

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

Consensusgericht systemisch interviewen en interveniëren

Een systemisch ‘goed genoeg’-pakket voor hulpverleners in de psychiatrie

Flip Jan van Oenen, Jurgen Cornelis & Clemens Bernardt

Het inzicht dat het belangrijk is om naasten te betrekken bij een psychiatrische behandeling wordt inmiddels breed gedragen. De behandeling is er in meerdere opzichten bij gebaat.

Ten eerste heeft onderzoek aangetoond dat systeemtherapeutische interventies effectief zijn bij uiteenlopende soorten psychiatrische problematiek (Sydow, Beher, Schweitzer, & Retzlaff, 2010) zoals schizofrenie (Wearden, Tarrier, Barrowclough, Zastowny, & Rahill, 2000), stemmingsstoornissen (Beach, 2003; Leff et al., 2005), middelengebruik (McLellan, Arndt, Metzger, Woody, & O'Brian, 1993; O'Farrell, Fals, & Stewart, 2003), eetstoornissen (Robin et al., 1999) en gedragsstoornissen bij jongeren (Sexton, Alexander, & Leigh Mease, 2004). De ervaring leert dat in crisis-situaties — bijvoorbeeld bij suïcidaliteit — het betrekken van het systeem van de ‘geïdentificeerde patiënt’ (IP) een doorbraak kan betekenen in vastgelopen situaties waarin blikvernuwing, veranderhuiver en isolement een grote rol spelen (Cornelis, 2011; Van Oenen, Bernardt, & Van der Post, 2007a; Van Oenen, Van Dam, Bernardt, & Van der Post, 2007b).

Ten tweede hebben naastbetrokkenen eenvoudigweg recht op informatie en steun. Dat is inmiddels breed geaccepteerd in de geestelijke gezondheidszorg en vastgelegd in de Modelregeling naastbetrokkenen-beleid (*Betrokken omgeving*, 2004). Voorkómen van uitputting van de mantelzorgers is ook in het belang van de IP, omdat die immers vaak (langdurige) ondersteuning van het thuisfront behoeft.

Ten derde kan door het onderzoeken van de brede context veel extra informatie naar voren komen. Somberheid, angst, suïcidaliteit en problemen met impulsregulatie hebben niet zelden een belangrijke relationele component (Lange, 2008) die via gesprekken met naastbetrokkenen duidelijk kan worden.

Ten vierde kunnen bronnen van kracht in het systeem van de IP wor-

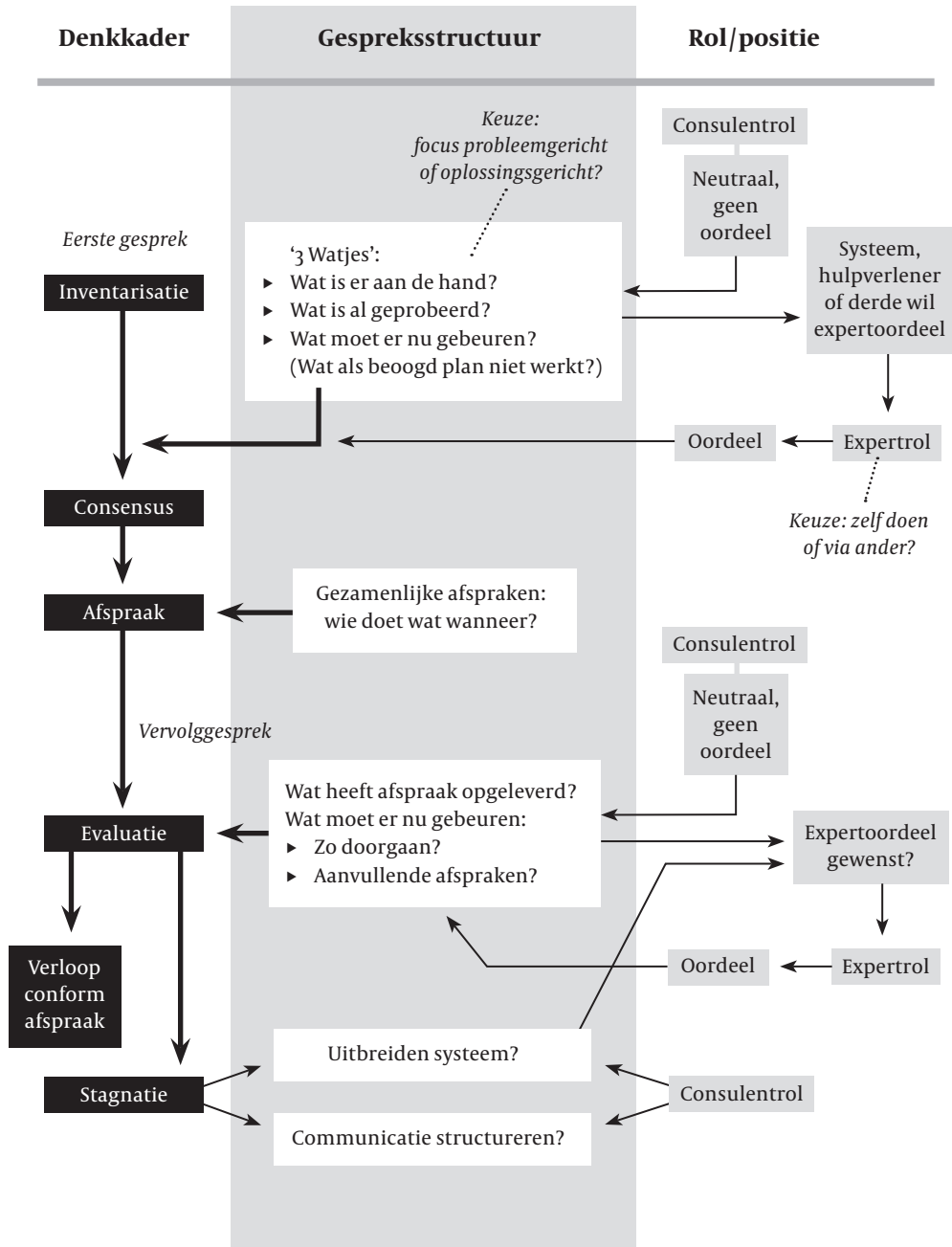
den aangesproken; zo kunnen opvang, structurering en beveiliging vaak in de thuissituatie gerealiseerd worden (met ondersteuning door de hulpverlening) en wordt zelfredzaamheid bevorderd (Van Oenen et al, 2007a). Verder vergroot het gebruik van kennis en ervaring van naastbetrokkenen bij het maken van een behandel- en signaleringsplan de kans dat gemaakte afspraken ook daadwerkelijk nagekomen worden. Het werkt daarom voor de hulpverlener ook ontlastend om verantwoordelijkheden te delen met de naasten.

