

Deel 3 Onderzoek

6 Complexiteiten van systemisch onderzoek

Ann Buysse, Jan **de** Mol en Lesley Verhofstadt

[???Auteurs, wilt u hier uw personalia toevoegen?



- **functie;**
- **organisatie;**
- **eventuele afdeling binnen die organisatie;**
- **expertise, specialisme, eventueel onderzoek, eventueel een belangrijke andere publicatie (kort 'cv').]**

- 1 Systeemdenken en onderzoek: een paar apart
 - 2 Het verschil dat het verschil uitmaakt
 - 3 Diversiteit en complexiteit van zowel onderzoeks- als therapielandschap
 - 4 Uitkomstonderzoek en methodische beperkingen
 - 5 Van doeltreffendheidonderzoek naar bruikbaarheids- en procesonderzoek
 - 6 Fundamenteel onderzoek
 - 7 Methodisch onderzoek
 - 8 Tot slot
- Literatuur

1 **Systeemdenken en onderzoek: een paar apart**

Systeemtherapie en het onderzoek hebben een complexe, ambigue relatie. Het systeemtherapeutische paradigma, met de nadruk op circulariteit, leent zich immers niet gemakkelijk tot vertaling in ‘lineaire’ hypothesen en de daarbij horende onderzoeksmethoden. Het systeemdenken vertrekt van de complexiteit – alles hangt met alles samen – en is als zodanig moeilijk te vatten binnen de spelregels van het onderzoek dat vraagt naar eenvoudige, toetsbare, lineaire hypothesen. In een theorie gericht op contextualiseren raakt reductie tot toetsbare hypothesen de kern van het paradigma. Onderzoek kan dan ook niet tot doel hebben om de praktijk methodisch te onderbouwen of te zeggen wat er moet gebeuren in de therapiekamer. Anderzijds is empirische ondersteuning van het systeemdenken noodzakelijk, wil het systeemdenken kunnen overleven in dit evidence-based tijdperk. De roep naar steeds ‘betere’, meer ‘efficiënte’ therapie klinkt luid, evenals de verantwoordelijkheid om een cliënt te voorzien van de ‘beste’ behandeling.

Is onderzoek onbegrijpelijk, nietszeggend en irrelevant? Is de cultuur van scepsis tegenover onderzoek gelegitimeerd of achterhaald? Wat hebben de algemene ‘waarheden’ die uit onderzoek voortkomen te maken met de particuliere praktijk van een therapeut? Het zijn interessante, belangrijke vragen. Immers, dat onderzoek niet kan zeggen hoe een therapeut zich moet gedragen of wat deze moet doen, ontslaat de therapeut niet van het stellen en beantwoorden van de vraag naar wat een ‘goede’ praktijk is. De vraag naar het optimaliseren van de praktijk is maatschappelijk, ethisch en theoretisch relevant. Dit impliceert dat systeemtherapeuten hoe dan ook spelregels zullen moeten vaststellen over wat zij als ‘goede’ praktijk gaan omschrijven en hoe ze die gaan evalueren. Vraag is of het onderzoek hierbij een hulp kan zijn en zo ja, hoe?

2 **Het verschil dat het verschil uitmaakt**

In wat volgt betogen we dat de spelregels van het hedendaagse onderzoek één manier vormen 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 behandeling van cliënten, staat naast die 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 één van, niet de enige goede manier maar wel een manier. Onderzoek impliceert een systematische manier van denken met als voordeel dat de spelregels duidelijk afgesproken zijn. Wetenschappelijke kennis het statuut geven van superieure of allesomvattende kennis is pretentius. Het negeren van wetenschappelijke kennis is dat evenzeer. Of, om het met Bateson te zeggen, het verschil tussen kennis uit onderzoek en kennis uit de praktijk is zowel groot als klein genoeg om informatief te blijven. Dit is de stelling die we in het vervolg van dit betoog zullen verdedigen.

3 Diversiteit en complexiteit van zowel onderzoeks- als therapielandschap

Om een en ander scherper te stellen, is het nodig om te differentiëren tussen therapieveld en onderzoeksveld. Het onderzoek dat hier besproken wordt, bestudeert die therapierichtingen die menselijke problemen voornamelijk als interpersoonlijk van aard zien en waarbij de behandeling van het probleem een interventie vraagt die de relaties tussen mensen betreft (Carr, 2006; Pinsof & Wynne, 1995; Pinsof & Wynne, 2000). Hieronder valt een groot aantal therapeutische stromingen, gezamenlijk de relatie- en gezinstherapie of systeemtherapie genoemd. We gebruiken in dit betoog de verzamelterm ‘relatie- en gezinstherapie’. In het onderzoeksveld zijn er ruwweg vier typen onderzoek relevant voor therapie in het algemeen en de relatie- en gezinstherapie in het bijzonder. Onderzoek dat een antwoord zoekt op vier vragen.

