit van zorg te bevorderen, kunnen als ongewenste bijwerking hebben dat steeds minder gesproken wordt over wat we niet kunnen. Transparantie hierover wordt als mogelijk risico voor de marktpositie beleefd. Verheul (2008) heeft voor het houden van zijn lezing over de schadelijke bijwerkingen van klinische psychotherapie zich eerst afgevraagd of hij zich dit als lid van de raad van bestuur van een ggz-instelling wel kon veroorloven.

Slechts incidenteel wordt gericht aandacht besteed aan schade ten gevolge van psychotherapie. Het tijdschrift *Directieve Therapie (Dth)* wijdde in 1994 een themanummer aan mislukkingen en teleurstellingen in de psychotherapie. Van der Velden en Scholing (1994) verzuchten in het voorwoord dat het onder psychotherapeuten tamelijk gebruikelijk is om de hinderlijke bijwerkingen van psychofarmaca breed uit te meten en de kwalijke effecten van psychotherapie te negeren. In 2005 hield de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie een najaarscongres met als titel ‘Mislukkingen, valkuilen en tips’ (zie Peeters & Beretty, 2006), waarin de misvatting dat cognitieve gedragstherapie overall een antwoord op kan hebben als een van de valkuilen werd besproken.

In 2004 verscheen in Nederland het rapport *Omstreden herinneringen* van de Gezondheidsraad na een onderzoek van tweeënhalf jaar naar de behandeling van verdrongen herinneringen aan seksueel misbruik in de jeugd. De toenmalige minister van Volksgezondheid Hoogervorst (2004) schreef in zijn reactie dat psychotherapeuten hun patiënten een ‘bijsluiter’ moeten meegeven over de gevaren van de verschillende soorten therapie.

De aankondiging in 2008 van de studiedag ‘Bijwerkingen van psychotherapie, de keerzijde van de effectiviteit’ was uitnodigend. De geprogrammeerde lezing over de mogelijke bijwerkingen van systeemtherapie bleek echter zonder aankondiging vooraf of toelichting ter plekke vervangen door een lezing over de bijwerkingen van klinische groepstherapie (zie ook Bot, 2009). Ook op de tweede editie van deze dag in oktober 2009 ontbrak de systeemtherapie, maar nu expliciet: men had gekozen voor het bespreken van de bijwerkingen van wat de organisatie ‘de twee hoofdstromingen in de psychotherapie’ noemde, te weten cognitieve gedragstherapie en psychoanalyse.

Ik heb de inspiratie die ik op deze dagen heb opgedaan, en mijn frustratie over het ontbreken van de systeemtherapie daarbij, omgezet in de uitdaging een artikel aan de specifieke bijwerkingen van systeemtherapie te wijden. Er is geen reden om aan te nemen dat het geruisloos schrappen van de systeemtherapie uit het programma voortkwam uit de veronderstelling dat behandelmethodes vanuit dit referentiekader geen bijwerkingen kennen.

Ik zal eerst tot een nadere bepaling van het begrip 'bijwerkingen' komen, om dit concept af te bakenen van de schadelijke gevolgen die incompetente therapeuten, omstreden behandelmethoden of gewoonweg niet adequaat uitgevoerde behandelinterventies teweeg kunnen brengen. Vervolgens ga ik in op de bijwerkingen van psychotherapie in het algemeen en typische bijwerkingen van enkele referentiekaders in het bijzonder. Daarna maak ik een inventarisatie van de mogelijke bijwerkingen van systeemtherapie. Ten slotte geef ik een eerste aanzet tot een 'bijsluiter systeemtherapie'.

Begripsbepaling: wat verstaan we onder bijwerkingen?

Niet alleen een foute of ineffectieve behandeling kan schade berokkenen, maar ook een juist uitgevoerde, bewezen effectieve therapie kan negatieve effecten met zich meebrengen. In de farmacotherapie spreekt men dan van bijwerkingen, waarvoor op een bijsluiter gewaarschuwd wordt. De World Health Organization hanteert de volgende definitie, aangehaald door het Nederlands Bijwerkingen Centrum: 'Een bijwerking is een schadelijk en/of onbedoeld effect dat optreedt bij de toepassing van een geneesmiddel in een gebruikelijke dosering voor de preventie, diagnose of behandeling van een ziekte of aandoening'. Hierbij worden twee soorten bijwerkingen onderscheiden. De type-A-bijwerkingen, ofwel de geneesmiddel-gerelateerde bijwerkingen, zijn een versterkte vorm van de normale werking en dus farmacologisch verklaarbaar. Ze zijn als regel dosisafhankelijk en reproduceerbaar en de incidentie is relatief hoog (>1%). Daarnaast bestaan er de type-B-bijwerkingen, de patiëntgebonden bijwerkingen. Deze zijn grillig en onvoorspelbaar, niet herleidbaar tot een farmacologisch effect van het geneesmiddel, en berusten vaak op een allergische reactie of een immunologische oorzaak. Ze ontstaan plotseling, onafhankelijk van de dosis en kunnen een ernstig beloop hebben. Dit type bijwerkingen komt relatief weinig voor, vermeldt het Nederlands Bijwerkingen Centrum. Het is interessant om na te gaan of deze indeling ook bruikbaar is voor bijwerkingen van psychotherapie.

Want ook bij psychotherapie kunnen we bijwerkingen veronderstellen, maar deze zijn niet op een bijsluiter te lezen. Een bijwerking is ieder onbedoeld

en ongunstig effect van een adequaat toegepaste behandeling. Indien het effect gunstig is, zal de betreffende interventie opgenomen kunnen worden in de therapeutische methodiek en kan ze voortaan gericht worden ingezet. Dan heet het geen bijwerking meer (Koerselman, 2009). We onderscheiden bijwerkingen nadrukkelijk van fouten, want dat zijn de te verwachten negatieve effecten van onjuist uitgevoerde interventies.

