

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

Boom

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

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

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

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

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Onderzoek en systeemtherapie – Een zilveren huwelijksjubileum?

Lesley Verhofstadt, Olivia De Smet & Benedicte Lowyck

Samenvatting

De auteurs hebben een aantal Nederlandse en Vlaamse collega's gevraagd naar hun kijk op de vaak genoemde kloof tussen onderzoek en de systeemtherapeutische praktijk en naar wat volgens hen zou kunnen bijdragen tot de integratie tussen deze beide. De bedoeling was om ruimte te maken voor hun persoonlijke visie op en ervaring met onderzoek en systeemtherapie in Nederland en België. Onderzoek en systeemtherapie blijken niet onverzoenbaar te zijn; ze hebben verschillende, maar evenwaardige expertises, en ze hebben bovendien gemeenschappelijke belangen, waarvoor ze elkaar nodig hebben om deze te verwezenlijken.

Systeemtherapie bestaat 25 jaar, en reeds vele jaren wordt er in dit tijdschrift – onder meer via de rubriek Onderzoek gesignaleerd – gerapporteerd over onderzoek dat relevant is voor ons vakgebied. Markante momenten zoals dit jubileum zijn een gelegenheid bij uitstek om eens nader stil te staan bij de jarenlange relatie die systeemtherapie en wetenschappelijk onderzoek – in het kader van dit tijdschrift en daarbuiten – met elkaar hebben.

Zijn systeemtherapie en onderzoek daadwerkelijk een fraai koppel zilveren jubilarissen? Of hebben ze eerder een turbulente haat-liefdeverhouding met veel misverstanden, slechte communicatie en weinig gemeenschappelijkheden? En kunnen ze überhaupt wel ooit gouden jubilarissen worden?

Over elke relatie zijn er natuurlijk uiteenlopende meningen: sommigen vinden dat 'die twee echt te verschillend zijn', anderen vinden dan weer dat 'ze elkaar versterken en verrijken' en 'meer naar elkaar moeten toegroeien'. Omdat wij als systeemtherapeuten meerstemmigheid hoog in het vaandel dragen, hebben wij ook over de relatie tussen onderzoek en systeemtherapie een heleboel meningen verzameld. Wij nodigden daarvoor een aantal Nederlandse en Vlaamse collega's uit die systeemthe-

rapie een warm hart toedragen (als therapeut, lesgever, opleider ...) en tevens al jarenlang actief zijn als onderzoeker binnen het veld van de relatie-, gezins- en systeemtherapie.

Wij vroegen hen naar hun kijk op de vaak genoemde kloof tussen onderzoek en de systeemtherapeutische praktijk en naar wat volgens hen zou kunnen bijdragen tot de integratie tussen onderzoek en praktijk.

De types onderzoek (Buysse, De Mol & Verhofstadt, 2014) betreffen: (a) uitkomstonderzoek (werkt systeem-, relatie- of gezinstherapie?), (b) procesonderzoek (waarom werkt het?), (c) fundamenteel onderzoek (wat zijn de basismechanismen onderliggend aan gezond en pathologisch relatie- en gezinsfunctioneren?) en (d) methodologisch onderzoek (hoe kan de methodologie geoptimaliseerd worden om voor de systeemtherapeutische praktijk relevante fenomenen meer accuraat te bestuderen?).

We hebben met deze bijdrage niet de bedoeling om een volledig overzicht te geven van relevant onderzoek. Dergelijke overzichten zijn elders beschikbaar (Savenije, Van Lawick & Reijmers, 2014) en vaak ook (mede) geschreven door de onderzoekers die aan deze bijdrage meewerkten; de bedoeling was wel om ruimte te maken voor hun persoonlijke visie op en ervaring met onderzoek en systeemtherapie in Nederland en België.

Hieronder vindt u een samenvatting van de antwoorden van (alfabetisch geordend) Hans Bom, Ann Buysse, Henk Jan Conradi, Jan De Mol, Catrin Finkenauer, Alfred Lange, Gilbert Lemmens, Peter Rober en Alfons Vansteenkoven. Aan het eind van het artikel worden hun achtergronden belicht.

Hans Bom

‘Die kloof is aanzienlijk. Ik probeer bij het lesgeven mensen vooral te stimuleren om niet te veel te schrikken van onderzoek en stimuleer hen om kwalitatief onderzoek ook te omarmen. In het discours domineert het evidence-based verhaal dermate dat mensen daar moedeloos van worden. Beleidsmakers hebben eerlijk gezegd geen benul van de waarde van onderzoek en roepen maar dat alles evidence-based moet zijn zonder na te denken langs welke weg men daartoe komt, zonder na te denken welke andere onderzoeksvormen er nog zijn en wat het belang ervan is. Men is eenzijdig gefixeerd op uitkomstonderzoek en is niet bekend met de meta-analyses die aangeven dat een zinvolle methode altijd wel een aardig effect heeft. Men blijft echter bezig om te willen aantonen dat een methodiek de beste is.