- 1 Werkt therapie? (Uitkomstonderzoek).
- 2 Waarom werkt therapie? (Procesonderzoek).
- 3 Wat zijn de basismechanismen onderliggend aan gezond en pathologisch functioneren? (Fundamenteel onderzoek).
- 4 Hoe kan de methodologie om fenomenen meer accuraat te bestuderen, geoptimaliseerd worden? (Methodisch onderzoek).

In de volgende paragrafen gaan we op elk van deze soorten onderzoek in met concrete voorbeelden uit onze eigen onderzoekspraktijk. Centraal staat de vraag hoe informatief deze verschillende soorten onderzoek kunnen zijn voor de relatie- en gezinstherapeut. Deze vier typen onderzoek maken gebruik van een variëteit aan onderzoeksmethoden, van kwalitatief tot kwantitatief onderzoek, met alle mengvormen ertussenin. Elk van deze methodieken heeft een eigen set spelregels. Algemeen geldt dat de methode ondergeschikt is aan de onderzoeksvraag. Uitkomstonderzoek vraagt bijvoorbeeld een experimentele opzet, terwijl

procesonderzoek typisch gebeurt via een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve methoden. De vraag hoe kinderen gezinstherapie beleven, kan het beste onderzocht worden via een kwalitatief onderzoeksdesign, terwijl de observatie van interactiepatronen tijdens conflicten bij partners observationeel, kwantitatief onderzoek vereist.

4 Uitkomstonderzoek en methodische beperkingen

Laat ons het uitkomstenonderzoek met al zijn methodische beperkingen omarmen. Het uitkomstonderzoek (in het Engels maakt men in het uitkomstonderzoek verschil tussen *efficacy*- en *effectiveness*-onderzoek; het betreft hier efficacy-onderzoek, dat wil zeggen onderzoek naar doeltreffendheid) is wellicht de meest bekende en tegelijk ook meest bekritiseerde vorm van onderzoek. Stevig onderbouwd uitkomstonderzoek dat de meerwaarde van relatie- en gezinstherapie aantoont is er nu al ruim twintig jaar (Sprenkle, 2002): genoeg om ook meta-analyses van al het uitkomstonderzoek beschikbaar te hebben (zie Shadish & Baldwin, 2003). Er bestaat dan ook voldoende wetenschappelijke evidentie om niet langer te twijfelen aan de legitimiteit van relatie- en gezinstherapie als interventiemodel.

Klinisch betekenisvolle resultaten worden gevonden bij 40 tot 50% van alle met relatie- en gezinstherapie behandelde cliënten. Relatie- en gezinstherapie biedt afdoende resultaten bij de behandeling voor schizofrenie, depressieve vrouwen die ontevreden zijn in hun relatie, relatieproblemen, alcoholisme en druggebruik bij volwassenen, oppositioneel gedrag, eetstoornissen, autisme, dementie en cardiovasculaire risicofactoren (zie voor een overzicht Lange, 2006; Carr, 2006). Daar waar relatie- en gezinstherapie niet voldoende is voor de behandeling van ernstige en chronische stoornissen, bevordert het wel de effectiviteit van andere therapieën. Verder is relatie- en gezinstherapie beter dan geen behandeling voor obesitas bij volwassenen, adolescenten en kinderen, hypertensie en nagenoeg alle chronische ziekten bij kinderen. De effecten op langere termijn zijn iets minder duidelijk, maar nog steeds significant en geen enkele studie toont negatieve effecten aan.

Uitkomstonderzoek biedt dus een systematisch antwoord op de vraag of en onder welke condities relatie- en gezinstherapie werkt. De meerwaarde van dit onderzoek is juist de systematiek, omdat het uitstijgt boven het meer subjectieve oordeel van de therapeut of de cliënt. Een objectief antwoord op de vraag of eventuele veranderingen bij de cliënt(en) echt het gevolg zijn van de therapie, vraagt immers een systematische evaluatie met een controleconditie en herhaalde metingen. Juist omwille van die restricties is uitkomstonderzoek ook het meest omstreden. Zo wordt meestal gewerkt met een homogene en sterk selectieve

proefgroep (bijvoorbeeld mensen met depressie, maar zonder enige comorbide stoornis in tegenstelling tot de meer complexe problematiek in de praktijk), met een sterk gestructureerde protocollaire behandeling (in tegenstelling tot de creativiteit die therapeuten aan de dag leggen), een op voorhand bepaald aantal sessies en verloop van de sessies, binnen een sterk gecontroleerde onderzoekscontext die weinig representatief is voor de praktijkcontext. De veralgemeenbaarheid naar de dagelijkse praktijk is daarom niet evident.