Redenen genoeg dus om het systeem van de IP te betrekken bij de behandeling. Echter in de dagelijkse praktijk wordt dit nog veel te weinig gedaan. De hulpverlener die heeft kennism gemaakt met het systemische gedachtegoed en dit graag in praktijk wil brengen, stuit namelijk op een aantal moeilijkheden van zowel conceptuele als praktische aard. Conceptueel dient zich de vraag aan: hoe combineer ik het medische ('lineaire') denken van de psychiatrie met het contextgerichte ('circulaire') systeemdenken? Op praktisch gebied vragen vele systeem-starters zich af: als ik met al die mensen in de kamer zit, wat moet ik dan doen? En, geconfronteerd met deze vraag van de onervaren collega, vragen veel ervaren systeemtherapeuten zich af: hoe leg ik dat nou uit?

Een mogelijk antwoord is: volg een uitgebreide opleiding in de systeemtherapie om het te leren. Maar dat zou betekenen dat we vinden dat een hulpverlener pas met naastbetrokkenen zou kunnen spreken na het volgen van een meerjarige opleiding. Afgezien van het feit dat dit niet erg realistisch is, is het ook zeer de vraag of het nodig is. Immers, in de praktijk voeren hulpverleners al regelmatig gesprekken met naasten, en vaak met bevredigende resultaten. De vraag rijst dan: waaruit moet het pakket aan kennis en vaardigheden bestaan dat iedere enthousiaste hulpverlener in staat stelt om adequaat met systemen te spreken? Moderne systeemtherapeutische handboeken bevatten al gauw enkele tientallen modellen en interventies.

Wij hebben onszelf voor dit artikel voor de uitdaging gesteld om hieruit een beperkt 'goed genoeg'-pakket van kennis, vaardigheden en attitude te selecteren. Het uitgangspunt is dat de behandelaar, wanneer hij deze — relatief simpele — basisingrediënten beheerst, zowel op conceptueel als op praktisch niveau goed genoeg is toegerust om constructieve systeemgesprekken in een psychiatrische setting te voeren. Wij noemen dit basispakket van noodzakelijke kennis en vaardigheden: consensusgericht systemisch interviewen en interveniëren, ofwel de CSII-methode.

De CSII-methode omvat de volgende drie elementen: (1) het denkkader, (2) het interview- en interventieschema en (3) de attitude. In de bijlage aan het slot van dit artikel vindt u een schematisch overzicht van de methode.



Schema Consensusgericht systemisch interviewen en interveniëren

Denkkader: consensus

De denkwijze die veel hulpverleners in hun opleiding krijgen aangeleerd, staat in een aantal opzichten op gespannen voet met de systemische denkwijze. Met name psychiaters worden nadrukkelijk getraind in individueel-diagnostisch denken. Als gevolg daarvan voelen ze, als expert op hun gebied, een grote mate van verantwoordelijkheid voor het aandragen van oplossingen en behandelingen voor de door hen vastgestelde stoornis.

Een systemische invalshoek vraagt van hulpverleners juist dat zij deze individuele bril tijdelijk afzetten en de expertise van de naastbetrokkenen exploreren en benutten om tot een gezamenlijk doel te komen. Dit gezamenlijke doel komt voort uit de visies die door alle systeemleden naar voren zijn gebracht.

Van hieruit kan een door alle systeemleden (en hulpverleners) gedragen plan van aanpak worden opgesteld. Een dergelijk plan zal bij voorkeur meer op oplossingen en aanwezige kwaliteiten gericht zijn dan op problemen en pathologie. De werkwijze sluit nauw aan bij de basisprincipes van een oplossingsgerichte werkwijze zoals geformuleerd in het 'Brugse model' (Le Fevere de ten Hove, 2008), waarbij het zoeken naar overeenstemming, het induceren van meerdere keuzen en het uitgaan van zelfhelende krachten centraal staan. Tevens wordt uitgegaan van een systemisch, 'circulair' proces: alles wat gebeurt rondom een probleem is zowel oorzaak als gevolg, de betrokkenen houden met elkaar bepaalde patronen in stand. Daarom is het van belang steeds de naasten te betrekken bij het behandelproces.

Als kader voor de gedachtevorming kan de behandelaar uitgaan van 'De drie Watjes': (1) Wat is er aan de hand?; (2) Wat is er al geprobeerd qua oplossingen?; (3) Wat moet er nu gebeuren?

(1) Wat is er aan de hand? De vraag 'Wat is er volgens de betrokkenen aan de hand?' helpt de hulpverlener voor ogen te houden dat niet zijn eigen (diagnostisch) oordeel, maar de overtuigingen en wensen van de betrokkenen de focus van de behandeling bepalen. De vraag 'Wat is er aan de hand?' omvat zowel 'Wat is het probleem?' als 'Waar willen jullie naar toe, wat is de gewenste toestand?' De hulpverlener kan dus kiezen voor een meer probleemgeoriënteerde of een meer oplossingsgerichte focus in de vraagstelling. Hierdoor kan hij het aangemelde probleem eventueel meteen al anders etiketteren, waarbij de aandacht verlegd kan worden naar andere zaken dan de psychiatrische problematiek.

Belangrijk is dat de hulpverlener in deze fase steeds het proces van 'consensus zoeken' voor ogen houdt. Hij zoekt naar een gezamenlijke drijfveer van de systeemleden, bijvoorbeeld welk motief om hulp te

zoeken delen zij? Dit kan bijvoorbeeld zijn: 'U maakt zich dus allen zorgen om Wim.' Hierbij worden alle overtuigingen in kaart gebracht zonder dat een oordeel gegeven wordt over juistheid of waarheid. Het gaat dan om het expliciteren van het aangemelde probleem (of de gewenste uitkomst) en de eventuele verschillen van inzicht hieromtrent. Vervolgens kijkt de hulpverlener rond welke (eerste) gezamenlijke focus hij de krachten kan bundelen opdat constructieve verandering haalbaar wordt.

Het uitspreken en uitwisselen van ideeën is vaak al een belangrijke stap naar verandering; niet zelden is het voor het eerst dat de betrokkenen op deze wijze met elkaar kunnen spreken over de situatie. Het ophelderen van misverstanden, het uitspreken van begrip en waardering voor elkaars zorgen, en het legitimeren van verschillen bewerkstelligen al vaak de nodige rust en acceptatie.

(2) Wat is er al geprobeerd qua oplossingen? De tweede stap in het proces is het in kaart brengen van wat er door de betrokkenen in de afgelopen tijd al geprobeerd is om tot verandering in de situatie te komen.