Een Turkse man is verwezen naar een programma voor systeembehandeling. Hij heeft last van spanningsklachten, is thuis prikkelbaar en zijn vrouw begrijpt hem niet. Hij komt het eerste intakegesprek alleen en als de intaker hem aan het eind van dit gesprek voorstelt, conform de gangbare werkwijze van het programma, het volgende gesprek samen met zijn echtgenote te komen, ontsteekt hij in woede. Hij verwijt de intaker zich te laten leiden door het vooroordeel dat Turken hun vrouwen slecht behandelen, en is ervan overtuigd dat diezelfde vraag niet aan een Nederlandse patiënt zou zijn gesteld. Hij wenst niet verder met deze intaker in gesprek te blijven, wijst iedere verdere uitleg over de behandelmethodiek van de hand en stapt op.

Is hier nu sprake van een type-B-bijwerking: zelden voorkomend, getuigend van een bepaalde allergie bij deze man voor een vaak en met positief resultaat gebruikte interventie? Is het een type-A-bijwerking: eigen aan de praktijk van partnerrelatietherapie, namelijk toenemende stress wanneer een gesprek met partner moet gaan plaatsvinden? Of is er sprake van een verkeerde verwijzing, van onvoldoende voorlichting of van een niet adequaat invoegen door de intaker? Met andere woorden, is hier sprake van onvolkomenheden in de behandeling, maar niet van bijwerkingen?

Bijwerkingen van psychotherapie

In de psychotherapie neigen we vooral naar het vaststellen van type-B-bijwerkingen: de positieve effecten schrijven we toen aan de therapie, de negatieve effecten of het uitblijven van resultaat aan de omstandigheden of aan de patiënt. Deze is niet gemotiveerd of heeft een symbiotische relatie met zijn moeder, heeft een dubbele agenda of een tegenwerkende partner, geen introspectief vermogen of een persoonlijkheidsstoornis.

Een therapie kan worden beëindigd door de patiënt, door de therapeut, of in samenspraak. Het resultaat kan zijn een verbeterde, een verslechterde of een onveranderde psychische conditie. Hoewel ik me in dit betoog vooral wil richten op de elementen die kunnen bijdragen tot een verslechtering, vraagt bij afsluiting ook de ogenschijnlijke neutrale uitkomst ‘onveranderd’ aandacht. Er kan ook dan sprake zijn van mogelijke, indirecte, schade. Niet alleen een

verspilling van tijd, energie en geld. Maar ook het verlies van vertrouwen in psychotherapie, waardoor de motivatie voor een volgende, wel effectieve therapie afneemt. En het verlies van vertrouwen in eigen mogelijkheden: 'Zelfs met therapie knap ik niet op'. Ook kan er bij de start al sprake zijn van de tegenhanger van het placebo-effect, namelijk het nocebo-effect: het stellen van een diagnose en/of het stellen van een indicatie voor behandeling bewerkstelligt een mogelijk zichzelf bevestigende negatieve conclusie: 'Er is iets mis met mij, anders zou mij geen behandeling worden aangeboden'.

Afhankelijkheid van therapie en misbruik van therapie zijn algemeen bekende risico's van therapie en worden van oudsher omschreven met termen als hospitalisatie en secundaire ziektewinst. Vandereycken (1989) waarschuwt dat de therapeutische sessie kan werken als een pijnstillertje: een directe en kortdurende werking, maar geen genezing. Ook kan therapie een alibi verstrekken om maatschappelijke, financiële en relationele verantwoordelijkheden en de aansprakelijkheid voor de gevolgen van het eigen gedrag te ontlopen of ten minste uit te stellen. Van Reekum (2008) wijst op het risico van te hoog gespannen verwachtingen van psychotherapie als een weg naar het geluk. Haar uitgangspunt in psychoanalytische psychotherapie is daarom dat behandelen ook desillusioneren inhoudt. Patiënten die verwachten dat therapie pijnloos is, zouden meer risico lopen op verergering van de klachten door behandeling (Mohr, 1995).

Anders dan in speelfilms dient therapie niet alleen maar een comfortabel gesprek met een geduldig luisterende en empathische therapeut te zijn. Ondanks mildere methoden als *mindfulness* en cognitieve therapie zijn het vooral de gedragstherapeuten die hechten aan het imago van een strenge meester en aan het adagium 'zachte heelmeesters maken stinkende wonden'. Het mogelijke risico is wel dat faalangstige patiënten er daardoor van overtuigd raken dat ze verkeerd denken en verkeerd handelen (Visser, 2008).

Korrelboom (2009) vraagt aandacht voor de zogenaamde dose-effectiveness-studies, waaruit blijkt dat naarmate het aantal sessies vordert het gevaar voor afhankelijkheid toeneemt en de kans op verdere verbetering afneemt. Hij waarschuwt dan ook voor de negatieve gevolgen van langer doorgaan met behandeling dan effectief is: afhankelijkheid van de therapie of therapeut, uitstel van oplossingen voor problemen in het dagelijkse leven die daardoor juist in stand worden gehouden, en een afname van vertrouwen bij patiënt en diens omgeving in de mogelijkheden van psychotherapie.