Dient uitkomstonderzoek dan enkel de academische discussie? Is het niets meer dan een legitimering van een behandeling waarvan therapeuten allang weten dat het werkt? Niet helemaal. Het is zonder meer juist dat uitkomstonderzoek meer aandacht besteedt aan de interne validiteit (is het effect wel toe te schrijven aan de interventie) dan aan de externe validiteit (geldt het ook in een andere, minder gecontroleerde context) en als zodanig meer informatief is voor academici dan voor therapeuten. Maar het dient ook een maatschappelijke beleidsdiscussie. In dit tijdperk waar beleidsmakers terecht de vraag stellen waarvoor ze het beste hun schaarse middelen kunnen aanwenden, biedt het uitkomstonderzoek een maatstaf, een objectief criterium voor een vergelijking met gekende spelregels (zie Sprenkle, 2003).

Als een interventie onder sterk gecontroleerde omstandigheden een klinisch relevant resultaat geeft voor de helft van de behandelde cliënten, dan is het opportuun om te investeren in deze interventie. In een beleidsdiscussie klinkt het woord van een therapeut die ‘weet’ dat zijn of haar interventie werkt nu eenmaal minder luid dan de systematische observatie van de onderzoeker die ‘aantoont’ dat het werkt. En toch is het ook zonder meer juist te stellen dat dit soort uitkomstonderzoek weinig informatief is voor wat er zich in de therapiekamer afspeelt. In de therapiekamer komen cliënten met veel complexere problemen dan de cliënten die in uitkomstonderzoek te vinden zijn, de omstandigheden zijn per definitie niet te controleren, en de interventie is niet gebaseerd op een handleiding maar wordt geleid door de unieke problematiek van de unieke cliënt.

Kort samengevat: een relatie- en gezinstherapeut hoeft geenszins schrik te hebben van uitkomstonderzoek en wel om twee redenen. Ten eerste omdat blijkt dat het onderzoek aan de kant van de therapeut staat. Het toont immers aan wat een therapeut weet: dat aan de legitimiteit en de effectiviteit van de relatie- en gezinstherapie niet hoeft te worden getwijfeld. Ten tweede heeft het uitkomstonderzoek geenszins de pretentie te dicteren wat er zich in de therapiekamer van de therapeut moet afspelen (de uitspraken van een enkele overmoedige onderzoeker niet te na gesproken). Integendeel, het dient de academische en beleidsdiscussie. Bovendien heeft de beperkte klinische relevantie van het uitkomstonderzoek onderzoekers geïnspireerd tot meer creatieve onderzoeksmethoden die meer beloftes inhouden voor de

therapeut.

Een voorbeeld van eigen bodem verduidelijkt deze stelling. In een recente studie gingen Lemmens, Eisler, Buysse e.a. (in druk) na of gezinstherapie een meerwaarde heeft in de behandeling van depressie bij opgenomen cliënten. Om dit na te gaan werden de cliënten (n = 83) op toevalsbasis toegewezen aan drie condities: de standaardbehandeling in het ziekenhuis, de standaardbehandeling gecombineerd met gezinstherapie of de standaardbehandeling gecombineerd met multigezinstherapie (een groepsbehandeling met verschillende gezinnen tegelijkertijd). De resultaten tonen aan dat na 15 maanden bij beide vormen van gezinstherapie, vergeleken met de standaardbehandeling, meer cliënten positief reageren op de behandeling en meer cliënten geen medicatie meer gebruiken. Bovendien waren de partners die deelnamen aan de gezinstherapie zich meer bewust van de verbeteringen in het emotioneel welzijn van de cliënt. Er waren geen verschillen tussen beide vormen van gezinstherapie. Dit onderzoek heeft niet de pretentie te besluiten dat gezinstherapie noodzakelijk is bij opgenomen cliënten met een depressie. Het legitimeert wel het bestaan van gezinstherapie op de afdeling in het ziekenhuis en daarnaast toont het aan dat – in de gegeven setting – de meer economische groepsbehandeling even doeltreffend is als de individuele gezinstherapie.