Met deze vraag dwingt de hulpverlener zichzelf en de aanwezigen na te denken over de aanwezige hulpbronnen. Vaak blijken er al verstandige oplossingen bedacht te zijn of zijn succesvolle acties al ingezet maar heeft men zich dit niet gerealiseerd, zijn ze niet herkend of is er niet doorgezet. Ook niet-succesvolle acties zijn een teken van betrokkenheid en inzet. Negatief geladen gedragingen zijn vaak uitingen van machteloosheid en frustratie, die makkelijker te verdragen zijn wanneer ze gedeeld worden. Het stellen van de vraag wat er al geprobeerd is, impliceert dat ieder een aandeel heeft in (de aanloop naar) de ontstane situatie (zonder dat dit overigens schuld inhoudt). Hoe dan ook induceert deze vraag keuzemogelijkheden voor eenieder. Er kan immers door iedereen onderzocht worden of en welk ander aandeel hij zou kunnen hebben in het vervolg. Tevens wordt de boodschap overgebracht: problemen zijn het gevolg van een samenloop van factoren. Een probleem wordt hiermee een collectief, contextgebonden fenomeen in plaats van een geïsoleerde individuele stoornis.

(3) Wat moet er nu gebeuren? De volgende gedachtestap in het proces is dat de betrokkenen gezamenlijk nadenken wat er moet gebeuren opdat er een meer wenselijke situatie ontstaat. De gedachte is dat vele wegen naar Rome kunnen leiden, maar dat alleen een bundeling van krachten een kans van slagen geeft. De hulpverlener maakt hier duidelijk dat zijn eigen rol bescheiden is: hij heeft de omgeving nodig om tot verandering te kunnen komen, zonder hen zal het niet lukken. Dit leidt tot empowerment van de naasten.

Ook kunnen hier de noden van de naasten zelf aan de orde komen: wat hebben zij nodig om verder te kunnen? Deze vraagstelling noodzaakt de hulpverlener het grote verband te blijven zien; soms lijdt de omgeving meer dan de cliënt en ligt de oplossing meer in het helpen van de naasten dan van de cliënt. Dit helpt de hulpverlener ook zich te realiseren dat de term 'patiënt' een (willekeurige) interpunctie is en dat soms met evenveel recht een ander systeemlid als patiënt aangewezen zou kunnen worden. En dat iedere interventie overwogen kan worden die op enig niveau het lijden van het systeem kan verlichten, zelfs al is die interventie niet rechtstreeks verbonden met de aangewezen patiënt of de gestelde diagnose.

(4) Wat als het plan niet werkt? In sommige gevallen is het aan te bevelen een vierde 'Watje' in gedachten te houden: 'Wat te doen als de beoogde aanpak niet het gewenste effect blijkt te hebben?' Wanneer een der aanwezigen, systeemlid of hulpverlener, zich moeilijk achter de door de meerderheid voorgestelde aanpak kan scharen, kan hij met behulp van deze vraag op constructieve wijze zijn eigen twijfels introduceren, zonder in strijd te geraken over de vraag of het aanvaarde plan wel een goed plan is. Er kan dan gezamenlijk over een alternatief nagedacht worden in het kader van een 'plan B'. Deze vraag kan ook de eigen positie van de hulpverlener legitimeren: hij kan op basis van zijn expertise voorspellen dat de kans groot is dat een plan niet zal lukken.

De vraag zou hier kunnen rijzen of bij deze werkwijze de eigen verantwoordelijkheid van de hulpverlener voldoende gewaarborgd blijft. Echter, evenmin als systeemleden akkoord hoeven te gaan met de uitvoering van een plan waarvoor zij niet verantwoordelijk willen of kunnen zijn, hoeft de hulpverlener mee te werken aan een plan dat hij onverantwoord of onethisch vindt. In de praktijk leidt een dergelijke weigering er meestal toe dat een nieuw gesprek ontstaat waarbij er meestal tot hernieuwde consensus wordt gekomen over een alternatief plan. Als de hulpverlener een plan echter ethisch niet verantwoord vindt, is de ultieme consequentie dat hij medewerking aan een dergelijke aanpak weigert.

Het voorradig hebben van een plan B kan overigens soms ook werken als 'kalmeringspil' voor het systeem. In een crisissituatie waarin mensen zich toch al onder druk voelen staan, kan de druk dat een plan moet slagen zodanig hoog zijn dat dit de kans op slagen juist doet afnemen. Het feit dat er een alternatief aanwezig is ('Als het niet gaat kunnen we altijd een korte opname op een crisisbed regelen') kan de bij crisis optredende druk en blikvernaauwing (Van Oenen et al., 2007a) vermindern: het neemt onrust weg en voorkomt ad hoc crisisbeleid.

De structuur van de 'Watjes' representeert dus op conceptueel niveau

het systemische denkmodel. Zij dient echter tevens als praktische richtlijn voor het gesprek, zoals in de volgende paragraaf besproken zal worden.

Voor de duidelijkheid: wij betogen geenszins dat een hulpverlener het lineaire denken zou moeten verlaten. Ons uitgangspunt is dat psychiatrie en systeemtherapie ieder een eigen, noodzakelijk, domein vertegenwoordigen. De hulpverlener in de ggz moet dus lineair én circulair kunnen denken. Een handzaam motto hierbij is: 'lineair als het moet, circulair als het kan' (Van Oenen, Seur, & Hommersom, 1992).

Dit betekent dat de hulpverlener in verschillende rollen opereert: die van expert en van consulent. De rol die hij in een bepaalde situatie kiest, bepaalt hij op basis van de 'alliëringskansen': in welke rol is de kans het grootst om tot een constructieve samenwerking te komen met cliënt en systeemleden? Dit betekent overigens niet 'u vraagt en wij draaien'. De hulpverlener schat in en probeert uit welke rol de meeste mogelijkheden biedt. Dit kan ook betekenen dat hij een rol kiest die het systeem niet verwacht of gewenst had, maar die juist daarom een nieuwe invalshoek oplevert die het systeem verder kan helpen.

Het zich eigen maken van een systemische aanpak vraagt van hulpverleners in de psychiatrie, en met name van hulpverleners met een medische achtergrond, in eerste instantie nogal wat. Tijdens hun opleiding zijn zij meestal vooral getraind in psychiatrische diagnostiek en individuele (medicamenteuze) behandeling. Veelal zoeken zij aanvankelijk dan ook naar een vervangende 'systeemdiagnostiek': een manier om objectief de pathologie van het systeem vast te stellen. Als dan blijkt dat het begrip 'diagnostiek' niet past in een systemische zienswijze en een diagnose in een circulaire beschouwingswijze slechts een – willekeurige – 'interpunctie' betreft, slaat soms de vertwijfeling toe. 'Wat heb ik dan nog te bieden?' is een vraag die menig hulpverlener blijkt te overvalen als de 'oordelende' expertpositie verlaten moet worden.

Het antwoord is: de betrokkenen helpen een omgang met het aangemelde probleem te vinden die het beste bij hun wensen en mogelijkheden past. Waarbij het aangemelde probleem niet het focus van de behandeling hoeft te zijn, maar ook in bredere zin naar een meer wenselijke levenssituatie gezocht kan worden.

