

SYSTEEMTHERAPIE

Wetenschappelijke evidentie

De stand van zaken in wetenschap en praktijk met betrekking tot het effect van systeemtherapie, oftewel relatie- en gezinstherapie



Dit rapport is geschreven in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie door dr. W. Langeland, wetenschappelijk medewerker van de wetenschapsraad van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie.

● Over de NVP

De Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie richt zich op de psychotherapie én de BIG-psychotherapeuten. De NVP staat voor de ontwikkeling en handhaving van kwaliteit van de psychotherapeutische behandelingen van haar leden en zorgt ervoor dat psychotherapie beschikbaar is en blijft voor diegenen die bij uitstek van deze behandelingsvorm kunnen profiteren.

● Over de NVRG

De Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie is het kwaliteitsregister en de beroepsvereniging voor relatie- en gezinstherapeuten (systeemtherapeuten) en systeemtherapeutisch werkers. De vereniging zet zich in voor een kwalitatief hoogwaardige en wetenschappelijk verantwoorde ontwikkeling en uitvoering van systeemtherapie en andere vormen van systemisch werken.

Colofon

NVP

Maliebaan 87
3581 CG UTRECHT

T | 030 251 0161

E | nvp@psychotherapie.nl

W | www.psychotherapie.nl

NVRG

W.G. Plein 209
1054 SE Amsterdam

T | 020 6123078

E | nvrg@nvrg.nl

W | www.nvrg.nl

uitgave: maart 2019 ©

Inhoud

Paginanummer

Voorwoord	4
Samenvatting	5
1. Inleiding	8
2. Methode	11
3. Resultaten	13
3.1. Effect bij specifieke stoornissen	13
3.1.1. Verslavingen en stoornissen door of in het gebruik van middelen	13
3.1.2. Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen	19
3.1.3. Autisme spectrumstoornissen	24
3.1.4. Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen	25
3.1.5. Voedings- en eetstoornissen	28
3.1.6. Angststoornissen	30
3.1.7. Depressieve stoornissen en bipolaire stoornis	35
3.1.8. Persoonlijkheidsstoornissen	41
3.2. Effect bij uiteenlopende psychische stoornissen en gedragsproblemen	42
3.3. Effect bij andere problematiek	44
3.3.1. Huiselijk geweld	44
3.3.2. Relatieproblemen	46
3.4. Kosteneffectiviteit	48
4. Algemene conclusie	50
5. Literatuurlijst	52
Lijst met afkortingen	61

Voorwoord

Systeemtherapie werkt. Dat is de conclusie die de bij de Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie (NVRG) geregistreeerde therapeuten en hun cliënten dagelijks trekken. De resultaten spreken al meer dan 35 jaar voor zich. Met dit rapport tonen we aan dat systeemtherapie *evidence based* is. Samen met de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) hebben we een onderzoek laten uitvoeren naar recente wetenschappelijke overzichtsstudies die de effectiviteit van systeemtherapie in kaart hebben gebracht. Bijgaand treft u de uitkomsten van dit onderzoek, voorzien van een algemene samenvatting. Hiermee hebben we kritisch naar onze toegevoegde waarde kunnen kijken. Het onderzoek is uitgevoerd door dr. W. Langeland (wetenschappelijk medewerker van de wetenschapsraad van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie).

Systeemtherapie is veel meer dan de ‘groepsoptelling’ waarmee deze therapievorm soms wordt vereenzelvigd. Het gaat om een behandelvorm waarbij naast de aangemelde persoon ook naastbetrokkenen –al dan niet door fysieke aanwezigheid- deel uitmaken van de therapie. Systeemtherapeuten beschouwen psychische klachten nooit enkel op zichzelf, maar altijd in samenhang met de sociale, relationele en culturele omgeving. Tegen die achtergrond wordt systeemtherapie, oftewel relatie- en gezinstherapie, vaak met goed resultaat toegepast in situaties waarin sprake is van –bijvoorbeeld- huiselijk geweld, verslaving, relatiecrises en (vecht)scheidingen. Systeemtherapie doorbreekt keer op keer hardnekkige interactiepatronen en de cirkel van geweld.

De uitvoering van systeemtherapie vergt vakmanschap; de therapie is geen verzameling werkvormen die door de spreekwoordelijke Jan en Alleman kan worden uitgevoerd. Omdat systeemtherapeut geen beschermde titel is, hanteert de NVRG een register dat hoge eisen stelt aan haar leden. De vereniging telt bijna 2.200 geregistreeerde professionals (in 2018) die voldoen aan hoge (voor)opleidingseisen en zich moeten blijven bekwamen door opleidingen en bijscholing om zich volwaardig systeemtherapeut te mogen (blijven) noemen. Bij de NVRG geregistreeerde systeemtherapeuten doorgronden en beheersen de brede variëteit aan therapievormen die onder de noemer van systeemtherapie vallen.

Systeemtherapie heeft tot 2014 op de zogenaamde ‘Dynamische Lijst’ van Zorgverzekeraars Nederland gestaan, waardoor de therapie in aanmerking kwam voor vergoeding vanuit het basispakket. Op dat moment was al wetenschappelijk aangetoond dat systeemtherapie effectiever en kostenefficiënter is dan veel andere therapievormen, of dat het in aanvulling op die andere therapievormen tot meer effect en lagere kosten leidt. Helaas is systeemtherapie om onduidelijke redenen van de Dynamische Lijst gevallen. Op dit moment wordt systeemtherapie slechts bij bepaalde indicaties op basis van een DSM-5 diagnose vergoed. Dat is een gemiste kans. We hebben de handschoenen opgepakt en besloten opnieuw aan te tonen dat systeemtherapie *evidence based* is en voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het onderhavige onderzoek toont eens te meer aan dat individuen – al dan niet belast met een psychische stoornis – hun directe omgeving en de maatschappij gebaat zijn bij een brede toegankelijkheid van systeemtherapie.

dr. Lisette Pondman, directeur NVRG
maart 2019

Samenvatting

Introductie

Dit onderzoek laat zien wat de stand van zaken is in wetenschap en praktijk met betrekking tot de effectiviteit van systeemtherapie. Systeemtherapie, oftewel relatie – en gezinstherapie, is gestoeld op de gedachte dat psychische klachten nooit op zichzelf staan maar dat er altijd invloed is van en naar de sociale omgeving. Systeemtherapeuten bekijken en bewerken psychische problemen in hun relationele, sociale en culturele context, het systeem waar mensen deel vanuit maken. Om die reden worden binnen systeemtherapie belangrijke anderen zoals de partner, de kinderen of familieleden direct dan wel indirect betrokken bij de therapie. In het rapport wordt onderscheid gemaakt tussen wetenschappelijke evidentie van systeemtherapie bij specifieke (DSM-5 geclassificeerde) stoornissen en wetenschappelijke evidentie van systeemtherapie bij andere problematiek zoals relatieproblemen en huiselijk geweld.

Methode

De resultaten uit het onderzoek zijn gebaseerd op achtenvijftig meta-analyses en systematische reviews en drieënveertig recente studies die nog niet in systematische reviews dan wel meta-analyses zijn opgenomen (databases: PsycINFO, Medline en Cochrane Library). De onderzochte interventie was in alle gevallen systeemtherapie. De vergelijkingsgroep kreeg een andere behandeling, stond op een wachtlijst of kreeg geen behandeling. Deels gaat het om systeemtherapie waarbij problemen in het gezin, de familie of de partnerrelatie zelf de primaire aanleiding vormen voor de therapie, deels gaat het om therapie voor mensen met psychische stoornissen, waarbij de partner of een gezins- of familielid bij de behandeling betrokken wordt. Van effect wordt gesproken als er sprake is van vermindering van klachten en problemen, of van herstel. Bij het weergeven van de resultaten wordt onderscheid gemaakt tussen kinderen, adolescenten en volwassenen.

Resultaten: Evidentie systeemtherapie bij psychische stoornissen

Verslaving en stoornissen door of in het gebruik van middelen, zoals alcoholverslaving en cannabismisbruik of –afhankelijkheid

- Systeeminterventies zijn effectief bij zowel verslaafde adolescenten als verslaafde jongvolwassenen. De grotere effectiviteit (vaak op langere termijn) van systeeminterventies is vastgesteld ten opzichte van gangbare behandelingen waaronder individuele cognitieve gedragstherapie.
- Partnerrelatietherapie is effectief bij verslavingen en stoornissen in of door middelengebruik (vooral alcohol) bij volwassenen.

Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen

- Systeemtherapie en systemische interventies zijn effectief bij jongeren met gedragsproblemen en gedragsstoornissen en dit effect lijkt duurzaam te zijn.

Autisme spectrumstoornissen

- De eerste signalen wijzen erop dat systeemgerichte interventies effectief zijn bij de behandeling van (het systeem van) kinderen met autisme spectrumstoornissen.

Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen

- De effectiviteit van systeemtherapie bij ernstige psychische stoornissen, zoals schizofrenie en andere psychotische stoornissen is aangetoond. Gezinsinterventies leiden tot verhoogde medicatietrouw en het risico op terugval en op ziekenhuisopname neemt af.

Voedings- en eetstoornissen

- Er is wetenschappelijke ondersteuning voor de werkzaamheid van gezinstherapie bij adolescenten met anorexia nervosa en bulimia nervosa.

Angststoornissen, dwangstoornissen en posttraumatische stresstoornis

- Systeemgerichte interventies zijn effectief bij kinderen en adolescenten met een angststoornis.
- Bij volwassenen met paniekaanvallen met agorafobie (pleinvrees) heeft partnerrelatietherapie meerwaarde.
- Systeemtherapie is effectief bij de behandeling van kinderen en adolescenten met een dwangstoornis.
- Het betrekken van ouders of familieleden bij de behandeling van kinderen en adolescenten met een posttraumatische stresstoornis (PTSS) kan een positieve invloed hebben op het behandelresultaat.
- Partnerrelatietherapie en gezinstherapie zijn veelbelovend bij de behandeling van volwassenen met PTSS.

Depressieve stoornissen en suïcidaliteit

- Gezinstherapie is veelbelovend bij de behandeling van depressieve en/of suïcidale kinderen.
- Partnerrelatietherapie is effectief in het verminderen van depressieve symptomen (vergelijkbaar met de effectiviteit van individuele therapie) bij volwassenen met een depressieve stoornis. Als er naast depressieve klachten ook sprake is van relatieproblemen, dan is partnerrelatietherapie een effectieve interventie.
- Relatiegerichte interventies hebben toegevoegde waarde bij individuele therapie bij ouderen met een depressieve stoornis.

Bipolaire stoornissen

- De toevoeging van een systeemgerichte aanpak aan farmacotherapie is effectief bij de behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis.

Uiteenlopende psychische stoornissen en gedragsproblemen

- Systeemtherapie is superieur aan wachtlijst en andere actieve interventies in het verminderen van psychische symptomen en gedragsproblemen bij kinderen en adolescenten.
- Systeemtherapie is superieur aan inactieve controlecondities (zoals wachtlijst of geen behandeling) en minstens zo effectief als andere behandelingen bij volwassenen met uiteenlopende psychische stoornissen en bij systeemtherapie is minder vaak sprake van uitval (uit de behandeling) dan bij andere interventies.

Resultaten: Evidentie systeemtherapie bij huiselijk geweld en relatieproblemen

Huiselijk geweld

- Er zijn eerste aanwijzingen dat partnerrelatietherapie effectief is bij de aanpak van partnergeweld en gezinstherapie bij de aanpak van huiselijk geweld.

Relatieproblemen

- Partnerrelatietherapie heeft duidelijk meerwaarde bij relatieproblemen. De grotere effectiviteit van partnerrelatietherapie is vastgesteld ten opzichte van individuele behandelingen.

Resultaten: Kosteneffectiviteit

- Gezinstherapie is volgens eerste aanwijzingen kosteneffectief bij kinderen en jongeren met gedragsproblemen, verslavingsproblemen en delinquentie, mede doordat gezinsinterventies ook een gunstig effect hebben op de gezinsleden.

- Partnerrelatietherapie is kosteneffectief bij verslaving. Denk daarbij aan besparingen in de sfeer van juridische kosten, aan misdaad gerelateerde kosten en aan in bewaring stelling.
- Gezinsinterventies kunnen ook bijdragen aan het verminderen van kosten bij 1) personen met psychoses en schizofrenie (hogere medicatietrouw, minder terugval en minder ziekenhuisopnames); 2) bij kinderen met angstklachten; en 3) bij huiselijk geweld.

Conclusie

Voor verschillende psychische stoornissen en voor relatieproblemen geldt dat wetenschappelijk is aangetoond dat systeemtherapie effectief is. In een aantal gevallen heeft systeemtherapie meerwaarde in aanvulling op andere therapievormen, zoals farmacotherapie. Voor bepaalde psychische stoornissen en voor huiselijk geweld geldt dat er aanwijzingen voor de effectiviteit van systeemtherapie zijn, maar dat er te weinig gegevens van goede kwaliteit beschikbaar zijn om hierover definitieve uitspraken te kunnen doen. Systeemtherapie kan ook bijdragen aan het verminderen van kosten. Naar verwachting zal toekomstig onderzoek deze veelbelovende signalen kunnen omzetten in wetenschappelijk bewijs.

1. Inleiding

Een systeemgerichte behandeling is van oudsher geïndiceerd bij relationele problemen tussen gezinsleden: tussen ouders of tussen kinderen onderling, tussen ouders en kinderen, of in de partnerrelatie of verdere familie. Systeemtherapie wordt tegenwoordig opgevat als een manier van behandelen waarbij naast de aangemelde persoon ook naastbetrokkenen participeren in de behandeling. Het kan gaan om een behandeling die puur op de interacties in het gezin is gericht of om een behandeling waarin individuele technieken voor de behandeling van psychopathologie en gezinsgerichte technieken gezamenlijk worden gebruikt en op elkaar worden afgestemd (integratieve systeemtherapie). Systeemtherapie wordt beschreven in handboeken en gedoceerd in (BIG-) opleidingen voor professionals in de gezondheidszorg. Dit betreft zowel de jeugd-ggz als de volwassenen-ggz.

In de Generieke Module Psychotherapie (www.ggzstandaarden.nl) wordt systeemtherapie als volgt omschreven: “Systeemtherapeuten gaan ervan uit dat psychische klachten nooit op zichzelf staan maar dat er altijd invloed is van en naar de sociale omgeving. Systeemtherapeuten bekijken en bewerken psychische problemen daarom in hun relationele, sociale en culturele context, het systeem waarvan mensen deel uit maken. In de therapie kunnen patiënten zich bewust worden van mogelijke betekenissen van hun klachten in relaties, van onderlinge reacties op elkaar en begrijpen welke invloed zij op anderen hebben en omgekeerd. Individuele problemen kunnen een aanleiding voor systeemtherapie zijn, net zoals problemen in (delen van) het sociale systeem, bijvoorbeeld de partnerrelatie of het gezin in zijn geheel. Systeemtherapeuten betrekken belangrijke anderen direct of indirect bij de therapie. De behandelaar gaat een behandelrelatie aan met alle betrokkenen. Dat vergt veel oog voor de diversiteit aan werkelijkheden, perspectieven en posities in een systeem.”

Psychologische behandelingen, waaronder systeemtherapie, dienen aangetoond werkzaam te zijn. Zorginstituut Nederland (ZiNL), de instantie die adviseert over het verzekerde pakket, heeft in 2014 maatstaven vastgesteld waaraan effectonderzoek moet voldoen wil het als wetenschappelijk bewijs gelden (Staal e.a., 2015). ZiNL hanteert voor wetenschappelijk bewijs van werkzaamheid van psychologische behandelingen de classificatie volgens het systeem van Evidence-Based Medicine (EBM), die zich toespitst op randomized controlled trials (RCT's). Uiteindelijk worden de kwantitatieve samenvattingen van resultaten van afzonderlijke RCT's, gepubliceerd in zogenoemde meta-analyses, over het algemeen beschouwd als het beste bewijs voor de effectiviteit van een behandelmethode. EBM is de standaard geworden voor de behandelrichtlijnen.

Wat is er aan wetenschappelijke onderbouwing ten aanzien van systeemtherapie (partnerrelatie- en gezinstherapie) bekend als we de maatstaven voor EBM die thans worden

gehanteerd door het ZiNL toepassen? Voorliggend verslag betreft een overzicht van de wetenschappelijke onderbouwing van systeemtherapie op basis van voornamelijk nieuwe publicaties die de laatste vijf jaren (2012-2017) zijn verschenen. In recente systematische reviews en meta-analyses wordt meestal geen specifieke tijdsperiode gehanteerd bij de selectie van de publicaties. Dit betekent dat primaire studies van eerdere datum zijn geïncludeerd en er meestal sprake is van een substantiële overlap in geïncludeerde studies tussen recent gepubliceerde reviews en meta-analyses en eerder gepubliceerde reviews en meta-analyses. In het algemeen hanteren de recente systematische reviews en meta-analyses strengere inclusiecriteria (RCT's of goed opgezette quasi-experimentele studies, uitkomsten vastgesteld met valide meetinstrumenten, voldoende power om een effect te kunnen meten). Het overzicht is aangevuld met relevante literatuur uit de jaren voorafgaand aan 2012.

Uitgangsvraag: wat is de stand van zaken in wetenschap en praktijk met betrekking tot het effect van systeemtherapie, ofwel partnerrelatietherapie, gezinstherapie of familietherapie¹?

Met 'het effect' wordt bedoeld dat de interventie een met onderzoek aangetoonde bijdrage aan de oplossing van het geformuleerde probleem levert. De effectiviteit van partnerrelatie- en gezinstherapie wordt weergegeven in effectgroottes².

Voor de afbakening van systeemtherapie is de tweeledige omschrijving van Lange (2014) gebruikt: behandelingen waarbij enerzijds problemen in het gezin/de familie/de partnerrelatie de aanleiding voor behandeling zijn en de behandeling daarom expliciet is gericht op de interacties binnen het gezin, en anderzijds behandelingen die op de problematiek/pathologie van één gezinslid zijn gericht waarbij partners of andere gezinsleden worden betrokken (zie ook Baucom e.a., 2014), onder andere om te voorkomen dat zij onbedoeld de psychische symptomen bekrachtigen of omgekeerd de psychische symptomen de draagkracht van het systeem ondermijnen. In beide gevallen wordt

¹ In het Nederlandse taalgebied wordt de term familietherapie niet vaak gebruikt. 'Family therapy' wordt meestal vertaald met 'gezinstherapie'.

² In de geïncludeerde meta-analyses – waarin het verschil met een controleconditie is gemeten - worden de volgende effectgroottes als uitkomstmaat gerapporteerd: Cohen's d, Hedges' g en gestandaardiseerde effectsize (gestandaardiseerd gemiddeld verschil (SMD) bij continue uitkomstmaten en gepooled relatief risico (RR) bij dichotome uitkomstmaten). Hedges' g is vergelijkbaar met Cohen's d, maar corrigeert voor bias bij kleine steekproeven. De uitkomsten van deze effectgroottes kunnen op dezelfde wijze geïnterpreteerd worden. Hoe groter de d of g, hoe groter het effect van een therapie ten opzichte van een controlegroep is. Voor het vaststellen van de grootte van de effectsizes wordt de gangbare indeling gehanteerd: 0,20-0,49 (klein), 0,50-0,79 (middelgroot), 0,80 of meer (groot). SMD en RR worden minder vaak als effectgrootte gerapporteerd in de geïncludeerde meta-analyses. Naast statistische significantie is de beoordeling van de klinische relevantie van de resultaten van belang.

gebruikgemaakt van de systeemtheorie, maar kan de behandeling variëren (individueel, koppel, gezin, familie). Effectonderzoek betreft onderzoeken naar systeemtherapieën waarin naast het aangemelde gezinslid nog ten minste één ander lid van het systeem participeert. Bij het beantwoorden van de vraag naar effectiviteit is een onderscheid gemaakt in de wetenschappelijke evidentie van systeemtherapie bij specifieke (DSM- geclassificeerde) psychische stoornissen en de wetenschappelijke evidentie van systeemtherapie bij andere problematiek die vaak gepaard gaat met psychische problemen, zoals relatieproblemen en huiselijk geweld. Per 1 januari 2017 is de DSM-5 leidend voor de klinische praktijk. Daarom is de classificatie van de DSM-5 gebruikt bij de beschrijving van de wetenschappelijke evidentie van systeemtherapie bij specifieke psychische stoornissen.

2. Methode

Soort onderzoek: systematische reviews en meta-analysen gebaseerd op onderzoek gericht op klachten- of probleemvermindering of herstel bij systeembehandelingen. Het betreft meta-analyses die specifiek gingen over de effectiviteit van systeemtherapie vergeleken met een inactieve controleconditie (patiënten die op een wachtlijst stonden of die geen interventie ontvingen), of met een actieve controleconditie (patiënten die een andere behandeling kregen). Een actieve controleconditie is meestal een individuele behandeling.

Afhankelijk van het doel van een specifieke interventie kan er een breed arsenaal aan uitkomstmaten worden ingezet om de werkzaamheid van een interventie vast te kunnen stellen. Naast uitkomstmaten gericht op het vaststellen van het symptoomniveau, problemen, functioneren en kwaliteit van leven van het individu (de patiënt), kunnen bijvoorbeeld ook uitkomstmaten voor de kwaliteit van partnerrelaties en/of gezinsrelaties van belang zijn. Zelden wordt in onderzoek de psychische conditie van de aan de systeemtherapie deelnemende partner of gezins- of familieleden als uitkomstmaat meegenomen.