Een bijwerking van individuele psychotherapie waarnaar gericht onderzoek is gedaan, is het mogelijk nadelige effect van een individuele behandeling op de (relatie met de) niet-behandelde levenspartner of gezinsleden van de patiënt

(Hoffman, Rudolf, & Strauß, 2008). Het evenwicht tussen de patiënt en diens partner of gezinsleden zal veranderen wanneer deze autonoom, zelfbewuster, gezonder wordt. Dit kan zozeer ongewenst zijn dat er terugval plaatsvindt bij de patiënt of de partner klachten ontwikkelt. Ook kan de exclusiviteit van het individuele therapeutisch contact met zich meebrengen dat de partner of de gezinsleden zich buitengesloten voelen. De therapeut kan door de partner als rivaal worden beleefd, wat al dan niet door de patiënt is aangewakkerd met voortdurende referenties aan de woorden van de therapeut. De systeemtherapie claimt daartegen een beproefde remedie te hebben: het betrekken van partner en/of gezinsleden bij de behandeling. Hiermee belanden we bij de vraag of de systeemtherapie zelf als methodiek wel zonder gevaren is.

De bijwerkingen van systeemtherapie

Systeemtherapie is een intensieve vorm van therapie (NVRG, 2008). Betekent dit dat de risico's evenredig groot zijn? De psychoanalyse is vaak verweten zich te onttrekken aan de therapeutische verantwoordelijkheid voor het uitblijven van resultaat van behandeling, omdat zij de toename van symptomen, weerstand tegen verandering en negatieve gevoelens jegens de therapeut als noodzakelijke bestanddelen van het therapeutische proces zou kenmerken. Märtens (2002) wijst erop dat ook de systeemtherapie axioma's heeft die misbruikt kunnen worden om de aansprakelijkheid van de therapeut voor schadelijke bijwerkingen te relativiseren. Om enkele axioma's en concepten te noemen:

- De werkelijkheid is een constructie. Dit zou kunnen betekenen dat wat als bijwerkingen of schade wordt opgevat niet meer is dan een sociaal construct, afhankelijk van het perspectief van de beoordelaar.
- Positief heretiketteren: negatieve bijwerkingen kunnen worden beschouwd als uitdagingen tot verandering of als zinvolle waarschuwingen voor het overschrijden van de grenzen van wat haalbaar is.
- Therapie als conversatie: therapie als niet meer dan een conversatie, daarmee in principe onschadelijk en niet te vergelijken met bijvoorbeeld medisch handelen.
- Circulariteit: causale verbanden bestaan niet, dus schade kan nooit het directe gevolg van de therapie zijn (en succes dus ook niet?).
- Systeemtherapeuten zijn meervoudig partijdig, dus afhankelijkheid van de therapeut wordt voorkomen.
- Systeemtherapie biedt mensen vooral keuzes, en het aandragen van keuzes kan niet ondermijnend zijn (Asen, 1997).

Welke risico's zijn er niettemin verbonden aan de aard van systeemtherapie?

1. Behandelsetting: openbaarheid versus privacy

Het is gerechtvaardigd om stil te staan bij risico's verbonden aan vanzelfsprekendheden van een systeembehandeling, waaronder het betrekken van de naasten bij de behandeling. Vanuit systemisch perspectief is het een vanzelfsprekend gegeven dat iedere beweging van een lid van het systeem effect heeft elders in het systeem. Verandering ten gevolge van een individuele therapie zal dus iets veranderen aan het evenwicht binnen het systeem waarvan de patiënt deel uitmaakt. Door de partner en/of andere gezinsleden vanaf het begin bij de behandeling te betrekken, worden de belangen van eenieder behartigd en wordt er in samenspraak gewerkt aan verbetering van de psychische klachten en/of de onderlinge relaties. De individuele afhankelijkheid van de behandelaar wordt voorkomen en de verbinding met het dagelijks leven wordt gegarandeerd.

Maar er zijn ook risico's. De privacy van de therapie-setting maakt plaats voor een zekere mate van openbaarheid. Er worden in sessies uitspraken gedaan die ontregelend kunnen zijn voor het systeem of voor de individuele systeemleden.

'Alfred bezoekt een psychiater omdat hij zich afvraagt of hij zijn relatie wil voortzetten. Bij de beantwoording van deze vraag speelt zijn vriendin eigenlijk geen rol. De psychiater overreedt hem echter haar uit te nodigen voor een gesprek. Door dat te doen, houdt de psychiater geen rekening met de hulpvraag en de therapiewensen van Alfred. Bovendien riskeert hij schade, en dat had hij kunnen weten. Immers, met het uitnodigen van Margriet zet hij het voortbestaan van de relatie voor beiden op de agenda, en dwingt hij hen dus te spreken over iets waar ze mogelijk liever over gezwegen hadden' (Kaasenbrood, Van der Werf & Hanneman, 2008).

De gevaren van ontregeling door gezinstherapie zijn in de literatuur vaak gebagatelliseerd. Papp spreekt tegen dat het voorschrijven aan een kind van zijn of haar destructieve gedrag teneinde de ouders te redden schadelijk is: 'We believe that it is what the child is actually doing and by making the covert overt, we are releasing him or her from that position, at the same time making the parents aware of it' (1980, p.52).