Interview- en interventieschema:

'De drie Watjes', de afspraken en de evaluatie

De behandelstart heeft altijd het karakter van een inventarisatie. Alle overwegingen worden, zoals gezegd, zonder selectie of oordeel ter kennisgeving aangenomen. De genoemde 'drie Watjes' dienen hierbij

als praktisch richtsnoer voor het structureren van het gesprek.

Voordat er met deze vragen begonnen wordt, kan het handig zijn enkele gespreksregels te benoemen. 'We hebben hier een paar regels om te zorgen dat iedereen aan bod komt en gehoord wordt. Ik wil u verzoeken niet door elkaar heen te praten, elkaar uit te laten spreken en niet te schreeuwen of te schelden. Ook is het voor iedereen het duidelijkst als iedereen voor zichzelf spreekt en niet namens anderen.'

Wat is er aan de hand? De vraag 'Wat is er volgens u aan de hand?' is als openingsvraag het meest geschikt. Van belang is dat de hulpverlener zich zoals gezegd onthoudt van een oordeel over de aangedragen ideeën, anders ligt strijd op de loer of komt hij in de rol van scheidsrechter.

Er wordt specifiek gekozen voor een open vraag. Meer gesloten vragen zoals 'Waarom is mevrouw volgens u zo somber?' of 'Sinds wanneer is uw vrouw depressief?' maken het voor de ondervraagde lastig een andere kijk op de situatie te ontvouwen. Misschien vindt men mevrouw niet somber maar een luie aanstelster, misschien meent de dochter dat haar moeder lijdt onder de gevolgen van liefdesverdriet of alcoholgebruik; de kans is groot dat we dit alles niet te horen krijgen als we de vraag niet open stellen.

De gespreksleider vraagt systematisch na wat volgens de betreffende persoon het probleem is en welke oorzaken hij vermoedt. Eventueel kan de hulpverlener de vorm van de vraagstelling aanpassen als hij ruimte ziet voor een minder probleemgeoriënteerde en meer oplossingsgerichte invalshoek. Bijvoorbeeld: 'Wat brengt u hier?', 'Wat hoopt u dat dit gesprek zal opleveren?' of 'Wat zou u willen dat er verandert?' Wanneer de betrokkenen onder grote druk staan als gevolg van een ernstige psychiatrische stoornis bij een dierbare is het risico echter aanwezig dat een dergelijke vraagstelling op onbegrip stuit: 'Wat dit op zal leveren? Ik hoop dat u me dat kunt vertellen, u bent toch dokter, mijn broer is psychotisch!'

Wat is er al geprobeerd qua oplossingen? De hulpverlener vraagt, nadat eenieder zijn visie gegeven heeft op wat er aan de hand is, welke oplossingen al geprobeerd zijn en in hoeverre ze gewerkt hebben. Naast de eerdergenoemde overwegingen is deze vraag van belang omdat hij helpt voorkomen dat de hulpverlener het wiel opnieuw gaat uitvinden. Ook kan het verhelderend werken voor alle betrokkenen ('Heb jij dat allemaal al geprobeerd?') en het voorkomt dat hij met een advies komt dat onmiddellijk afgeserveerd wordt ('Ja, dat zei dokter X ook, maar dat gaf alleen maar meer ellende...').

Als duidelijk is welke oplossingen niet gewerkt hebben, wordt hiermee

rekening gehouden in de nieuwe aanpak. Dit voorkomt dat een meer-van-hetzelfde-patroon gevolgd wordt. Ook kan een aanpak die wel veel-belovend was maar slechts incidenteel of niet consequent is doorgezet als uitgangspunt worden genomen voor een vervolgaanpak. Immers, gebleken is dat het systeem met deze aanpak althans tijdelijk een betere situatie wist te creëren.

Wat moet er nu gebeuren? Door gedetailleerd en feitelijk te vragen wat er volgens de aanwezigen nu moet gebeuren, geeft de behandelaar de betrokkenen het gevoel dat hun inbreng serieus meetelt. Meestal zijn ze dan ook bereid een bijdrage te leveren aan het realiseren ervan. Vaak hebben ze uiteenlopende ideeën over welke aanpak zou kunnen helpen, en allerlei – hooggespannen – verwachtingen van hulpverlening. Naar aanleiding van deze vraag worden onuitgesproken verwachtingen ten aanzien van de hulpverlening vaak expliciet. Deze kunnen dan zo nodig worden bijgesteld, waardoor veel frustratie en strijd wordt voorkomen.

De behandelaar zoekt hier actief naar consensus over een gezamenlijk, haalbaar doel. Dit kan eventueel een voorlopig, kortetermijndoel zijn als dat het enige is waarover op dit moment consensus te bereiken is. Dan is het aan te bevelen expliciet te benoemen dat er om consensus te bereiken over de langetermijndoelen nog een of meerdere vervolggesprekken nodig zijn.

Wat als plan A niet werkt? Zoals gezegd kan er nog een vierde ‘Watje’ worden toegevoegd, indien een systeemlid of een behandelaar niet veel vertrouwen heeft in het voorgestelde plan maar het wel wil proberen, namelijk: ‘Wat te doen als de beoogde aanpak – nog – niet het gewenste effect heeft?’

Het is van belang meteen een plan B te maken waarin rekening wordt gehouden met de geuite twijfels, zodat alle systeemleden zich gehoord en serieus genomen kunnen voelen. Ook voor de hulpverlener zelf geldt dat hij een alternatief kan voorstellen als hij weinig vertrouwen heeft in plan A. Om strijd te vermijden kan hij dit het beste introduceren onder de noemer: ‘Stel dat plan A toch niet werkt, wat dan? Ik stel voor...’ Wel moet voor allen duidelijk zijn dat iedereen – ook de hulpverlener – zich, ondanks de twijfel, ten volle zal inzetten voor plan A en eventueel plan B, omdat anders beide plannen tot mislukken gedoemd zijn.

Afspraken ‘Gezamenlijke afspraken’ staan centraal in de aanpak. De afspraak met de ander maakt de oplossing namelijk tot een inter-actioneel proces. Dit in tegenstelling tot plannen die de IP alleen dient uit te voeren. In plaats dat een cliënt zichzelf een verandering voorneemt, zorgt de behandelaar dat er afspraken met de naasten worden gemaakt;

in plaats van solistische bezinning of oefening wordt afgesproken hoe bezinning of oefening kan worden ondersteund door de naasten; in plaats van doktersvoorschriften die een cliënt moet navolgen wordt afgesproken wie van de naasten de cliënt aan de afspraken helpt herinneren mocht hij ze vergeten. Het maken van gezamenlijke afspraken is zo een vanzelfsprekende waarborg voor een systemische benadering.

Wanneer er consensus is over doel en plan, wordt het gezamenlijk plan vastgelegd in afspraken op gedragsniveau: wie doet wat wanneer? Op basis van de antwoorden op de vraag 'Wat moet er nu gebeuren?' kunnen verschillende typen afspraken worden gemaakt: afspraken die het probleem oplossen, de impact van het probleem verminderen of het probleem hanteerbaarder maken.