Voor het identificeren van relevante publicaties zijn systematische zoekacties verricht in een aantal databases, namelijk PsycINFO, MEDLINE en de Cochrane Library. Als zoektermen zijn de verschillende typen van systeemtherapie ('Multisystemic Therapy [MST]', 'Functional Family Therapy [FFT]', 'Relationele Gezinstherapie', 'Multidimensional Family Therapy [MDFT]', 'Brief Strategic Family Therapy [BSFT]', 'Attachment-Based Family Therapy [ABFT]', 'Emotion Focused Therapy' [EFT], Behavioral Couple Therapy, Alcohol Behavioral Couple Therapy (ABCT), Integrative Behavioral Couple Therapy' [IBCT], 'narrative family therapy' gebruikt, maar ook meer algemene termen zoals 'systemic therapy', 'couples therapy', 'marriage therapy', 'family therapy', 'family-based therapy', 'systems oriented family therapy', 'multifamily group therapy') en 'efficacy', 'cost-effectiveness' (zowel trefwoorden als tekstwoorden).

Preventiestudies³ werden op voorhand geëxcludeerd, evenals artikelen van algemene aard, casuïstiek, gevalbeschrijvingen, dubbelpublicaties, artikelen niet in het Engels of Nederlands en (niet-systematische) reviews.⁴ De artikelen moesten zijn gepubliceerd in peer-reviewed tijdschriften tussen 2012 en 31 december 2017, met aanvullingen van relevante literatuur uit voorgaande jaren. Naast meta-analyses en systematische reviews van uitsluitend onderzoek naar de effectiviteit van

³ Het betreft studies waarin bij aanvang van de interventie (nog) geen sprake is van een psychopathologiescore binnen het klinische bereik of van een specifieke (DSM-geclassificeerde) psychische stoornis. Een voorbeeld van deze studies zijn studies naar de effectiviteit van (geïndiceerde) preventieve interventies in de vorm van oudertraining bij kinderen met toenemende gedragsproblemen of leefstijltraining van gezinnen ter preventie van obesitas bij kinderen en psychologische interventies bij hoogerisicogroepen, zoals bij risico op een psychose.

⁴ De belangrijkste redenen voor het niet meenemen van artikelen in het verslag waren: niet-systematisch uitgevoerde reviews, exclusie van primaire (individuele) studies omdat deze al waren meegenomen in geïnccludeerde meta-analyses en pilot of haalbaarheidsstudies.

(specifieke vormen van) systeemtherapie, is ook gezocht naar meta-analyses en systematische reviews van onderzoeken naar psychologische behandelingen, waaronder systeemtherapie voor psychische stoornissen⁵, relationele problemen en huiselijk geweld. Ook zijn de literatuurlijsten van de systematische reviews en meta-analyses die geïnccludeerd zijn nagelopen op nieuwe referenties. Ter aanvulling worden ook de resultaten van recente primaire studies, waaronder gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) beschreven.

⁵ Dit betreft alle psychische stoornissen die in de DSM-5 zijn opgenomen, behalve neurocognitieve stoornissen, eliminiestoorissen, slaap-waakstoornissen, genderdysforie en parafiele stoornissen. Voor een aantal psychische stoornissen (dissociatieve stoornissen en seksuele disfuncties) geldt dat er nog geen vergelijkingsstudies of geen methodologisch goede vergelijkingsstudies zijn gedaan. Deze psychische stoornissen zijn buiten beschouwing gelaten.

3. Resultaten

In subparagrafen wordt achtereenvolgens het effect van systeemtherapie bij specifieke psychische stoornissen en bij gemengde psychische stoornissen beschreven.

3.1. Effect bij specifieke stoornissen

De artikelen die in periode 2012 tot 31 december 2017 in peer-reviewed tijdschriften zijn gepubliceerd, gaan het meest frequent over de werkzaamheid van systeemtherapie bij adolescenten met verslavingen en stoornissen door of in het gebruik van middelen, disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen (vaak in combinatie met delinquentie), en schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen. De beschikbare gegevens over de bewijskracht voor de effectiviteit van systeem interventies bij specifieke stoornissen zijn vooralsnog vooral gebaseerd op publicaties waarin DSM-IV-classificaties (en soms ook nog van de voorlopers daarvan) werden gebruikt. Per stoorniscategorie wordt een indruk gegeven van de belangrijkste wijzigingen van DSM-IV naar DSM-5.

3.1.1. Verslavingen en stoornissen door of in het gebruik van middelen

Ten opzichte van de indeling in de DSM-IV, heeft in de classificatie van psychiatrische stoornissen in het gebruik van middelen in de DSM-5 een aantal belangrijke wijzigingen plaatsgevonden: DSM-IV stoornissen in en door het gebruik van middelen en de stoornis pathologisch gokken zijn samengevoegd in één DSM-5 hoofdstuk 'Verslavingen en stoornissen door of in het gebruik van middelen'. En de DSM-IV categorieën "misbruik" en "afhankelijkheid" van een middel zijn in de DSM-5 samengevoegd tot één "stoornis in het gebruik van een middel", gespecificeerd met drie ernstniveaus. Ten slotte is de gameverslaving als voorgestelde classificatie opgenomen in de DSM-5 Deel III bij de stoornissen die eerst nog nader onderzocht moeten worden.

Het meeste onderzoek op het gebied van middelenproblematiek is verricht naar de effectiviteit van systeembehandelingen bij alcohol-, cannabis- en harddrugsproblematiek. Daar ligt in dit verslag dan ook de nadruk op. Effectonderzoek naar behandelprogramma's die specifiek gericht zijn op drugs of een combinatie van alcohol en drugs betreft meestal gezinsbehandelingen bij adolescenten en jongvolwassenen, terwijl effectonderzoek naar behandelprogramma's die specifiek gericht zijn op alcohol meestal relatietherapie bij volwassenen betreft.

Adolescenten

Tussen 2012 en heden werden twee meta-analyses (Tanner-Smith e.a., 2013; Filges e.a., 2015) en een systematische review (Lindstrøm e.a., 2015) gepubliceerd naar de effecten van systemische

interventies bij adolescenten met verslavingsproblemen. Daarnaast zijn de uitkomsten van twee eerder gepubliceerde meta-analyses naar de effecten van behandelingen bij stoornissen in het gebruik van specifieke middelen, namelijk alcohol (Tripodi e.a., 2010) en cannabis (Bender e.a., 2011) bij adolescenten relevant. Er zit enige overlap in de primaire studies die zijn geïnccludeerd in de verschillende meta-analyses.

Alcohol: De meta-analyse van Tripodi e.a. (2010) van zestien gecontroleerde studies, waaronder veertien gerandomiseerde, toont aan dat zowel individuele therapie als gezinsinterventies effect hebben op het reduceren van het alcoholgebruik van adolescenten (twaalf tot negentien jaar) die overmatig of problematisch alcohol gebruiken. De primaire uitkomstmaat was het alcoholgebruik van de adolescent. Individuele therapie – zoals motiverende gespreksvoering, gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie (CGT), CGT aangevuld met 12 stappen - blijkt een duidelijk en significant effect (middelgrote effectsize; $g = 0,75$) te hebben op het alcoholgebruik; ook het effect van gezinstherapie bleek significant (effectsize $g = 0,46$). In zes van de zestien onderzoeken ging het om de evaluatie van de effectiviteit van een gezinsbehandeling (5 RCT's, 1 quasi-experimenteel onderzoek). De onderzochte systeem behandelingen betreffen Kortdurende Strategische Gezinstherapie (KSGT), Integrated Family and Cognitive Behavioral Therapy (IF-CBT), Multidimensionele Gezinstherapie (MDGT) en Multi Systeem Therapie (MST)⁶. Twee van de systemische interventies hadden grote effectsizes ($g > 0,80$), namelijk MDGT en een korte interventie met de adolescent en de ouder. Het effect van MDGT blijkt in vergelijking met gezinseducatie ($g = 0,81$) en groepstherapie ($g = 0,57$) duurzaam (gemeten over een follow up periode van een jaar) te zijn. Bij deze uitkomst moet wel de kanttekening worden geplaatst dat zij is gebaseerd op slechts twee RCT's uitgevoerd door degenen die het interventiemodel hebben ontwikkeld (Liddle e.a., 2001, 2008). Een andere kanttekening bij deze meta-analyse is dat niet duidelijk is of alle adolescenten een stoornis in het gebruik van alcohol hadden, er kan ook sprake zijn geweest van overmatig alcoholgebruik zonder dat er formeel sprake was van een stoornis. Dit bemoeilijkt enigszins de interpretatie en generalisatie van de uitkomsten.

Cannabis: In de meta-analyse van Bender e.a. (2011) van de evidentie van *face-to-face* psychologische behandelingen van cannabismisbruik of -afhankelijkheid bij jongeren werden vijftien gerandomiseerde gecontroleerde studies geïnccludeerd, bij in totaal 1,559 adolescenten (twaalf tot negentien jaar). In acht van de vijftien RCT's ging het om gezinsbehandelingen zoals Relationale

⁶ MDFT en MST zijn opgenomen in de databank effectieve interventies van het Nederlands Jeugd Instituut (<https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies>). MDFT en MST zijn door de Erkeningscommissie beoordeeld als 'effectief volgens sterke aanwijzingen'. Voor elke in de database opgenomen interventie is een uitgebreide beschrijving te downloaden.

Gezinstherapie (RGT)⁷, Multi Systeem Therapie (i.e. MST) en Multidimensionele Gezinstherapie (i.e. MDGT) (7 RCT's), of een combinatie van beide (1 RCT). In de overige zeven RCT's ging het om individuele behandelingen, waaronder motiverende gespreksvoering, kortdurende interventies, CGT, ondersteunende counseling en psycho-educatie. De follow-up periode van de studies varieerde van twee tot twaalf maanden. De vergelijkingsconditie bestond in twaalf studies uit een actieve behandeling en in drie studies uit een wachtlijst controle. De meta-analyse laat zien dat jongeren met een stoornis in het gebruik van cannabis baat hebben bij gezinsbehandelingen als MDGT en geïntegreerde gezinsgerichte CGT: het effect van gezinstherapie ($g = 0,40$) in het verminderen van cannabisgebruik was ongeveer even groot als het effect van gezinstherapie in het verminderen van alcoholgebruik in de meta-analyse van Tripodi e.a. (2010; $g = 0,46$). Deze gezinsbehandelingen zijn effectiever in het verminderen van het cannabisgebruik dan minimale vergelijkingsbehandelingen als counseling of psycho-educatie. En er zijn geen aanwijzingen dat gezinsbehandelingen, zoals MDGT en (cognitieve) gedragstherapie, al dan niet in combinatie met motiverende gespreksvoering, onderling verschillen in effectiviteit.

Ook voor adolescenten met dubbele diagnoseproblematiek (verslavingsproblemen en psychische aandoeningen) geldt dat MDGT succesvol kan zijn. Hendriks e.a. (2012) laten in een secundaire analyse van hun gerandomiseerde studie zien dat jonge adolescenten (t/m zestien jaar) en adolescenten met psychiatrische comorbiditeit (gedragsstoornis of internaliserende problematiek) meer gebaat zijn bij MDGT dan bij CGT, terwijl oudere adolescenten (17-18 jaar) en adolescenten zonder psychiatrische comorbiditeit juist meer gebaat zouden zijn bij CGT gecombineerd met motiverende gespreksvoering. Na MDGT zijn de adolescenten minder angstig en depressief. Daarnaast laten twee studies zien dat MDGT vooral effectief is bij jongeren met een stoornis in het gebruik van cannabis uit multi-probleem gezinnen: de behandeling reduceert niet alleen het drugsgebruik, maar vermindert ook symptomen van externaliserende stoornissen en verbetert het gezinsfunctioneren (Schaub e.a., 2014), en vermindert bovendien het zelf gerapporteerde criminele gedrag (Van der Pol e.a., 2017). Op basis van dezelfde onderzoeksgegevens die Hendriks e.a. (2012) hebben gebruikt, is de kosteneffectiviteit van MDGT versus CGT onderzocht, waarbij zowel naar de kosten van de behandeling als de kosten verbonden aan de criminaliteit door de jongeren is gekeken (Goorden, Van der Schee e.a., 2016). Op grond van dit onderzoek is er een eerste aanwijzing dat MDGT kosteneffectief is. MDGT resulteerde in een grotere winst in kwaliteit van leven dan CGT, maar MDGT was ook de duurdere behandeling. Echter, de kosten per 'gewonnen'

⁷ Tot april 2015 heette RGT Functional Family Therapy (FFT). RGT is gebaseerd op FFT en doorontwikkeld om beter aan te sluiten bij de Nederlandse situatie. RGT is opgenomen in de database van erkende interventies van het NJI. RGT is door de Erkenningscommissie beoordeeld als 'goed onderbouwd'. Dit betekent dat de interventie goed beschreven is en dat de interventie het gestelde doel kan bereiken.

score in kwaliteit van leven waren lager in de MDGT-groep dan de CGT-groep. Dit verschil ten gunste van MDGT nam bovendien toe wanneer de criminaliteitskosten werden verrekend.

Niet-gespecificeerde stoornissen middelengebruik: Uit het overzicht van 45 onderzoeken en de meta-analyse van Tanner-Smith e.a. (2013), waarin de effectiviteit van gezinstherapie bij verslavingen vergeleken werd met andere behandelingen, komt gezinstherapie in de ambulante behandeling bij adolescenten als superieur (gemiddelde effectsize van $d = 0,26$) naar voren. De gezinstherapeutische behandelingen betreffen Multidimensionele Gezinstherapie (MDGT), Multi Systeem Therapie (MST), Functional Family Therapy (FFT), Family Support Network en algemene gezinstherapie. In de vergelijkingscondities ging het onder meer om gedragstherapie, CGT, motivatie verhogende therapie/motivational interviewing, groepstherapie, psycho-educatie en farmacotherapie. In 99% van de vergelijkingen betrof het gerandomiseerde gecontroleerde trials.

Niet-opioïde drugs: De positieve uitkomsten van MDGT bij jongeren met een stoornis in het gebruik van drugs worden bevestigd door de uitkomsten van de recente meta-analyse van Filges e.a. (2015) betreffende de evidentie van MDGT bij niet-opioïde drugsmisbruik in een ambulante setting (zie ook Liddle, 2016). Het gaat hier om middelen zoals cannabis, amfetamine, ecstasy en cocaïne. In de meta-analyse werden vijf gerandomiseerde gecontroleerde studies geïnccludeerd, waarvan drie zijn uitgevoerd door de ontwikkelaar van het MDGT-behandelprogramma (Liddle e.a., 2001, 2008, 2009) en deze ontwikkelaar tevens bij één andere publicatie als co-auteur staat vermeld (Dennis e.a., 2004). De vijfde RCT betrof een Europese studie, de zogenoemde International Cannabis Need of Treatment [INCANT] trial (Rigter e.a., 2011). De vergelijkingsconditie bestond in alle vijf studies uit een actieve behandeling (CGT, gebruikelijke behandeling (TAU), Adolescent Community Reinforcement Approach). In vergelijking met deze andere actieve interventies was MDGT superieur, maar de auteurs van de meta-analyse geven aan dat het effect van MDGT op de afname van de ernst van het drugsgebruik (SMD varieert van -0,30 tot -0,35) en op de frequentie van het gebruik ervan (SMD varieert van -0,24 tot -0,25) klein was. Daarnaast geven de auteurs aan dat vanwege het geringe aantal studies dat meegenomen kon worden, en het feit dat de ontwikkelaar van de interventie bij vier van de vijf geïnccludeerde studies betrokken was, enige terughoudend in het trekken van conclusies op zijn plaats is. Replicaties door onafhankelijke onderzoekers ('onafhankelijke studies') zijn wenselijk.

MDGT is een gezinsgerichte interventie voor adolescenten met alcohol- of drugsproblemen en gerelateerde psychische en gedragsproblemen. Het succes van het gezamenlijk aanpakken van dubbele diagnoseproblematiek (verslavingsproblemen en gedragsproblemen) via MDGT is aangetoond in een andere meta-analyse (Van der Pol e.a., 2017, zie voor een beschrijving van de

behandeling paragraaf 3.1.2). Er is bovendien een MDGT-variant ontwikkeld voor gebruik bij jongeren met een licht verstandelijke beperking.

Een systematische review laat zien dat Brief Strategic Family Therapy (BSFT), de Kortdurende Strategische Gezinstherapie (KSGT), waarschijnlijk even effectief is als andere actieve behandelingen in het reduceren van niet-opioïde drugsgebruik bij jongeren en jongvolwassenen (Lindstrøm e.a., 2015). Het voornaamste doel van de KSGT-interventie is de afname van gedragsproblemen bij de adolescent. Enerzijds beoogt de interventie verbetering te brengen in de relaties binnen het gezin en in relaties van de gezinsleden met andere belangrijke systemen (bijvoorbeeld school, leeftijdgenoten) die het gedrag van de jongere beïnvloeden. En anderzijds beoogt men met de interventie de motivatie van de jongeren om hun problemen aan te pakken te verhogen. De auteurs van de systematische review zijn echter terughoudend in het trekken van conclusies vanwege het geringe aantal studies, en de lage kwaliteit daarvan, die zij in hun analyse meenamen. Nader goed gecontroleerd onderzoek naar de werkzaamheid van KSGT is wenselijk.

Volwassenen

Sinds 2012 werd één meta-analyse (Meis e.a., 2013) gepubliceerd naar de effecten van systemische interventies (relatie- en gezinstherapie) bij volwassenen met psychische aandoeningen, waaronder verslavingsproblemen. In deze meta-analyse werden tweeëntwintig RCT's naar de effectiviteit van systemische interventies bij stoornissen in het gebruik van alcohol en drugs geïncludeerd. In eenentwintig van de tweeëntwintig RCT's, onder in totaal 1.887 volwassenen (28-48 jaar oud), werd de effectiviteit van een systemische interventie vergeleken met een actieve (niet-systemische) behandeling als controleconditie. In zestien van deze eenentwintig RCT's betrof de systeemtherapie een relatietherapie op basis van gedragstherapeutische principes. De meta-analyse laat zien dat deze relatietherapieën bij alcoholverslaving effectiever zijn dan individuele behandelingen. Bovendien blijkt uit een recent gerandomiseerd gecontroleerde studie dat bij vrouwen met alcohol afhankelijkheid een combinatie van relatietherapie (Alcohol Behavioral Couple Therapy, ABCT) en individuele therapie niet effectiever is dan uitsluitend relatietherapie (McCrary e.a., 2016).

Ten aanzien van de effectiviteit van Community Reinforcement Approach and Family Training (CRAFT) laat de meta-analyse (op basis van 3 RCT's) ook positieve resultaten zien, namelijk het verhogen van de betrokkenheid van familieleden, hetgeen kan bijdragen aan het overtuigen van het middelen gebruikende familielid om zelf hulp te zoeken (Meis e.a., 2013). CRAFT was superieur aan andere gezinsinterventies (middelgrote effectsizes) met betrekking tot het verhogen van de kans dat daadwerkelijk een behandeling wordt gestart, maar dit specifieke positieve effect bleek zich uiteindelijk niet te vertalen in een vermindering van middelengebruik of een verbetering van het functioneren binnen de relatie of binnen het gezin.

Problematisch middelengebruik gaat vaak samen met relationele problemen of relationeel geweld. In de multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol staat vermeld dat in geval van relatieproblemen of huiselijk geweld gedragstherapeutische partnerrelatietherapie de voorkeur heeft boven individuele CGT-interventies. Recent gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek biedt verdere wetenschappelijke onderbouwing van deze aanbeveling bij het samengaan van problematisch middelengebruik en relationele problemen (Schumm e.a., 2014; O'Farrell e.a., 2016). Zo toont de studie van Schumm en collega's aan dat bij vrouwen met alcohol afhankelijkheid gedragstherapeutische partnerrelatietherapie effectiever is in het reduceren van het middelengebruik (alcohol en drugs) en de gerelateerde geweldsproblemen en in het verbeteren van de partnerrelatie dan een louter individueel gerichte behandeling. Ook werd de superioriteit van de gedragstherapeutische partnerrelatietherapie ten opzichte van individuele behandeling in de loop van de 12-maanden follow-up periode aangetoond. De recente trial van O'Farrell e.a. (2016) laat zien dat de partnerrelatietherapie effectiever is als het aan koppels wordt aangeboden in plaats van in groepsverband. Recent is bovendien een RCT uitgevoerd bij vrouwen met drugsproblemen (O'Farrell e.a., 2017). In deze studie werd gedragstherapeutische partnerrelatietherapie vergeleken met een individuele behandeling. Beide behandelingen waren effectief in het reduceren van het middelengebruik, maar de partnerrelatietherapie bleek effectiever in het reduceren van de aan het middelengebruik gerelateerde problemen (percentage dagen abtinent, percentage dagen met druggebruik, gevolgen van druggebruik) en in het verbeteren van de relatieproblemen.