Ik denk dat praktijkmensen veel meer kwalitatief onderzoek moeten doen en dat onderzoekers aan de universiteit hun knopen moeten tellen en de beleidsmakers en de politiek duidelijk moeten maken dat

we niet veel nieuws leren van uitkomstonderzoek. We zijn volgens mij in een nieuwe fase aanbeland. Het is een goed initiatief dat jullie aan dit onderwerp aandacht besteden. Zonder onderzoekende geesten blijft de ontwikkeling onzichtbaar en wordt deze niet gedeeld. Onderzoeksmatig bezig zijn is dus onmisbaar.'

Ann Buysse

'Ik ben een onderzoeker in hart en nieren en draag het onderzoek naar interpersoonlijke betrokkenheid een zeer warm hart toe. Ik vind het waardevol en een meerwaarde voor ons vakgebied. Systeemtherapie en het onderzoek hebben een complexe, ambigue relatie. Het systeemtherapeutisch paradigma, met de nadruk op circulariteit, leent zich immers niet makkelijk tot vertaling in "lineaire" hypothesen en de daarbij horende onderzoeksmethoden. Het systeemdenken vertrekt van de complexiteit — alles hangt met alles samen — en is als dusdanig moeilijk te vatten binnen de spelregels van het onderzoek, dat vraagt naar eenvoudige, toetsbare, lineaire hypothesen. In een theorie waar contextualiseren centraal staat, raakt reductie tot toetsbare hypothesen de kern van het paradigma.

De spelregels van het hedendaagse onderzoek zijn één manier om zicht te krijgen op wat een "goede" praktijk is. De onderzoeksbril is een manier van kennis verzamelen. Niet beter of slechter dan theoretische en conceptuele kennis, gevalstudies, leertherapie of ervaring. De wijsheid die een therapeut verzamelt door de dagdagelijkse behandeling van cliënten staat naast de kennis van de academicus die tot stand komt door het systematisch testen van hypothesen. Kennis is de aggregatie van verschillende elementen verworven door verschillende methoden en onderzoek is daar een van, niet de manier bij uitstek, maar wel een manier. Onderzoek impliceert een systematische manier van denken. Een die het voordeel heeft dat de spelregels duidelijk afgesproken zijn. Wetenschappelijke kennis de status geven van superieure of allesomvattende kennis is zonder meer pretentieus. Het negeren van wetenschappelijke kennis is het echter evenzeer. Een systeemtherapeut kan immers moeilijk kennis negeren, omdat alles met alles samenhangt en alle kennis per definitie relevant is of kan zijn, ook die verworven uit onderzoek. We moeten vooral luisteren naar elkaar en de wijsheid van de therapeut naast die van de onderzoeker zetten. Geen discussie heen en weer, maar leren van elkaar. Onderzoek is één bril om naar de wereld te kijken; een die het voordeel heeft van de systematiek.'

Henk Jan Conradi

‘Het hangt ervan af hoe je die kloof definieert. Als je kijkt naar de expertise die nodig is voor onderzoek is de kloof wijder geworden; het is moeilijker uit te leggen wat je precies doet. Met name de statistiek waarmee hypothesen getoetst worden is steeds geavanceerder geworden, maar doet tegelijkertijd meer recht aan de systemische complexiteit van relatietherapie. Als je kijkt naar de belangen van wetenschap en praktijk is de kloof misschien wel kleiner geworden. Juist in deze tijd waarin relatietherapie uit de vergoeding door de algemene wet bijzondere ziektekosten is gehaald, is de noodzaak voor de praktijk groter dan ooit om met behulp van wetenschappelijk onderzoek te zoeken naar kosteneffectieve interventies bij relatieproblemen. Wetenschappers hebben daarbij de input van therapeuten nodig om interventies te ontwikkelen, hypothesen te genereren en onderzoeksresultaten te helpen interpreteren.

Contact met elkaar houden is noodzaak. Met de stichting EFT Nederland hebben we een goed samenwerkingsverband. Voor hun emotionally focused therapy is empirische ondersteuning nodig. Wij doen dat onderzoek, uiteraard volledig onafhankelijk. Het blijft echter lastig om een langlopend behandelonderzoek op te zetten en uit te voeren. Therapeuten hikken bij tijden aan tegen het harnas van het behandel- en meetprotocol waar onderzoekers niet zonder kunnen. Desondanks lukt dat. Dat is primair een kwestie van wil en ambitie. Maar een extra financiële stimulans voor therapeuten zou helpen.’

Jan De Mol

‘De kloof tussen praktijk en onderzoek is zeer groot – wat heel spijtig is want ze zouden elkaar erg kunnen verrijken – en door de enorme grootte kan ik niet zien of ze kleiner of groter wordt. Een probleem is dat vele onderzoekers niet weten hoe complex de klinische praktijk is, en dat veel clinici niet weten hoe complex onderzoek is. De grootte van de kloof maakt dat er geen constructieve dialoog tussen beide identiteiten bestaat, met als gevolg dat de wind soms wel eens iets doet overwaaien van de ene naar de andere kant, maar wat de wind dan meeneemt is altijd beperkt en ongenueanceerd.