Consensus over de – eventueel tijdelijke – aanpak is een absolute voorwaarde; zolang geen consensus gevonden is, kan geen plan uitgevoerd worden. Overbruggingsafspraken met beperkte kans van slagen tot de volgende bijeenkomst, of vaststellen dat er voorlopig geen plan gemaakt kan worden, zijn dan de enige alternatieven.

Evaluatie In vervolggesprekken evalueert de hulpverlener of de onderling gemaakte afspraken zijn nageleefd en of dit het gehoopte positieve effect had. Hier wordt in principe weer de gespreksstructuur met de drie 'Watjes' gevolgd, alleen in plaats van: 'Wat is er aan de hand?' wordt er gevraagd: 'Wat heeft de afspraak opgeleverd?' of: 'Hoe is het gegaan met de afspraken?' Vervolgens wordt weer de vraag gesteld: 'Wat moet er nu gebeuren?' Dat wil zeggen, is men het eens dat er een positief effect is, betekent dit dat doorgegaan dient te worden op de ingeslagen weg, of moeten de afspraken nog bijgesteld worden? En als er geen positief effect is, wat maakt dat de afspraken of het effect niet aan de verwachting voldoen en welke andere afspraken kunnen dan gemaakt worden? Wederom mag ieder zijn zegje doen, waarna de behandelaar een gezamenlijke conclusie formuleert. Blijkt er bij nader inzien toch geen consensus over doel of aanpak, dan onderzoekt de hulpverlener opnieuw de gezamenlijke drijfveer. Met behulp van de vragen 'Wat is er aan de hand?' en 'Wat moet er gebeuren?' kijkt hij vervolgens in een nieuwe ronde of er alsnog consensus te vinden is.

*Attitude: de neutrale of meerzijdig partijdige consulent
en de rol van de expert*

Consulentpositie De hulpverlener brengt als procesbewaker de betrokkenen met elkaar in gesprek. Hij helpt de naasten onderzoeken welke factoren en omstandigheden het probleem in stand houden of

juist verminderen, en wat hierin het aandeel van de aanwezigen is of kan zijn. De hulpverlener betreft in een systemische werkwijze een 'consulentpositie' in plaats van een 'expertpositie'.

Een voorbeeld van een expertopstelling: 'Mevrouw van Dam, we hebben bij u een depressie vastgesteld; depressie is volgens de laatste inzichten een reactie op een aantal stressoren, in combinatie met uw individuele kwetsbaarheid. Wij stellen voor dat u start met medicatie volgens ons protocol, en dat combineert met een cognitieve gedragstherapie bij de psycholoog.'

Een voorbeeld van een consulentopstelling: 'Uw vrouw, jullie moeder, vertelt dat ze zich de laatste tijd vaak somber voelt. We begrijpen dat jullie je ook zorgen over haar maken. Wij willen graag van u allen horen hoe u daar tegenaan kijkt, wat u denkt dat er aan de hand is. En wat u denkt dat er zou moeten gebeuren om u, mevrouw van Dam, zich weer wat beter te laten voelen.'

Het 'met elkaar in gesprek brengen' van de betrokkenen is veel meer dan alleen een middel tot informatievergaring. Het is een ingrijpende interventie waardoor in veel gevallen voor het eerst het isolement van de IP doorbroken wordt, misverstanden opgehelderd worden en bereidheid tot helpen wordt uitgesproken. De betrokkenen worden in staat gesteld zich op een nieuwe manier ten opzichte van het probleem en ten opzichte van elkaar te positioneren. Wanneer consensus bereikt is over probleem en aanpak blijkt vaak veel meer onderlinge steun en veranderingegerichte actie mogelijk dan gedacht.

Het is vaak wettelijk voor de hulpverlener dat hij hierbij niet degene is die de oplossing aandraagt. Het is vooral de attitude die anders is: die van niet-oordelend gespreksleider. De systeem-starter kan zich in eerste instantie richten op een neutraal voorzitterschap. Hij bewaakt dat iedere aanwezige voldoende spreektijd krijgt, en vat steeds de bijdragen van naasten kort samen zonder daar een oordeel over uit te spreken.

Als de gespreksleider zich beperkt tot een neutrale opstelling bestaat echter het risico dat de aanwezigen het gevoel hebben dat hij de ernst van hun lijden niet doorheeft. Dit kan er toe leiden dat ze hun visie steeds nadrukkelijker onder de aandacht brengen en steeds emotioneler worden. Wanneer iets meer ervaring is opgedaan kan daarom ook gekozen worden voor een 'meerzijdig partijdige opstelling' (Boszormeny-Nagy, Grunebaum, & Ulrich, 1991), waarbij expliciet begrip en waardering voor alle standpunten wordt opgebracht zonder een oordeel uit te spreken.

‘Wat verdrietig voor u, mevrouw, dat u al zo’n tijd zo somber bent en geen steun van uw man ervaart.

En voor u, meneer, lijkt het me heel akelig om uw vrouw zo te zien lijden zonder dat u een oorzaak kunt vinden, en dan ook nog te moeten horen dat uw drukke werk daar mogelijk een rol in gespeeld kan hebben.

En jij, Barbara, moet wel enigszins verscheurd worden; je denkt dat je moeder aandacht tekort komt maar ziet ook hoe hard je vader werkt voor het gezin.’

Doel van meerzijdigheid is dat de betrokkenen zich niet alleen gehoord maar ook begrepen voelen in hun specifieke verdriet, boosheid en onmacht. Belangrijk hierbij is dat de behandelaar geen partij kiest voor een van de betrokkenen maar duidelijk maakt alle standpunten invoelbaar te vinden. Dit vereist wel een zorgvuldige woordkeuze en het goed aansluiten bij de woordkeuze en emotie van de betrokkenen. Zolang met alle aanwezigen gelijkelijk wordt meegedeeld en de aangehaalde emoties daadwerkelijk naar voren kwamen in het voorgaande gesprek, kan de consulent zonder ongeloofwaardig te worden zeer ver meegaan in ieders beleving. Hierbij is van belang dat aan ieders gedrag waar mogelijk een positieve drijfveer wordt toegekend. ‘Waarheidsvinding’ is daarbij geen doel. De gespreksleider vraagt dus niet aan een volgende spreker ‘Klopt dat?’ of ‘Is dat echt zo?’ maar: ‘En hoe ziet ú de situatie?’

Expertpositie In zijn consulentrol is de hulpverlener naast voorzitter ook gesprekspartner in de systemische aanpak. In de rol van gesprekspartner kan hij vanuit zijn expertpositie echter ook zijn eigen mening geven in antwoord op de vragen ‘Wat is er aan de hand?’ en ‘Wat moet er nu gebeuren?’ Zijn woord weegt daarbij in principe niet zwaarder dan het woord van een systeemlid. De expert bepaalt hier dus niet maar praat wel mee.