Daarnaast is gedragsrelatietherapie van (een) ouder(s) met verslavingsproblemen van belang voor het welzijn van de andere gezinsleden, zoals de kinderen (ook wel Kinderen van Verslaafde Ouders (KVO-kinderen) genoemd). Bevindingen van Kelley e.a. (2016, 2017) laten zien dat dergelijke interventies helpen om internaliserende problemen (depressie en angst) bij kinderen in het gezin te verminderen (Kelley e.a., 2017) en het risico op kindermishandeling te verlagen (Kelley e.a., 2016). Het is dus belangrijk om in toekomstig onderzoek nog meer zicht te krijgen op het effect van gedragsrelatietherapie van (een) ouder(s) met verslavingsproblemen op het welzijn van de kinderen.

Tenslotte, een systematische review laat zien dat er vooralsnog geen wetenschappelijke onderbouwing ten aanzien van het effect van systemische interventies bij adolescenten en volwassenen met een gameverslaving bekend is (Zajac e.a., 2017).

Samenvattend: onderzoek heeft aangetoond dat systeeminterventies effectief zijn bij verslavingsproblematiek en stoornissen in of door middelengebruik, bij zowel adolescenten als jongvolwassenen. De (vaak op langere termijn) grotere effectiviteit van dergelijke systeeminterventies is vastgesteld ten opzichte van actieve controlecondities, zoals gebruikelijke behandelingen (TAU) en individuele CGT. Er zijn tot nu toe nauwelijks verschillen in effectiviteit

tussen de diverse vormen van systeembehandeling gevonden. De generalisatie van deze uitkomsten wordt bemoeilijkt doordat niet duidelijk is of er in alle gevallen sprake was van een formele classificatie van een stoornis in of door het gebruik van een middel. Bovendien heeft onderzoek aangetoond dat gedragsrelatietherapie ook effectief is bij verslavingen en stoornissen in of door middelengebruik (vooral alcohol) bij volwassenen.

3.1.2. Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen

Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen zijn opnieuw gerangschikt in een hoofdstuk van stoornissen in de DSM-5. Aan deze stoornissen liggen problemen in het beheersen van emoties en gedrag ten grondslag. Het betreft de volgende stoornissen: de oppositionele-opstandige stoornis (in de DSM-IV de oppositioneel-opstandige gedragsstoornis), de periodiek explosieve stoornis, de normoverschrijdende-gedragsstoornis (in de DSM-IV de gedragsstoornis, met een nieuwe specificatie 'met beperkte prosociale emoties'), pyromanie en kleptomanie. In de DSM-5 editie hebben de criteria voor deze externaliserende stoornissen principiële wijzigingen ondergaan.

In de periode 2012 tot heden werden vijf meta-analyses (Baldwin e.a., 2012; Van der Stouwe e.a., 2014; Dopp e.a., 2017; Hartnett e.a., 2017; Van der Pol e.a., 2017) en één systematische review (Tripodi & Bender, 2011) gepubliceerd naar de effecten van systemische interventies bij adolescenten met ernstige gedragsproblemen, al dan niet in combinatie met andere (psychiatrische) problematiek. Er zit enige overlap in de RCT's die zijn geïnccludeerd in deze vijf verschillende meta-analyses en in de meta-analyses die hiervoor beschreven zijn (paragraaf 3.1.1).

In deze sectie gaat het over jongeren met ernstige gedragsproblemen die hen en hun directe omgeving (het gezin, de school) ernstig belemmeren in hun dagelijkse leven. Bij sommige van hen is sprake van een gedragsstoornis, een oppositioneel opstandige stoornis, of is er een aandachttekort-hyperactiviteitstoornis vastgesteld, bij andere niet. Voor jongeren waarbij sprake is van ernstige gedragsproblemen, agressie, verslaving of ander grensoverschrijdend gedrag zijn diverse systeeminterventies ontwikkeld die zich richten op deze gedragsproblemen en op multi-probleemgezinnen. De meest onderzochte interventies bij jongeren met ernstige gedragsproblemen zijn Multidimensionele Gezinstherapie (MDGT), Multi Systeem Therapie (MST), Functional Family Therapy (FFT) en de daar aan verwante Relationele gezinstherapie (RGT) (De Lange e.a., 2013; Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming, 2015). In vergelijking met MST, richtten MDGT, FFT en RGT zich meer op het kerngezin.

Uit de systematische review van Tripodi & Bender (2011) komt naar voren dat systeemgerichte interventies bij verslaafde jeugddelinquenten mogelijk minder effectief zijn in het reduceren van alcoholgebruik dan bij verslaafde niet-jeugddelinquenten ($g = 0,35$ versus $g = 0,46$)

(Tripodi e.a., 2010). De auteurs van deze systematische review concluderen dat de resultaten met betrekking tot de werkzaamheid van Multi Systeemtherapie (MST) en van Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC), een ambulante programma dat met succes is toegepast bij de behandeling van jeugdige veelplegers in de Verenigde Staten, veelbelovend zijn. Met de resultaten van later gepubliceerde meta-analyses zijn de aanwijzingen dat systeeminterventies effectief zijn bij jongeren met ernstige gedragsproblemen sterker geworden.

De meta-analyses naar de werkzaamheid van MST (Van der Stouwe e.a., 2014), MDGT (Van der Pol e.a., 2017) en FFT (Hartnett e.a., 2017) bij jongeren met ernstige gedragsproblemen rapporteren positieve uitkomsten. Multisysteemtherapie is een intensieve vorm van behandeling voor jongeren van twaalf tot achttien jaar met ernstig antisociaal gedrag, die vanwege ernstig grensoverschrijdend gedrag (dreigen) uit huis geplaatst (te) worden. MST is gericht op jongeren met ernstige klinische problemen, zoals geweldplegers, zedendelinquenten, drugs gebruikende jeugddelinquenten, jongeren met een ernstige emotionele stoornis en hun familie. Bij de MST-behandeling wordt gebruik gemaakt van interventies uit de systeemtherapie en de cognitieve gedragstherapie. Onderzoek heeft aangetoond dat door MST het herhalen van ernstig (seksueel) grensoverschrijdend gedrag vermindert, het functioneren van het gezin verbetert en het aantal uithuisplaatsingen vermindert (Littell e.a., 2009; Henggeler, 2012; Zajac e.a., 2016). Deze positieve bevindingen worden onderschreven door de resultaten van een meta-analyse waaruit blijkt dat MST in vergelijking met actieve controlecondities (waarbij geringe effectsizes) effectief is in het verminderen van ernstige gedragsproblemen en middelenmisbruik, recidive van delinquent gedrag, omgang met verkeerde vrienden, uithuisplaatsing en gezinsproblematiek (Van der Stouwe e.a., 2014). In deze meta-analyse werden tweeëntwintig (deels gerandomiseerde) gecontroleerde studies geïnccludeerd, onder in totaal 4,066 jongeren. MST bleek het meest effectief bij jeugdige delinquenten jonger dan vijftien jaar met ernstige (psychiatrische) problematiek. De effectsizes van MST bleken kleiner te zijn bij vergelijking met een multimodale behandeling (een mix van verschillende soorten interventies, zoals gebruikelijke behandeling van zedendelinquenten, gebruikelijke jeugdwelzijnszorg) dan met één specifieke (meestal individuele) interventie. Een kanttekening bij deze meta-analyse is de inclusie van niet-gepubliceerde en niet-gerandomiseerde studies, waarvan sommige studies met lage methodologische kwaliteit. In een recente Nederlandse studie is de kosteneffectiviteit van MST aangetoond (Vermeulen e.a., 2016). Omdat MST bewezen effectief is in het verminderen van het aantal uithuisplaatsingen, beveelt de Richtlijn Uithuisplaatsing aan MST in te zetten om dergelijke uithuisplaatsingen te voorkomen (Bartelink e.a., 2015). Overigens zijn er op basis van dossierstudies aanwijzingen dat de gunstige effecten van deze gezinsbehandeling voor ernstig delinquenten jongeren zich breder uitstrekken. Twee follow-up studies van ernstig delinquenten jongeren die twintig jaar eerder deelnamen aan een gerandomiseerde klinische trial

waarbij zij aselekt waren ingedeeld bij MST of individuele therapie (IT), laten ook voor hun gezinsleden (broers/zussen) (Wagner e.a., 2014) en hun verzorgers (Johnides e.a., 2017) positieve langetermijneffecten van MST zien. Zo hadden de verzorgers in de MST-conditie, waarin gezinsgerelateerde aspecten van antisociaal gedrag van delinquente jongeren worden aangepakt, in de follow-up periode 94% minder misdaden en 70% minder zware overtredingen gepleegd dan de verzorgers in de IT-conditie (Johnides e.a., 2017). Daarnaast waren er in de MST-conditie gedurende de follow-up periode 50% minder civiele rechtszaken aangaande de gezinsinstabiliteit geweest dan in de IT-conditie.

Multidimensionele gezinstherapie (MDGT) wordt vooral ingezet bij jongeren met gedragsproblemen en alcohol- of drugsproblemen, de dubbele diagnoseproblematiek. Naast de oorspronkelijk ambulante MDGT-variant is door Stichting Jeugdinterventies ook een klinische variant ontwikkeld ten behoeve van de residentiële jeugdzorg (Hoogeveen e.a., 2016). Recent werd een meta-analyse gepubliceerd naar de effecten van MDGT bij jongeren met multi-probleemgedrag (Van der Pol e.a., 2017). In deze meta-analyse werden uitsluitend gerandomiseerde gecontroleerde trials (8 studies) met in totaal 1.488 adolescenten geïnccludeerd, waarin de effectiviteit van MDGT werd vergeleken met een andere bewezen effectieve actieve interventie (CGT, groepstherapie of multimodale behandeling). Deze meta-analyse laat zien dat MDGT overall een significant groter effect ($d = 0,24$) had op de afname van externaliserende en internaliserende problematiek, middelenmisbruik, recidive en gezinsproblematiek, dit in vergelijking met controlegroepen die een andere interventie aangeboden kregen. Vooral jongeren met (zeer) ernstige problemen (gedragsstoornis en ernstige verslavingsproblematiek) hadden meer baat bij MDGT. Er werden geen verschillen in de effectiviteit van MDGT aangetroffen met betrekking tot de leeftijd, sekse, sociaaleconomische of etnische achtergrond van de jongeren.

Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC; Chamberlain & Reid) is een multimodaal, ambulant programma voor de behandeling van antisociaal gedrag. Het doel van MTFC is afname van deviant gedrag en toename van prosociaal gedrag. Het programma omvat een geformaliseerde samenwerking tussen het behandelteam en de ouders van de jongere, de school, hobby- en sportclubs en het maatschappelijk werk. De jongere wordt individueel geplaatst in een gespecialiseerd pleeggezin dat de jongere een veilige, gestructureerde, therapeutische leefomgeving beoogt te bieden. De effectiviteit van MTFC voor het behandelen van jongeren met gedragsproblemen is inmiddels in vier gerandomiseerde gecontroleerde trials vastgesteld, maar een kanttekening hierbij is dat de ontwerpers van het programma waren betrokken bij drie van de RCT's die in de Verenigde Staten werden uitgevoerd, en dat alle vier de RCT's gebaseerd zijn op kleine steekproeven (zie Westermarck e.a., 2011). MTFC vermindert het probleemgedrag van kinderen, het aantal plaatsingen in residentiële instellingen, de uitval van pleegouders en verlaagt de kosten van de

hulpverlening. MTFC is in deze studies vergeleken met groepsbehandelingen en gebruikelijke zorg (TAU). Nader onderzoek naar de effectiviteit van MTFC in grotere steekproeven is gewenst. In een RCT onder jonge kinderen (3-7 jaar) met ernstige gedragsproblemen in de pleegzorg in Nederland werd geen verschil in effectiviteit aangetroffen tussen de MTFC-P (preschoolers) variant en gebruikelijke zorg in reductie van gedragsproblemen en de kenmerken van een hechtingsstoornis (Jonkman e.a., 2017).

In Functional Family Therapy, of Functionele Gezinstherapie (FGT) wordt het gepresenteerde probleem als een symptoom van disfunctionele gezinsrelaties gezien en de interventie is er dan ook op gericht om nieuwe gedragspatronen in het gezin te ontwikkelen en te behouden die de disfunctionele patronen vervangen. Daarnaast worden bij FGT gedragsgerichte (bijvoorbeeld communicatietraining) en cognitieve gedragsinterventies (bijvoorbeeld assertiviteitstraining, woedemanagement) in het behandelprotocol geïntegreerd, maar het focus op de relaties blijft altijd centraal staan (zie Henggeler & Sheidow, 2012). Een meta-analyse naar de effectiviteit van FGT bij adolescenten met gedragsproblemen of -stoornissen en verslavingsproblemen integreerde de resultaten van veertien vergelijkende studies (deels random, deels non-random toewijzing aan de condities) (Hartnett e.a., 2017). FGT werd vergeleken met zowel inactieve controlecondities als actieve controlecondities, zoals gebruikelijke behandelingen, cognitieve gedragstherapie en andere behandelprotocollen van gezinstherapie. In de vijf gerandomiseerde gecontroleerde trials deed FGT het in vergelijking met geen behandeling of een andere behandeling beter (in termen van reductie van recidive), maar drie van de vijf RCT's waren uitgevoerd door dezelfde onderzoekers en ontwikkelaars van het FGT programma (dus geen onafhankelijk onderzoek). De resultaten van de analyse van de zeven niet-gerandomiseerde onderzoeken waren niet consistent: FGT was superieur aan andere behandeling (3 studies), maar deed het niet beter dan geen behandeling (2 studies) of gebruikelijke behandeling (2 studies). Gebrek aan power en grote variatie in de uitkomsten van de individuele studies spelen hierbij een rol.

Recent is in Engeland een RCT van goede kwaliteit verricht waarin de effectiviteit van FGT, gecombineerd met het gebruikelijke casemanagement, bij delinquente adolescenten met gedragsproblemen of -stoornissen is vergeleken met uitsluitend het gebruikelijke casemanagement (Humayun e.a., 2017). Deze studie laat, in tegenstelling tot de eerdere RCT's, minder gunstige resultaten voor FGT zien, namelijk geen grotere reductie in recidive van delinquent gedrag of verbeteringen in het ouderschap of de ouder-kind relatie. De auteurs merken op dat gebruikelijke casemanagement programma's wellicht effectiever zijn in Engeland dan in de Verenigde Staten waar de meeste eerdere RCT's zijn uitgevoerd.

Vanaf april 2015 heet Functional Family Therapy in Nederland Relationele Gezinstherapie (RGT)(zie voetnoot 8). De uitgangspunten, principes en theoretische basis zijn zodanig vergelijkbaar

dat onderzoeksresultaten van FGT gebruikt wordt om de inzet van RGT te rechtvaardigen. Daarnaast is in Nederland een aangepaste vorm van FGT, namelijk Functional Family Parole Service (FFPS), geïntroduceerd (Robbins e.a., 2016). De methodiek voor casemanagement voor jongeren, hun ouders en andere gezinsleden in een strafrechtelijk kader wordt toegepast bij Jeugdbescherming Amsterdam (Busschers e.a., 2015, 2016). Een pilot liet tien procent minder recidive zien in de FFPS-groep in vergelijking met een controlegroep (Tong Sang e.a., 2012). In een pilotstudie in Vlaanderen, waar FGT is geïmplementeerd in de uitstroom van een residentiële behandeling waren de recidivecijfers niet gunstiger na FGT-behandeling (De Clippele & Van West, 2016). Wel rapporteerden alle betrokkenen een duidelijke verbetering van het gezinsfunctioneren.

Een vierde meta-analyse (Baldwin e.a., 2012) komt tot een meer voorzichtige conclusie wat betreft de positieve uitkomsten van systemische interventies voor jeugdigen met gedragsproblemen of gedragsstoornissen (zie ook: Lange, 2014). De auteurs vonden namelijk een gering overall effect van vier systemische interventies (MDGT, MST, FGT en KSGT) in vergelijking met gebruikelijke behandeling ($d = 0,21$) en andere behandelingen ($d = 0,26$). Bij deze publicatie moet worden aangetekend dat de auteurs de follow-up data van de geïnccludeerde studies niet meenamen in hun analyse. Een vijfde multilevel meta-analyse (Dopp e.a., 2017), waarin 324 effectgroottes van 28 studies zijn samengevoegd, laat eveneens een bescheiden overall effect van gezinsbehandelingen in vergelijking met gebruikelijke behandelingen ($d = 0,24$) zien. Het effect van gezinsbehandelingen was duurzaam; in studies met een follow-up meting bleek het gunstige effect gemiddeld 2,5 jaar na beëindiging van de behandeling nog steeds te bestaan.

Hoewel Multi Systeem Therapie en Functional Family Therapy beiden effectief zijn voor jongeren met ernstige gedragsproblemen en er overlap is in de behandeldoelen, is nauwelijks informatie voorhanden over de relatieve effectiviteit van deze twee interventies. Dat wil zeggen dat de twee interventies slechts sporadisch met elkaar zijn vergeleken. De uitkomsten van een zeer recente Nederlandse quasi-experimentele studie onder 697 gezinnen (Eeren e.a., 2018) bevestigen de eerdere bevindingen van Baglivio e.a. (2014) dat MST en FGT beide ongeveer even goed werken bij jongeren met ernstige gedragsproblemen als het gaat om het verminderen van externaliserend gedrag. Wel rapporteerden de adolescenten na MST-behandeling vaker met school of (het vinden van) werk bezig te zijn (Eeren e.a., 2018).

Tot slot, naar de effectiviteit van gezinsinterventies die zijn ontwikkeld voor jeugdigen met ernstige (klinische relevante) gedragsproblemen en multi-probleemgezinnen, zoals Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG) en Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG) is geen gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek verricht (De Lange e.a., 2013).

Samenvattend: systeemtherapie en systemische interventies zijn effectief bij jongeren met gedragsproblemen of gedragsstoornissen en dit effect lijkt duurzaam te zijn. Dit geldt voor veel verschillende systeemgerichte programma's en in het bijzonder voor: MDGT, MST, FGT en KSGT. Bij MST zijn bovendien duidelijke aanwijzingen gevonden dat de gunstige effecten van deze gezinsbehandeling zich op de lange termijn uitstrekken naar gezinsleden van de aangemelde cliënt.

3.1.3. Autisme spectrumstoornissen

In de DSM-5 zijn de verschillende classificaties van autisme zoals geformuleerd in de DSM-IV samengevoegd onder de naam 'autismespectrumstoornissen' (ASS).

Bij ASS is systeembehandeling gericht op klachten- of probleemvermindering, niet op herstel. Er is betrekkelijk weinig wetenschappelijk onderzoek verricht naar de effectiviteit van gezinsgerichte behandeling bij ASS. In de periode 2012 tot heden werden twee systematische reviews (Spain e.a., 2017; Zarafshan e.a., 2017) en één meta-analyse (Oono e.a., 2013) op dit onderzoeksterrein gepubliceerd. Uit de twee systematische reviews (Spain e.a., 2017; Zarafshan e.a., 2017) blijkt dat er te weinig informatie is om een uitspraak over de werkzaamheid van gezinstherapie bij ASS te kunnen doen. Het onderzoek staat nog in de kinderschoenen. Enige aanwijzing voor meerwaarde van de betrokkenheid van de ouders bij CGT bij kinderen met ASS komt uit twee verschillende gerandomiseerde gecontroleerde trials van één onderzoeksgroep (Sofronoff e.a., 2005, 2007). In de RCT van 2005, waarin 71 kinderen (tien tot twaalf jaar) met de stoornis van Asperger en comorbide angsten werden geïnccludeerd, werd gezinsgerichte CGT vergeleken met kindgerichte CGT of geen behandeling (wachtlIJst). Gezinsgerichte CGT en kindgerichte CGT bij kinderen met ASS waren effectiever in het verminderen van angst dan geen behandeling. Daarnaast bleek dat gezinsgerichte CGT effectiever was dan kindgerichte CGT. In de RCT van 2007, waarin 45 kinderen met de stoornis van Asperger en hun ouders werden geïnccludeerd, werd CGT (6 sessies van 2 uur) met ouderparticipatie (de ouders participeerden in een groep voor ouders) vergeleken met een wachtlIJstconditie op de effectiviteit van het hanteren van woede-uitbarstingen ('anger management') van hun kinderen. De gezinsgerichte CGT was effectiever dan geen behandeling.

Het meeste onderzoek naar behandelprogramma's van (zeer) jonge kinderen met een ASS richt zich op het betrekken van de ouders bij de kindgerichte behandeling van de psychische stoornis. De meta-analyse van Oono e.a. (2013), die interventies die gericht zijn op voorlichting van en coping door de ouders van zeer jonge kinderen met ASS evalueerden, laat positieve effecten zien op het verbeteren van de ouder-kind interactie en op vermindering van de ernst van de symptomen (SMD - 0,30). Een recent 6-jaar follow-up onderzoek van een RCT die in deze meta-analyse geïnccludeerd is, laat zien dat de gunstige effecten van dit type interventie waarschijnlijk duurzaam zijn (Pickles e.a., 2016). De auteurs van de meta-analyse plaatsen kanttekeningen bij de methodologische kwaliteit

van de door hen geïnccludeerde studies. Zo zijn de resultaten van de primaire studies moeilijk te vergelijken door het gebruik van uiteenlopende uitkomstmaten. Onderzoek waarin uitkomstmaten worden meegenomen die (nog) relevanter zijn voor systeemtherapie is nodig om uitspraken te kunnen doen over de (mogelijk duurzame) effectiviteit van het betrekken van ouders bij de behandeling van zeer jonge kinderen met ASS.

