

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

# Boom

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

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

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

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

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

## ■ Onderzoek gesignaleerd

### **Multi-family group therapy in the treatment of major depression**

*(met Nederlandse samenvatting)*

Dissertatie van Gilbert M.D. Lemmens <sup>1</sup> (2007), Leuven.

Dit is een bijzonder proefschrift. Niet alleen omdat het een onderzoek is naar effecten van systeemtherapie waar we er nog veel van kunnen gebruiken, maar ook omdat het gaat om een aselechte klinische studie (*random clinical trial*, onder methodologen RCT genoemd). RCT is een onderzoeksopzet die geldt als de meest harde vorm van bewijsvoering voor de effecten van een bepaalde therapie. Dit soort onderzoek is niet dik gezaid in de wereld van de psychotherapie en is zeker zeldzaam in de wereld van onderzoek naar effecten van systeemtherapie. In een RCT worden – naar medisch model – patiënten aselekt toegewezen aan verschillende therapievormen die onderling vergeleken worden. Problemen rond de ethische en praktische uitvoerbaarheid vormen vaak de reden waarom zo'n onderzoeksopzet niet haalbaar is.

In het onderzoek dat in dit proefschrift wordt beschreven is dit wel gelukt en ook met relatief – in vergelijking met ander onderzoek en gezien wat doorgaans haalbaar is – grote aantallen. Het

gaat om patiënten die vanwege ernstige depressie waren opgenomen in de Universitaire Ziekenhuizen te Leuven. Deze patiënten zijn aselekt verdeeld over drie 'condities', hier dus typen behandeling.

1. Behandeling zoals gewoonlijk (n=23)
2. Enkelvoudige gezinstherapie (n=25)
3. Groepsgezinstherapie (n=35)

Patiënten werden bij aanvang over het onderzoek geïnformeerd maar wisten niet welke behandelvorm zij zouden krijgen. Behandeling zoals gewoonlijk bevat overigens ook al systemische elementen, omdat de afdeling waar onderzoek en behandeling plaatsvonden traditioneel systemisch georiënteerd is. Het behandelprogramma duurt twee tot drie maanden en omvat naast creatieve therapie, psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie ook systeemtherapeutische onderdelen zoals een genogram-groep, communicatietraining en voorlichting over de invloed van depressie op het gezin. Daarnaast maakt medicatie en een

<sup>1</sup> E-mailadres: gilbert.lemmens@skynet.be

sport-/activiteitenprogramma onderdeel van het programma uit.

In de tweede conditie wordt aan dit standaardprogramma enkelvoudige gezinstherapie toegevoegd; te weten zes tweewekelijkse sessies van zestig minuten gezinstherapie (+ een follow-up sessie na drie maanden) waarvan twee met de kinderen erbij en de overigen met alleen de partners.

In de derde conditie wordt aan het standaardprogramma groepsgezinstherapie toegevoegd in plaats van enkelvoudige gezinstherapie, in dezelfde opzet als in conditie twee: zes plus één sessies, maar dan met een groep van vier tot zeven gezinnen en sessies van negentig in plaats van zestig minuten, met ook twee keer de kinderen erbij en de overige sessies alleen de partners.

In dit proefschrift worden zowel de behandelmethoden vrij uitgebreid en inzichtelijk beschreven alsook de effecten grondig getoetst. Dit is een voordeel ten opzichte van veel bestaande onderzoeksliteratuur, waarin ofwel zo'n uitgebreide beschrijving ontbreekt ofwel het bewijs van effectiviteit gebrekkig is. De dissertatie bestaat uit vier artikelen waarvan er twee al eerder gepubliceerd zijn en twee zijn aangeboden aan gerenommeerde vaktijdschriften. Een en ander is voorzien van een inleiding en een discussie aan het eind. Storend is dit geenszins; het proefschrift is een geïntegreerd geheel waarvan de onderdelen goed op elkaar aansluiten.

In het begin van het proefschrift wordt concreet uiteengezet wat groepsgezinstherapie inhoudt: de uitgangspunten, de doelen en de behandelde thema's per sessie.

Wat de uitgangspunten betreft sluit men in Leuven aan bij Laqueur, die in de zestiger jaren in New York de Multi Family Therapy (MFT) heeft geïntroduceerd bij de behandeling van schizofrenie, wat een heel effectieve methode bleek te zijn. Deze effectiviteit werd onderbouwd met concepten van Bateson, uit de begintijd van de systeemtheorie. De gezinsgroep werd gezien als een open systeem waarin, meer dan in de enkelvoudige gezinstherapie, de invloeden van de samenleving konden doordringen zodat informatie aan het systeem kon worden toegevoegd die snelle en grondige verandering kan bewerkstelligen in de schadelijke interactiepatronen die de gezinnen met een psychiatrisch patiënt zouden kenmerken (denk aan de veronderstelde *double bind* communicatie bij schizofrene gezinsleden). Later is de groepsgezinstherapie uitgebreid naar andere diagnoses, zoals eetstoornis, verslaving, bipolaire stoornis, depressie, dwangstoornis, borderline stoornis en gedragsproblemen bij kinderen. Ook is in de theoretische onderbouwing een accentverschuiving opgetreden die parallel loopt aan de latere substromingen binnen de systeembenadering. Als inspiratiebronnen voor de opzet van de hier onderzochte groepsgezinstherapie noemt de auteur de narratieve benadering (White en Epston) en de *family*

*resilience* benadering (Walsh), waarbij het gaat om stimuleren van veerkracht middels het mobiliseren van bronnen en sterke eigenschappen van het gezin.