Bob Kleinsma, een jongeman van 24 jaar, wordt door de huisarts verwezen omdat hij denkt dat er misschien een chip in zijn arm is geplaatst door een geheime dienst. Hij wil bespreken of hij deze kan laten verwijderen. Er is sprake van een psychose. Er is wel enig ziektebesef: Bob vraagt zich af of het klopt wat hij denkt. Hij wil wel meewerken met dat wat de hulpverlener voorstelt.

In het kader van de vraag ‘Wat is er aan de hand?’ kunnen vermoedens worden geuit omtrent een psychiatrische stoornis door een van de gesprekspartners, systeemlid zowel als hulpverlener. In dat geval kan er afgesproken worden dat onderzocht wordt of er inderdaad sprake is van

een dergelijke stoornis. Indien de hulpverlener zelf psychiater is kan hij ter plekke (formeel) overgaan tot het verrichten van psychiatrisch onderzoek en zijn bevindingen meedelen.

Ook bij de volgende vraag 'Wat moet er nu gebeuren?' kan hij advies geven vanuit zijn expertpositie, die op dat moment een stoornisgerichte oriëntatie met zich meebrengt. Dit advies wordt door de aanwezigen meegenomen in de afwegingen rond het uiteindelijke plan. Als de hulpverlener zichzelf niet gekwalificeerd acht uitspraken te doen over psychiatrische problematiek, is het wenselijk op dit punt een consult bij een psychiater te regelen, en diens bevindingen vervolgens gezamenlijk te bespreken.

Op basis van hun eigen ideeën en het advies van de expert maken de betrokkenen nu in overleg een keuze voor wat er moet gebeuren. Als zij het expert-advies willen volgen, biedt de hulpverlener, in bovenstaand geval de psychiater, vanuit zijn expertpositie de informatie en steun aan die de systeemleden nodig hebben en geeft advies op welke wijze ieder kan bijdragen aan het realiseren van het behandelplan en het herstel van de patiënt.

'Bob, ik heb de indruk dat jouw realiteit verschilt van die van de meeste anderen, zoals die van je familie. Wij dokters noemen dat een psychose. Een psychose komt voort uit een verstoorde informatieverwerking in de hersenen. Dat maakt ook dat je slecht slaapt en angstig bent.

Voor jullie, familieleden, is het heel vreemd en beangstigend om mee te maken dat jullie Bob zo moeilijk kunnen bereiken. Dat ligt niet aan jullie, dat zien we vaak bij een psychose. Ik wil jullie allen daar zeker meer over vertellen. Voor dit moment stel ik voor eerst maatregelen te nemen om te zorgen dat jij, Bob, wat rustiger en minder angstig wordt. Daarvoor kan ik medicijnen voorschrijven.

En de ervaring leert dat het verstandig is een aantal afspraken te maken over hoe jullie het de komende dagen kunnen volhouden, want jullie zijn allen uitgeput.'

De hulpverlener benoemt hierbij expliciet dat het volgens hem voor optimaal herstel belangrijk is dat de naasten ondersteuning bieden, en dus op de hoogte moeten zijn van de diagnose en de behandelmogelijkheden. Hij nodigt de naasten daarom uit voor enkele gesprekken, waarbij hij hun ook aanbiedt een gesprek te hebben zonder de IP erbij. Als er sprake is van verschillen van mening over de stoornis, van belangtenginstellingen of van andersoortige strijd tussen IP en naasten, zal dit gesprek bij voorkeur gevoerd worden door een andere hulpverlener, die zich specifiek richt op ondersteuning van de naasten.

In de boven beschreven stoornisgerichte aanpak wordt het behandelplan dus door de hulpverlener voorgesteld. Hij betreft het systeem bij de behandeling door het geven van psycho-educatie over de stoornis, het steunen van de naasten in hun wanhoop en het maken van een signaleringsplan om duidelijkheid en rust voor allen te verkrijgen in komende situaties. De hulpverlener is hier naast consulent tevens de 'oordelende' expert die de aard van de stoornis vaststelt. Hij geeft voorlichting en advies, en gaat vervolgens in gesprek met de IP en de naasten om een voor allen optimale aanpak vast te stellen. Als zij het expert-advies niet willen volgen, bespreekt hij in zijn consulentrol met hen welk ander plan zij dan willen en kunnen maken ter verbetering van de situatie.

Hierbij kan het vierde 'Watje' van pas komen: 'Wat als jullie plan niet het beoogde effect heeft?' Zo kan alvast nagedacht worden over de mogelijkheid om in tweede instantie alsnog het expert-advies te volgen ('Als het Bob toch niet lukt op eigen kracht het afgesproken programma vol te houden, willen jullie dan overwegen om het alsnog met medicijnen te proberen?'). Het is ook hier van groot belang dat de hulpverlener, evenals de systeemleden, steeds zonder terughoudendheid en scepsis meedenkt en meewerkt met het gezamenlijk ontwikkelde 'plan A'. Het uitgangspunt is: de behandelaar is expert op het gebied van de ziekte en de naasten zijn de experts op het gebied van de zieke, niemand heeft de wijsheid in pacht en meerdere wegen leiden naar Rome.

De hulpverlener kan om verschillende redenen kiezen om vanuit de expertrol een stoornisgerichte benadering te introduceren. Zo kan hij inschatten dat de aard van de stoornis dit vereist, bijvoorbeeld als hij denkt een inbewaringstelling te moeten uitschrijven. Ook kan hij voor de expertrol kiezen als er, zoals boven beschreven, door een van de gesprekspartners wordt geopperd dat er mogelijk sprake is van een psychiatrische stoornis. Hij kan dan gevolg geven aan de wens dat er nader psychiatrisch onderzoek wordt verricht, zelfs al heeft hij zelf niet de indruk dat er sprake is van een stoornis. Soms blijkt dat de naasten niet willen of kunnen nadenken over de invloed van andere factoren dan een psychiatrische ziekte, of vraagt de instelling of een collega expliciet om een diagnose bij de IP. Als er bij de naasten of de collega sterke behoefte aan duidelijkheid en houvast in medische zin bestaat, zullen een duidelijk oordeel en advies vanuit de expertrol tot de beste samenwerking leiden. Het is hierbij van belang dat de hulpverlener waar nodig zijn overwegingen met betrekking tot de rolkeuze deelt met het systeem en steeds – al dan niet expliciet – checkt in hoeverre de door hem gekozen rol aansluit bij de verwachtingen en voorkeuren van het systeem.