Samenvattend: er zijn eerste aanwijzingen dat systeemgerichte interventies effectief zijn bij kinderen met ASS. Er is echter te weinig onafhankelijk onderzoek uitgevoerd en er zijn onvoldoende kwalitatief adequate studies gepubliceerd over de effectiviteit in de praktijk om duidelijke conclusies te kunnen trekken.

3.1.4. Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen

Onder schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen vallen de DSM-IV diagnoses schizofrenie, schizofreniforme stoornis, schizoaffectieve stoornis, waanstoornis, kortdurende psychotische stoornis, gedeelde psychotische stoornis, psychotische stoornis als gevolg van middelengebruik, psychotische stoornis door een lichamelijke aandoening, psychotische stoornis niet anderszins omschreven, alsook de DSM-5 diagnoses schizotypische persoonlijkheidsstoornis, andere gespecificeerde schizofreniespectrumstoornis (of andere psychotische stoornis) en ongespecificeerde schizofreniespectrumstoornis (of andere psychotische stoornis). Er zijn slechts marginale aanpassingen in de criteria (Tan & van Os, 2014).

Bij schizofrenie is systeembehandeling gericht op klachten- of probleemvermindering, niet op herstel. De effectiviteit van gezinsinterventies bij schizofrenie is al twee decennia aangetoond, waarbij uitkomstmaten bij de cliënten het functioneren en welzijn betreffen en de geëvalueerde effecten bij gezinsleden vaak zijn uitgedrukt in 'expressed emotion' en draaglast (de belasting) (Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie, 2012). Expressed emotion verwijst naar de affectieve attitudes en gedragingen – de mate van kritiek, vijandigheid, emotionele betrokkenheid - van een familielid ten opzichte van een cliënt. Systematische reviews en meta-analyses van 2010 en 2011 hebben laten zien dat gezinsbehandeling (in vergelijking met gebruikelijke zorg zonder systeeminterventies) helpt om terugval en heropnamen bij mensen met schizofreniespectrumstoornissen (Pharaoh e.a., 2010) en (vroeg) psychose (Bird, e.a., 2010; Marshall & Rathbone, 2011) te voorkomen. De kans op terugval neemt aanmerkelijk af bij cliënten waarbij sprake is van een relatief rustig familieklimaat, dat wil zeggen van wie de gezins- of familieleden weinig kritisch, weinig confronterend en niet emotioneel overbetrokken reageren. Vermoedelijk wordt ook de medicatietrouw en het sociaal functioneren verbeterd indien het

systeem bij de behandeling wordt betrokken. Pharaoh e.a. (2010) zijn echter terughoudend in het trekken van definitieve conclusies over de grootte van de behandel-effecten. Zij geven aan dat er mogelijk sprake is van een overschatting van deze behandel-effecten, vanwege de (zeer) lage kwaliteit van de betreffende studies. Marshall & Rathbone (2011) concluderen dat het op z'n minst aannemelijk is dat gespecialiseerde gezinsinterventies in vergelijking met andere behandeling leiden tot een grotere reductie in percentages voor terugval en heropnamen, maar dat meer onderzoek wenselijk is om deze aanname verder te kunnen onderbouwen.

In de periode 2012-2017 is de effectiviteit van gezins- en familietherapie verder wetenschappelijk onderbouwd. Er zijn twee meta-analyses (Claxton e.a., 2017; Lutgens e.a., 2017) en een systematische review (Okpokoro e.a., 2012) verschenen waarin het effect van (kortdurende) gezinsinterventies is onderzocht. Een tweede systematische review onderzocht welke interventies (waaronder gezinsgerichte interventies) medicatietrouw verbeteren bij volwassenen met een psychotische stoornis of een bipolaire stoornis (Hartung e.a., 2017). Bovendien is er nog een systematische review gepubliceerd die zich richtte op de effectiviteit van systeeminterventies bij familieleden en/of naastbetrokkenen van patiënten met (vroege) psychose (Lobban e.a., 2013).

Ten aanzien van terugval en functioneren bij vroege psychose (patiënten van twaalf tot veertig jaar) laat een meta-analyse van 14 studies zien dat toevoeging van gezins- of familieinterventies aan een standaardbehandeling (al dan niet in combinatie met farmacotherapie) in vergelijking met gebruikelijke zorg zonder gezinsinterventies kan leiden tot een verminderd risico op terugval ($RR = 0,58$, 95%CI 0,34 – 1,00: middelgrote effectsize; 7 studies) en een verbetering in het algemeen functioneren ($d = 0,74$, 95%CI 0,13 – 1,36: middelgrote effectsize; 4 studies) aan het einde van de behandeling (Claxton e.a., 2017). De toevoeging van gezinsinterventies aan standaardbehandeling geeft een groot effect ($d = -0,85$, 95%CI -1,05 - -0,20) op het reduceren van symptomen op de lange termijn (12 maanden na het einde van de behandeling). Deze positieve uitkomst is gebaseerd op twee studies. Daarnaast laat de meta-analyse zien dat de toevoeging van een gezinsinterventie meerwaarde (middelgrote tot grote effectsize) heeft ten aanzien van de draaglast ($d = -0,72$, 95%CI -0,97 - -0,47; 3 studies) en het welzijn ($d = -1,05$, 95%CI -2,07 - -0,12) van de bij de behandeling betrokken gezinsleden aan het einde van de behandeling. Zowel de draagkracht (de belastbaarheid) als het welzijn nemen toe, maar dit effect blijft niet aantoonbaar behouden op de langere termijn (12 maanden na behandeling). Bijna alle oorspronkelijke studies (11 RCT's, 1 quasi-experimentele studie, 2 cohortstudies) waren van redelijke methodologische kwaliteit. De onderzochte interventies waren heterogeen van aard (o.a. individuele gezinsinterventie, multi-family groep of een combinatie van beide, uitsluitend gericht op gezins- of familieleden of gericht op zowel de patiënt als de gezins- of familieleden; geprotocolleerde behandelingen of studie-specifiek protocol; wisselende duur).

Een andere recente meta-analyse richtte zich op psychologische en psychosociale interventies (72 RCT's), waaronder systeeminterventies voor negatieve symptomen (bijvoorbeeld affectvervlakking, vertraging, initiatiefverlies) bij psychotische stoornissen (Lutgens e.a., 2017). De belangrijkste conclusie ten aanzien van gezinsinterventies (voornamelijk gericht op psycho-educatie; individueel of meergezins) was dat dit type interventie geen extra bijdrage lijkt te hebben op reductie van negatieve symptomen.

In een Cochrane review over kortdurende familieinterventies bij schizofrenie (Okpokoro e.a., 2012), waarin vier RCT's geïnccludeerd werden, is het effect van familieinterventies vergeleken met gebruikelijke zorg. De auteurs geven aan geen uitspraak te doen over het effect van kortdurende familieinterventies op vermindering van het risico op ziekenhuisopnames, het gebruik van andere gezondheidszorg of terugval bij patiënten met schizofrenie wegens gebrek aan studies van voldoende goede kwaliteit en het ontbreken van meerdere uitkomstmaten. Zij vonden wel aanwijzingen dat kortdurende familieinterventies ertoe leiden dat familieleden de psychische stoornissen in kwestie beter begrijpen.

In de systematische review van Hartung e.a. (2017) komt men op basis van twintig RCT's van zeer uiteenlopende interventies tot de conclusie dat gezins-/familiegerichte interventies en technologische interventies (e-monitoring, telefonisch contact al dan niet gecombineerd met een SMS) het meest consistent positieve effecten laten zien bij volwassenen met een psychotische stoornis. De sterkte van de evidentie is echter zwak vanwege heterogeniteit in de interventies. De auteurs komen op basis van drie RCT's die specifiek het effect van gezins- en familiegerichte interventies evalueerden, tot de conclusie dat deze interventies leiden tot verbeterde medicatietrouw bij volwassenen met een psychotische stoornis.

De systematische review van Lobban e.a. (2013) laat zien dat zestig procent van de vijftig studies naar het effect van familieinterventies bij (volwassen) familieleden van patiënten met (vroeg)psychose een positief effect laat zien op ten minste één uitkomstmaat. Het betreft dan vooral uitkomsten met betrekking tot kennis, denkbeelden en functioneren van de familieleden en minder hun behoeften of emotionele reacties. De auteurs geven aan dat de methodologische kwaliteit van de studies over het algemeen gering was (kleine samples, slecht gedefinieerde controlegroepen, geen primaire uitkomstmaat voor familieleden). Interpretatie van de resultaten is derhalve problematisch. In de vijftig studies was bijvoorbeeld sprake van 66 verschillende uitkomstmaten voor familieleden. Er was bovendien sprake van een hoge mate van heterogeniteit tussen de studies (interventieduur, type groep, focus van de educatie).

Samenvattend: er is wetenschappelijke onderbouwing van het effect van gezinsinterventies op risico op terugval en op ziekenhuisopname. Tevens kunnen gezinsinterventies leiden tot verbeterde

medicatierouw. Ze leiden echter niet tot vermindering van negatieve symptomen. Het is echter de vraag of men dat van welke vorm van psychotherapie dan ook mag verwachten. De heterogeniteit van de geïncludeerde onderzoeken maakt eenduidige conclusies over de werkzaamheid van gezinsinterventies en familie-interventies bij schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen moeilijk.

3.1.5. Voedings- en eetstoornissen

In de DSM-5 zijn de voedingsstoornissen samengevoegd met de eetstoornissen in één hoofdstuk (zie Hoek & van Elburg, 2014). De criteria voor anorexia nervosa (AN) zijn bijgesteld en het amenorrhoe-criterium is komen te vervallen. In de classificatie van bulimia nervosa (BN) is de drempelwaarde voor de frequentie van de eetbuien en de inadequate compensatoire gedragingen verlaagd naar één keer per week en is de subtypering komen te vervallen. Ook in de criteria voor pica en ruminatiestoornis zijn kleine wijzigingen aangebracht. De DSM-5 kent twee nieuwe officiële voedings- en eetstoornissen: 'avoidant/restrictive food intake disorder' en 'binge eating disorder'. Bovendien is obesitas niet als psychische stoornis opgenomen in dit hoofdstuk van de DSM-5.

In de periode 2012 tot eind 2017 werd één meta-analyse naar de effectiviteit van de Maudsley gezinsgerichte behandeling bij adolescenten met een DSM-IV-TR eetstoornis gepubliceerd (Couturier e.a., 2013). Omdat er weinig gegevens zijn over de werkzaamheid van systeemtherapie bij voedings- en eetstoornissen, zeker wat betreft volwassen patiënten, is een bespreking van de eerder verschenen meta-analyse naar de effecten van gezinstherapie bij anorexia nervosa bij adolescenten en volwassenen (Fisher e.a., 2010) hier op zijn plaats.

Adolescenten

De meta-analyse van Couturier en collega's (2013) richt zich specifiek op de effectiviteit van de Maudsley gezinsgerichte behandeling (Maudsley Family-Based Treatment; MFBT) bij adolescenten (twaalf tot twintig jaar) met een DSM-IV-TR eetstoornis (AN, BN of eetstoornis niet nader omschreven (NAO)). In deze meta-analyse werden drie RCT's van hoge kwaliteit geïncludeerd, waarin gebruik was gemaakt van intent-to-treat analyses. Twee van de drie RCT's betroffen de behandeling van BN en de eetstoornis NAO, de derde RCT richtte zich op de behandeling van AN. Hoewel er geen significant verschil tussen MFBT en individuele therapie was aan het einde van de behandeling, bleek MFBT zes tot twaalf maanden na afronding van de behandeling superieur ($p < 0.003$) te zijn in termen van herstel ('remissie'). Deze primaire uitkomstmaat 'herstel' was op drie verschillende manieren gedefinieerd: voldoet niet meer aan de DSM-IV-TR criteria voor de stoornis, een zeker ideaal lichaamsgewicht, of abstinentie van binge eten en purgeren. Nader onderzoek is nodig om te

bepalen welke MFBT-variant - eengezins- of meergezinsbehandeling, ambulant of (dag-) klinisch - in welke gevallen effectiever is (Rienecke, 2017).

Om de vraag te beantwoorden of MFBT werkt vanwege de specifieke wijze waarop ouders bij de behandeling worden betrokken, vergeleken Agras e.a. (2014) het effect van MFBT met dat van systemische familietherapie (SFT) bij adolescenten met AN. Er waren geen significante verschillen tussen de twee specifieke gezinsgerichte behandelingen ten aanzien van het vooraf bepaalde gewenste lichaamsgewicht aan het eind van behandeling en twaalf maanden follow-up na behandeling. Beide behandelingen bleken effectief, maar in de MFBT-groep waren sommige uitkomsten gunstiger vergeleken met de SFT-groep: er was sprake van een snellere gewichtstoename en van minder ziekenhuisopnames gedurende de gezinsbehandeling. SFT bleek effectiever bij adolescenten met ernstige obsessief-compulsieve symptomen.

Meer recent vergeleken Le Grange e.a. (2016) MFBT met een aangepaste versie van MFBT genaamd 'Oudergerichte behandeling'. In deze gerandomiseerde gecontroleerde studie werden 107 adolescenten met AN toegewezen aan MFBT of de Oudergerichte behandeling. De primaire uitkomstmaat was volledig herstel. De herstelpercentages waren hoger in de Oudergerichte behandeling dan in de MFBT-conditie (43 procent versus 22 procent) aan het einde van de behandeling, maar de twee systeemgerichte behandelingen verschilden zes tot twaalf maanden na behandeling niet meer in herstelpercentages.

Volwassenen

De voorlopige resultaten van MFBT bij jongvolwassenen zijn gunstig. Chen en anderen (2016) onderzochten in een klein pilot onderzoek (n=22) of MFBT ook werkzaam is bij jonge volwassenen (18 tot 26 jaar) met AN. Na een periode van een half jaar bleek bij ruim tweederde (68 procent) van de patiënten het lichaamsgewicht te zijn toegenomen en was er sprake van verbetering in symptomen van eetstoornissen en andere As-I stoornissen, alsmede in functioneren. Wel was sprake van aanzienlijke uitval uit behandeling (41 procent).

De meta-analyse van Fisher e.a. (2010) richtte zich op de effecten van gezinstherapie bij anorexia nervosa bij zowel adolescenten als volwassenen. Er werden tien studies (RCT's) in de meta-analyse opgenomen. De gezinstherapie betrof MFBT en aanpassingen daarvan, systemische familietherapie en andere niet-gespecificeerde vormen van gezinstherapie. De resultaten in termen van remissiepercentages binnen een jaar na behandeling laten een voordeel zien van gezinstherapie (MFBT) boven gebruikelijke behandelingen (2 RCT's: $RR = 3,83$, 95% CI 1,60-9,13) en geen verschil tussen gezinstherapie en andere psychologische behandeling (4 RCT's: $RR = 1,13$, 95% CI 0,72-1,76). Andere psychologische behandeling betrof CGT, cognitieve analytische groepstherapie, groepssessies

algemene psychotherapie, individueel ondersteunende therapie en ego-oriented psychotherapie. Alle vergelijkingen op andere dan remissie uitkomstmaten (terugval, cognitieve distortie, gewichtsmaten en drop-out) waren niet significant. Fisher e.a. benadrukken dat er weinig methodologisch goed uitgevoerde onderzoeken zijn gedaan. Er is sprake van kleine aantallen patiënten en van grote heterogeniteit. Er is onvoldoende informatie om te kunnen zeggen of een specifieke vorm van gezinstherapie effectiever is dan andere vormen van gezinstherapie. Enige terughoudendheid in het trekken van conclusies lijkt dan ook aangewezen.

Er is nog geen wetenschappelijke onderbouwing ten aanzien van het effect van systeeminterventies bij adolescenten en volwassenen met een DSM-5 'avoidant/restrictive food intake disorder' en 'binge eating disorder'.

Samenvattend: er is enige wetenschappelijke ondersteuning voor de werkzaamheid van gezinstherapie, vooral MFBT bij adolescenten met AN en BN. Een belangrijke beperking is dat er weinig methodologisch goede onderzoeken gedaan zijn naar systeemgerichte behandelingen bij voedings- en eetstoornissen. De uitkomstmaten zijn veelal beperkt tot remissies van de diagnose, variabelen die van belang zijn voor het meten van effect van systeemtherapie, zoals gezinsinteracties, gezinsfunctioneren zijn veelal buiten beschouwing gebleven.

3.1.6. Angststoornissen

Ten opzichte van de indeling in de DSM-IV, heeft in de classificatie van angststoornissen in de DSM-5 een aantal belangrijke wijzigingen plaatsgevonden: het DSM-IV hoofdstuk angststoornissen is opgesplitst in drie hoofdstukken in de DSM-5, te weten 'angststoornissen' (waarin de paniekstoornis en agorafobie gescheiden zijn en de separatie-angststoornis en selectief mutisme zijn toegevoegd, evenals twee restcategorieën), 'obsessief-compulsieve en gerelateerde stoornissen' (OCGS) (waarin stoornis in lichaamsbeleving, hoarding, trichotillomanie, excoriation disorder, OCGS door een middel of medicatie, OCGS door een andere medische aandoening en twee restcategorieën zijn toegevoegd) en 'trauma- en stressorgerelateerde stoornissen' (waarin de groep aanpassingsstoornissen is samengevoegd met de groep traumastornoissen en de reactieve hechtingsstoornis en ontremde sociale engagementstoornis zijn toegevoegd) (Van Balkom e.a., 2014). Omdat het effectonderzoek veelal nog gebaseerd is op de DMS-IV classificatie van angststoornissen, is er voor gekozen de studies over OCGS ("dwang") en trauma-en stressorgerelateerde stoornissen in te delen bij de studies over angststoornissen.

Kinderen

In de periode 2012 tot eind 2017 werd een meta-analyse (Brendel & Maynard, 2014) over gezinsgerichte cognitieve gedragstherapie bij kinderen en adolescenten met angststoornissen gepubliceerd. Daarnaast zijn enkele meta-analyses (Reynolds, e.a., 2012; Manassis e.a., 2014) en een systematische review (James e.a., 2015) naar de betrokkenheid van de ouders bij cognitieve gedragstherapie voor kinderen en adolescenten met angststoornissen verschenen.

Een meta-analyse over de effectiviteit van ouder-kind interventies bij angststoornissen includeerde 8 RCT's waarin gezinsgerichte cognitieve gedragstherapie werd vergeleken met individuele therapie of groepstherapie voor kinderen jonger dan achttien jaar (Brendel & Maynard, 2014). Gezinsgericht werd gedefinieerd als een interventie waarin ouder of verzorger en kind direct gezamenlijk betrokken zijn in de behandeling. Alle interventies bestonden uit 12 tot 16 sessies van 60 tot 90 minuten. 91 procent van de kinderen had als primaire diagnose sociale fobie, sociale angststoornis of gegeneraliseerde angststoornis. Bijna alle kinderen (98 procent) had nog een andere diagnose, meestal een andere angststoornis. Het effect is geëvalueerd op basis van de uitkomst op angstmaten voor de kinderen. In vergelijking met andere interventies (individueel of groepstherapie zonder participatie van ouders) was het effect van de ouder-kind interventies ($g = 0,26$) positief en significant. Een opvallend resultaat, want in zeven van de acht oorspronkelijke studies werd geen significant verschil aangetoond, waarschijnlijk omdat deze onvoldoende power hadden om een dergelijk verschil aan te kunnen tonen. De auteurs van een systematische review (James e.a., 2015) concludeerden dat CGT effectief is in het reduceren van angstsymptomen bij kinderen en jongeren met angststoornissen, en dat er geen verschil in het effect van de wijze van aanbieden van CGT (individueel, groep, met ouders) is. Een recente grootschalige ($N=1.253$ kinderen) pre-post studie laat zien dat in de praktijk het effect van de wijze van aanbieden van CGT niet significant verschilt bij kinderen met een sociale angststoornis, een gegeneraliseerde angststoornis en met separatieangst (McKinnon e.a., 2018). Bij kinderen met een specifieke fobie blijkt individuele behandeling superieur te zijn in termen van reductie van de angstsymptomen (McKinnon e.a., 2018). De meta-analyse van Reynolds e.a. (2012) laat betere uitkomsten zien bij jongeren met een sociale angststoornis na een stoornis-specifieke behandeling in vergelijking met een generieke behandeling (zie ook Hudson e.a., 2015). Nader onderzoek is nodig om te bepalen welke wijze van aanbieden van CGT bij kinderen met specifieke angststoornissen het meest klinisch relevant is.

Ten aanzien van het betrekken van ouders of het gezin bij cognitieve gedragstherapie voor kinderen en adolescenten met angststoornissen, waaronder OCGS, geven een systematische review (James e.a., 2015) en meerdere meta-analyses geen aanwijzingen dat dit de effectiviteit van de behandeling verhoogt (zie Crowe & McKay, 2017). Maar het type betrokkenheid van de ouders in de primaire studies liep erg uiteen, zodat enige terughoudendheid betracht dient te worden bij het

trekken van conclusies. Een recente meta-analyse laat zien dat verschillende soorten betrokkenheid van de ouders mogelijk een belangrijke invloed kunnen hebben op het behandelingseffect bij kinderen en adolescenten met angststoornissen (Manassis e.a., 2014). Vooral CGT met actieve betrokkenheid van de ouders gericht op het veranderen van het gedrag van het kind met geleidelijke overdracht van controle van therapeut naar ouders droeg bij aan verdere afname van angstsymptomen in de loop van de tijd. De auteurs van de meta-analyse geven aan dat enige terughoudendheid in het trekken van conclusies op zijn plaats is, omdat de vergelijkingscondities niet gerandomiseerd waren. Aanvullend goed gecontroleerd onderzoek naar de meest effectieve betrokkenheid van ouders of het gezin bij CGT voor kinderen en adolescenten met angststoornissen is wenselijk.