De doelen van de groepsgezinstherapie zijn het bieden van ondersteuning bij en het als gezin leren omgaan met verschillende fases in de depressie en het bevorderen van een goede werkrelatie tussen patiënt en hulpverlening. Daarnaast wordt aandacht besteed aan het door de gezinsleden creëren van gezondere verhalen over henzelf en over hun leven en het verbeteren van het gezinsfunctioneren. De eerste twee sessies worden besteed aan de invloed van de depressie op het gezin, eerst met de partners en vervolgens met de kinderen erbij. In de derde sessie wordt dieper ingegaan op de interactie tussen de partners gegeven de depressie. De vierde en de vijfde sessie zijn gericht op verandering van de interacties, eerst tussen de partners en daarna met het gehele gezin. De zesde sessie draagt de titel 'Terugvalpreventie' en doet wat denken aan de oplossingsgerichte benadering: visualiseren en bekrachtigen van oplossingen, voorbereiden op tegenslagen. De zevende sessie vindt plaats drie maanden na ontslag, inventariseert het functioneren en is gericht op leerervaringen en betekenisgeving met betrekking tot de depressieve episode als geheel.

De auteur noemt een aantal ervaren 'dilemma's' van de groepsaanpak, zoals het gegeven dat iemand te depressief kan zijn

om in een groep te kunnen functioneren en een eventueel te groot leeftijdsverschil tussen de kinderen. Al met al hebben zes van 35 gezinnen het programma niet volledig doorlopen en hebben ook niet alle kinderen in de tweede voor hen bedoelde sessie geparticipeerd. Dit valt alleszins te overzien.

De effecten van de drie behandelprogramma's werden gemeten middels de scores op Beck's Depression Inventory (BDI), te weten voor en na de behandeling van drie maanden en nog eens vijftien maanden later. De drie groepen zijn geanalyseerd op een aantal belangrijke variabelen die relevant kunnen zijn voor het beloop van de depressie, waarbij bleek dat de groepen goed vergelijkbaar waren.

### **... verbeteren van het gezinsfunctioneren ...**

In groep 1, de 'behandeling zoals gewoonlijk', daalt de gemiddelde score op de BDI in vijftien maanden tijd van 27 naar 22, in groep 2, de enkelvoudige gezinstherapie, van 26 naar 13 en in groep 3, de groepsgezinstherapie, van 27 naar 16. Hoewel dit dramatische verschillen in daling zijn tussen groep 1 enerzijds en de groepen 2 en 3 anderzijds, worden hier geen significante verschillen gevonden. De oorzaak daarvan ligt naar mijn ervaring heel waarschijnlijk in de kleine aantallen over de drie condities. Om toch meer harde gegevens te krijgen hebben de onderzoekers de scores op de BDI wat anders ingedeeld en bijvoorbeeld een groep gedefinieerd waarvan de BDI-score over vijftien

maanden (meer dan) halveerde. In groep 1 is dit slechts 9%, in groep 2 24% en in groep 3 49%. Dit verschil wordt wel statistisch significant middels een chi-kwadraats-toets.

Voorts geeft het gebruik van medicatie vijftien maanden na behandeling significante verschillen te zien: in groep 1 gebruikt op dat tijdstip iedereen nog antidepressiva, in groep 2 16% en in groep 3 26%.

Overigens blijkt tevens dat er op het tijdstip van drie maanden na de start van de behandeling nauwelijks verschillen zijn tussen de drie condities. Hiermee wordt een bevinding bevestigd die uit meerdere onderzoeken bij systeemtherapie naar voren komt (zoals bijvoorbeeld bij angststoornissen, verslaving en gedragsproblemen bij kinderen), namelijk dat er wel een meerwaarde is van systeemtherapie, maar dat die vaak pas op wat langere termijn blijkt.

Daarnaast is dit het eerste onderzoek dat empirische ondersteuning aandraagt voor de effectiviteit van groepsgezinstherapie specifiek bij depressie, al was dit bij andere stoornissen al eerder aangetoond.