Een mooi voorbeeld hiervan betreft de huidige attachment-hype. Fundamenteel onderzoek, van bijvoorbeeld Mikulincer & Shaver (2012, red.) rond attachment of gehechtheid toont op geen enkele manier een eenduidig lineair verband aan tussen gehechtheid en psychopa-

thologie, wel dat het een zeer complex verband is waarin vele andere factoren ook een rol spelen. Dit betekent niet dat therapieën die zich baseren op gehechtheid niet werkzaam kunnen zijn — onderzoek toont aan dat ze dat wel zijn, maar niet altijd en niet bij iedereen — maar het wil niet zeggen dat psychopathologie of een relationeel ouder-kind- of partnerprobleem sowieso of enkel te maken heeft met een gehechtheidsprobleem. Dergelijke stellingnames leiden ons terug naar ongenueanceerde, soms zelf-veroordelende standpunten in de systeemtherapie, terwijl we net ontstaan zijn uit de kritiek op deze lineaire standpunten.

Ik denk dat samenwerking meer mogelijk is wanneer men wederzijds het verschil ten volle erkent en elkaar in zijn eigenheid respecteert. Therapie is niet hetzelfde als onderzoek en omgekeerd. Dit betekent niet dat een therapie niet tot bepaalde fundamentele hypothesen kan leiden, of dat een onderzoek met mensen geen therapeutische effecten kan hebben. Er bestaat een rijkdom aan fundamenteel onderzoek over gezinsrelaties dat niet bekend is bij klinici, en er bestaat een rijkdom aan klinische inzichten die niet bekend zijn bij onderzoekers. Evenmin is het de bedoeling dat de ene partij aan de andere partij gaat opleggen wat ze moet doen om goed werk af te leveren.

Men kan elkaar wel creatief en constructief inspireren. Bijvoorbeeld, samenwerking kan bevorderd worden wanneer klinici beter op de hoogte zouden zijn van de veelheid aan methodieken die in het onderzoek gebruikt worden. Soms blijkt men systeemtherapie enkel te verbinden met kwalitatieve onderzoeksmethoden, omdat deze dichter bij de klinische praktijk staan, en kwantitatieve methoden het fenomeen te reductionistisch — simplistisch — zouden benaderen. Dit is onjuist. Ook in het onderzoek — wat sommige onderzoekers ook niet beseffen — is het een illusie te veronderstellen dat men met één methode een complexiteit kan benaderen. Kwalitatief onderzoek betreft steeds inductief onderzoek, waarbij de doelstelling van de onderzoeker is een fenomeen te exploreren teneinde theorie en hypothesen te genereren. Met kwantitatief onderzoek tracht men deze hypothesen te toetsen, dus deductief onderzoek, waarmee men nieuwe complexiteiten aan het licht brengt, die men dan terug op een kwalitatieve manier in de diepte kan onderzoeken teneinde de theorie en hypothesen te verrijken, die dan wederom kwantitatief getoetst kunnen worden, enzovoort. Dergelijke designs noemt men mixed-method designs en deze worden alsmaar belangrijker in het onderzoek en kunnen een manier zijn om de samenwerking tussen klinici en onderzoekers bevorderen.'

Catrin Finkenauer

‘Er bestaat duidelijk een kloof tussen onderzoek en praktijk. Voor een deel heeft dit te maken met verschillende prioriteiten. Onderzoek richt zich op de lange termijn en vergt protocollen. De praktijk vindt hier en nu plaats en laat zich lastig in onderzoeksprotocollen dwingen, omdat aanpassingen aan individuele situaties vaak nodig zijn. Onderzoekers willen alles verifiëren, terwijl in de praktijk wordt gewerkt met wat men weet, of denkt te weten wat werkt. Ook blijkt uit onderzoek dat wetenschappelijke kennis maar liefst zo’n vijftien tot twintig jaar nodig heeft om in de praktijk te worden geïmplementeerd. Alleen wanneer onderzoek en praktijk samenwerken, beide bereid zijn om compromissen te sluiten en creatief en flexibel te zijn en vooral tijd maken en krijgen om samen oplossingen te vinden, kunnen we de kloof tussen onderzoek en praktijk succesvol overbruggen. Deze mogelijkheden zijn er. In een recent onderzoeksproject naar vechtscheidingen in samenwerking met het Kinder- en Jeugdtraumacentrum te Haarlem en het Lorentzhuis hebben we ervaren hoe praktijk en onderzoek elkaar kunnen verrijken en inspireren om tot nieuwe wetenschappelijke en voor de praktijk relevante inzichten te komen.’

Alfred Lange

‘Op die kloof ben ik vaak gebotst. Systeemtherapeuten zijn van oudsher niet echt gericht op onderzoek, zelfs simpele metingen waren niet populair. De kloof is er nog steeds, maar is kleiner geworden. Dat is mede het gevolg van de omgeving – de politiek, de maatschappij – die meer dan vroeger de nadruk op het meten van verandering en de processen legt, en er zijn vele onderzoekspublicaties, merendeels uit het buitenland, die aanwijzingen geven over wat meer en minder werkt in ons vak. NVRG-leden hebben door hun lidmaatschap automatisch een abonnement op het kwartaaltijdschrift *Gezinstherapie Wereldwijd*, een door een redactie uitgevoerde selectie van topartikelen over onderzoek op het terrein van systeemtherapie en gezinsinteractionele processen. Dit draagt waarschijnlijk bij aan een kleiner wordende kloof. De “kloof” bestaat overigens ook in de Verenigde Staten.