Soms moet de hulpverlener dus afwisselend de 'systeempet' en 'expertpet' opzetten. Een onderdeel van het – gezamenlijk – onderzoeken van de

vraag 'Wat is er aan de hand?' kan immers psychologisch of psychiatrisch onderzoek zijn. Hij kan ervoor kiezen dit onderzoek ter plekke te verrichten, of in een apart gesprek. In het laatste geval brengt hij de bevindingen van het onderzoek en eventueel daaruit voortvloeiende behandeladviezen vervolgens in het volgende systeemberaad, waarna hij zijn rol als consultant herneemt. De systeemleden bespreken daarna onder zijn leiding in hoeverre zijn bevindingen en adviezen in het plan van aanpak betrokken worden.

Een hulpmiddel om rolverwarring voor systeemleden en de hulpverlener zelf te voorkomen is dat de hulpverlener hier expliciet benoemt dat hij in zijn rol als expert een aantal ongewone vragen moet stellen zodat hij een indruk kan krijgen van het psychisch functioneren van de IP ('Ik ga u nu een paar echte doktersvragen stellen'). De hulpverlener meldt daarbij dat de bevindingen uit dit onderzoek bedoeld zijn om bij te dragen aan een zorgvuldig, in gezamenlijkheid gemaakt, plan.

Het is aan de systeemleden of ze de expertinformatie als leidraad nemen of niet. Het systeem kan ook besluiten zich te richten op een invalshoek die behandeling van de psychiatrische stoornis niet centraal stelt. Zo goed mogelijk omgaan met lastige aspecten van de situatie kan dan bijvoorbeeld het doel zijn, of die nu samenhangen met een persoonlijkheidsstoornis, een verslaving, depressie of levensomstandigheden.

Het eigen expertoordeel van de behandelaar wordt dus steeds naast de visie van de betrokkenen geplaatst, waarbij de probleemdefinitie van het systeem zelf gerespecteerd wordt. Voorwaarde hiervoor is dat de bevindingen van het psychiatrisch onderzoek niet als salomonsoordeel gepresenteerd worden ('U vergist zich allemaal, mevrouw lijdt aan een depressie'). Want als somberheid onmiddellijk benoemd wordt als 'depressieve stoornis, matig ernstig, mogelijk onderdeel van een bipolaire stoornis type 2', dan wachten de gemiddelde IP en zijn naasten vervolgens meestal gehoorzaam af hoe de dokter deze ingewikkelde ernstige ziekte gaat genezen.

De behandelaar die wat meer ervaring heeft kan tijdens een behandeling ervoor kiezen te wisselen van positie en als het ware 'in en uit de expertrol stappen'. Hierbij zijn duidelijkheid en een goede timing een vereiste om verwarring te voorkomen.

Overigens kan ook de hulpverlener zelf ervoor kiezen psychiatrische symptomen die hij wel waarneemt onbenoemd te laten en een meer oplossingsgerichte invalshoek kiezen in plaats van een stoornisgerichte invalshoek, waarbij hij de vragen 'Wat is de gewenste toekomstsituatie en wat gaat er al goed?' als leidraad neemt.

'Stagnatiepakket': begrijpen van moeilijkheden

Soms verloopt het proces van afspraken maken of uitvoeren moeizaam. Dan moet uitgezocht worden wat het lastig maakt zich aan de gekozen aanpak te houden. Vaak is niet de inhoud van de afspraken het probleem, maar zijn het de posities, rollen of verantwoordelijkheden binnen het systeem die tot samenwerkingsproblemen en onduidelijkheid rond de afspraken leiden.

Dan dienen twee vragen aan de orde te worden gesteld: Wie bepaalt de afspraken? En: Hoe verloopt de communicatie over de afspraken? Deze vragen leiden tot twee aanvullende interventies om stagnatie te doorbreken: (1) uitbreiden van het systeem en (2) directief structureren van de communicatie.

(1) Uitbreiden van het systeem: wie bepaalt de afspraken? Deze vraag betreft de gezinsstructuur. De hulpverlener vraagt hier actief na: is iedereen die invloed heeft binnen het systeem wel bij de afspraken betrokken en zit men op één lijn of ondermijnt men elkaar op een of andere wijze?

‘Ik begrijp dat u de tabletten die mijn collega heeft voorgescreven niet hebt ingenomen en dat het niet gelukt is om het dagschema uit te voeren. U vertelt dat u bij nader inzien twijfels had over de afspraken, nadat u met uw moeder had gesproken. Als ik het goed begrijp heeft zij niet veel vertrouwen in deze aanpak. Heb ik dat goed begrepen? Dan lijkt het me verstandig uw moeder ook uit te nodigen voor het volgende gesprek.’

Vaak blijken er op de achtergrond nog invloedrijke anderen een rol te spelen als afspraken stagneren. Het is dan raadzaam systematisch na te vragen wie de afspraken wel en niet steunt. Soms moet eerst het systeem uitgebreid worden voordat duidelijk wordt wie van invloed zijn op het proces. Op dit punt is het raadzaam een ervaren systeemtherapeut er bij te vragen.

(2) Directief structureren van de communicatie: hoe verloopt het proces van afspraken maken? Deze vraag betreft de vorm van het afsprakenproces. De hulpverlener observeert hier de wijze van overleggen: laten de naasten elkaar uitpraten, horen ze wel wat de ander zegt, vullen ze voor elkaar in wat er bedoeld wordt?

‘Heeft u zich aan de afspraken kunnen houden die u de laatste keer samen maakte?’

‘Ja, als Kees nou eindelijk eens een keer...’

‘Oh, nou heb ik het weer gedaan, het is ook nooit goed! En wat zei jij vorige week? Toen...’

‘Dat is heel wat anders. Jij dwarsboomt hier de het gesprek omdat jij er moeite mee hebt dat ik een betere band met Wim heb. En...’

‘Dat doe ik helemaal niet, bovendien, jij doet of het mijn schuld is dat het niet goed gaat met Wim, maar...’

‘Helemaal niet, volgens mij...’

‘Ik onderbreek u even. Om te beginnen: mag ik u vragen elkaar uit te laten praten? En ik begrijp een aantal dingen nog niet helemaal, u zegt heel veel tegelijk. Mevrouw, u heeft het idee dat uw man het gesprek dwarsboomt, en dat hij denkt dat u een betere band hebt met Wim? En meneer, u heeft het idee dat u in de ogen van uw vrouw vaak dingen verkeerd doet, en dat zij denkt dat de problemen van Wim uw schuld zijn? Dat lijken me allemaal belangrijke zaken, waar ik graag op terugkom. Maar mijn vraag was eigenlijk: heeft u zich aan de afspraken kunnen houden?’

Door samen te vatten en de lijn van het gesprek vast te houden, helpt de hulpverlener de systeemleden constructief met elkaar te overleggen. Het kan hierbij helpen expliciet te benoemen dat de manier van overleggen – onbedoeld – het maken van goede afspraken in de weg staat. De hulpverlener scheidt datgene wat feitelijk gezegd wordt van de interpretatie en laat de systeemleden regelmatig toetsen of ze elkaar goed begrepen hebben. Hierdoor kan een gesprek een heel andere wending krijgen, soms voelen betrokkenen zich als gevolg hiervan voor het eerst werkelijk gehoord.