5 Van doeltreffendheidonderzoek naar bruikbaarheids- en procesonderzoek

Kunnen bruikbaarheidonderzoek en procesonderzoek het verschil uitmaken? Tot nog toe hebben we vooral de methode van het uitkomstonderzoek onder de loep genomen, met als conclusie dat dit onderzoek vooral het academisch en beleidsdiscours dient en minder de klinische bruikbaarheid. Interessant zijn echter ook de resultaten van dit onderzoek. Meta-analyses geven immers keer op keer aan dat de verschillen in effecten tussen verschillende interventiemethoden (binnen de relatie- en gezinstherapie of tussen relatie- en gezinstherapie en andere therapiestromingen) klein zijn. De algemene conclusie is doorgaans dat verschillende soorten interventies ongeveer dezelfde effecten hebben.

Zowel de methodische beperkingen (de beperkte klinische relevantie) als de beperkte resultaten (de kleine verschillen tussen condities) hebben in het veld van het therapieonderzoek geleid tot andere onderzoeksvragen en het ontwikkelen van innovatieve, meer creatieve onderzoeksmethoden, vooral het bruikbaarheidonderzoek en het procesonderzoek. Beide onderzoeksmethoden willen meer inzicht genereren in de vraag

waarom interventies werken en houden dus meer beloftes in naar klinische bruikbaarheid. Maar zijn de hoge verwachtingen terecht? Is dit onderzoek in staat het verschil uit te maken in de dagelijkse praktijk van een relatie- en gezinstherapeut?

De beperkte relevantie van de resultaten van uitkomstonderzoek voor de praktijk heeft de afgelopen jaren geleid tot een grotere roep naar bruikbaarheidonderzoek (*effectiveness research*). Bruikbaarheidonderzoek is ook uitkomstonderzoek, maar gericht op de vraag of interventies meetbare positieve effecten hebben op brede, heterogene populaties in omstandigheden die dicht staan bij de dagelijkse praktijk (Nathan e.a., 2000). In tegenstelling tot het doeltreffendheidonderzoek staat in het bruikbaarheidonderzoek de externe validiteit centraal, vooral de vraag of interventies werken onder omstandigheden die realistischer zijn dan de gemanipuleerde en gecontroleerde (laboratorium)omstandigheden van het doeltreffendheidonderzoek. Dit soort onderzoek is dan ook veel minder gericht op de academische vraag of veranderingen in een cliënt exclusief toe te schrijven zijn aan de interventie. Het staat dicht bij de klinische ervaring en de dagelijkse praktijk van de therapeut die per definitie idiosyncratisch en cliëntgestuurd is. Bruikbaarheidonderzoek geeft dan ook informatie die therapeuten kan helpen beslissingen te nemen over wat ze kunnen doen met specifieke cliënten op specifieke punten in het verloop van de therapie. Jammer genoeg is er tot op heden weinig bruikbaarheidonderzoek beschikbaar dat de effecten van relatie- en gezinstherapie in realistische en minder gecontroleerde omstandigheden nagaat en zijn er tot op heden geen meta-analyses (Shadish & Baldwin, 2003).

Ook het procesonderzoek biedt een mogelijk antwoord op de beperkte toepasbaarheid van de resultaten van uitkomstonderzoek in de praktijk (Heatherington e.a., 2005; Pinsof & Wynne, 2000). De kleine verschillen die gevonden worden tussen verschillende behandelingen, hebben geleid tot een tweeledige reactie bij onderzoekers. Sommigen pleiten voor meer en beter onderzoek; de kleine verschillen tussen condities worden dan toegeschreven aan te weinig sensitieve onderzoeksmethoden. Anderen pleiten voor meer procesonderzoek. Als verschillende interventies gelijkaardige effecten geven, dan rijst immers de vraag waarom iets werkt, wat er in therapie gebeurt. Welke variabelen modereren verandering? Gaat het om demografische, individuele of relationele variabelen? Heeft een interventie voor depressie hetzelfde effect voor een cliënt met of zonder partnerrelatie, met of zonder relatieproblematiek, met of zonder netwerk? Wat zijn de helpende factoren in therapie? Op welke momenten gebeurt verandering en wat induceert die verandering? Zijn er gemeenschappelijke factoren in verschillende interventies die helpend zijn? Ook hier blijven vele vragen bestaan, aangezien ook dit soort onderzoek tot nu toe veel minder aandacht kreeg

dan het uitkomstonderzoek.