Een ander sympathiek onderdeel van het proefschrift bestaat uit het onderzoek naar hoe patiënten uit de groepsgezinstherapie de behandeling hebben ervaren en welke aspecten van deze behandeling zij speciaal leerzaam en helpend vonden. Hiervoor is een reeds bestaand instrument gebruikt dat diverse werkzame factoren van groepstherapie meet (28 items). Meest in het oog vallende factoren die gelieerd

zijn aan vooruitgang van de patiënt zijn het uitproberen van nieuw gedrag (mede vanuit observatie van groepsgenoten), het leren naar voorbeeld van anderen en het ontvangen van leiding door de therapeut. Interessante bevinding hier is dat het vanuit klinische ervaringen veel gehoorde punt '(h)erkenning van het probleem bij en door anderen' door participanten in dit onderzoek ook vaak

### **... de effecten grondig onderzocht ...**

wordt genoemd, maar dat dit punt nauwelijks verband houdt met vooruitgang in de stemming na vijftien maanden. Het 'uitproberen van nieuw gedrag' blijkt significant vaker genoemd te worden als helpende factor door patiënten die daadwerkelijk minder depressief zijn na vijftien maanden dan door patiënten die op dat tijdstip nog steeds redelijk hoog scoren op de BDI.

Is er kritiek mogelijk op dit onderzoek? Ja, zeker, zoals op ieder onderzoek. De auteur zet zelf de sterke en zwakke kanten van het onderzoek heel helder en onbevengend uiteen. Ik wil hier nog drie punten noemen die mijns inziens in het proefschrift minder duidelijk naar voren komen.

In de eerste plaats gaat het bij de condities 2 en 3 om een *toegevoegd* onderdeel aan de 'behandeling zoals gewoonlijk', dat wil dus zeggen dat deze patiënten gewoon een intensievere behandeling krijgen dan de patiënten uit conditie 1. Men kan dus niet uitsluiten dat als aan de 'behandeling als gewoonlijk' zeven extra

sessies van willekeurig welke andere therapievorm waren toegevoegd (bijvoorbeeld extra creatieve therapie, of CGT, of Mindfulness, om maar iets noemen) een soortgelijke meerwaarde zou zijn gevonden als nu voor de (groeps)gezinstherapie wordt gevonden. Dat zou dan kunnen leiden tot de conclusie dat meer behandeling (zeven sessies) beter is, bij deze diagnose.

In de tweede plaats zet de auteur in zijn evaluatie van de uitkomsten de groepsgezinstherapie erg in het licht, terwijl de resultaten tenderen naar minstens net zoveel, en op sommige aspecten zelfs meer meerwaarde van de enkelvoudige gezinstherapie. Daarbij kun je de vraag stellen of het aangevoerde pluspunt van kosteneffectiviteit ten opzichte van enkelvoudige gezinstherapie in de praktijk ook echt gehaald wordt. De groepsgezinstherapie wordt uitgevoerd met twee therapeuten, organisatorisch zit er meer werk aan: intakes voor de groep, het hanteren van de genoemde dilemma's, sessievoorbereiding, etc. Ik heb het eens uitgekend voor een groep met vier gezinnen, maar als de twee therapeuten gemiddeld een half uur voorbereiding nodig hebben per sessie dan is de tijdsinvestering net zo groot als bij één therapeut (zonder voorbereidingstijd) die vier gezinnen apart behandelt volgens het aangegeven schema.

Een derde opmerking geldt de methodologische opzet van het onderzoek, de RCT. In de 'behandeling zoals gewoonlijk' bleek de uitval uit het onderzoek (attritie) heel groot te zijn: van 23

naar 13 respondenten (in condities 2 en 3 is dit respectievelijk van 24 naar 17 en van 34 naar 25). De auteur zelf zegt hierover dat weliswaar aan het begin van het programma patiënten onwetend waren over de drie condities, maar dat het heel waarschijnlijk is dat hen het verschil in behandelaanbod tijdens de rit wel duidelijk werd. En dat dit de hoge attritie in conditie 1 kan verklaren, vanuit demotivatie of zelfs ervaren onrechtvaardige bejegening. Dit betekent voor mij toch weer een belangrijke relativering van de aselecte klinische studie als het hoogste goed waar we naar zouden moeten streven. De gerandomiseerde toewijzing kan methodologisch hoog aangeschreven staan, in de realisering ervan kan het tegen je werken en doet het afbreuk aan de kracht van het onderzoek door de hoge attritie. Dit probleem speelt overigens bij veel RCT-effectonderzoek naar psychotherapie. Het gaat in ons vak nu eenmaal niet om het toedienen van zalfjes of pillen, waarbij de onwetendheid over de precieze aard van de behandeling over de gehele duur van de behandeling makkelijk te realiseren valt. Dat brengt mijns inziens voor ons vak dan ook een ander ideaaltype van wetenschappelijke bewijsvoering met zich mee. Ik denk dat het achteraf controleren voor gebleken relevante verschillen in de aanvangssituatie, wat ook heel goed te doen is met covariantie-analyse, vaak krachtiger is dan vooraf aselect toekennen van verschillende behandelcondities.

*Lot Wouda*