Mijn missie is altijd geweest, en nog steeds: onderzoek en praktijk te combineren. Een empirische houding, gestimuleerd door het bestuderen van onderzoek van anderen en door eigen empirisch onderzoek, eventueel N=1-studies, draagt bij aan de therapeutische

kwiteit. Maar het omgekeerde geldt eveneens: geen feeling met de klinische praktijk draagt niet bepaald bij aan relevantie en kwaliteit van klinisch onderzoek.'

Gilbert Lemmens

'De kloof tussen onderzoek en praktijk bestaat ongetwijfeld nog steeds en wordt door beide partijen gevoed. Toch heb ik het gevoel dat deze kloof de laatste tien jaar sterk verkleind is. Misschien ten gevolge van de recente sterke nadruk op evidence-based behandelingen. Ook heeft het verdwijnen van de "goeroes" gezorgd voor meer toenadering en openheid tussen de verschillende psychotherapierichtingen. Zelf heb ik deze kloof nooit echt ervaren omdat het merendeel van het gezinsonderzoek steeds gebeurt en gebeurde in een reële klinische context met reële patiënten met reële, lees beperkte middelen en vaak in samenwerking met "echte" onderzoekers. De academische context waarin ik steeds gewerkt heb, de universitaire ziekenhuizen in Gent en Leuven, speelt hierin natuurlijk een belangrijke rol. Ik besef dat andere klinische of onderzoekscontexten minder geprivilegieerd kunnen zijn.

Als systeemtherapeut sta ik achter het principe van "een verschil dat een verschil maakt". Dit betekent dat er steeds verschillende soorten personen en verschillende soorten onderzoek in de onderzoeks- en klinische wereld nodig zijn, "diehard"-onderzoekers en "pur sang"-clinici, clinici die ook onderzoekers zijn en onderzoekers die ook clinici zijn, maar ook allerlei soorten onderzoek – fundamenteel, methodisch en resultaat- en procesonderzoek – onderzoek in gezonde en klinische populaties enzovoort. Van belang vind ik wel dat er voldoende communicatie met elkaar is en dat er voldoende evenwicht is, zodat een bepaalde groep van personen of bepaald soort onderzoek niet het dominant of overheersend verhaal schrijft.

Idealiter zou iedere systeemtherapeut wat onderzoek moeten doen of gedaan hebben, en zouden onderzoekers in het beste geval wat praktijkervaring hebben om voldoende voeling met elkaars wereld en vragen te houden. Hoe dan ook zouden ze toch tenminste, via een structureel overleg, met elkaar in dialoog moeten treden over hun onderzoek of klinische vragen. Verder heeft ook de academische wereld een belangrijke verantwoordelijkheid bij deze integratie.

Twee belangrijke zaken kunnen dit proces bevorderen. (1) Het aantal academici moet in verhouding zijn met het aantal praktijkbeoefenaars. In Nederland is er bijvoorbeeld een sterk gebrek aan evenwicht tussen het aantal praktiserende systeemtherapeuten en het aantal

“systeemtherapeutische” academici. Eigenlijk is dit onaanvaardbaar en een rem op de ontwikkeling van zowel het onderzoek als de systeemtherapie. (2) Academici zouden niet enkel op basis van onderzoek een academische positie of carrière moeten kunnen krijgen – wat nu de courante praktijk is – maar ook op basis van klinische verdienste of een combinatie van beide. Er is dringend nood aan een “clinical professorship” aan de universiteiten.

Een andere mogelijkheid is dat een tijdschrift als *Systeemtherapie* bij elk klinisch artikel de auteurs verplicht om een aantal interessante onderzoeksvragen te stellen, of een reflectie door onderzoekers bijvoegt. Omgekeerd zouden de auteurs van een onderzoeksartikel een aantal implicaties voor de praktijk kunnen vermelden of kan hier ook een reflectie door therapeuten over het nut van het onderzoek voor de praktijk bij worden geschreven.

Systeemtherapeuten kennen het relevante evidence-based onderzoek binnen hun domein vaak te weinig, zodat ze op geen enkel moment een echte partij vormen om voldoende weerwerk te bieden in de discussie met de beleidsmakers of verzekeraars over welke therapie aan te bieden voor welke stoornis. Een goede kennis van de evidence-based literatuur kan de systeemtherapie een plaats geven die ze verdient. We leven nu eenmaal in een tijdperk waar informatie belangrijk is.

Het zou verder nuttig en verrijkend zijn als onderzoekers eerder zouden spreken met patiënten of cliënten in plaats van over hen of over vooral gezonde personen. Het zou hun hypothesen en richtlijnen meer relevant maken. We leven nu eenmaal in een postmoderne wereld waar dialoog belangrijk is.’

Peter Rober

‘Het is mijn indruk dat de kloof tussen onderzoek en praktijk de laatste decennia groter geworden is – zie ook Lambert (2004; 2013, red.). De nadruk op evidence-based behandelingen heeft volgens Lambert gemaakt dat heel wat praktijkmensen zich verder hebben afgekeerd van resultaten van onderzoek. Vaak vinden therapeuten dat onderzoekers te veel nadruk leggen op de betrouwbaarheid van het onderzoek, en daardoor onvoldoende aansluiten bij de eigenheid van de therapeutische praktijk. Zo kan een randomized controlled trial, oftewel rct, ons leren dat een bepaalde behandeling werkt bij 65% van de cliënten, maar de therapeut in de praktijk weet niet of de behandeling zal werken voor deze specifieke cliënt die voor hem of haar zit. Traditioneel onderzoek gaat immers over de gemiddelde cliënt, terwijl ik als thera-

peut in de praktijk probeer aan de sluiten bij deze unieke cliënt die voor mij zit.