Volwassenen

Er zijn weinig recente gegevens over de werkzaamheid van systeemtherapie bij volwassenen met een angststoornis (zie bijvoorbeeld de review van Carr, 2014b en de meta-analyse van Pincus e.a., 2016). De resultaten van een in 2004 gepubliceerde systematische review laten zien dat partnerrelatietherapie effectief is en waarschijnlijk effectiever dan individuele therapie bij volwassenen met een paniekstoornis met agorafobie (Byrne e.a., 2004). Verder zijn er nauwelijks gegevens beschikbaar. In een recente meta-analyse naar de effectiviteit van verschillende psychologische behandelingen van paniekstoornis met of zonder agorafobie is het effect van systemische interventies niet geëvalueerd (Pompili e.a., 2016).

Samenvattend: systeemgerichte gedragstherapeutische interventies zijn effectief bij kinderen en adolescenten met een angststoornis, behalve wellicht bij een specifieke fobie. Actieve betrokkenheid van ouders of gezin van het aangemelde kind heeft waarschijnlijk een positieve invloed op het behandelingseffect van CGT bij kinderen en adolescenten met angststoornissen. Bij volwassenen met een paniekstoornis met agorafobie heeft partnerrelatietherapie meerwaarde.

Dwangstoornissen (OCGS)

Kinderen

In de periode 2012 tot eind 2017 zijn meerdere meta-analyses naar de betrokkenheid van ouders bij de cognitieve gedragstherapie voor kinderen en adolescenten met een (DSM-IV) obsessief-compulsieve stoornis verschenen (Thompson-Hollands e.a., 2014; Sánchez-Meca e.a., 2014; Iniesta-Sepúlveda e.a., 2017). Twee van deze drie meta-analyses, die naast RCT's ook andere studies includeerden, zoals cohortstudies waarbij men vaak geen gebruikmaakt van controlegroepen, laten zien dat verschillende soorten betrokkenheid van de ouders mogelijk een belangrijke invloed kunnen hebben op het behandelingseffect bij kinderen en adolescenten met een obsessief-compulsieve stoornis

(Thompson-Hollands e.a., 2014; Iniesta-Sepúlveda e.a., 2017). De derde meta-analyse – die uitsluitend RCT's includeerde – toont geen invloed van de mate van betrokkenheid van de ouders op het behandelingseffect aan (Sánchez-Meca e.a., 2014).

Er werd een recente RCT – die nog niet in een meta-analyse is opgenomen - gevonden naar effecten van een gezinsgerichte interventie voor de behandeling van complexe gevallen van obsessief-compulsieve stoornis bij kinderen en adolescenten (Peris e.a., 2017). Deze gezinsgerichte interventie (Positive Family Interaction Therapy, PFIT) is bedoeld om gevallen van OCGS, die gecompliceerd worden door slecht functionerende gezinsleden, te behandelen. De interventie is gericht op het verbeteren van aan dwang-gerelateerde emotieregulatie, het vergroten van het probleemoplossende vaardigheden en het verbeteren van het functioneren van gezinsleden. In de RCT werden 62 kinderen en adolescenten (acht tot zeventien jaar) met OCGS gerandomiseerd over twee behandelcondities: PFIT en standaardbehandeling. De PFIT-groep liet een significant grotere afname van OCGS-symptomen zien dan de standaard behandelgroep. Bij de PFIT-groep was de verbetering in het relationele functioneren binnen het gezin significant groter dan in de standaard behandelgroep.

Volwassenen

Voor volwassenen met een obsessief-compulsieve stoornis geldt dat het integreren van gezinsfactoren in de behandeling is aan te bevelen, maar dat verder onderzoek op dit gebied nodig is. Er zijn nog geen methodologisch goede vergelijkingsstudies beschikbaar (zie Nauta e.a., 2012).

Samenvattend: het effectonderzoek naar systeemtherapie voor OCGS is voornamelijk gericht op kinderen en adolescenten. Dit onderzoek laat zien dat het betrekken van ouders en/of familieleden een positief effect kan hebben op de behandeling van kinderen en adolescenten met een obsessief-compulsieve stoornis. Meer onderzoek is nodig om uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van systeembehandelingen of systemische interventies bij volwassenen met OCGS.

Posttraumatische stressstoornis (PTSS)

Kinderen

In de periode 2012 tot eind 2017 werden meerdere systematische reviews en meta-analyses over psychologische behandelingen bij kinderen en adolescenten met PTSS(-symptomen) gepubliceerd. Wat de effectiviteit van gezinstherapie is, is vaak niet duidelijk. Zo geven de auteurs van een Cochrane review naar het effect van psychologische behandelingen bij kinderen en adolescenten met PTSS bijvoorbeeld aan dat er onvoldoende onderzoeksgegevens beschikbaar waren om subgroep (behandeling individueel, behandeling met betrokkenheid van een ouder of het gezin, of

behandeling in een groep) analyses uit te kunnen voeren (Gillies e.a., 2012). In drie van de gepubliceerde meta-analyses (Morina e.a., 2016; Gutermann e.a., 2016, 2017) is naar de betrokkenheid van de ouders bij de psychologische behandelingen voor kinderen en adolescenten met PTSS(-symptomen) gekeken. Twee van deze drie meta-analyse laten zien dat verschillende soorten betrokkenheid van de ouders mogelijk een belangrijke invloed kunnen hebben op het behandelresultaat bij kinderen en adolescenten met PTSS(-symptomen). De derde meta-analyse – die uitsluitend vergelijkende studies met een wachtlijstgroep includeerde – toont geen invloed van de mate van betrokkenheid van de ouders op het behandelresultaat aan (Morina e.a., 2016).

Volwassenen

In de periode 2012 tot eind 2017 werden enkele RCT's gevonden naar de effecten van partnerrelatietherapie en gezinstherapie bij volwassenen met een PTSS. Er werd een RCT gevonden naar effecten van een relatiegerichte behandeling bij PTSS, namelijk cognitieve gedragsrelatietherapie (CGRT: Monson e.a., 2012; Macdonald e.a., 2016). Deze stoornisspecifieke relatietherapie, die 15 sessies omvat, is bedoeld om posttraumatische stresssymptomen te verminderen en tegelijkertijd het relationele functioneren te verbeteren. In de RCT werden 40 paren gerandomiseerd over een actieve behandelconditie (CGRT als een op zichzelf staande behandeling voor PTSS) (n = 20) en een wachtlijstcontrolegroep (n = 20). De RCT toonde aan dat CGRT-groep een drie keer zo sterke afname van PTSS-symptomen liet zien dan de wachtlijstgroep (effectsize $g = 1.13$). Bij de CGRT-groep was de verbetering in het relationele functioneren vier keer zo groot als in de wachtlijstgroep (effectsize $g = 0,47$ voor de getraumatiseerde partner).

In een andere RCT werd onderzocht of de toevoeging van gezinstherapie gepaard gaat met een toegenomen effect van prolonged exposure bij Vietnamveteranen met PTSS (Glynn e.a., 1999). De veteranen en hun gezinsleden (in 90% van de gevallen betrof dit de huwelijkspartner) werden gerandomiseerd over drie condities, namelijk wachtlijst, 18 sessies van tweewekelijkse exposure therapie (ET) of 18 sessies van tweewekelijkse exposure therapie (ET) met aansluitend 16 sessies van gedragsmatige gezinstherapie (ET+gezinstherapie). Hoewel de studie geen toegenomen effect van de toevoeging van gedragsmatige gezinstherapie aan ET liet zien, leidden de actieve behandelcondities (ET en ET+gezinstherapie) ten opzichte van de wachtlijst tot een significante vermindering van de herbelevingssymptomen en de hyperarousal symptomen. In de ET+gezinstherapie-groep was de vermindering van herbelevingssymptomen en hyperarousal symptomen ongeveer twee keer zo groot als in de ET-groep, maar dit verschil was niet significant. Er werd geen effect op symptomen van (emotionele) vermijding gevonden.

Op basis van de bevinding dat ET+gezinstherapie herbelevingssymptomen en hyperarousal symptomen vermindert, maar niet symptomen van (emotionele) vermijding, hebben Sautter en

Glynn een nieuwe paargerichte behandeling bij PTSS ontworpen, namelijk de Structured Approach Therapy (SAT). SAT is bedoeld om vermijding van trauma-gerelateerde stimuli te verminderen en emotieregulatie te verbeteren. In een recentere RCT vergeleken Sautter e.a. (2015) een 12 sessies-SAT interventie met 12 sessie-paargerichte PTSS familie psycho-educatie (PE)⁸. Zevenenvijftig veteranen paren werden random toebedeeld aan SAT of PE. Beide behandelingen leidden tot een significante vermindering van PTSS-symptomen, maar de veteranen in de SAT- groep vertoonden significant meer verbetering in PTSS dan de veteranen die met PE waren behandeld: 52% van de veteranen die met SAT waren behandeld en 7% van de veteranen die met PE waren behandeld voldeden drie maanden na de behandeling niet meer aan de DSM-IV-R criteria voor PTSS. Het verschil in vermindering van de PTSS-symptomen tussen SAT en PE bleek deels te worden gemedieerd door de vermindering van de angst voor intense emoties bij de veteranen en hun verbeterde emotieregulatie vaardigheden.

Samenvattend: het betrekken van ouders/familieleden kan een positief effect hebben op de behandeling van kinderen en adolescenten met posttraumatische stresssymptomen of een PTSS. Specifieke vormen van partnerrelatietherapie en gezins- of familietherapie zijn veelbelovend bij de behandeling van volwassenen met PTSS, maar meer onderzoek is nodig om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van deze behandelingen.

3.1.7. Depressieve stoornissen en bipolaire stoornissen

Ten opzichte van de stemmingsstoornissen in DSM-IV, hebben in de DSM-5 een aantal belangrijke wijzigingen plaatsgevonden. In de DSM-5 zijn de depressieve stoornissen en bipolaire stoornissen afzonderlijk ondergebracht. Daarnaast zijn binnen de categorie depressieve stoornissen een aantal nieuwe aandoeningen toegevoegd, namelijk de disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis (deze classificatie mag gebruikt worden tot het 18e jaar) en de premenstruele stemmingsstoornis. De chronische depressieve stoornis en de dysthyme stoornis zijn in de DSM-5 samengevoegd tot de persisterende depressieve stoornis. De wijzigingen bij bipolaire stoornissen zijn relatief beperkt gebleven.

Depressieve stoornissen en suïcidaliteit

Ten opzichte van de DSM-IV, heeft de belangrijkste variant van de groep depressieve stoornissen in de DSM-5 geen grote veranderingen ondergaan (Spijker & Claes, 2014).

⁸ Psycho-educatie (PE) betreft onder andere uitleg over PTSS, de oorzaken daarvan, en de gevolgen en behandelmogelijkheden.

In de periode 2012 tot eind 2017 werden twee systematische reviews (Fort-Buratti e.a., 2016; Hawton e.a., 2015) gepubliceerd naar de effecten van gezinsinterventies bij kinderen en adolescenten met een depressie. Het was in beide reviews niet mogelijk om een meta-analyse voor gezinsinterventies uit te voeren, omdat hiervoor onvoldoende data beschikbaar waren. Wel is een meta-analyse gepubliceerd naar psychologische interventies, waaronder interventies waarbij gezinsleden zijn betrokken, bij (depressieve) adolescenten met zelfbeschadigend gedrag (Ougrin e.a., 2015). Verder is er een systematische review verschenen die het effect van partner-relatiegerichte interventies voor depressie onderzocht (Whisman e.a., 2012), evenals een systematische review naar relatiegerichte interventies bij ouderen met een depressieve stoornis (Stahl e.a., 2016).

Kinderen

Forti-Buratti e.a. (2016) vonden in hun systematische review zeer weinig studies gericht op de effectiviteit van gezinstherapie bij jonge kinderen (tot en met twaalf jaar; n=49) met een depressie. De onderzoekers includeerde een multicenter RCT waarin een op zichzelf staande gezinstherapie vergeleken werd met individuele psychodynamische psychotherapie (Trowell e.a., 2007). Beide behandelingen waren effectief: na afloop van de behandelingen werden geen significante verschillen in herstelpercentages (individuele therapie 74,3% en gezinstherapie 75,7%) tussen de twee behandelingen gevonden. Zes maanden na afloop van de behandelingen was het herstelpercentage in beide condities nog verder toegenomen (individuele therapie 100% en gezinstherapie 81%). Daarnaast beschrijven ze de resultaten van een RCT van een aangepaste versie van de ouder-kind-interactie therapie, de 'Parent-Child Interaction Therapy - Emotion Development' (PCIT-ED) voor jonge kinderen (drie tot zeven jaar) (Luby e.a., 2012). Het doel van de aanvullende ED-module is het vergoten van de vaardigheid van het kind om emoties te kunnen herkennen, te begrijpen, te labelen en te reguleren (zie Carpenter e.a., 2014). De PCIT-ED, die in deze studie (n=54) vergeleken werd met psycho-educatie en oudertraining, liet bij de treatment completers (19 gezinnen PCIT-ED; 10 gezinnen controle conditie) veelbelovende resultaten zien wat betreft de reductie van de depressieve symptomen bij de kinderen en bij de moeder. Er vielen minder gezinnen uit in de PCIT-ED interventie dan in de controleconditie (8 versus 17). Meer onderzoek is nodig om de effectiviteit van de PCIT-ED te kunnen beoordelen.

Voor een specifieke vorm van gezinstherapie - de 'Attachment-Based Family Therapy' (ABFT), ofwel hechtingsgerichte gezinstherapie - zijn wel veelbelovende resultaten beschreven, vooral voor het verminderen van de depressieve symptomen en de suïcide ideatie bij depressieve suïcidale jongeren (2 RCT's: Diamond e.a., 2002, 2010). ABFT is specifiek ontwikkeld voor depressieve en suïcidale adolescenten. In de meest recente RCT onder 66 adolescenten (twaalf tot zeventien jaar) met

klinische relevante depressieve symptomen en suïcidaal gedrag werd ABFT (12 weken) vergeleken met de gebruikelijke behandeling (Diamond e.a., 2010). De ABFT-behandeling heeft als uitgangspunt dat extreme conflictsituaties binnen het gezin, een gebrekkige affectie en fysieke en emotionele verwaarlozing of mishandeling, hechtingsbanden kunnen verbreken en maken dat kinderen niet de vaardigheden ontwikkelen die hen kunnen beschermen tegen een depressie. De behandeling is gericht op herstel van een veilige hechtingsrelatie tussen ouders en kind. Het behandelprogramma is tot nu toe uitsluitend door de ontwerpers ervan op werkzaamheid geëvalueerd.

In een recente RCT tonen Tompson, Sugar e.a. (2017) aan dat behandelingen waar gezinsleden bij betrokken zijn positievere resultaten laten zien in vermindering van depressieve symptomen dan individuele ondersteunende interventies bij kinderen van zeven tot veertien jaar oud met een depressieve stoornis. De twee behandelcondities bleken weinig te verschillen in secundaire uitkomsten, zoals een verbetering in het functioneren of in sociale aanpassing. De gezinsgerichte behandeling voor kinderen met een depressieve stoornis – de ‘Family-Focused Treatment for Childhood Depression’ (FFT-CD; Tompson e.a., 2007; Tompson, Langer & Asarnow, 2017) – omvat 15 sessies met het kind en zijn of haar ouders. De gezinsgerichte behandeling is gericht op het verminderen van negatieve interacties, verbeteren van ondersteunende interacties en op het versterken van specifieke cognitief-gedragsmatige vaardigheden in de gezinscontext die centraal staan in CGT voor depressie, zoals gedragsactivatie en communicatieve en probleemoplossende vaardigheden.

Een recente systematische review waarin de effectiviteit van psychologische en farmacologische interventies onder de specifieke doelgroep van depressieve zichzelf verwondende en/of suïcidale jongeren worden onderzocht, laat geen duidelijke effecten van gezinstherapie die thuis werd gegeven zien op zelfverwondend gedrag, suïcide ideatie en wanhoop van de adolescenten (Hawton e.a., 2015). Op basis van hun inclusiecriteria konden de onderzoekers de RCT (n = 162) van Harrington en collega’s (1998) includeren. In deze RCT werd de gezinstherapie gedurende vijf sessies die thuis werd gegeven door maatschappelijk werkers vergeleken met gebruikelijke behandeling. De gezinstherapie richtte zich op suïcidaal gedrag en wanhoop van de adolescenten en op problemen bij de ouders en gezinsconflicten. In deze RCT werd geen verschil aangetroffen tussen gezinstherapie en gebruikelijke behandeling wat betreft de reductie van suïcidaal gedrag.

De meta-analyse van Ougrin e.a. (2015) naar psychologische interventies bij suïcidale en zichzelf verwondende adolescenten laat gunstiger resultaten zien op zowel het suïcidale gedrag (risico reductie via gepoold relatief risico -0.111, 95% CI = -0.265 – 0.043) als het zelfverwondende gedrag (risico reductie -0.09, 95% CI = -0.017 – 0.00) voor interventies waarbij familieleden van de adolescent ten minste bij vijftig procent van de behandelsessies betrokken zijn, dit in vergelijking met

interventies waarbij familieleden minder frequent bij behandelsessies aanwezig waren. In deze meta-analyse werden 19 RCT's geïnccludeerd, waaronder drie RCT's met specifieke gezinsgerichte interventies. De gezinsgerichte interventies zijn heterogeen van aard. Naast de RCT's van zowel Diamond e.a. (2010) en Harrington e.a. (1998) werd in de meta-analyse ook de klinische trial van Asarnow e.a. (2011) meegenomen. In deze RCT (N = 181) van Asarnow e.a. (2011) werd de Family Intervention for Suicide Prevention vergeleken met gebruikelijke behandeling bij kinderen en jongeren (tien tot achttien jaar) die spoedeisende hulp hadden ontvangen na een suïcidepoging. Het primaire doel van de gezinsinterventie was het motiveren tot verdere ambulante psychotherapeutische behandeling, niet een reductie van het suïcidale gedrag. Omdat in deze meta-analyses nogal uiteenlopende gezinsgerichte interventies gezamenlijk zijn onderzocht, is het niet mogelijk om hieruit conclusies te trekken over de effectiviteit van de afzonderlijke specifieke gezinsgerichte behandelprogramma's.

Er werd een recente RCT gevonden naar effecten van een cognitieve gedragsmatige gezinstherapie (gebaseerd op DGT) bij adolescenten (twaalf tot achttien jaar) die in de afgelopen drie maanden een suïcidepoging hadden ondernomen of andere vormen van zelfbeschadiging hadden vertoond (Asarnow e.a., 2017). Deze studie vergeleek DGT-geïnformeerde gezinstherapie met gebruikelijke behandeling welke was uitgebreid met educatie en ondersteuning van de ouders. De primaire uitkomstmaat was de aan- of afwezigheid van een nieuwe suïcidepoging. Het preventieve effect bij drie maanden follow-up was significant groter voor DGT-geïnformeerde gezinstherapie.

Volwassenen

De auteurs van de systematische review gericht op het effect van partnerrelatiegerichte interventies voor depressie, concluderen dat partnerrelatiegerichte interventies voor depressie even effectief zijn als farmacotherapie of individuele psychotherapie (Whisman e.a., 2012). Er wordt verder een voordeel gevonden ten gunste van partnerrelatiegerichte interventies ten opzichte van wachtlijstcondities als het gaat om symptoomreductie en ten opzichte van individuele psychotherapie als het gaat om het verbeteren van relatieproblemen. Dat partnerrelatietherapie in vergelijking met individuele psychotherapie even effectief is in het verminderen van depressieve symptomen en effectiever is in het verbeteren van de relatie van paren, is recent bevestigd in een Cochrane review (Barbato e.a., 2018). Dit betekent dat bij volwassenen met een depressie waarbij tevens sprake is van relationele problemen, de voorkeur uitgaat naar partnerrelatietherapie. De auteurs van de recente systematische review zijn echter terughoudend in het trekken van een definitieve conclusie, vanwege de (zeer) lage kwaliteit van de geïnccludeerde onderzoeken (gerandomiseerde en quasi-gerandomiseerde studies). Daarnaast geven zij aan dat er nauwelijks

studies zijn waarin het effect van partnerrelatietherapie wordt vergeleken met farmacotherapie, en dat de beschikbare onderzoeken van zeer lage kwaliteit zijn.

Een recente systematische review laat zien dat systeemtherapie meerwaarde kan hebben bij ouderen (zestig jaar en ouder) met een depressieve stoornis (Stahl e.a., 2016). Er werden tien RCT's opgenomen in het overzicht. In de meeste studies (8 RCT's) werd een familielid bij de behandeling betrokken, in twee van de tien studies ging het om de betrokkenheid van de partner bij de behandeling van de patiënt. De meeste studies vergeleken systeemtherapie (meestal toegevoegd aan individuele behandeling) met gebruikelijke behandeling. De auteurs concluderen dat systeemtherapie – in de zin van een toegevoegde relatiegerichte therapie zoals onderzocht in de RCT's – depressieve symptomen bij ouderen met een depressieve stoornis kan doen verminderen.