Ook Nichols wimpelt de genoemde risico's af: 'When family therapy first came along, some people worried about the danger of upsetting the fragile equilibrium of families. Don't worry. The truth is it takes dynamite to change

family interaction' (1987, p.40). Net als Märtens (2002) vraag ik me af of dit 'optimistische pessimisme', dat nergens onderbouwd is, wel gerechtvaardigd is. Wanneer partners of gezinsleden elkaar schokkende onthullingen doen of bittere verwijten maken, kan de aanwezigheid van de therapeut als relatieve buitenstaander er juist toe bijdragen dat de krenking of de blamage als meer openbaar beleefd wordt. Onze aanwezigheid dient ter beveiliging, maar dat kan juist ook bijdragen aan de schade. Deze veronderstelde beveiliging door de therapeut kan immers als neveneffect hebben dat de gezinsleden juist onvoorzichtiger in de omgang met elkaar worden; de norm voor wat wel of niet gezegd kan worden en de opvang van de ander na wat gezegd is, worden uitbesteed aan de therapeut. De therapiekamer kan misbruikt gaan worden als een plek waar nu eens eindelijk de dingen gezegd kunnen worden die nooit gezegd zijn, waarbij de verantwoordelijkheid voor de goede afloop aan de therapeut wordt gedelegeerd: deze zal wel ingrijpen als het nodig is, of de scherven opruimen nadat het hoge woord eruit is.

Vader en moeder Nieman worstelen al jaren met hun rol als opvoeder van hun twee puberdochters Carolien en Ingrid, die veel zorg vragen, zonder dat de inspanningen bevredigen. Het is thuis hoog opgelopen, en vader heeft in een weekend, ten einde raad en met instemming van en ter wille van moeder Ingrid de deur gewezen, wat voor elk van hen traumatisch is. Ingrid is boos, ouders voelen zich machteloos en schuldig. In een behandelgesprek met ouders en Ingrid, enkele weken later, beschuldigt moeder Ingrid wanhopig: jij hebt mij kapot gemaakt! Ingrid krimpt ineen, vader verstijft, moeder verhardt en maakt zich op voor het volgende vervijft.

Ingrijpen is dan nodig, want een *laissez faire*-houding van de therapeut in een dergelijk gesprek legitimeert de gedane uitspraken en kan daardoor tot grotere schade leiden dan wanneer deze interactie zonder bijzijn van de behandelaar had plaatsgevonden. De therapeut zal er op moeten toezien dat alle aanwezigen de verantwoordelijkheid blijven dragen voor eigen woorden en daden. Uiteraard dient de therapeut ondersteuning te bieden om te zeggen wat eerder of elders niet gezegd kan worden, maar therapie biedt geen vrijbrief.

Van den Ende en Savenije (2002) wijzen er op dat het uitgangspunt dat alles besproken kan worden en zou moeten worden een westerse aanname is. Binnen die aanname worden openheid en directe communicatie erg gewaardeerd en wordt het zelfs als immoreel beschouwd om mee te werken aan de geheimen van een ander. Daarmee wordt voorbijgegaan aan de beschermende functie van geheimen. Terecht wijzen zij erop dat iets 'bestaat' zodra het is benoemd, en dat er dan niet meer aan een reactie ontkomen kan worden. Als therapeut

worden wij door individuele systeemleden soms ingelicht over zaken die ons in het vervolg belemmeren, maar we kunnen niet terug: wat we weten, kunnen we niet meer niet weten.

Wanneer het geheim een buitenechtelijke relatie betreft, kan de therapeut hiervan buiten de gezamenlijke sessie op de hoogte zijn gesteld door een van beide partners of door een andere partij (Lange, Leigh, & Vermeulen, 2006), waardoor de therapeut in een lastige positie komt. Maar ook als de ontrouw gaandeweg de behandeling aan het licht komt en de therapeut eerder niets vermoedde, kan dit ertoe leiden dat het 'slachtoffer' zich extra bedrogen voelt en de 'dader' zich extra een bedrieger voelt: niet alleen de partner, maar ook de therapeut is voorgelogen.

Een vereiste voor een systeemtherapeut is het vermogen om meervoudig partijdig te zijn: het doelwit van verbale agressie beschermen en de agressor helpen zich te verantwoorden voor de aanval. Speciale aandacht is in gezinsgesprekken geboden voor de kleinere kinderen, vooral als deze alleen toevallig als een figurant aanwezig zijn.

Gladys komt naar de therapiesessie met haar driejarige dochtertje Sharon. Ze wist geen oppas te regelen en neemt haar mee in de behandelkamer. Ze probeert tijdens het gesprek Sharon op een stoel te laten zitten en te laten zwijgen. Sharon is bedeesd en zit stil, maar staat ook een aantal keren op of vraagt haar moeder iets terwijl deze met mij in gesprek is. Gladys raakt hierdoor geïrriteerd en geeft Sharon opeens een draai om haar oren met de opdracht nu verder stil te zijn. Ik schrik, en sta stil bij wat er gebeurt. Het blijkt dat Gladys zich in deze situatie door mij als deskundige bekeken voelt; ze is ervan overtuigd dat ik van haar als opvoeder verwacht dat zij Sharon stil kan laten zitten en kan maken dat zij ons niet stoort. Ik realiseer me dat ik onvoldoende samen met Gladys verantwoordelijkheid heb genomen voor Sharons aanwezigheid bij het gesprek, want we hebben het niet aangepast aan de aanwezigheid van een driejarige.

Het gevaar schuilt niet in de setting op zich, maar in de onopgemerkte risico's van de setting.

Een ander gevaar bestaat wanneer een naaste door de therapeut of door de cliënt als informant wordt betrokken bij de therapie, vooral als het een kind betreft. Rober (1998) waarschuwt voor de algemeen verbreide misvatting dat kinderen per definitie spontaan en open zijn en niets liever doen dan vertellen wat ze denken. Hij stelt daartegenover dat een kind ontzettend stil kan zijn, zelfs als het veel geluid produceert. Kinderen kunnen worden uitgenodigd uitspraken te doen waarvan ze de gevolgen niet kunnen overzien.