Het is niet verwonderlijk dat therapeuten in de praktijk vaak meer geïnspireerd worden door gevalsstudies, waarbij de unieke cliënt centraal staat, dan door rct-onderzoek met grote groepen cliënten. Rct-onderzoek was belangrijk omdat het aantoonde dat therapie werkt. Dat is goed. Maar wellicht was rct-onderzoek niet echt bedoeld voor therapeuten in de praktijk; het sluit niet aan bij de vragen die therapeuten in de praktijk hebben. Vooral beleidsmensen en wetenschappers zijn consumenten van dat soort van onderzoek.

Ik denk dat er meer nood is aan praktijkmensen die onderzoek in hun praktijk integreren. Onderzoekers die praktijkervaring opdoen is ook niet slecht, maar praktijkmensen die onderzoek doen is mijns inziens veel rijker. Verder denk ik dat onderzoekers eens goed moeten luisteren naar de vragen die praktijkmensen hebben. Als ze goed luisteren naar die vragen, kunnen ze op zoek gaan naar een onderzoeksdesign dat praktijkmensen kan helpen op hun vragen antwoorden te vinden. Wellicht gaat het voor praktijkmensen minder over het zoeken van ware kennis, maar eerder over het zoeken van helpende perspectieven en manieren om naar levende processen te kijken en er mee om te gaan. Dat betekent dat onderzoekers vaak ook hun idee moeten bijschaven van wat wetenschap is en wat het doel is van onderzoek.'

Alfons Vansteenwegen

'Onderzoek is zeer belangrijk want de effectiviteit van psychotherapie moet aangetoond worden, ook — denk aan vergoeding en dergelijke — naar de buitenwereld toe. De effecten op lange termijn zijn niet bekend en niet onderzocht, en kunnen ook niet met een controle-groep onderzocht worden. Daar gaat het voor de cliënt nochtans om! De relatie therapeut-cliënt blijkt zeer belangrijk, zoals de basishoudingen van de therapeut. Wellicht is het zo dat de therapeut meer de eigen successen dan eigen mislukkingen onthoudt. Toch zouden therapeuten die af en toe eens moeten tellen! Ook ingaan op de beleving lijkt me een centraal gegeven. Die beleving is steeds individueel en subjectief: dit staat in tegenstelling tot de wetenschappelijke houding die meer op zoek is naar algemeen geldende factoren. De inzet van de therapeut is een belangrijke factor. De therapeut wil helpen, de onderzoeker wil weten. Onderzoekers zijn koud, therapeuten warm.

De kloof is met de jaren kleiner geworden. In de jaren zeventig was er helemaal geen onderzoek. De kennis van het onderzoek helpt ook

om de goeroes te relativiseren. De systeemtherapie was in de aanvang ook soms een trukendoos: spectaculaire interventies met unieke resultaten “sierden” boeken en congressen. De positief-wetenschappelijke psychologie is belangrijk als basis, maar er bestaan ook psychotherapieën die uitgaan van de betekeniswetenschappelijke psychologie, bijvoorbeeld psychoanalytisch gerichte echtpaartherapie van Willi of gezinstherapie van Ackerman en Bowen.

Psychotherapeuten moeten in hun vooropleiding grondig kennis gemaakt hebben met het onderzoek. Psychotherapie is toegepaste wetenschappelijke psychologie. De meeste therapeuten kennen wel de algemene bevindingen van het onderzoek over het effect en het proces van systeemtherapie. Maar die bevindingen veranderen niet spectaculair en niet snel, dus volgt de therapeut het onderzoek eerder op afstand. Daar is niets mis mee. Elke therapeut weet dat veruit het meeste onderzoek niet representatief is voor de dagelijkse klinische praktijk. Ook als therapeuten zelf meer hun successen en mislukkingen zouden tellen zou dat de situatie zeker verbeteren. Als ze af en toe hun eigen therapieën eens kritisch zouden beluisteren, dan handelen ze wetenschappelijk verantwoord.

Een manier om onderzoek en therapie meer te verbinden is therapeuten te laten meewerken aan onderzoek. Men zou samen met de therapeuten de hypothesen moeten ontwerpen en hun achteraf ook de resultaten duidelijk meedelen en die met hen bespreken. Therapeuten willen niet herleid worden tot het saai uitvoeren van protocollen. Maar opnieuw, deze protocoltherapieën zijn niet onderzocht op hun effect op lange termijn!

Voor de concrete praktijk biedt het onderzoek geen regels: deze interventie in dit geval met dit echtpaar in dit stadium van de therapie blijft volkomen origineel. De enige gepaste interventie bestaat niet. Dat maakt therapie doen zo boeiend. Wetenschap wil veralgemenen, therapeuten willen subjectief, individueel en uniek optreden. In sommige opleidingen komt het onderzoek bijna niet ter sprake! Dat kan verholpen worden. Het fundamenteel onderzoek zelf voegt weinig toe voor de therapeut. Het vormt een achtergrond die de therapeut echt moet kennen, maar die in de therapie zelden een concrete rol speelt. Ook de gegevens uit de betekeniswetenschappelijke psychologie zou elke therapeut vooraf moeten kennen.’