Ook hier een voorbeeld van eigen bodem om een en ander te verduidelijken. Rober, Elliot, Buysse en anderen ([???) in druk) gebruikten een videogestuurde herinneringsprocedure om de inhoud van de innerlijke dialoog van gezinstherapeuten tijdens sessies met een gestandaardiseerde cliënt te bestuderen. Sessies waarin gezinstherapeuten een gesprek voerden met een cliënt werden op video opgenomen en nadien werd aan de therapeuten gevraagd om bij het bekijken van de video alle onuitgesproken gedachten en gevoelens die ze tijdens de sessie hadden, op te schrijven. Via een *grounded theory*-analyse van de reflecties van de therapeuten werd een taxonomie gemaakt van 282 verschillende codes in een hiërarchische structuur met 6 niveaus, georganiseerd rond 4 algemene thema's:

- aandacht voor het proces bij de cliënt;
- het verwerken van het verhaal van de cliënt;
- focus op de eigen ervaring als therapeut;
- het managen van het therapeutische proces.

Het gehele onderzoek was verrassend omdat het vooral resulteerde in een grote waardering van de innerlijke dialoog van therapeuten, die zeer rijk bleek te zijn en waaruit duidelijk werd dat therapeuten hard werken om een interpersoonlijke ruimte te creëren waarin ze met hun cliënt kunnen praten. Het onderzoek brengt in kaart wat er zich afspeelt in het hoofd van gezinstherapeuten in de therapiekamer. De resultaten zijn rechtstreeks bruikbaar voor de opleiding van gezinstherapeuten, voor intervisie en supervisie en voor elke individuele gezinstherapeut die bekommerd is om de optimalisatie van de door hem of haar geïnitieerde processen in therapie. We willen dan ook het internationale pleidooi voor meer bruikbaarheidsonderzoek en meer procesonderzoek in de relatie- en gezinstherapie ten volle onderschrijven.

6 Fundamenteel onderzoek

Is fundamenteel onderzoek binnen de relatie- en gezinstherapie theoriegedreven en theorie genererend, is dit onderzoek het fundament van het therapeutische werk? De tot dusver besproken typen onderzoek zijn op een of andere manier gelieerd aan therapie omdat het effect en/of het proces van therapie centraal staat. Daarnaast bestaat het fundamenteel onderzoek naar de processen onderliggend aan gezond en pathologisch functioneren. Aangezien dit onderzoek losstaat van therapie en therapeutische processen, is de vraag naar de mogelijke betekenis van dit onderzoek voor de therapeut zo mogelijk nog meer prangend.

Is onderzoek op doorsneepersonen (zonder klinisch ziektebeeld) informatief voor de praktijk? Kan of moet relatie- en gezinstherapie wortelen in de empirische evidentie voor fundamentele processen die het interpersoonlijk functioneren verklaren?

Alweer interessante vragen die verdieping vragen, deze keer over het fundamenteel onderzoek. Dit onderzoek vertrekt ofwel vanuit een specifiek probleem of syndroom, ofwel vanuit een conceptueel kader, bijvoorbeeld de interpersoonlijke mechanismen. Het fundamenteel onderzoek kan theorie toetsen en theorie genereren. In het eerste geval wordt een top-downbenadering gevolgd. De onderzoeker formuleert op basis van theorie hypothesen en selecteert een onderzoeksmethode die het meest geschikt is om de hypothese te toetsen. In het tweede geval wordt een bottom-upbenadering gevolgd. Fundamenteel onderzoek kent dan ook een brede variëteit aan onderzoeksmethoden. We geven hier exemplarisch een voorbeeld van theorietoetsend en een voorbeeld van theoriegenererend onderzoek.

Een belangrijk deel van het fundamenteel onderzoek naar partnerschap en gezinsfunctioneren bestaat uit zogeheten observationeel onderzoek, waarbij onderzoekers de communicatie en de interacties tussen partners en/of gezinsleden observeren en in detail beschrijven. Men gaat dan bijvoorbeeld op zoek naar de vaardigheden van koppels om met meningsverschil en conflict om te gaan, of naar de manier waarop partners elkaar steunen in het omgaan met tegenslagen en stress.