Er zijn geen onderzoeken aangetroffen naar systeemgerichte interventies bij suïcidale volwassenen (zie ook Frey & Hunt, 2017).

Over de effectiviteit van systeemtherapie bij de nieuwe diagnoses disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis en premenstruele stemmingsstoornis zijn nog geen gegevens bekend.

Samenvattend: bij depressieve en/of suïcidale kinderen en jeugdigen zijn specifieke vormen van gezinstherapie veelbelovend, maar meer onderzoek is nodig om uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van deze behandelingen. Bij volwassenen met een depressieve stoornis is partnerrelatietherapie effectief in het verminderen van depressieve symptomen; de effectiviteit van partnerrelatietherapie is vergelijkbaar met de effectiviteit van individuele therapie. Partnerrelatietherapie is een effectieve interventie als er naast de depressieve klachten sprake is van relatieproblemen. Bij ouderen blijkt dat relatiegerichte interventies een toegevoegde waarde hebben bij individuele behandeling van een depressieve stoornis.

Bipolaire stoornissen

Evenals bij de depressieve stoornis, zijn in de DSM-5 ook de wijzigingen bij bipolaire stoornis relatief beperkt gebleven (Spijker & Claes, 2014). Er zijn iets strengere criteria voor een hypomane episode: naast de stemmingsverandering gedurende minstens vier dagen, moet er nu ook sprake zijn van een duidelijke stijging in activiteiten of energieniveau. In plaats van de DSM-IV diagnose 'bipolaire stoornis, gemengde episode' is er voor gekozen het beschrijven van de gemengde episodes meer flexibel te maken door de invoering van het kenmerk 'with mixed features'. Daarnaast is het kenmerk 'with anxious distress' ingevoerd als een specificatie.

Farmacotherapie is lange tijd als eerste keus aanbevolen bij adolescenten en volwassenen met een bipolaire stoornis (Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen, 2015). Het

wetenschappelijk onderzoek is tot nu toe dan ook veelal gericht geweest op de meerwaarde van toevoeging van een systeemgerichte aanpak aan farmacotherapie. Psycho-educatie, waarbij de bipolaire patiënt en een naastbetrokkene actief participeren vormt meestal een belangrijk deel van de behandeling.

Er zijn vanaf 2012 geen meta-analyses gevonden voor kinderen en adolescenten met bipolaire stoornis. In twee recente systematische reviews naar psychologische behandelingen bij bipolaire stoornis zijn naast gerandomiseerde gecontroleerde studies bij volwassenen, ook die bij adolescenten meegenomen. De ene systematische review richt zich op psychologische behandelingen bij bipolaire stoornis, waaronder gezinstherapie (Salcedo e.a., 2016), de andere richt zich specifiek op het effect van gezinsinterventies bij bipolaire stoornis (Reinares e.a., 2016). Wat betreft volwassenen werd tussen 2012 en eind 2017 een meta-analyse gepubliceerd naar de effecten van systemische interventies bij psychische aandoeningen, waaronder bipolaire stoornis (Meis e.a., 2013) en een andere meta-analyse naar de effecten van psychologische behandelingen bij een bipolaire stoornis, waaronder gezinsgerichte therapie (Macheiner e.a., 2017). Er zit aanzienlijke overlap in de primaire studies die zijn geïnccludeerd in deze twee meta-analyses.

Op basis van systematische evaluaties van behandelstudies concluderen zowel Reinares e.a. (2016) als Salcedo e.a. (2016) dat de toevoeging van een systeemgerichte aanpak aan farmacotherapie bewezen effectief is bij volwassenen en vermoedelijk effectief is bij adolescenten met een bipolaire stoornis. Het gaat dan vooral om gezinsgerichte interventies waarin sprake is van psycho-educatie en training in communicatieve en probleemoplossende vaardigheden, zoals op psycho-educatie gerichte psychotherapie met meerdere gezinnen (Multifamily psychoeducational psychotherapy; Fristad e.a., 2009; Fristad & MacPherson, 2014) en gezinsgerichte therapie (Family Focused Treatment, FFT; Miklowitz, 2016; Miklowitz & Chung, 2016). Een recente pre-post studie bij 41 kinderen (7 tot 12 jaar) met een depressieve stoornis of een bipolaire stoornis laat zien dat op psycho-educatie gerichte psychotherapie met meerdere gezinnen vooral effectief lijkt bij kinderen met een bipolaire stoornis (MacPherson e.a., 2016). De gezinsgerichte behandelmethode (FFT) voor de patiënt en naastbetrokkenen uit het systeem (zoals partners, kinderen, ouders, broers, zussen, grootouders) richt zich op het verbeteren van de communicatieve en probleemoplossende vaardigheden met als doel de stemming te stabiliseren of een depressie te verbeteren. De effecten van FFT zijn in meerdere RCT's met follow-ups van 1 tot 2 jaar geëvalueerd. FFT lijkt vooral effectief bij systemen met een hoge mate van expressed emotion (Miklowitz e.a., 2013). Op psycho-educatie gerichte psychotherapie met meerdere gezinnen is vergeleken met gebruikelijke behandeling, FFT is meestal vergeleken met controlegroepen zoals ondersteunende individuele therapie, psycho-educatie en crisismangement. Reinares e.a. (2016) merken op dat een belangrijke beperking van het onderzoek is dat de experimentele conditie en de controleconditie vaak niet goed gematcht zijn in

termen van intensiteit van de geboden hulp of het contact met de therapeut. Dit beperkt de mogelijkheden om tot een eenduidige conclusie te kunnen komen.

Voorlopige gegevens over toevoeging van dialectische gedragstherapie (18 individuele sessies, 18 sessies samen met een gezinslid) aan farmacotherapie bij adolescenten met een bipolaire stoornis zijn positief in termen van reductie van depressieve symptomen en suïcidale ideatie (Goldstein e.a., 2015). Meer onderzoek met grotere samples is nodig om de werkzaamheid van deze behandelvorm verder te ondersteunen.

De twee meta-analyses (Meis e.a., 2013; Macheiner e.a., 2017) richten zich op volwassenen met een bipolaire stoornis. Twee van de vijf gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken die Meis e.a. (2013) in hun meta-analyse meenamen laten betere resultaten zien voor gezinsgerichte therapie (FFT) met betrekking tot het verminderen van de bipolaire symptomen dan een minder intensieve vorm van gezinstherapie en drie van de vijf onderzoeken laten zien dat FFT op dit punt effectiever is dan individuele therapie. Verder bleken de intensieve vormen van gezinsinterventies waaronder FFT weinig te verschillen in effectiviteit. Deze effecten komen overeen met de andere meta-analyse naar de effecten van psychologische groepsbehandelingen bij volwassenen met een bipolaire stoornis, waaronder gezinsgroepen (Macheiner e.a., 2017). Deze meta-analyse includeerde zes gerandomiseerde gecontroleerde trials. Deze meta-analyse laat zien dat FFT effectiever is in het reduceren van het risico op terugval dan gebruikelijke behandeling (dit is uitsluitend farmacotherapie) (risk ratio 0,78 (95%CI = 0,59 – 1,05)). Deze positieve uitkomst is echter gebaseerd op twee van de zes gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken die in deze meta-analyse zijn meegenomen, dezelfde twee onderzoeken die in de meta-analyse van Meis e.a. (2013) ook positieve resultaten lieten zien. Wegens het geringe aantal studies is enige terughoudendheid in het trekken van conclusies over de werkzaamheid van FFT bij volwassenen met bipolaire stemmingsstoornissen aangewezen. Volgens de Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen (2015) worden in Nederland regelmatig elementen uit de FFT-behandeling toegepast, maar niet het volledige FFT-protocol.

Samenvattend: toevoeging van een systeemgerichte aanpak aan farmacotherapie is effectief bij de behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis.

3.1.8. Persoonlijkhedstoornissen

In de classificatiecriteria voor persoonlijkheidsstoornissen zijn in de DSM-5 geen wijzigingen aangebracht ten opzichte van de DSM-IV. In de Nederlandse DSM-5 zijn de namen voor de theatrale (nu: de histrionische), de ontwijkende (nu: de vermijdende) en de obsessieve-compulsieve (nu: de dwangmatige) persoonlijkheidsstoornissen gewijzigd.

Er is nog weinig onderzoek naar de werkzaamheid van systemische interventies bij persoonlijkheidsstoornissen; de literatuursearch heeft geen systematische reviews of meta-analyses opgeleverd. Dit komt onder andere omdat systemische interventies als aanvulling op individuele therapie worden aangeboden, maar niet als een op zichzelf staande behandeling. Bij volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen wordt systeemtherapie aan individuele therapie toegevoegd op indicatie van de hoofdbehandelaar. Ook in een aantal behandelingen voor jongeren maken systeeminterventies vaak onderdeel uit van de behandeling, zoals bij Dialectische Gedragstherapie voor Jongeren (DGT-J; Nederlandse bewerking “Surfen op Emoties”) en Mentalization-Based Treatment voor adolescenten (MBT-A module). Hier betreft het jongeren bij wie de borderlineproblematiek (een borderline persoonlijkheidsstoornis of subklinische borderline persoonlijkheidsproblemen) op de voorgrond staat. Onderzoek naar de effectiviteit van op Dialectische Gedragstherapie gebaseerde interventies die gericht zijn op voorlichting van en coping door gezins- of familieleden van mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis staat nog in de kinderschoenen (Flynn e.a., 2017; Miller & Skerven, 2017; Wilks e.a., 2017).

3.2. Effect bij uiteenlopende psychische stoornissen en gedragsproblemen

De meerwaarde van systeemtherapie is in meerdere (systematische) reviews (o.a. Meis e.a., 2013; Retzlaff e.a., 2013; von Sydow e.a., 2013; Carr, 2014a,b, 2016; Heatherington e.a., 2015) en meta-analyses (Riedinger e.a., 2015; Pinquart e.a., 2016) aangetoond. Recent zijn twee meta-analyses gepubliceerd die exclusief gericht zijn op de effecten van systeemtherapie bij kinderen en adolescenten met uiteenlopende psychische stoornissen en gedragsproblemen (Riedinger e.a., 2015) en bij volwassenen met uiteenlopende psychische stoornissen (Pinquart e.a., 2016).

Kinderen en adolescenten

In de meta-analyse van Riedinger e.a. (2015) bleken systeemtherapeutische behandelingen effectiever dan (in)actieve controlecondities in het verminderen van psychische symptomen direct na afloop van de behandeling. Het effect was substantieel (middelgrote effectsize; $g = 0,59$) in vergelijking met een wachtlijst- of placeboconditie en significant groter (klein verschil; $g = 0,32$) in vergelijking met een andere actieve interventie (o.a. cognitieve gedragstherapie (CGT), psychodynamische psychotherapie of cliënt-georiënteerde psychotherapie). Uit een subgroepanalyse bleek dat vooral een aantal gecombineerde systeemgerichte therapieprogramma's, zoals Multisystem Therapy (MST) en Multidimensionele Family Therapy (MDFT), bij adolescenten met (ernstige) gedragsproblemen en verslavingsproblemen een grote significant symptoomreductie geven (in vergelijking met andere actieve interventies) en dat deze effecten duurzaam zijn (gemeten

over een follow up periode van gemiddeld 10,5 maanden (Standaarddeviatie 10,2). Deze specifieke vormen van behandeling spelen een grote rol in het onderzoek naar de effecten van behandelingen bij externaliserende problematiek en verslavingsproblematiek (zie o.a. Zajac e.a., 2016, paragraaf 3.1.2.). Bij de meta-analyse van Riedinger e.a. (2015) moet worden aangetekend dat het moeilijk is de resultaten samen te vatten, omdat deze zijn gebaseerd op de gegevens van gerandomiseerde gecontroleerde trials bij zeer uiteenlopende klachten en/of problemen (zoals externaliserende problematiek en ADHD, verslavingsproblemen, eetstoornissen, internaliserende problematiek, autisme en gemengde problematiek) bij kinderen en adolescenten. In minder dan de helft (25 van de 56) van de geïncludeerde RCT's was een DSM- of ICD-classificatie gebruikt als inclusie criterium. De systematische review van Von Sydow e.a. (2013) ondersteunt de bevindingen van Riedinger e.a. (2015) dat systeembehandeling effectief is bij externaliserende stoornissen (ADHD, gedragsproblemen en verslaving) bij kinderen en adolescenten.

Volwassenen

De meta-analyse van Piquart e.a. (2016), die voortbouwt op een publicatie van Von Sydow e.a. (2010), toont aan dat systeemtherapeutische interventies effectiever zijn dan wachtlijstcondities, en minstens zo effectief als andere behandelingen bij volwassenen met uiteenlopende psychische stoornissen, zoals stemmingsstoornissen, schizofrenie, eetstoornissen, obsessief-compulsieve stoornis en somatoforme stoornissen. In follow-up-onderzoek worden tevens positieve uitkomsten aangetoond bij eetstoornissen, schizofrenie en stemmingsstoornissen. Systeemtherapie had lagere dropout rates dan de andere interventies. Het effect werd geëvalueerd op basis van reductie in psychische symptomen en remissie van de stoornis (diagnose niet meer aanwezig), maar niet op basis van veranderingen in sociale relaties, zelfverzekerdheid en dergelijke. De vergelijkingscondities bestonden uit geen behandeling, andere psychologische behandelingen, systeemtherapie gecombineerd met medicatie en medicatie alleen. Deze meta-analyse laat zien dat systeemtherapie middelgrote korte ($g = 0,51$) en lange ($g = 0,55$) termijneffecten heeft op de afname van psychologische symptomen, vergeleken met controlegroepen die geen interventie aangeboden kregen. In vergelijking met andere actieve interventies was het effect van systeemtherapie superieur (kleine effectsize $g = 0,25$). Systeemtherapie gecombineerd met medicatie was effectiever dan farmacotherapie (middelgrote tot grote effectsizes: $g = 0,71$ na de behandeling en $g = 0,87$ bij follow-up). De bevindingen uit deze meta-analyses (Piquart e.a., 2016) zijn echter niet eenduidig te interpreteren omdat het om een brede range van interventies/benaderingen en uiteenlopende psychische stoornissen gaat. De auteurs definieerden een behandeling als 'systeemtherapie' wanneer het een op systeemtheorie gebaseerde behandeling betrof. In ongeveer driekwart van de in de meta-analyse geïncludeerde onderzoeken werd systeemtherapie gecombineerd met andere

componenten (farmacotherapie, psycho-educatie) aangeboden. Er was onvoldoende power om betrouwbare uitspraken over stoornis-specifieke vergelijkingen van systeemtherapie versus individuele therapieën te kunnen doen.

Samenvattend: systeemtherapie blijkt superieur aan inactieve controlecondities (zoals een wachtlijst) en superieur aan andere actieve interventies in het verminderen van psychische symptomen en gedragsproblemen bij kinderen en adolescenten. Dit geldt vooral voor MST en MDFT bij adolescenten met (ernstige) gedragsproblemen en verslavingsproblemen waarbij de effecten duurzaam zijn. Ook blijken systeemtherapeutische interventies superieur aan inactieve controlecondities en minstens zo effectief als andere behandelingen bij volwassenen met uiteenlopende psychische stoornissen en was er bij systeemtherapie minder vaak sprake van uitval uit behandeling dan bij de andere interventies.

3.3. Effect bij andere problematiek

3.3.1. Huiselijk geweld

Huiselijk geweld betreft geweld tussen partners en geweld van ouders jegens hun kinderen, al dan niet vanuit een machtsverschil tussen de betrokkenen. Eerder is al genoemd dat in de multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol staat vermeld dat in geval van relatieproblemen of huiselijk geweld gedragstherapeutische partnerrelatietherapie de voorkeur heeft boven individuele CGT-interventies.

Centraal in de systeemtherapie staat het stoppen van geweld en geweld ombuigen naar andere wijzen van conflicthantering. Tijdig herkennen van onder andere lichamelijke gevaarsignalen, op tijd kunnen nemen van een time-out, herstellen van contact na een time-out, zichzelf en de ander kunnen kalmeren en onderhandelen bij meningsverschillen horen tot de basisinterventies van een systemische behandeling van partnergeweld.

Er is nog weinig onderzoek naar de werkzaamheid van systemische interventies bij familiaal huiselijk geweld; de literatuursearch heeft geen systematische reviews opgeleverd. In de periode 2012 tot eind 2017 werd wel een meta-analyse gepubliceerd die het effect van partnerrelatietherapie onderzocht bij partnermishandeling (Karakurt e.a, 2016).

Geweld tussen partners: In de meta-analyse van Karakurt e.a. (2016), die zich richtte op het effect van partnerrelatietherapie op het reduceren van geweld tussen partners werden 6 RCT's opgenomen met in het totaal 470 cliënten. De partnerrelatietherapie betrof een individuele variant (4 RCT's), een groepsvariant (1 RCT) en een combinatie van individuele en groepstherapie (1 RCT). De vergelijkingsconditie betrof geen behandeling (2 RCT's), andere gebruikelijke behandeling (een

genderspecifieke individuele therapie (2 RCT's) of een genderspecifieke groepstherapie (2 RCT's)). De resultaten laten een voordeel zien van de partnerrelatietherapie ten opzichte van de controlecondities met betrekking tot het reduceren van relationeel geweld (gewogen gemiddeld verschil -0,84, 95% CI -1,37 - -0,30). De auteurs van de meta-analyse geven aan dat het aangetroffen significante effect grotendeels is toe te schrijven aan één studie met een grote sample size. Wanneer deze studie buiten beschouwing wordt gelaten, is het effect wel in dezelfde richting, maar niet langer significant. Daarom is enige terughoudend bij het trekken van generaliseerbare conclusies op zijn plaats. Het is belangrijk om in toekomstig onderzoek nog meer zicht te krijgen op het effect van partnerrelatietherapie op het reduceren van geweld tussen partners.

Geweld van ouders jegens hun kinderen: Multi Systeem Therapie Kindermishandeling & Verwaarlozing (Child Abuse and Neglect; CAN) (Swenson e.a., 2010a) is een aangepaste versie van MST (Kamphuis e.a., 2015). Bij deze specifieke vorm van MST-behandeling is een psychiater vast lid van het behandelteam. Gericht diagnostiek en behandeling van psychiatrische problemen bij de gezinsleden en het aanpakken van drugs- en alcoholgebruik bij de ouders zijn van groot belang. Op basis van twee gerandomiseerde gecontroleerde studies (Bunk e.a., 1987; Swenson e.a., 2010b) zijn de resultaten van MST bij de problematiek van huiselijk geweld veelbelovend te noemen. Zo bleek MST-CAN ten opzichte van een groepsgerichte oudertraining effectiever in het verminderen van psychische problemen bij de kinderen, in het verminderen van emotionele distress bij en aan mishandeling gerelateerd gedrag van de ouders, en in het vergroten van sociale steun voor de verzorgers (Swenson e.a., 2010b). Ook was in de MST-CAN-groep na een follow-up periode van 16 maanden minder vaak sprake van uithuisplaatsing van kinderen. En waren de kinderen in de MST-CAN-groep minder vaak slachtoffer van herhaalde mishandeling dan de kinderen in de vergelijkingsconditie (4,5% versus 11,9%), maar dat verschil was niet significant. De positieve uitkomsten van MST bij gezinnen waarin sprake is van fysieke mishandeling en verwaarlozing worden ondersteund door de resultaten van een meer recente pilot-studie met een andere MST-variant, de MST-Building Stronger Families (MST-BSF) (Schaeffer e.a., 2013). MST-BSF is ontwikkeld voor gezinnen waarin sprake is van zowel fysieke mishandeling en verwaarlozing als serieus middelenmisbruik van (een) ouder(s).

Ook is er in de Verenigde Staten een aangepaste versie van Functional Family Therapy beschikbaar voor de jeugdzorg en jeugdbescherming, de zogenoemde Functional Family Therapy-Child Welfare (FFT-CW[®]) (Turner e.a., 2017). Wat betreft de inzet van FFT-CW[®] bij huiselijk geweld en multi-probleem problematiek zijn de eerste resultaten van een quasi-experimentele studie op basis van dossieronderzoek bij de New York Administration for Children's Services veelbelovend te noemen: In vergelijking met gebruikelijk zorg (n=2.250) was FFT-CW[®] (n=1.625) effectiever in het reduceren van negatieve uitkomsten aan het einde van de zorgperiode. Gezinnen in de FFT-CW[®] conditie waren

minder vaak in zorg na de vooraf vastgestelde einddatum en hadden minder kans op herhaalde beschuldigingen (gebaseerd op geïndiceerde onderzoeken) van kindermishandeling. De twee groepen gezinnen verschilden aan het eind van de zorgperiode niet in het percentage uithuisplaatsingen van de kinderen.

Samenvattend: partnerrelatietherapie is volgens eerste aanwijzingen effectief bij de aanpak van partnergeweld. Het is aannemelijk dat gezinstherapie, in het bijzonder Multi Systeem Therapie Kindermishandeling & Verwaarlozing (Child Abuse and Neglect; CAN), bij huiselijk geweld effectief is.