Zilveren jubilarissen?

Zoals in elk huwelijk, hebben ook onderzoek en systeemtherapie zo hun eigenheden, hun stokpaardjes die leiden tot misverstanden tussen beide.

Uit bovenstaande meningen blijkt dat de kloof tussen onderzoek en praktijk ervaren wordt als aanzienlijk tot zeer groot, wat volgens de bevraagde onderzoekers te maken heeft met de belangrijke verschillen en de gebrekkige afstemming tussen beide. Dit is jammer, want ondanks de verschillende prioriteiten van onderzoekers en praktijkmensen hebben beide groepen dezelfde langetermijnbelangen, waaronder het beter begrijpen van relaties en gezinnen, hun dynamieken, en hoe we behandeling hierop kunnen afstemmen. Consensus is er over het feit dat deze kloof gevoed wordt door zowel onderzoekers als praktijkmensen.

Een tweede conclusie betreft de richting waarin deze kloof evolueert; volgens sommigen verkleint de kloof terwijl anderen hem zien toenemen. Dit perceptieverschil is mogelijk ten dele toe te schrijven aan de specifieke context waarin men als onderzoeker/hulpverlener vooral actief is (werkt men bijvoorbeeld als systeemtherapeut in een universitair ziekenhuis, dan zijn er allicht meer kansen voor onderzoek en onderzoekssamenwerkingen).

Wat de integratie betreft, valt vooral de oproep om samen te werken aan oplossingen op. Samenwerking die volgens de bevraagde onderzoekers de wil en ambitie van beide disciplines vraagt, maar ook openheid, creativiteit en flexibiliteit, zoals van de therapeut een meer empirische houding, en van de onderzoeker meer feeling met de praktijk. Uit de verschillende meningen komt de noodzaak tot luisteren naar elkaar sterk naar voren, die de basisvoorwaarde is voor een boeiende, verrijkende dialoog tussen onderzoekers en klinici. Een dialoog en wisselwerking die concreet bestaat uit het genereren van voor de praktijk relevante hypothesen, het toetsen ervan via geëigende onderzoeksmethodes, het communiceren en zichtbaar maken van onderzoeksresultaten, het maken van de vertaalslag naar en appreciatie ervan door de praktijk, het openstaan voor feedback op en bijsturen van onderzoek.

Een dergelijke, meer doorgevoerde wisselwerking lijkt een toegangsweg naar meer wederzijds respect voor elkaars visie, eigenheid, complexiteit, en een blijvende kritische zelfreflectie van klinici en onderzoekers, wat bevorderlijk is voor de gewenste integratie tussen onderzoek en praktijk. Tenslotte moeten ook de maatschappij en de werkcontext die – terecht overigens – blijven vragen om aan te tonen dat wat we doen ook werkt, tijd en middelen verschaffen opdat een dergelijke dialoog haal- en werkbaar blijft.

Bij een jubileumeditie horen terecht kritische klanken, over hoe het geweest is, had kunnen en zou moeten zijn. Echter, bij een jubileumeditie horen ook hoopgevende woorden: onderzoek en systeemtherapie zijn niet onverzoenbaar; ze hebben verschillende maar evenwaardige expertises, en ze hebben bovendien gemeenschappelijke belangen, waarvoor ze

elkaar nodig hebben om deze te verwezenlijken. Mogen ze nog lang en gelukkig samenleven!

Met dank aan de geraadpleegde onderzoekers.

Lesley Verhofstadt is doctor in de psychologie en assistant professor relatie- en gezinspsychologie/therapie aan de Universiteit Gent. Ze maakt deel uit van het UGent FamilyLab en doet onderzoek naar partnerrelatieproblematiek. Ze is relatietherapeut en mede-inrichter van de permanente vorming 'Partnerrelatie-, gezins- en systeempsychotherapie' aan de UGent. E-mail: lesleyverhofstadt@ugent.be.

Olivia De Smet is doctor in de psychologie en werkt als doctor-assistent aan de UGent. Binnen het UGent FamilyLab doet ze onderzoek naar ongewenst intrusief gedrag en stalking bij ex-partners.

Benedicte Lowyck is doctor in de psychologie en assistant professor aan de Katholieke Universiteit Leuven. Ze is werkzaam als gezins- en relatietherapeut aan het universitair psychiatrisch centrum aan de KU Leuven, campus Kortenberg.

Personalia onderzoekers

Hans Bom is werkzaam als klinisch psycholoog/systeemtherapeut in het Lorentzhuys te Haarlem en als consultant in het Centrum voor consultatie en expertise. Hij heeft als clinicus en als manager meer dan dertig jaar ervaring in de kinder- en jeugdpsychiatrie en de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Zijn onderzoekservaring stamt vooral uit de tijd van zijn promotie vijftien jaar geleden. Hij promoveerde toen op 'het doorbreken van impasses in de behandeling bij jongeren met een verstandelijke handicap'. Hij geeft les over onderzoek in verschillende (systeem)psychotherapieopleidingen en hij is betrokken bij uitkomst- en procesonderzoek in het kader van het onderzoeksproject 'Geweldloos verzet in gezinnen' enerzijds en een onderzoeksproject dat gekoppeld is aan de behandeling van vechtscheidingen anderzijds.