Maar ook volwassenen moeten worden beschermd. Van Lawick en Groen (1998) stellen een contra-indicatie vast voor circulair interviewen bij huiselijk geweld: vragen over gewelddadig gedrag moeten rechtstreeks en niet via de ander worden gesteld. Dit om de een niet in de positie te plaatsen de ander te moeten verraden, wat thuis weer gevaarlijke consequenties kan hebben. Märten (2002) vestigt er de aandacht op dat deelnemers aan een systeemgesprek als in een talkshow verleid kunnen worden uitspraken te doen waarvan ze achteraf spijt hebben. Imber-Black waarschuwt voor 'the growth of the simplistic belief that telling a secret, regardless of context, is automatically beneficial. This belief, promulgated by television talk shows and media exposés, has ripped secrecy and openness away from their necessary moorings in connected and empathic relationships' (1997, p.108). Een collega verraste me dan ook in een gezinsgesprek met een jongvolwassen zoon met de volgende, in ons vak ongebruikelijke interventie op het moment dat een vader uitgebreid de doopceel van zijn zoon wilde gaan lichten: 'Dat moet u mij toch niet allemaal gaan vertellen, dat is jullie privé, dat gaat mij niks aan!' En hij ging over tot het bespreken van de actuele situatie en de zorgen over de toekomst.

We zijn getraind in het signaleren van loyaliteitsconflicten, en menen dat de beklemming van het conflict opgelost kan worden door het voor betrokkenen expliciet op tafel te leggen. Daardoor kan juist de uitweg van het niet kiezen of het ontkennen van het bestaan van een keuzeconflict afgesneden worden. Zo neemt de druk op het maken van een keuze toe, en kan de therapeutische bemoeienis er ongewild toe leiden dat er helemaal geen uitweg meer wordt gezien en de paniek toeslaat met alle gevolgen van dien.

2. In stand houden van illusies en uitstellen van noodzakelijke beslissingen

Vansteenwegen (1994) signaleert het ongeloof van therapeuten dat verbetering bij paren niet altijd mogelijk is. Door een te actieve houding, gericht op het vergroten van de onderlinge betrokkenheid, is er tijdens de sessie nog iets mogelijk wat tussen de sessies helemaal niet lukt. Het onvermogen wordt versluierd, en een conclusie over de levensvatbaarheid van de relatie wordt alleen maar uitgesteld. Iedere partnerrelatietherapie is deels een rouwtherapie, namelijk de confrontatie met het verlies van illusies. Dit kan leiden tot het oplossen van onbegrepen stagnatie in de ontwikkeling van de relatie. Maar het komt natuurlijk ook voor dat het onvermogen alleen maar onderstreept wordt, zonder dat dit vruchtbaar is. Dit gevaar treedt bijvoorbeeld op als eventuele individuele problematiek niet gediagnosticeerd wordt. Zoals bij de stoornis van Asperger; deze leidt tot relationele problemen waarvoor hulp gezocht wordt.

Er wordt dan in een reguliere partnerrelatietherapie een beroep gedaan op empathie bij een partner bij wie dit vermogen ontbreekt, waardoor het gevoel van falen bij de een en het gevoel van tekortgedaan worden bij de ander alleen maar wordt versterkt (Van Voorst, 2008).

Het is niet ongebruikelijk dat paren in therapie komen om zich ervan te verzekeren dat ze 'alles hebben geprobeerd' alvorens de relatie failliet te verklaren; een rituele dans. Soms verwachten ze dat de therapeut de relatie langs een meetlat kan leggen en een objectief oordeel kan vellen over de levensvatbaarheid ervan. Niet zelden heeft een van beiden het besluit tot beëindiging al genomen, maar is dat niet bekend bij de ander. De wens 'alles geprobeerd te hebben' kan vermijding inhouden, die indien deze niet in de tijd wordt begrensd slechts leidt tot het rekken van een ongewenste situatie. De angst voor het onbekende leven na een scheiding, of angst voor de draagkracht van de ander, die misschien deze breuk letterlijk niet zal overleven, kan leiden tot een behandeling die de impasse in stand houdt. De vraag of dit wenselijk is, is niet eenvoudig te beantwoorden.

Een zelfde situatie kan ontstaan rondom een behandeling van ouders op verwijzing van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of de Raad van de Kinderbescherming. Er is dan geoordeeld dat de ouders onvoldoende adequaat functioneren als ouder en als partners. Een gecompliceerde mengeling van vrijwillige en onvrijwillige hulpverlening is dan aan de orde. Met als mogelijke bijwerking dat het besluit over uithuisplaatsing dan wel terugplaatsing van kinderen wordt uitgesteld totdat de behandeling voltooid is, waardoor het in het belang kan zijn van de betreffende ouders om dat moment uit te stellen of juist te overhaasten. Een zelfde dynamiek is aan de orde als behandeling plaatsvindt in het kader van procedures rond omgangsregeling na scheiding, verblijfsvergunning ten bate van gezinshereniging, etc.

3. Schuldinductie

De systeemtherapie heeft zich in haar beginjaren controversieel gemanifesteerd en zich daarmee niet populair gemaakt. Kwalificaties als de schizofrenogene moeder, perverse triade, loszand-gezin en termen als tactische manoeuvres, overbetrokkenheid, triangulatie, parentificatie of anale collusie geven niet direct blijk van een warme visie op het gezin of het huwelijk als de positieve hoeksteen van de samenleving.