Observationeel onderzoek levert zeer precieze en objectieve informatie op over communicatieve karakteristieken van koppels en gezinnen. Bijvoorbeeld: binnen een reeks studies van Verhofstadt, Buysse en collega's (Verhofstadt, Buysse & Ickes, 2007; Verhofstadt, Devoldre & Buysse, 2007) werden man-vrouwverschillen bestudeerd in het vragen en verlenen van sociale steun binnen koppels. Dit onderzoek had tot doel de zogeheten *marital support gap*-hypothese te toetsen (Steil, 2000); deze populaire hypothese stelt dat vrouwen minder steun van hun mannen ontvangen dan omgekeerd, en dat de steun die vrouwen van hun mannen krijgen minder effectief is dan de steun die zij hun mannen geven. Uit de reeks van observationele studies die deze – op weinig empirische en veel anekdotische evidentie gebaseerde – marital support gap systematisch hebben getest, bleek het volgende: er zijn inderdaad duidelijke genderverschillen in hoe partners zeggen steun te verlenen aan elkaar (gemeten met behulp van vragenlijsten), maar deze genderverschillen konden bij de rechtstreekse observatie van feitelijke steuninteracties binnen paren niet worden vastgesteld. Dit onderzoeksvoorbeeld toont aan dat dergelijk fundamenteel observationeel onderzoek zinvol kan zijn voor het nuanceren van ongeteste en mogelijk onjuiste assumpties over relationele fenomenen die vaak een impact hebben op de manier waarop mannen en vrouwen

binnen relaties naar elkaar kijken en op de manier waarop therapeuten naar man-vrouwrelaties kijken (Verhofstadt & Buysse, 2006).

Zoals reeds gezegd, is fundamenteel onderzoek niet uitsluitend ‘hypothesen toetsend’ maar ook ‘theorie genererend’. Kwalitatief onderzoek is uitermate geschikt om ideeën te genereren (Kuczynski & Daly, 2003), aangezien binnen dergelijk onderzoek de participanten aangesproken worden als mensen die over hun leven, relaties en persoon zinvolle en belangrijke dingen te vertellen hebben. Bijvoorbeeld, in een kwalitatief onderzoek naar een besef van invloed bij kinderen en ouders over de invloed die kinderen op hun ouders hebben (De Mol & Buysse, 2008b), waarbij gebruikgemaakt werd van de interpretatieve fenomenologische methode, bleek dat zowel kinderen als ouders de invloed van kinderen voornamelijk als niet-intentioneel duiden. Door via een kwalitatieve onderzoeksmethodologie te focussen op deze (eerder weinig onderzochte) invloed in gezinnen, voegen de deelnemers zelf een andere dimensie van invloed toe naast de meer gekende intentionele invloedsdimensie. Dergelijke ideeën zijn zinvol aangezien ze aanleiding geven tot het genereren van hypothesen die vervolgens via een geschikte kwantitatieve of kwalitatieve methodologie getoetst kunnen worden. Bijvoorbeeld, men zou kunnen veronderstellen dat voornamelijk deze niet-intentionele invloedsdimensie de interafhankelijkheid van gezinsrelaties karakteriseert, een hypothese die getoetst kan worden via andere methoden (zie paragraaf 7 over het Social Relations Model).

De voorafgaande voorbeelden illustreren de rijkdom van het fundamenteel onderzoek binnen de relatie- en gezinstherapie. De resultaten van dit onderzoek dragen bij tot het verfijnen van theorie, net zoals conceptueel werk de input kan zijn voor dit onderzoek. Een continue wederkerige beïnvloeding van theorie en onderzoek – op basis van gelijkwaardigheid – is dan de basis voor een empirisch onderbouwd conceptueel kader voor de relatie- en gezinstherapie. De groei van het relatie- en gezinstherapeutisch veld zal ten dele afhangen van de kwaliteit van het fundamenteel onderzoek. Meer specifiek: van de mate waarin het onderzoek bijdraagt tot een accuraat begrip van de oorsprong en het in stand houden van interpersoonlijke problemen, evenals tot een begrip van de factoren die bijdragen tot de groei, het in stand houden en het verval van interpersoonlijke relaties.

7 Methodisch onderzoek

Methodisch onderzoek kan de kloof tussen onderzoek en praktijk dichten. In deze paragraaf staan we stil bij de interessante methodieken die binnen het onderzoeksveld bestaan:

methodieken die nauwer aansluiten bij het systeemtheoretische paradigma dan de klassieke lineaire onderzoeksmethodieken. Twee ervan zijn de Q-methodologie en het Social Relations Model.

Het gedachtegoed achter Q-methodologie is het sociaal constructionisme. Q-methodologische onderzoekers gaan ervan uit dat er dynamische constructen leven in de cultuur, geconstrueerd door mensen in hun interactioneel talig discours, die hun denken, handelen en voelen construeren en beïnvloeden. De bedoeling van Q-methodologie is deze constructen systematisch in kaart te brengen. Het interessante aan Q-methodologie is dat het kwalitatieve en kwantitatieve methoden combineert, en bovendien dat de deelnemers aan het onderzoek benaderd worden als medewerkers van de onderzoeker en niet als ‘personen die een onderzoek ondergaan’.