Verloopt het gesprek bij herhaling chaotisch ondanks het toepassen van bovenstaande handvatten, dan is het wijs een ervaren systeemtherapeut in te schakelen. Deze kan op basis van diepgaander hypothesevorming en een uitgebreider arsenaal aan technieken de verandermogelijkheden in het systeem verder onderzoeken.

Tot slot: meerwaarde van het systemische basispakket

De rol van naastbetrokkenen is niet meer weg te denken in een eigentijdse psychiatrische behandeling. Het is dan ook van belang dat een hulpverlener in staat is op adequate wijze gesprekken met het gehele cliëntsysteem te voeren. Dit is in praktijk nog lang niet altijd het geval. Een belangrijke oorzaak hiervan is de onduidelijkheid over wat er nodig is voor een adequate gespreksvoering. Met als gevolg dat zowel onderschatting (‘gewoon doen wat je altijd doet’) als overschatting (‘dat is heel

erg moeilijk') van de benodigde systemische kennis en vaardigheden op de loer liggen.

De hier gegeven omschrijving van de benodigde basisvaardigheden maakt het voor iedere behandelaar mogelijk zich gericht te bekwamen in een systeemaanpak die 'goed genoeg' is. Het zich eigen maken van gespreksstructuur, attitude en denkkader vraagt natuurlijk enige oefening; een training van enkele dagdelen is dan ook noodzakelijk. En in praktijk zal het even duren voor de stap van medisch 'oordelen' naar systemisch 'oor lenen' soepel wordt gemaakt. Maar met een ervaren systeemconsulent achter de hand kan de hulpverlener die het 'goed genoeg'-pakket beheerst onbekommerd aan de slag. En zal hij al snel ervaren dat het delen van verantwoordelijkheden met het systeem in veel gevallen ook een verlichting voor de behandelaar betekent. En naast veel praktische voordelen heeft een systemische benadering nog een belangrijk principieel voordeel: het aangemelde probleem wordt zoveel mogelijk in de eigen omgeving opgelost. In deze tijd waarin pathologisering en medicalisering van allerlei problemen zich onstuitbaar lijken op te dringen, is die 'normalisering' een niet te onderschatten meerwaarde.

Flip Jan van Oenen is werkzaam als arts/systeemtherapeut en onderzoeker bij het Acut Behandelteam en het Centrum voor Relationale Therapie van Mentrum te Amsterdam. E-mail: flip-jan.van.oenen@ggzspa.nl.

Jurgen Cornelis is werkzaam als psychiater, systeemtherapeut en plaatsvervangend opleider psychiatrie bij de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam en Arkin Amsterdam.

Clemens Bernardt is werkzaam als gz-psycholoog en relatie- en gezinstherapeut bij het Centrum voor Relationale Therapie.

Samenvatting Dit artikel gaat in op de vraag over welke systemische vaardigheden een hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg moet beschikken om op adequate wijze met de naastbetrokkenen te kunnen samenwerken. De auteurs stellen dat het voor een optimale samenwerking met uiteenlopende cliëntsystemen noodzakelijk is dat de hulpverlener in staat is behalve als (medisch) expert ook als systemisch consulent te opereren. Systeemtherapeutische handboeken bieden geen duidelijkheid over de hiervoor benodigde vaardigheden. De auteurs formuleren in dit artikel een 'goed genoeg'-pakket voor systemisch werken in de psychiatrie, het 'Consensusgericht systemisch interviewen en interveniëren' (CSII). De auteurs beschrijven het denkkader, de gespreksstructuur en de attitude van dit basispakket, en het spanningsveld tussen de rol van expert en die van systeemconsulent. In een aanvullend 'stagnatiepakket' beschrijven zij een stramien voor situaties waarin het maken van afspraken met naasten op moeilijkheden stuit.

Literatuur

- Beach, S. (2003). Affective disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 247-261.
- Betrokken omgeving. Modelregeling relatie ggz-instelling - naastbetrokkenen (2004) is te vinden op www.labyrint-in-perspectief.nl.
- Boszormenyi-Nagy, I., Grunebaum, J., & Ulrich, D. (1991). Contextual therapy. In A.S. Gurman, & D.P. Kniskern (eds.), *Handbook of family therapy*, Vol. 2 (pp. 200-238). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Cornelis, J. (2011). Intervenieren bij suïcidaliteit – Zonder naasten gaat het niet. *Systeemtherapie*, 23(4), 217-231.
- Lange, A. (2008). Onderzoek – Een overzicht. In A. Savenije, M.J. van Lawick, & E.T.M. Reijmers (red.), *Handboek systeemtherapie* (pp. 89-107). Utrecht: De Tijdstroom.
- Leff, J., Alexander, B., Asen, E., Brewin, C., Dayson, D., Vearnals, S., & Wolff, G. (2005). Modes of action of family therapy interventions in depression and schizophrenia – The same or different? *Journal of Family Therapy*, 25(4), 357-370.
- Le Fevere de Ten Hove, M. (2008). Oplossingsgericht perspectief. In A. Savenije, M.J. van Lawick, & E.T.M. Reijmers (red.), *Handboek systeemtherapie* (pp. 228-238). Utrecht: De Tijdstroom.
- McLellan, A., Arndt, I., Metzger, D., Woody, G., & O'Brian, C. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*, 269, 1953-1959.
- O'Farrell, T.J.O., & Fals-Stewart, W. (2003). Alcohol abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 121-146.
- Oenen, F.J. van, Bernardt, C., & Post, L. van der (2007a). *Praktijkboek crisisinterventie – De kunst van het interveniëren in moeilijke behandelsituaties in de spoedeisende psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Oenen, F.J. van, Dam, A.M. van, Bernardt, C., & Post, L. van der (2007b). Spoedeisende ambulante hulp bij suïcidepogingen en levenstwijfel. In C. van Heeringen (red.), *Handboek suïcidaal gedrag* (pp. 189-231). Utrecht: De Tijdstroom.
- Oenen, F.J. van, Seur, H.C., & Hommersom, H.W.J. (1992). Gezinstherapie – Rechttoe-rechtaan de cirkel rond. *Systeemtherapie*, 2(4), 66-83.
- Robin, A.L., Siegel, P.T., Moye, A.W., Gilroy, M., Dennis, A.B., & Sikand, A. (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1482-1489.
- Sexton, Th.L., Alexander, F.F., & Leigh Mease, A. (2004). Psychotherapy for children and adolescents. In M.J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 590-646). New York: Wiley.
- Sydow, K. von, Beher, S., Schweitzer, J., & Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients – A meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. *Family Process*, 49(4), 457-485.
- Wearden, A.J., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T.R., & Rahill, A.A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychological Review*, 20(5), 633-666.