Ann Buysse is hoogleraar aan de faculteit Psychologie en pedagogische wetenschappen van de Universiteit Gent waar ze binnen de vakgroep Experimenteel-klinische en gezondheidpsychologie hoofd is van de onderzoeksgroep Gezinspsychologie (FamilyLab). Ze is mede-inrichter van de permanente vorming 'Partnerrelatie-, gezins- en systeempsychotherapie' en de opleiding Bemiddeling (UGent). Als onderzoekster heeft ze een ruime expertise met fundamenteel, uitkomst-, proces- en methodologisch onderzoek in het gebied van de relatie- en gezinsstudies.

Recent was ze hoofdpromotor van twee interdisciplinaire, interuniversitaire onderzoeksprojecten naar scheiding (IPOS-onderzoek) en seksuele gezondheid (Sexpert-onderzoek) in Vlaanderen. Momenteel is ze medepromotor van een GOA-onderzoeksproject naar sociaal en genetisch ouderschap (GOA parenthood).

Henk Jan Conradi is sinds 2008 werkzaam als assistant professor aan de programmagroep klinische psychologie, afdeling psychologie, Universiteit van Amsterdam. Hij verwierf klinische ervaring als diagnosticus en behandelaar en genoot basisopleidingen in emotionally focused therapy (eft) en cognitieve gedragstherapie. Als onderzoeker zijn zijn speerpunten (1) uitkomstonderzoek van relatietherapie (momenteel de op eft gebaseerde 'Houd me vast'-cursus voor paren) en (2) meer fundamenteel onderzoek naar onderliggende kwetsbaarheid voor terugval in relatieproblemen. Bij dit laatste gaat het om associaties tussen hechting, partnerinteractie en cardiovasculaire reactiviteit. Daarnaast heeft hij de internationaal courante hechtingsvragenlijst ('Experiences in close relationships questionnaire') vertaald, bewerkt en genormeerd en is hij vertrouwd met kwantitatieve onderzoeksmethoden die het mogelijk maken om interpersoonlijke effecten en interactieprocessen, eigen aan relatieonderzoek, te bestuderen.

Jan De Mol is professor klinische kinder- en adolescentenpsychologie aan de Université Catholique de Louvain (UCL). Naast klinisch kinderpsycholoog is hij ook systeemtherapeut en gedragstherapeut. Hij heeft een praktijk als gezins- en oudertherapeut in de Consultations psychologiques spécialisées-émotions verbonden aan de UCL. Zijn onderzoek, dat zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek betreft, richt zich op fundamentele processen in gezinsrelaties en gezinstherapie. Daarnaast doet hij ook onderzoek naar methodieken die de complexiteit van gezinsrelaties in beeld kunnen brengen, zoals het 'Social relations model' en de 'Social relational theory', die gebaseerd zijn op de notie interafhankelijkheid. Zijn concrete onderzoeksonderwerpen betreffen agency van kinderen en de interafhankelijkheid van bidirectionele invloedsprocessen in systeemtherapie en gezinnen, de fenomenologie van depressie bij adolescenten en van veranderingsprocessen in groepsgezinstherapie, systeemtherapie als een proces van 'social sharing of emotion', en de ontwikkeling van een instrument voor het meten van de therapeutische alliantie in gezinstherapie dat rekening houdt met interafhankelijkheid.

Catrin Finkenauer is sinds 2013 hoogleraar op het gebied van kindermishandeling en interpersoonlijke relaties bij de afdeling Ontwikke-

lingspedagogiek (faculteit der psychologie en pedagogiek, Vrije Universiteit Amsterdam). Haar onderzoek slaat een brug tussen relatieonderzoek en onderzoek naar trauma en mishandeling, vanuit de vaststelling dat onderzoek naar interpersoonlijke relaties vaak stopt daar waar trauma en mishandeling beginnen en, omgekeerd, dat onderzoek naar trauma en kindermishandeling onvoldoende rekening houdt met relaties. Haar onderzoek, waarvoor ze samenwerkt met het Kinder- en Jeugdtraumacentrum en het Lorentzhuis in Haarlem, is vooral fundamenteel van aard. Eén lijn binnen haar onderzoek richt zich bijvoorbeeld op het systematisch toetsen van het 'energiemodel van zelfcontrole' bij huiselijk geweld met het doel in kaart te brengen welke onderdelen van interventies bij huiselijk geweld helpen om zelfcontrole en daarmee het individuele en sociale functioneren van ouders en kinderen doelgerichter te verbeteren.