In tegenstelling tot het klassieke onderzoek waarbij men een veelheid aan gegevens probeert te reduceren, gaat Q-methodologie op zoek naar diversiteit. De onderzoeker tracht samen met de deelnemers een zo groot mogelijke verscheidenheid aan constructen te genereren, maar doet dit wel op een systematische manier (kwantitatief methodologisch maakt de onderzoeker hierbij gebruik van Q-factoranalyse). Zodoende informeert Q-onderzoek de systeemtherapeut over een veelheid aan ‘opvattingen-meningen-ideeën-inzichten’ die leven in onze cultuur over een bepaalde zaak. Zo bestaat er Q-onderzoek over pijn (Risdon, Eccleston, Crombez, & McCracken, 2003) en over de invloed van kinderen op ouders (De Mol & Buysse, 2008a).

Indien we ervan uitgaan dat een belangrijke therapeutische doelstelling van de systeemtherapeut is om mensen weer te verbinden met een sociaal discours waarvan ze vervreemd zijn, kan Q-onderzoek de systeemtherapeut op een methodologisch verantwoorde manier informeren over constructen die leven in onze cultuur. Q-onderzoek biedt de therapeut op deze manier instrumenten waarmee zij of hij in de therapeutische setting aan de slag kan gaan zonder zich te bemoeien met de concrete werkwijze van de systeemtherapeut.

Het Social Relations Model (SRM) (Kenny & La Voie, 1984) is gebaseerd op de voor systeemdenkers belangrijke theorie van de interafhankelijkheid (Kelley, 1979).

Interafhankelijkheid betekent dat de leden van een systeem elkaars denken, handelen en voelen beïnvloeden. Toegepast op het gezin als systeem (Cook, 2001), gaat SRM ervan uit dat het denken, handelen, en voelen van gezinslid A ten aanzien van gezinslid B te maken heeft met vier componenten:

- 1 karakteristieken van A;
- 2 karakteristieken van B;
- 3 de specifieke relatie tussen A en B;

4 de cultuur van het gezin.

SRM biedt niet alleen een manier van denken over interafhankelijkheid in systemen, maar is bovendien een statistisch model dat de onderzoeker de statistische methode levert om de relatieve belangrijkheid van elk van de vier componenten te schatten. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat een ‘besef van controle’ dat gezinsleden hebben ten aanzien van elkaar veel meer te maken heeft met karakteristieken van het gezinslid dat gecontroleerd wordt (component 2) en de specifieke relatie (component 3), dan met karakteristieken van het gezinslid dat tracht te controleren (component 1) en de cultuur van het gezin (component 4) (Cook, 1993). Ook in Nederland en Vlaanderen is al heel wat SRM-onderzoek gedaan bij gezinnen, bijvoorbeeld naar hechting (Buist, Deković, Meeus & van Aken, 2004). SRM kan ook toegepast worden bij één specifiek gezin (SRM-familieassessment, gebruikmakend van een vragenlijst die op dit moment genormeerd wordt voor het Nederlandse taalgebied) en zodoende een bijdrage leveren tot een systemische gezinsdiagnostiek. De voorbeelden uit deze paragraaf illustreren de continue zorg van onderzoekers om methodieken te gebruiken die aansluiten bij de ontologische positie van de systeemtherapie. Het is een poging om van onderzoekszijde de kloof tussen het onderzoek, de theorie en de praktijk te dichten.

8 Tot slot

Deze bijdrage is geschreven door drie onderzoekers, ieder op hun eigen manier gepassioneerd door het spel van vragen stellen, methoden bedenken, toetsen en conclusies trekken met weer nieuwe vragen, nieuwe methoden, enzovoort. Voor onderzoekers is het evident dat de relatie- en gezinstherapie gebaat is bij een continue en wederzijdse beïnvloeding van praktijk, theorie en onderzoek. Op basis van gelijkwaardigheid biedt onderzoek immers kennis die zijn plaats verdient naast de praktijkwijsheid en het conceptueel denken. Onderzoek stimuleert de groei van het relatie- en gezinstherapeutisch veld en helpt om de relatie- en gezinstherapie in beleids- en academische discussies te legitimeren, de bruikbaarheid ervan in de praktijk te verbeteren en inzicht te genereren in de fundamentele processen van gezond en pathologisch functioneren. De toekomst van het onderzoek ziet er dan ook veelbelovend uit, evenals de continue dialoog met de praktijk.