Hoewel de term schizofrenogene moeder moet worden toegeschreven aan de psychoanalytica Frieda Fromm-Reichmann, is de term vooral met de

Palo-Altogroep verbonden geraakt. Zij probeerden zich weliswaar vanuit hun systeemtheoretisch kader neutraal ten opzichte van de patiënt op te stellen, door de door hen geïdentificeerde double bind niet als een kenmerk van een opvoeder maar van de communicatie tussen opvoeder en kind te beschouwen. Maar daarmee hebben ze niet kunnen voorkomen dat er een schuldinductie van hun publicaties uitging. 'Our hope is that these operations will provide a clearly evident record of the continuing, repetitive, double bind which we hypothesize goes on steadily from infantile beginnings in the family situation of people who become schizophrenic' (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1956, p.262) en Bateson (1972) beschreef schizofrenie als een resultaat van de interacties in het gezin.

Deze visie heeft de reputatie van de systeemtherapie nog lang nadelig beïnvloed. Ypsilon ziet nog steeds noodzaak om op haar website in het ABC van psychiatrische termen op te nemen: 'Schizofrenogene moeder ~ Achterhaald begrip uit de tijd dat men ervan uitging dat de moeder schuld had aan de schizofrenie van haar kind'.

Het systeemdenken draagt het risico van het pathologiseren van relaties en naasten met zich mee. De antipsychiatrie betoogde dat niet het individu ziek is, maar de maatschappij ziekmakend. De systeemtherapeuten stelden dat niet de aangemelde cliënt ziek is, maar dat de onderlinge relaties en de communicatie in het gezin ziekmakend kunnen zijn. Dit sluit naadloos aan bij de basale angst van iedere ouder, zeker wanneer het kind problemen te zien geeft: dit is mijn schuld, ik heb gefaald.

De structurele gezinstherapie wees fouten aan in de structuur van het gezin, de strategische systeemtherapie fouten in de communicatie, de gedragsgerichte gezinstherapie fouten in het gedrag, de contextuele gezinstherapie vraagt aandacht voor schadelijke erfenissen van eerdere generaties. Dus is ook de systeemtherapie niet vrij gebleven van het pathologiseren en stigmatiseren, dat zij juist het lineaire, medische denken verwijt. Gaandeweg de negentiger jaren is de focus van de systeemtherapie verschoven in de richting van juist de verbindende, helende krachten in het systeem, en naar de meervoudige partijdigheid van de behandelaar. In het postmoderne denken manifesteert de therapeut zich als niet-wetend, in samenwerking met het gezin op zoek naar het deconstrueren van het dominante discours. De niet-wetendheid van de therapeut is echter ook een valkuil. Habekotté (2001) merkt op dat het niet mogelijk is om geen theorie te hebben. Door na te laten het eigen weten expliciet te maken, draagt de therapeut er ongewild aan bij dat haar of zijn discourses die dit weten bepalen niet gedeconstrueerd kunnen worden.

4. Schadelijke bijwerkingen voor de systeemtherapeut

Vandereycken (2008) noemt mogelijke schadelijke bijwerkingen van psychotherapie in het algemeen voor de persoon van de therapeut: een veranderd wereldbeeld, te weinig of te veel afstand in ontmoetingen in het persoonlijk leven en vervreemding van de directe omgeving, terwijl gesprekken met cliënten nog als de enige wezenlijke ontmoetingen worden ervaren: 'Veel psychotherapeuten verdwalen met hun patiënten in dit mistige grensgebied tussen vriendschap en psychotherapie' (Vandereycken, 1989, p.3).

Meer dan bij stoornisgerichte behandelingen komt een systeemtherapie de behandelaar dicht op de huid. En wanneer de systeemtherapeut in een actuele crisis met eigen partner, kinderen of ouders verkeert, is diens beschikbaarheid voor systeembehandelingen van cliënten met een soortgelijke crisis fors ingeperkt. Anders dan bij de behandeling van psychotraumata wordt bij systeemtherapie zelden aandacht besteed aan wat we toch ook een vorm van secundaire traumatisering zouden kunnen noemen. Systeemtherapeuten zijn voortdurend in gesprek met paren waarvan de partners, die elkaar toch ooit zeer dierbaar waren (en nog zouden willen zijn), elkaar afwijzen, schelden en schreeuwen, elkaar niet kunnen bereiken of zich juist aan elkaar vastklampen of overvragen, elkaar verraden of soms letterlijk bij de keel grijpen. Of met paren die juist bedreven zijn in onderhuidse agressie, zoals Adriaan Morriën (1993) het verwoordt in zijn gedicht 'Echtverbintenis': 'Ik zal je niet slaan, alleen maar niet strelen.' Welke gevolgen heeft dit voor de eigen romantische idealen?

We spreken met ouders die hun kinderen te hard nodig hebben en hen daarmee belasten, of mishandelen, of afwijzen, of juist te veel blijven vasthouden. Met kinderen die hun ouders dwarszitten, of negeren, of die elkaar terroriseren. Wat voor effect heeft dit op de opvattingen over het gezin als de ideale samenlevingsvorm? Anders dan bij individuele therapieën zijn we als therapeut steeds weer *live* getuige van al die soorten negatieve interacties, en als we niet opletten maken we er zelfs deel van uit en collaboreren we. Kunnen we hierdoor beter of juist slechter onze eigen relationele problemen oplossen? Het zou de moeite waard zijn dit te onderzoeken.

Wat betekent dit alles nu voor de inhoud van 'de vergeten bijsluiters' van de systeemtherapie?

Bijsluiters systeemtherapie

De vaste bestanddelen van een bijsluiters zijn: de indicaties, de contra-indicaties, de gebruiksaanwijzing en ten slotte de bijwerkingen.