Alfred Lange is als emeritus hoogleraar gezins- en relatietherapie verbonden aan de programmagroep Klinische psychologie van de Universiteit van Amsterdam. Zijn onderzoekscarrière, die zich vooral afspeelde in de vakgroepen Sociale psychologie en Klinische psychologie (UvA) en de groep Directieve therapie, startte in 1966 en resulteerde in de publicatie van vele (inter)nationale wetenschappelijke artikelen en hoofdstukken in boeken, meerdere eigen boeken zoals *Gedragsverandering in gezinnen* (2006), alsook diverse educatieve therapievideo's. Tevens is hij mede-oprichter van Interapy, een erkende ggz-instelling die online therapie biedt voor psychische klachten. Hij heeft affiniteit met zowel uitkomst- en procesonderzoek als fundamenteel en methodisch onderzoek. Zijn huidige onderzoeksonderwerpen betreffen onder meer onderzoek naar gezinsinteracties en relatie- en gezinstherapie, de effecten van therapeutische behandelingen en behandelmethoden, internettherapie en de ontwikkeling en validatie van diagnostische testinstrumenten. Zijn onderzoeksgebieden beslaan diverse psychische problematieken zoals seksueel misbruik, angst, agressie, posttraumatische stress, rouw, burn-out, depressie en eetstoornissen.

Gilbert Lemmens is psychiater-gezinstherapeut, diensthoofd van de universitaire dienst Psychiatrie (Universitair Ziekenhuis Gent), docent aan de vakgroep Psychiatrie en medische psychologie (faculteit Geneeskunde en gezondheidswetenschappen, UGent) alsook mede-inrichter en opleider van de permanente vorming 'Partnerrelatie-, gezins- en systeempsychotherapie' (UGent). In zijn rol als clinicus werkt hij halftijds als psychiater en halftijds als partnerrelatie- en gezinstherapeut op de universitaire dienst Psychiatrie. In zijn rol als onderzoeker heeft hij ruim vijftien jaar expertise met gezinsonderzoek. Dit onderzoek betreft uitkomst- en

procesonderzoek naar symptoom- en psychosociale verbetering en naar helpende factoren van systemische familiegroepen bij verschillende patiëntenpopulaties. Daarnaast voert hij ook fundamenteel onderzoek uit naar de verbanden tussen het relationeel en familiaal functioneren enerzijds en somatische of psychiatrische ziekten anderzijds.

Peter Rober is klinisch psycholoog en gezinstherapeut, werkzaam bij Context (centrum voor relatie- en gezinstherapie, universitair psychiatrisch centrum aan de Katholieke Universiteit Leuven). Daarnaast is hij als hoogleraar verbonden aan het Instituut voor familiale en seksuologische wetenschappen (faculteit Geneeskunde, KU Leuven). In zijn werk maakt hij een sterke verbinding tussen onderzoek en praktijk, met als voornaamste onderzoeksdomeinen gezinstherapie en -communicatie. Zijn procesonderzoek over gezinstherapie gaat over de persoon van de therapeut (namelijk het innerlijke gesprek van de therapeut) en over de dialoog tussen therapeut en gezinsleden (namelijk hoe er ruimte gemaakt kan worden voor feedback van gezinsleden). Zijn fundamenteel onderzoek over gezinscommunicatie betreft kwalitatief onderzoek gericht op de dialectiek tussen spreken en niet-spreken in gezinnen (namelijk onderzoek over gezinsgeheimen en selectieve openheid in onder meer adoptiegezinnen, gezinnen met donorkinderen, gezinnen van kankerpatiënten).

Alfons Vansteenwegen is emeritus hoogleraar, psycholoog, seksuoloog en relatietherapeut. Hij was voorzitter van het Instituut voor familiale en seksuologische wetenschappen (faculteit Geneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven) en diensthoofd van het voormalige Communicatiecentrum voor echtparen in het Universitair Ziekenhuis Leuven (nu Context, centrum voor relatie-, gezins- en sekstherapie). Naast praktiserend relatietherapeut is hij actief als supervisor en opleider in bijscholingen in systeem-, relatie- en gezinstherapie. Hij heeft maar liefst dertig jaar ervaring met uitkomst- en procesonderzoek van partnerrelatie- en sekstherapie, uitgevoerd in het Instituut voor familiale en seksuologische wetenschappen en het vroegere Communicatiecentrum voor echtparen. Zijn uitkomstonderzoek betreft onder andere een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek en een follow-uponderzoek (over zeven jaar) naar de effectiviteit van echtpaartherapie. Voorbeelden van zijn procesonderzoek zijn onderzoek naar het belang van therapeutische basishoudingen voor de uitkomst van therapie, naar de effecten van vormen van cognitieve herstructurering en naar de helpende rol van specifieke interventies in relatietherapie.

Literatuur

- Buyse, A., De Mol, J. & Verhofstadt, L. (2014). Complexiteiten van systemisch onderzoek. In A. Savenije, M.J. van Lawick & E.T.M. Reijmers (red.), *Handboek systeemtherapie* (2e, herziene editie) (p.99-108). Utrecht: De Tijdstroom.
- Lambert, M.J. (ed.) (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York: Wiley.
- Lambert, M.J. (ed.) (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Lange, A. (2006). *Gedragsverandering in gezinnen — Cognitieve gedrags- en systeemtherapie* (8e herziene editie). Groningen: Martinus Nijhoff.
- Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15. Beschikbaar op www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3266769.
- Savenije, A., Lawick, M.J. van & Reijmers, E.T.M. (red.) (2014). *Handboek systeemtherapie* (2e, herziene editie). Utrecht: De Tijdstroom.