Literatuur

Buist, K.L., Deković, M., Meeus, W.H., & Aken, M.A.G. van. (2004). Attachment in adolescence: A social relations model

- analysis. *Journal of adolescent research*, 19, 826-850.
- Carr, A. (2006). *Family therapy: Concepts, process, and practice* (2nd edition). West Sussex: Wiley & Sons, Ltd.
- Cook, W.L. (1993). Interdependence and the interpersonal sense of control: An analysis of family relationships. *Journal of personality and social psychology*, 64, 587-601.
- Cook, W.L. (2001). Interpersonal influence in family systems: A social relations model analysis. *Child Development*, 72, 1179-1197.
- Heatherington, L., Friedlander, M.L., & Greenberg, L. (2005). Change process research in couple and family therapy: Methodological Challenges and opportunities. *Journal of family psychology*, 19, 18-27.
- Kelley, H.H. (1979). *Personal relationships*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kenny, D.A., & La Voie, L. (1984). The social relations model. In L. Berkowitz (Eds.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 141-182). New York: Academic Press.
- Kuczynski, L., & Daly, K. (2003). Qualitative methods for inductive (theory-generating) research: Psychological and sociological approaches. In L. Kuczynski (Eds.), *Handbook of dynamics in parent-child relations* (pp. 373-392). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lange, A. (2006). *Gedragsverandering in gezinnen* (8e dr.). Groningen: Wolters Noordhoff.
- Lemmens, G.M.D., Eisler, I., Buysse, A., Heene, E., & Demyttenaere, K. (in druk). The effects on mood of adjunctive single family and multi-family group therapy in the treatment of hospitalized patients with major depression: A 15 months follow-up study. *Psychotherapy and psychosomatics*. [???Nog steeds in druk, of inmiddels gepubliceerd?]
- Mol, J. de, & Buysse, A. (2008a). Understandings of children's influence in parent-child relationships: A Q-methodological study. *Journal of social and personal relationships*, 25, 359-379.
- Mol, J. de, & Buysse, A. (2008b). The phenomenology of children's influence on parents. *Journal of family therapy*, 30, 163-193.
- Nathan, P.E., Stuart, S.P., & Dolan, S.L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis. *Psychological bulletin*, 126, 964-981.
- Pinsof, W.M., & Wynne, L.C. (1995). The efficacy of marital and family therapy: An empirical overview, conclusions, and recommendations. *Journal of marital and family therapy*, 21, 585-613.
- Pinsof, W.M., & Wynne, L.C. (2000). Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of marital and family therapy*, 26, 1-8.
- Risdon, A., Eccleston, C., Crombez, G., & McCracken, L. (2003). How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of diverse understandings of acceptance of chronic pain. *Social science & medicine*, 56, 375-386.
- Rober, P., Elliot, R., Buysse, A., Loots, G., & Corte, K. de. (in druk). Positioning in the therapist's inner conversation: A dialogical model based on a grounded theory analysis of therapist's reflectors. *Journal of marital and family therapy*.
- Shadish, W.R., & Baldwin, S.A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of marital and family therapy*, 29, 547-570.
- Sprenkle, D.H. (Red.). (2002). *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria, VA: The American Association for Marriage and Family Therapy.
- Sprenkle, D.H. (2003). Effectiveness research in marriage and family therapy: Introduction. *Journal of marital and family therapy*, 29, 85-96.

Steil, J.M. (2000). Contemporary marriage: Still an unequal partnership. In C. Hendrick, & S.S. Hendrick (Eds.), *Close relationships: A sourcebook* (pp. 124-136). Thousand Oaks, CA: Sage.

Verhofstadt, L.L., & Buysse, A. (2006). Mannen en vrouwen in interactie: Een kijk op gelijkenissen en verschillen vanuit relatieonderzoek. *Verslagen van het Centrum voor Genderstudies*, 15, 5-22.

Verhofstadt, L.L., Buysse, A.M., & Ickes, W. (2007). Social support in couples: An examination of gender differences using self-report and observational methods. *Sex roles*, 57, 267-282.

Verhofstadt, L.L., Devoldre, I., & Buysse, A. (2007). Sociale steun binnen koppels: Substantiële of verwaarloosbare genderverschillen? *Systeemtherapie*, 19, 4-23.

O

observationeel onderzoek -----10

S

Social Relations Model (SRM) ----- 12

Q

Q-methodologie -----12