3.3.2. Relatieproblemen

De effectiviteit van (partner)relatietherapie bij relatieproblemen is in de periode voorafgaand aan 2012 overtuigend aangetoond (Shadisch & Baldwin, 2005; zie ook Lebow e.a., 2012 en Lange, 2014). De evidentie voor relatietherapie gericht op relatieproblemen is vooral gebaseerd op een paar goed onderzochte relatietherapeutische modellen, namelijk Behavioral Couple Therapy (BCT)/Cognitive Behavioral Couple Therapy (CBCT) en Emotionally Focused Therapy (EFT) (Johnson, 2002) en van meer recente datum, Integratieve gedragsrelatietherapie (Perissutti & Barraca, 2013; Christensen & Doss, 2017). Het huidige onderzoek (RCT en ander vergelijkend onderzoek) richt zich voor een groot deel nog steeds op de effectiviteit van deze relatietherapieën, maar dan steeds vaker met een nadruk op behandeling van psychopathologie in combinatie met het relationeel functioneren. De aandacht van de onderzoekers richt zich nu meer op processen, veranderingsmechanismen en de duurzaamheid van behandelresultaat.

De literatuursearch heeft geen systematische reviews of meta-analyse in de periode 2012 tot eind 2017 opgeleverd. Omdat er weinig recente gegevens zijn over de werkzaamheid van (partner)relatietherapie, is een bespreking van een in 2018 verschenen meta-analyse naar de effecten van twee verschillende therapieën (Rathgeber e.a., 2018), hier op zijn plaats. In deze meta-analyse van de werkzaamheid van BCT en EFT werden 33 gerandomiseerde gecontroleerde studies geïnccludeerd, bij in totaal 2.730 volwassenen. Bij 278 volwassenen (10%) ging het om EFT en bij 1.168 volwassenen (43%) ging het om BCT; de overige volwassenen waren toegewezen aan controlecondities. In negentien van de 33 RCT's ging het om paren/koppels die primair hulp voor relatieproblemen zochten, in de veertien andere RCT's betrof het voornamelijk partnerrelatietherapie in het kader van een behandeling van een psychische stoornis. De vergelijkingsconditie bestond uit een inactieve controle (meestal wachtlijst) en in twaalf studies uit een actieve controle (individuele behandeling). In alle RCT's ging het om de evaluatie van het effect van de partnerrelatietherapie op het reduceren van relatiestress. De auteurs vonden een middelgroot effect van de twee partnerrelatietherapieën in vergelijking met de controlecondities

direct na afloop van de behandeling (overall: $g = 0,60$; BCT: $g = 0,53$; EFT: $g = 0,73$) en een iets geringer effect na zes maanden (overall: $g = 0,44$; BCT: $g = 0,33$; EFT: $g = 0,66$). De effectsizes van partnerrelatietherapie bleken kleiner te zijn bij vergelijking met controlegroepen die een individuele behandeling aangeboden kregen dan die met geen behandeling ($g = 0,41$ versus $g = 0,66$). Vooral cliënten die al langer een paar vormden hadden meer baat bij de partnerrelatietherapie. Het behandel-effect van BCT was echter niet duurzaam: na 12 maanden was het effect van BCT zeer gering ($g = 0,06$). Voor EFT ontbreken gegevens over de duurzaamheid van het behandel-effect op relatiestress. De auteurs van de meta-analyse zijn terughoudend in het trekken van conclusies of EFT effectiever zou zijn dan BCT, daarvoor zijn meer (lange termijn) follow-studies nodig. De gevonden effectsizes zijn kleiner dan die in eerdere meta-analyses zijn aangetroffen.

Samenvattend: onderzoek heeft duidelijk de meerwaarde van partnerrelatietherapie bij relatieproblemen aangetoond. De grotere effectiviteit van dergelijke therapieën is vastgesteld ten opzichte van individuele behandelingen.

3.4. Kosteneffectiviteit

De literatuursearch laat zien dat er zeer weinig evidentie beschikbaar is over de kosteneffectiviteit van systeemtherapie. In de periode 2012 tot eind 2017 is één systematische review verschenen die richtte zich op de kosteneffectiviteit van gezinsinterventies bij adolescenten en jongvolwassenen (tussen de tien en twintig jaar) die behandeld werden voor externaliserende stoornissen, stoornissen in het gebruik van middelen en delinquentie (Goorden, Schawo e.a., 2016). De auteurs van de systematische review zijn terughoudend in het trekken van conclusies vanwege de grote verscheidenheid aan gezinsinterventies en de lage kwaliteit van economische evaluaties in de elf studies die zij in hun artikel meenamen. Vanwege verschillen in setting, designs en uitkomsten was het uitvoeren van een meta-analyse niet mogelijk. Meer onderzoek van hoge kwaliteit naar de kosteneffectiviteit van gezinsinterventies bij externaliserende stoornissen, stoornissen in het gebruik van middelen en delinquentie is wenselijk.

In het algemeen kan worden gezegd dat gezinstherapie bij kinderen en jongeren met gedragsproblemen, verslavingsproblemen en delinquentie waarschijnlijk kosten bespaart die anders uitgegeven zouden zijn aan juridische kosten, aan misdaad gerelateerde kosten, in bewaring stellen, etc. (zie Carr, 2016). Met de Nederlandse studie van Vermeulen en anderen (2016) zijn de aanwijzingen dat MST kosteneffectief is nog sterker geworden. Daarnaast kunnen gezinsinterventies bij personen met schizofrenie/psychose leiden tot verbeterde medicatietrouw, minder terugval en minder ziekenhuisopnames. En verlaagt gezinstherapie waarschijnlijk de kosten van gezondheidszorg voor meer mensen dan alleen de cliënt in kwestie (Crane, 2011).

Vier studies hebben onderzocht of Behavioral Couple Therapy (BCT) kosteneffectiever is dan individuele therapie bij verslavingsproblematiek (zie Fletcher, 2013). Deze studies laten zien dat BCT kosteneffectief is, vooral in termen van minder terugval. Ten aanzien van de andere onderzoeksgebieden die in hoofdstuk 3 beschreven werden, zijn er nauwelijks studies gevonden waarin binnen gerandomiseerd onderzoek zowel de kosten als effecten van minimaal twee verschillende condities met elkaar zijn vergeleken (de zogenoemde '*full economic evaluations*'). Dit betekent dat er nauwelijks wetenschappelijk gegevens beschikbaar zijn voor de mate waarin systeeminterventies kosteneffectief zouden kunnen zijn.

Morgan en collega's (2013) vergeleken de kosten van gezinstherapie en individuele behandeling bij stoornissen in of door het gebruik van middelen. Deze studie liet zien dat bij de inzet van gezinstherapie minder sessies waren gebruikt dan bij individuele behandeling of een gemengde therapie. Het percentage cliënten dat terugkomt voor behandeling is het laagst bij gezinstherapie (8.9%), gevolgd door gemengde therapie (9.5%) en individuele therapie (12.0%).

Een dossierstudie waarin gegevens over medische consumptie gebruikt werden, wijst in de richting dat gezinstherapie in vergelijking met individuele therapie bij depressie kosteneffectief zou

kunnen zijn (Crane e.a., 2013). Daarnaast hebben Crane & Christenson (2014) in een serie van 22 studies verricht over twintig jaar, laten zien dat systeemtherapie kosteneffectiever is dan individuele therapie en dat systeemtherapie leidt tot kostenbesparing (minder medische kosten na afloop van de systeembehandeling). Zij gebruikten voor hun analyses de data m.b.t. medische consumptie uit grote bestanden in de Verenigde Staten. Gezien de beperkingen van een dergelijke onderzoeksdesign is het van belang dat er gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek plaatsvindt naar de kosten en effecten van systeeminterventies gericht op psychische stoornissen en gerelateerde problematiek.

Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar (kosten)effectiviteit van systeemgerichte interventies bij andere psychische stoornissen dan externaliserende stoornissen is nauwelijks verricht. Een RCT van Bodden e.a. (2008), waarin klinisch angstige kinderen gerandomiseerd werden toegewezen aan gezinsgerichte CGT of individuele CGT, liet zien dat individuele CGT (kosten)effectiever is dan gezinsgerichte CGT bij kinderen met klinisch relevante angst. In een andere, meer recente trial, waarin 130 kinderen (vijf tot twaalf jaar) met klinisch relevante angstsymptomen werden geïncludeerd, werd begeleide kortdurende CGT met ouders vergeleken met kortdurende oplossingsgerichte therapie (Creswell e.a., 2017). Er werd geen significant verschil in effectiviteit - in termen van reductie van de angstklachten - van de twee behandelingen gevonden. Begeleide kortdurende CGT met ouders was echter geassocieerd met lagere kosten dan kortdurende oplossingsgerichte therapie.

Ten slotte, een recente kosten-baten analyse van Multi Systeem Therapie Kindermishandeling & Verwaarlozing (Child Abuse and Neglect; MST-CAN), waarbij gebruik is gemaakt van de gegevens uit de RCT van Swenson e.a. (2010b; zie paragraaf 3.3.1), laat gunstige resultaten zien (Dopp e.a., 2018). Elke dollar die wordt besteed aan MST-CAN levert uiteindelijk een besparing van 3.31 dollar op voor participanten, belastingbetalers en de samenleving als geheel.

Samenvattend: gezinstherapie bij kinderen en jongeren met gedragsproblemen, verslavingsproblemen en delinquentie is waarschijnlijk kosteneffectief. Er zijn aanwijzingen dat Behavioral Couple Therapy (BCT) kosteneffectief is bij verslavingsproblemen. Er zijn echter te weinig gegevens beschikbaar om betrouwbare uitspraken over de kosteneffectiviteit van systeemtherapie te kunnen doen. Meer onderzoek van hoge kwaliteit (*full economic evaluations*) naar de kosteneffectiviteit van partnerrelatietherapie en gezins/familietherapie is nodig.

4. Algemene conclusie

Voor verschillende psychische stoornissen geldt dat (voldoende) wetenschappelijk is aangetoond dat systeemtherapeutische behandelingen effectief zijn.

- Het meeste onderzoek is gedaan naar gezinsbehandelingen bij kinderen en adolescenten met verslavingen en stoornissen door of in het gebruik van middelen, disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen. Verschillende systeemgerichte behandelprogramma's zijn volgens sterke aanwijzingen effectief bij deze psychische stoornissen. Bij disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen geldt dit in het bijzonder voor Multidimensionele Gezinstherapie (MDGT), Multi Systeem Therapie (MST), Functionele Gezinstherapie (FGT) en Kortdurende Strategische Gezinstherapie (KSGT).
- Bij adolescenten met anorexia nervosa en bulimia nervosa is er bewijs voor de werkzaamheid van gezinstherapie, dit geldt in het bijzonder voor de Maudsley gezinsgerichte behandeling.
- Systeemgerichte gedragstherapeutische interventies zijn effectief bij kinderen en adolescenten met drie frequent voorkomende angststoornissen (sociale angst, gegeneraliseerde angst en separatieangst).
- De effectiviteit van gezinstherapie/familietherapie bij ernstige psychische stoornissen, zoals schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen en bipolaire stoornis was al aangetoond en is nog verder wetenschappelijk onderbouwd.
- Er is voldoende wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van partnerrelatietherapie bij verslavingen en stoornissen in of door middelengebruik (vooral alcohol), paniekstoornis met agorafobie, depressie, en relatieproblemen al dan niet in combinatie met psychische problemen.
- Voor een aantal psychische stoornissen (autisme spectrum stoornissen, voedings- en eetstoornissen, obsessief-compulsieve en gerelateerde stoornissen, posttraumatische stressstoornis, persoonlijkheidsstoornissen, depressie en suicidaliteit bij kinderen en adolescenten) geldt dat er onvoldoende kwalitatief adequate studies over de effectiviteit van systeemtherapie in de praktijk te vinden zijn om (definitieve) uitspraken over de effectiviteit te kunnen doen.
- Er zijn aanwijzingen voor de effectiviteit van partnerrelatietherapie bij geweld tussen partners en van gezinstherapie bij huiselijk geweld, maar er zijn te weinig gegevens beschikbaar om definitieve uitspraken over de effectiviteit te kunnen doen.

Kosteneffectiviteit

- Er zijn te weinig gegevens van goede kwaliteit beschikbaar om definitieve uitspraken over de

kosteneffectiviteit van systeemtherapie te kunnen doen. Er zijn echter aanwijzingen dat gezinstherapie kostenbesparend is bij kinderen en jongeren met gedragsproblemen, verslavingsproblemen en delinquentie, mede omdat het ook een gunstig effect kan hebben op de gezinsleden van de cliënt die is aangemeld voor de behandeling.

Partnerrelatietherapie, in het bijzonder Behavioral Couple Therapy (BCT) is kosteneffectief bij verslaving. Daarnaast kunnen gezinsinterventies bij personen met schizofrenie/psychose, bij kinderen met klinisch relevante angstklachten en bij huiselijk geweld kostenbesparend zijn.

Bij de conclusie is een algemene kanttekening op zijn plaats: in de systematische reviews en meta-analyses worden soms onderzoeken bij elkaar gezet die verschillen in methodologische kwaliteit. Soms is er onvoldoende power om een effect te kunnen meten. De grote heterogeniteit van de geïnccludeerde onderzoeken maakt het lastig om eenduidige conclusies te trekken over de effectiviteit van een bepaald soort programma.

5. Literatuurlijst

- Agras, W.S., Lock, J., Brandt, H., e.a. (2014). Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. *JAMA Psychiatry*, 71, 1279-1286.
- Asarnow, J.R., Baraff, L.J., Berk, M., e.a. (2011). An emergency department intervention for linking pediatric suicidal patients to follow-up mental health treatment. *Psychiatric Services*, 62, 1303-1309.
- Asarnow, J.R., Hughes, J.L., Babeva, K.N., & Suger, C.A. (2017). Cognitive-behavioral family treatment for suicide attempt prevention: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), 506-514.
- Baglivio, M.T., Jackowski, K., Greenwald, M.A., & Wolff, K.T. (2014). Comparison of multisystemic therapy and functional family therapy effectiveness: A multistate propensity score matching analysis of juvenile offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 41, 1033-1056.
- Baldwin, S.A., Christian, S., Berkeljon, A., e.a. (2012). The effect of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: a meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 281-304.
- Balkom, A.J.L.M. van, Gabriëls, L., & Heuvel, O. van den (2014). Angst, obsessieve-compulsieve stoornis en trauma in de DSM-5. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56(3), 177-181.
- Barbato, A., D'Avanzo, B., & Parabiaghi, A. (2018). Couple therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. CD004188.
- Bartelink, C., Ten Berge, I., & Van Vianen, R. (2015). *Richtlijn Uithuisplaatsing*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen.
- Beaucom, D.H., Belus, J.M., Adelman, C.B., e.a. (2014). Couple-based interventions for psychopathology: a renewed direction for the field. *Family Process*, 53(3), 445-461.
- Bender, K., Tripodi, S.J., Sarteschi, C., & Vaughn, M.G. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce adolescent cannabis use. *Research on Social Work Practice*, 21(2), 153-164.
- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., e.a. (2010). Early intervention services, cognitive behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 197, 350-356.
- Bodden, D.H., Dirksen, C.D., Bögels, S.M., e.a. (2008). Costs and cost-effectiveness of family CBT versus individual CBT in clinically anxious children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 543-564.
- Brendel, K.E. & Maynard, B.R. (2014). Child-parent interventions for childhood anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 24(3), 287-295.
- Bunk, M., Henggeler, S.W., & Whelan, J.P. (1987). A comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 311-318.
- Busschers, I., Boendermaker, L., & Dinkgreve, M. (2015). *III Invoeren van Generiek Gezinsgericht Werken*. Jeugdbescherming Regio Amsterdam & Hogeschool van Amsterdam.
- Busschers, I., Boendermaker, L., & Dinkgreve, M. (2016). Validation and operationalization of intensive family case management: A Delphi study. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 33(1), 69-78.
- Byrne, M., Carr, A., & Clark, M. (2004). The efficacy of couples based interventions for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Family Therapy*, 26, 105-125.
- Carpenter, A.L., Puliafico, A.C., Kurtz, S.M.S., e.a. (2014). Extending parent-child interaction therapy for early childhood internalizing problems: New advances for an overlooked population. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(4), 340-356.
- Carr, A. (2014a). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36, 107-157.
- Carr, A. (2014b). The evidence base for couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36, 158-194.

- Carr, A. (2016). How and why do family and systematic therapies work? *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 37, 37-55.
- Chen, E.Y., Weissman, J.A., Zeffiro, T.A. e.a. (2016). Family-based therapy for young adults with anorexia nervosa restores weight. *International Journal of Eating Disorders*, 49(7), 701-707.
- Christensen, A., & Doss, B.D. (2017). Integrative behavioral couple therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 111-114.
- Claxton, M., Onwumere, J., & Fornells-Ambrojo, M. (2017). Do family interventions improve outcomes in early psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 8 :371. Doi: 10.3389/fpsyg.2017.00371
- Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 3-11.
- Crane, D.R. (2011). Does family therapy reduce health care costs for more than the identified patient? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(1), 3-4.
- Crane, D.R., Christenson, J.D., Dobbs, S.M., e.a. (2013). Costs of treating depression with individual versus family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(4), 457-469.
- Crane, R., & Christenson, J. (2014). A summary report of cost-effectiveness: Recognizing the value of family therapy in health care. In: J. Hodgson, A. Lamson, T. Mendenhall, & R. Crae (Eds.), *Medical Family Therapy: Advanced Applications* (pp.419-436). Cham, Switzerland: Springer.
- Creswell, C., Violato, M., Fairbanks, H., e.a. (2017). Clinical outcomes and cost-effectiveness of brief guided parent-delivered cognitive behavioural therapy and solution-focused brief therapy for treatment of childhood anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 4, 529-539.
- Crowe, K., & McKay, D. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 49, 76-87.
- De Clippele, T. & Van West, D. (2016). Functional family therapy in de universitaire kinder-en jeugdpsychiatrie Antwerpen. *Systeemtherapie*, 28(1), 43-50.
- De Lange (2013). *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*
- Dennis, M., Godley, S.H., Diamond, G., e.a. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) study: Main findings from two randomized controlled trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 197-213.
- Diamond, G.S., Reis, B.F., Diamond, G.M., e.a. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1190-1196.
- Diamond, G.S., Wintersteen, M.B., Brown, G.K., e.a. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicide ideation: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 122-131.
- Dopp, A.R., Borduin, C.M., White II, M.H., & Kuppens, S. (2017). Family-based treatments for serious juvenile offenders: A multilevel meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 335-354.
- Dopp, A.R., Schaeffer, C.M., Swenson, C.C., & Powell, J.S. (2018). Economic impact of Multisystemic Therapy for child abuse and neglect. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0870-1>
- Eeren, H.V., Goossens, L.M.A., Scholte, R.H.J., e.a. (2018). Multisystemic therapy and functional family therapy compared on their effectiveness using the propensity score method. *Journal of Abnormal Child Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0392-4>
- Filges, T., Andersen, D., & Klint Jørgensen, A-M. (2015). Effects of Multidimensional Family Therapy (MDFT) on nonopioid drug abuse: A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 1-16. Doi: 10.1177/1049731515608241
- Fisher, C.A., Hetrick, S.E., & Rushford, N. (2010). Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. CD:004780
- Fletcher, K. (2013). Couple therapy treatments for substance use disorders: A systematic review.

Journal of Social Work Practice in Addictions, 13(4), 327-352.

- Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., e.a. (2017). Family Connections versus optimised treatment-as-usual for family members of individuals with borderline personality disorder: non-randomised controlled study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4:18. DOI 10.1186/s40479-017-0069-1
- Forti-Buratti, M. A., Saikia, R., Wilkinson, E. L., & Ramchandani, P. G. (2016). Psychological treatments for depression in pre-adolescent children (12 years and younger): systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(10), 1045-1054.
- Frey, L.M., & Hunt, Q.A. (2017). Treatment for suicidal thoughts and behavior: A review of family-based interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 44(1), 107-124.
- Fristad, M.A., & MacPherson, H.A. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent bipolar spectrum disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43(3), 339-355.
- Fristad, M.A., Verducci, J.S., Walters, K., & Young, M.E. (2009). Impact of multifamily psychoeducational psychotherapy in treating children aged 8 to 12 years with mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66(9), 1013-1021.
- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C O'Brien, L., & D'Abrew, N. (2012). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. CD006726
- Glynn, S.M., Eth, S., Randolph, E., Foy, D.W., e.a. (1999). A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 243-251.
- Goldstein, T.R., Fersch-Podrat, R.K., Rivera, M., e.a. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: Results from a pilot randomized trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(2), 140-149.
- Goorden, M., Schawo, S.J., Bouwmans-Frijters, C.A.M., e.a. (2016). The cost-effectiveness of family/family-based therapy for the treatment of externalizing disorders, substance use disorders and delinquency: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 16: 237. Doi: 10.1186/s12888-016-0949-8
- Goorden, M., Schee, E. van der, Hendriks, V.M., & Hakkaart-van Roijen, L. (2016). Cost-effectiveness of multidimensional family therapy compared to cognitive behavioral therapy for adolescents with a cannabis use disorder: Data from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 162, 154-161.
- Gutermann, J., Schreiber, F., Matulis, S. e.a. (2016). Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(2), 77-93.
- Gutermann, J., Schwartzkopff, L., & Steil, R. (2017). Meta-analysis of the long-term treatment effects of psychological interventions in youth with PTSD symptoms. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 20, 422-434.
- Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., e.a. (1998). Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998, 37, 512–518.
- Hartnett, D., Carr, A., Hamilton, E., & O'Reilly, G. (2017). The effectiveness of Functional Family Therapy for adolescent behavioral and substance misuse problems: A meta-analysis. *Family Process*, 56(3), 607-619.
- Hartung, D., Low, A., Jindai, K., e.a. (2017). Interventions to improve pharmacological adherence among adults with psychotic spectrum disorders and bipolar disorder: A systematic review. *Psychosomatics*, 58(2), 101-112.
- Hawton, K., Witt, K.G., Salisbury, T.L.T., e.a. (2015). Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12, No: CD012013. DOI: 10.1002/14651858.CD012013.