Bij een psychotherapeutische behandeling beperken we ons meestal tot het eerste; de behandelovereenkomst bevat de doelen van de behandeling en de werkwijze die gehanteerd zal worden (diagnose, inhoud van de behandeling, setting, naam van de betrokken behandelaars, frequentie, duur). De gebruiksaanwijzing, dat wil zeggen dat wat van de patiënt wordt verwacht aan inzet (huiswerk, aanwezigheid, betaling, fatsoen) wordt in het huidige klimaat van productie ook toenemend standaard als informatie geleverd. Maar als het gaat om de contra-indicaties en de bijwerkingen is er vooral een leemte. Uit de handboeken voor systeemtherapie zouden we kunnen opmaken dat er geen contra-indicaties voor systeemtherapie bestaan (Gurman, 2008; Savenije, Van Lawick & Reijmers, 2008; Hanna, 2007). Gottman (1999) stelt dat partnerrelatietherapie gecontra-indiceerd is als er een derde in de relatie is en in het geval van actueel huiselijk geweld. Contra-indicaties welke inmiddels in ons taalgebied al lang verlaten zijn (Vansteenwegen, 1994; Van Lawick & Groen, 1998). Er lijken geen contra-indicaties meer te bestaan. Beahrs en Guhteil (2001) noemen echter juist het volledig overtuigd zijn van de eigen werkwijze als een van de signalen voor de therapeut om alert te zijn op contra-indicaties.

Zo kan er sprake zijn van een contra-indicatie voor systeemtherapie bij:

- een loyaliteitsconflict dat gepaard gaat met heftige angst;
- een geheim waarvan de openbaring veel gezichtsverlies zal opleveren;
- geweld jegens naasten zonder gewetenswroeging;
- individuele psychopathologie waarbij heftige emoties invaliderend werken.

Inmiddels kijkt niemand er meer van op dat op een pakje sigaretten teksten staan als 'Roken kan leiden tot een langzame, pijnlijke dood', en dat in de bijsluiter van simpele medicatie 'braken, vertraagde hartslag en coma' als, weliswaar zeldzame, bijwerkingen worden vermeld. Is het dan niet opmerkelijk dat onze cliënten vooraf geheel niet geïnformeerd worden over mogelijke bijwerkingen? Zouden voor systeemtherapie bijvoorbeeld niet de volgende bijwerkingen vermeld moeten worden:

- Bij systeemgesprekken verkeert u in een sfeer van vertrouwelijkheid die groter kan zijn dan u thuis met elkaar gewend bent; u kunt daardoor uitspraken doen in het bijzijn van uw naasten die u achteraf misschien toch liever niet had gedaan.
- In partnerrelatiegesprekken kan uw partner zich gestimuleerd voelen uitspraken te doen waar hij/zij thuis het lef niet voor heeft en die u achteraf liever niet zou hebben gehoord.
- Door in relatietherapie te gaan wekt u de suggestie dat u de relatie met uw partner wenst te verbeteren, waardoor u de hoop op voortzetting van de

relatie bij uw partner (en uw eventuele kinderen, ouders of andere derden) aanwakkert en het moeilijker voor u wordt om, indien u dat wenst, de relatie te beëindigen.

- Uw therapeut kampt mogelijk met dezelfde problemen als uzelf, waardoor hij/zij onvoldoende beschikbaar kan zijn om u te helpen.

Het bijzondere is echter dat cliënten vaak beter dan de therapeuten deze bijwerkingen voorzien en vrezen, en daarom afzien van deelname. Belangrijker dan een bijsluiters voor cliënten is daarom een bijsluiters voor therapeuten, zodat deze zich goed van de risico's bewust zijn. In de bijsluiters voor cliënten kan vermeld worden hoe de therapeut ervoor zal zorgdragen de risico's tot een minimum te beperken.

Conclusie

De systeemtherapie weet aan de ene kant te beveiligen tegen risico's zoals een exclusieve of een afhankelijkheidsrelatie met de therapeut, of tegen uitstoting van het afwijkende gezinslid, of tegen verlies van vertrouwen in elkaar. Ook weet systeemtherapie de gezamenlijke kracht van het systeem te versterken, en de demoralisatie te verminderen of zelfs op te heffen. Maar via dezelfde deur haalt deze benadering weer andere risico's binnen. In vergelijking met andere psychotherapeutische referentiekaders gaat het niet om meer, maar wel deels om inhoudelijk andere risico's. In deze bijdrage heb ik een poging gedaan enkele van deze risico's in kaart te brengen. Niet om systeemtherapie als een buitengewoon gevaarlijke onderneming af te schilderen, maar wel om ons ervan te doordringen dat en hoe een intensieve vorm van therapie zorgvuldig en met oog voor de gevaren ingezet moet worden.

De beste beveiliging wordt gevormd door met onze cliënten de effecten van de behandeling zorgvuldig te bewaken, een veilig klimaat te creëren in intervisie of supervisie zodat mislukkingen en fouten ter sprake kunnen komen, en kritisch te blijven ten aanzien van de indicaties voor systeemtherapie en deze niet als een panacee te beschouwen. In de hoop dat de lezer een andere conclusie zal trekken dan de journalist die destijds in zijn recensie over het al genoemde themanummer van *Dth* schreef: 'De buitenstaander bekruipt hierbij het gevoel dat het niet best gesteld is met een vakgebied waarover dit soort zinnen in een vakblad moet worden geschreven' (naamloze auteur, 1995). En om te voorkomen dat onze cliënten of wijzelf niet achteraf hoeven te betreuren 'If only I had known...' (Weeks, Odell, & Methven, 2005).