- Heatherington, L., Friedlander, M.L., Diamond, G.M., e.a. (2015). 25 Years of systemic therapies research: Progress and promise. *Psychotherapy Research*, 25 (3), 348-364.
- Hendriks, V.M., Schee, E. van der, & Blanken, P. (2012). Matching adolescents with a cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: treatment effect moderators in a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 125(1-2):119-126.
- Henggeler, S.W. (2012). Multisystem Therapy: Clinical foundations and research outcomes. *Psychosocial Interventions*, 21(2), 181-193.
- Henggeler, S.W., & Sheidow, A.J. (2012). Empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 30-58.
- Hoek, H.W., & Elburg, A.A. van (2014). Voedings- en eetstoornissen in de DSM-5. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56(3), 187-191.
- Hoogeveen, C.E., Vogelvang, B., & Rigter, H. (2016): Feasibility of inpatient and outpatient Multidimensional Family Therapy for improving behavioral outcomes in adolescents referred to residential youth care. *Residential Treatment for Children & Youth*, DOI: 10.1080/0886571X.2016.1268945
- Hudson, J.L., Rapee, R.M., Lyneham, H.J., e.a. (2015). Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 72, 30-37.
- Humayun, S., Herlitz, L., Chesnokov, M., e.a. (2017). Randomized controlled trial of Functional Family Therapy for offending and antisocial behavior in UK youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Doi:10.1111/jcpp.12743
- Iniesta-Sepúlveda, M., Rosa-Alcázar, A.I., Sánchez-Meca, J., Parada-Navas, J., & Rosa-Alcázar, A. (2017). Cognitive-behavioral high parental involvement treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 49, 53-64.
- James, A.C., James, G., Cowdrey, F.A., Soler, A., & Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. CD004690.
- Johnides, B.D., Borduin, C.M., Wagner, D.V., & Dopp, A.R. (2017). Effects of multi-systemic therapy on caregivers of serious juvenile offenders: A 20-year follow-up to a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 323-334.
- Johnson, S.M. (2002). Marital problems. In D.H. Sprenkle (ed.). *Effectiveness research in marriage and family therapy* (pp. 163-190). Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy.
- Jonkman, C.S., Schuengel, C., Oosterman, M., e.a. (2017). Effects of Multidimensional Treatment Foster Care for preschoolers (MFTC-P) for young foster children with severe behavioral disturbances. *Journal of Family Studies*, 26(5), 1491-1503.
- Kamphuis, F.N., Brand-de Wilde, O.M., & Rijken, R.E.A. van der (2015). Multisysteemtherapie bij kindermishandeling (MST-CAN): beschrijving van de behandeling, de psychiatrische problematiek en de rol van de psychiater. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(8), 561-568.
- Karakurt, G., Whiting, K., Esch, C. van, e.a. (2016). Couples therapy for intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42(4), 567-583.
- Kelley, M.L., Bravo, A.J., & Braitman, A.L. (2017). Behavioral couples treatment for substance use disorder: Secondary effects on the reduction of youth internalizing symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(5), 731-741.
- Kelley, M.L., Bravo, A.J., Braitman, A.L., e.a. (2016). Behavioral couples treatment for substance use disorder: Secondary effects on the reduction of risk for child abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 62, 10-19.
- Lange, A. (2014). Systeemtherapie en onderzoek, de stand van zaken. In: A. Savenije, M.J. van Lawick, E.T.M. Reijmers (red.), *Handboek Systeemtherapie* (p. 109-128). De Tijdstroom, Utrecht.
- Lebow, J.L., Chambers, A.L., Christensen, A., & Johnson, S.M. (2012). Research on the treatment of couple distress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 145-168.
- Le Grange, D., Hughes, E.K., Court, A., e.a. (2016). Randomized clinical trial of parent-focused

- treatment and family-based treatment for anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55, 683-692.
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Parker, K., e.a. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 27(4), 651-688.
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Turner, R.M., e.a. (2008). Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, 103(10), 1660-1670.
- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., e.a. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 12-25.
- Liddle, H.A. (2016). Multidimensional Family Therapy: Evidence base for transdiagnostic treatment outcomes, change mechanisms, and implementation in community settings. *Family Process*, 55(3), 558-576.
- Lindstrøm, M., Filges, T., & Klint Jørgensen, A-M. (2015). Brief Strategic Family Therapy for young people in treatment for drug use. *Research on Social Work Practice*, 25(1), 61-80.
- Littell, J.H., Campbell, M., Green, S., & Toews, B. (2009). Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Article CD004797.
- Lobban, F., Postlethwaite, A., Glentworth, D., e.a. (2013). A systematic review of randomized controlled trials of interventions reporting outcomes for relatives of people with psychosis. *Clinical Psychology Review*, 33, 372-382.
- Luby, J., Lenze, S., & Tilman, R. (2012). A novel early intervention for preschool depression: findings from a pilot randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 313-322.
- Lutgens, D., Garipey, G., & Malla, A. (2017). Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210, 324-332.
- Macdonald, A., Pukay-Martin, N.D., Wagner, A.C., Fredman, S.J., & Monson, C.M. (2016). Cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD improves various PTSD symptoms and trauma-related cognitions: results from a randomized controlled trial. *Journal of Family Psychology*, 30(1), 157-162.
- Macheiner, T., Skavantzios, A., Pilz, R., & Reininghaus, E.Z. (2017). A meta-analysis of adjuvant group-interventions in psychiatric care for patients with bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 222, 28-31.
- MacPherson, H.A., Mackinaw-Koons, B., Leffler, J.M., & Fristad, M.A. (2016). Pilot effectiveness evaluation of community-based multi-family psychoeducational psychotherapy for childhood mood disorders. *Couple and Family Psychology*, 5(1), 43-59.
- Manassis, K., Lee, T.C., Bennett, K., e.a. (2014). Types of parental involvement in CBT with anxious youth: a preliminary meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1163-1172.
- Marshall, M. & Rathbone, J. (2011). Early intervention for psychosis. *Cochrane Database for Systematic Reviews*, CD004718.
- McCrary, B.S., Epstein, E.E., Hallgren, K.A., e.a. (2016). Women with alcohol dependence: A randomized controlled trial of couple versus individual plus couple therapy. *Psychology of Addictive Behavior*, 30(3), 287-299.
- McKinnon, A., Keers, R., Cleman, J.R.I., e.a. (2018). The impact of treatment delivery format on response to cognitive behaviour therapy for preadolescent children with anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Doi: 10.1111/jcpp.12872
- Meis, L.A., Griffin, J.M., Greer, N., e.a. (2013). Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33, 275-286.

- Miklowitz, D.J. (2016). Evidence-based family interventions for adolescents and young adults with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77[suppl E1]:e05
- Miklowitz, D.J. & Chung, B. (2016). Family-focused therapy for bipolar disorder: Reflections on 30 years of research. *Family Process*, 55, 483-499.
- Miklowitz, D.J., Schneck, C.D., Singh, M.K., e.a. (2013). Early intervention for symptomatic youth at risk for bipolar disorder: a randomized-controlled trial of family-focused therapy. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(2), 121-131.
- Miller, M.L., & Skerven, K. (2017). Family skills: A naturalistic pilot study of a family-oriented dialectical behavior therapy program. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 6, 79-93.
- Monson, C.M., Fredman, S.J., Macdonald, A., Pukay-Martin, N.D., Resick, P.A., & Schnurr, P.P. (2012). Effect of cognitive-behavioral couple therapy for PTSD: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 308, 700-709.
- Morgan, T.B., Crane, D.R., Moore, A.M., & Eggett, D.L. (2013). The cost of treating substance use disorders: individual versus family therapy. *Journal of Family Therapy*, 35, 2-23.
- Morina, N., Koerssen, R., & Pollet, T.V. (2016). Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 47, 41-54.
- Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen* (2015). Trimbos-instituut, Utrecht: De Tijdstroom.
- Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie* (2012). Trimbos-instituut, Utrecht.
- Nauta, K-J., Batelaan, N.M., & van Balkom, A.J.L.M. (2012). De obsessieve-compulsieve stoornis vanuit gezinsperspectief; implicaties voor behandeling en onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 439-448.
- O'Farrell, T.J., Schumm, J.A., Dunlap, L.J., e.a. (2016). A randomized clinical trial of group versus standard behavioral couples therapy plus individually based treatment for patients with alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(6), 497-510.
- O'Farrell, T.J., Schumm, J.A., Murphy, M.M., & Muchowski, P. (2017). A randomized clinical trial of behavioral couples therapy versus individually based treatment for drug-abusing women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(4), 309-322.
- Okpokoro, U., Adams, C.E., & Sampson, S. (2012). Family intervention (brief) for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD009802. Doi: 10.1002/14651858.
- Oone, I.P., Honey, E.J., & McConachie, H. (2013). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4: CD009774.
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., e.a. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97-107.
- Peris, T.S., Rozenman, M.S., Sugar, C.A., e.a. (2017). Targeted family intervention for complex cases of pediatric obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56, 1034-1042.
- Perissutti, C., & Barraca, J. (2013). Integrative behavioral couple therapy vs. traditional behavioral couple therapy: A theoretical review of the differential effectiveness. *Clinica y Salud*, 24, 11-18.
- Pharaoh, F., Man, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family interventions for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8: CD00088.
- Pickels, A., Le Couteur, A., Leadbitter, K., e.a. (2016). Parent-mediated social communication therapy for young children with autisms (PACT): long-term follow-up of a randomised controlled trial. *Lancet*, 388, 2501-2509.
- Pinquart, M., Oslejsek, B., & Teubert, D. (2016). Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 26(2), 241-257.
- Pol, T. van der, Henderson, C.E., Hendriks, V., e.a. (2017). Multidimensional family therapy reduces self-reported criminality among adolescents with a cannabis use disorder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminality*, 1-16.

- Pol, T.M. van der, Hoeve, M., Noom, M.J., e.a. (2017). Research review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 532-545.
- Pompoli, A., Furukawa, T.A., Imai, H., Tajika, A., e.a. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. CD011004
- Rathgeber, M., Bürkner, P.-C., Schiller, E.-M., & Holling, H. (2018). The efficacy of emotionally focused couples therapy and behavioral couples therapy: a meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*. Doi: 10.1111/jmft.12336
- Reinares, M., Bonnín, C.M., Hidalgo-Mazzei, D., e.a. (2016). The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 47-57.
- Reinecke, R.D. (2017). Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 8, 69-79.
- Retzlaff, R., von Sydow, K., Beher, S., e.a. (2013). The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: A systematic review of 38 randomized trials. *Family Process*, 52(4), 619-652.
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32, 251-262.
- Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*, 2015.
- Riedinger, V., Piquart, M., & Teubert, D. (2015). Effects of systemic therapy on mental health of children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 1-15. Doi: 10.1080/15374416.2015.1063427
- Rigter, H., Pele, I., Phan, P., e.a. (2011). *Report on the INCANT study. Multidimensional family therapy in Europe as a treatment for adolescents with cannabis use disorder and other problem behaviours*. Rotterdam, the Netherlands: Erasmus MC, Department of Public Health.
- Robbins, M.S., Alexander, J.F., Turner, C.W., & Hollimon, A. (2016). Evolution of Functional Family Therapy as an evidence-based practice for adolescents with disruptive behavior problems. *Family Process*, 55(3), 543-557.
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A.I., Iñiesta-Sepúlveda, M., & Rosa-Alcázar, A. (2014). Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(1), 31-44.
- Salcedo, S., Gold, A.K., Sheikh, S., e.a. (2016). Empirically supported psychosocial interventions for bipolar disorder: Current state of the research. *Journal of Affective Disorders*, 201, 203-214.
- Sautter, F.J., Glynn, S.M., Cretu, J.B. e.a. (2015). Efficacy of structured approach therapy in reducing PTSD in returning veterans: A randomized clinical trial. *Psychological Services*, 12(3), 199.
- Savenije, A., Lawick, M.J. van, & Reijmers, E.T.M. (Red.) (2014). *Handboek Systeemtherapie*. Tweede, herziene druk. De Tijdstroom, Utrecht.
- Schaffer, C.M., Swenson, C.C., Tuerk, E.H., & Henggeler, S.W. (2013). Comprehensive treatment for co-occurring child maltreatment and parental substance abuse: Outcomes from a 24-month pilot study of the MST-Building Stronger Families program. *Child Abuse & Neglect*, 37, 596-607.
- Schaub, M.P., Henderson, C.E., Pelc, I., e.a. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalizing behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes on the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, 14:26. doi: 10.1186/1471-244X-14-26.
- Schumm, J.A., O'Farrell, T.J., Kahler, C.W., e.a. (2014). A randomized clinical trial of behavioral couple therapy versus individually based treatment for women with alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 993-1004.
- Shadisch, W.R., & Baldwin, S.A. (2005). Effects of behavioral marital therapy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 6-14.
- Sofronoff, K., Attwood, T., & Hinton, S. (2005). A randomized controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1152-1160.

- Sofronoff, K., Attwood, T., Hinton, S., & Levin, I. (2007). A randomized controlled trial of a cognitive behavioural intervention for anger management in children diagnosed with Asperger syndrome. *Journal of Autism Development and Disorder*, 37(7), 1203-1214.
- Spain, D., Sin, J., Paliokosta, E., Furuta, M., e.a. (2017). Family therapy for autism spectrum disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD011894.
- Spijker, J., & Claes, S. (2014). Stemmingsstoornissen in de DSM-5. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56(3), 173-176.
- Staal, P.C., Heymans, J., Ligtenberg, G., e.a. (2015). Beoordeling stand van wetenschap en praktijk. Den Haag: Zorginstituut Nederland. Volgnummer 2014116583
<https://www.zorginstituutnederland.nl/...standpunten/...beoordeling-stand.../Beoordeling+stand+van+de+wetenschap+en+praktijk.pdf>
- Stahl, S.T., Rodakowski, J., Saghafi, E.M., e.a. (2016). Systematic review of dyadic and family-oriented interventions for late-life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(9), 963-973.
- Stouwe, T. van der, Asscher, J.J., Stams, G.J.J.M., e.a. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 468-481.
- 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.
- Sydow, K. von, Retzlaff, R., Beher, S., e.a. (2013). The efficacy of systemic therapy for children and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52(4), 576-618.
- Swenson, C.C., Penman, J., Henggeler, S.W., & Rowland, M.D. (2010a). *Multisystemic therapy for child abuse and neglect*. Charleston, SC: Family Services Research Center, Medical University of South Carolina.
- Swenson, C.C., Schaeffer, C., Henggeler, S.W., e.a. (2010b). Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 24, 497-507.
- Tan, N., & Os, J. van (2014). Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen in de DSM-5. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56(3), 167-172.
- Tanner-Smith, E.E., Wilson, S.J., & Lipsey, M.W. (2013). The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(2), 145-158.
- Thompson-Hollands, J., Edson, A., Tompson, M.C., & Comer, J.S. (2014). Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 28, 287.
- Tompson, M.C., Langer, D.A., & Asarnow, J.R. (2017). Family-focused treatment for childhood depression: Model and case illustrations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24, 269-287.
- Tompson, M.C., Pierre, C.B., McNeil Haber, F., e.a. (2007). Family-focused treatment for childhood-onset depressive disorders: Results of an open trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(3), 403-420.
- Tompson, M.C., Sugar, C.A., Langer, D.A., & Asarnow, J.R. (2017). A randomized controlled trial comparing family-focused treatment and individual supportive therapy for depression in childhood and early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56, 515-523.
- Tong Sang, M.N., Wit, A.C. de, Boer, M.D. de, & Jongman, E. (2012). *Functional Family Parole Services. Een onderzoek naar de effectiviteit van FFPS*. Amsterdam: De Bascule.
- Tripodi, S.J., & Bender, K. (2011). Substance abuse treatment for juvenile offenders: A review of quasi-experimental and experimental research. *Journal of Criminal Justice*, 39, 246-252.
- Tripodi, S.J., Bender, K., Litschge, C., & Vaughn, M.G. (2010). Interventions for reducing adolescent alcohol abuse. A meta-analytic review. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 164(1), 85-91.
- Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., e.a. (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy with family therapy. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16(3), 157-167.

- Turner, C.W., Robbins, M.S., Rowlands, S., & Weaver, L.R. (2017). Summary of comparison between FFT-CW® and usual care sample from administration for Children's Services. *Child Abuse & Neglect*, 69, 85-95.
- Vermeulen, K.M., Jansen, D.E.M.C., Knorth, E.J., e.a. (2016). Cost-effectiveness of multisystemic therapy versus usual treatment for young people with antisocial problems. *Criminal Behaviour and Mental Health*. DOI: 10.1002/CBM.1988
- Wagner, D.V., Borduin, C.M., Sawyer, A.M., & Dopp, A.R. (2014). Long-term prevention of criminality in siblings of serious and violent juvenile offenders: a 25-year follow-up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 492-499.
- Westermarck, P.H., Hansson, K., & Olsson, M. (2011). Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC): results from an independent replication. *Journal of Family Therapy*, 33(1), 20-41.
- Whisman, M.A., Johnson, D.P., Be, D., & Li, A. (2012). Couple-based interventions for depression. *Couple and Family Psychology*, 3, 185-198.
- Wilks, C.R., Valenstein-Mah, H., Tran, H., e.a. (2017). Dialectical behavior therapy skills for families of individuals with behavioral disorders: Initial feasibility and outcomes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24, 288-295.
- Zajac, K., Ginley, M.K., Chnag, R., & Petry, N.M. (2017). Treatment for internet gaming disorder and internet addiction: A systematic review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 979-994.
- Zajac, K., Randall, J., & Swenson, C.C. (2016). Multisystemic therapy for externalizing youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 601-616.
- Zarafshan, H., Salmanian, M., Aghamohammadi, S., e.a. (2017). Effectiveness of non-pharmacological interventions on stereotyped and repetitive behaviors of pre-school children with autism: A systematic review. *Basic Clinical Neuroscience*, 8(2), 95-103.

Lijst met afkortingen

ABCT	Alcohol Behavioral Couple Therapy
ABFT	Attachment-Based Family Therapy
AN	Anorexia Nervosa
ASS	Autismespectrumstoornissen
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BN	Bulimia Nervosa
BSFT/KSGT	Brief Strategic Family Therapy/Kortdurende Strategische Gezinstherapie
(C)BCT	(Cognitive) Behavioral Couple Therapy
CBT/CGT	Cognitive Behavioral Therapy/Cognitieve Gedragstherapie
CGRT	Cognitieve Gedragsrelatietherapie
CRAFT	Community Reinforcement Approach and Family Training
DGT	Dialectische Gedragstherapie
DGT-J	Dialectische Gedragstherapie voor Jongeren
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
EBM	Evidence-Based Medicine
EFT	Emotion Focused Therapy
ET	Exposure Therapie
FFPS	Functional Family Parole Service
FFT/FGT	Functional Family Therapy/Functionele Gezinstherapie
FFT-CD	Family-Focused Treatment for Childhood Depression
FFT-CW®	Functional Family Therapy-Child Welfare
GM	Generieke Module
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IAG	Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling
IBCT	Integrative Behavioral Couple Therapy
IF-CBT	Integrated Family and Cognitive Behavioral Therapy
INCANT	International Cannabis Need of Treatment
IPG	Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling
IT	Individuele Therapie
KVO	Kinderen van Verslaafde Ouders
MBT-A	Mentalization-Based Treatment voor Adolescenten
MDFT /MDGT	Multidimensional Family Therapy/Multidimensionele Gezinstherapie
MFBT	Maudsley Family-Based Treatment
MST	Multisystemic Therapy/Multi Systeem Therapie
MST-BSF	MST-Building Stronger Families
MST-CAN	Multi Systeem Therapie Child Abuse and Neglect (MST-Kindermishandeling & Verwaarlozing)
MTFC	Multidimensional Treatment Foster Care
NAO	Niet Nader Omschreven
OCGS	Obsessief-compulsieve en Gerelateerde Stoornissen
PCIT-ED	Parent-Child Interaction Therapy - Emotion Development
PE	Psycho-educatie
PFIT	Positive Family Interaction Therapy
PTSS	Posttraumatische Stress Stoornis
RCT	Randomized Controlled Trial
RGT	Relationele Gezinstherapie
RR	Relatieve Risico
SAT	Structured Approach Therapy
SFT	Systemische Familietherapie
SMD	Standardized Mean Difference
TAU	Treatment As Usual
ZiNL	Zorginstituut Nederland