Literatuur

- Asen, E.K. (1997). *Gezinstherapie voor iedereen*. Warnsveld: Terra.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251–264.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Chandler.
- Beahrs, J.O., & Gutheil, T.G. (2001). Informed consent in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 158, 4–10.
- Bot, H. (2009). Verslag van de studiedag ‘Bijwerkingen van psychotherapie, de keerzijde van effectiviteit’. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64(4), 310–314.
- Ende, M. van den, & Savenije, A. (2002). Zwijgen versus spreken. Geheimen als copingmechanisme bij biculturele adolescenten. *Systeemtherapie*, 14(4), 229–245.
- Gezondheidsraad (2004). *Omstreden herinneringen*. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatie nr. 2004/02.
- Gottman, J.M. (1999). *The marriage clinic. A scientifically based marital therapy*. New York: Norton.
- Gurman, A.S. (ed.) (2008). *Clinical handbook of couple therapy, 4th edition*. New York/London: Guilford Press.
- Habekotté, F. (2001). Werken volgens de agenda van de cliënt. *Systeemtherapie*, 13(3), 144–155.
- Hanna, S.M. (2007). *The practice of family therapy. Key elements across models*. Portland: Brooks/Koole.
- Hoffman, S.O., Rudolf, G., & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut*, 53(4), 4–16.
- Hoogervorst, J.F. (2004). *Standpunt omstreden herinneringen*. www.minvws.nl/images/GVM-2485111_tcm19-112226.pdf.
- Imber-Black, E. (1997). *The secret life of families*. New York: Bantam Books.
- Kaasenbrood, A., Werf, L.J. van der, & Hanneman, P.J.J. (2004). Indicatie: geen behandeling. Voorspelbare schade als gevolg van psychiatrisch behandelen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59(4), 291–302.
- Kahn, R. (2008). Placebo en de pers. *Medisch Contact*, 22, 28 mei, 947.
- Koerselman, F. (2009). Inleiding op de studiedag *Bijwerkingen van psychotherapie*. Bewustwording, 23 oktober. Maarssen: Benecke.
- Korrelboom, C.W. (2009). Te veel van het goede. Lezing op de studiedag *Bijwerkingen van psychotherapie*. Bewustwording, 23 oktober. Maarssen: Benecke.
- Lange, A., Leigh, G., & Vermeulen, P. (2006). Overspel en leugens. Een ethisch dilemma voor de behandelaar. *Directieve therapie*, 26(2), 190–193.
- Lawick, J. van, & Groen, M. (1998). *Intieme oorlog*. Amsterdam: Van Gennep.
- Märtens, M.M. (2002). Nebenwirkungen und Risiken in der systemischen Therapie. In: M.M. Märtens & H. Petzold (Hg.), *Therapieschäden - Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (pp. 216–245). Mainz: Matthias Grünewald Verlag.
- Mohr, D.C. (1995). Negative outcome in psychotherapy. A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 1–27.
- Morriën, Adriaan (1993). *Verzamelde gedichten*. Amsterdam: Van Oorschot.
- Naamloze auteur (1995). Volle pijn doos. *NRC Handelsblad*, 23 maart, p.3.
- Nederlands Bijwerkingen Centrum, www.lareb.nl.

- NVRG (Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie) (2008). *Samen werken aan verbetering, visiedocument*. Op www.nvrg.nl.
- Nichols, M.P. (1987). *The self in the system. Expanding the limits of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Papp, P. (1980). The Greek chorus and other techniques of paradoxal therapy. *Family Process*, 19(1), 45-57.
- Peeters, S., & Beretty, E. (2006). Mislukkingen, valkuilen en tips. Verslag Najaarsconferentie VGCT, november 2005. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 32(6), 383-387.
- Reekum, A. van (2008). Bijwerkingen psychotherapie: 'Behandelen is ook desillusioneren'. *De Psychiater*, 8, 6-7.
- Reekum, A. van (2008). Bijwerkingen van psychoanalytische psychotherapie, de keerzijde van de relatie. Lezing op de studiedag *Bijwerkingen van psychotherapie, de keerzijde van effectiviteit*, 18 november. Houten: Benecke.
- Rober, P. (1998). Een veilige therapeutische cultuur voor kinderen in gezinstherapie. *Systeemtherapie*, 10(3), 135-156.
- Savenije, A., Lawick, J. van, & Reijmers, E. (red.) (2008). *Handboek systeemtherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Vandereycken, W. (1989). Gebruikelijke fouten en foutieve gebruiken van psychotherapie. *Nieuws voor psychotherapeuten*, april, 1-7.
- Vandereycken, W. (2008). Bijwerkingen van psychotherapie, algemeen overzicht. Lezing op de studiedag *Bijwerkingen van psychotherapie, de keerzijde van effectiviteit*, 18 november. Houten: Benecke.
- Vansteenwegen, A. (1994). De moeilijkste paren. *Directieve therapie*, 14(3), 366-381.
- Velden, K. van der, & Scholing, A. (1994). Voorwoord. Themanummer 'Mislukkingen en teleurstellingen in de psychotherapie'. *Directieve therapie*, 14(4), 418-427.
- Verheul, R. (2008). Bijwerkingen van psychotherapie in groepen. Lezing op de studiedag *Bijwerkingen van psychotherapie, de keerzijde van effectiviteit*, 18 november. Houten: Benecke.
- Visser, S. (2008). Cognitieve gedragstherapie: succesvol, maar wel met bijwerkingen. Lezing op de studiedag *Bijwerkingen van psychotherapie, de keerzijde van effectiviteit*, 18 november. Houten: Benecke.
- Voorst, G. van (2008). Relatieproblemen bij personen met een autismespectrumstoornis. *Systeemtherapie*, 20(3), 152-164.
- Weeks, G.R., Odell, M., & Methven, S. (2005). *If only I had known... Avoiding common mistakes in couples therapy*. New York: Norton.
- Ypsilon (Vereniging van familieleden en betrokkenen van mensen met schizofrenie of een psychose), www.ypsilon.org.