GEZINS THERAPIE

Een selectie uit de internationale vakliteratuur

BOHN STAFLEU VAN LOGHUM
Gezinstherapie, een selectie uit de internationale vakliteratuur, is een uitgave van Bohn Stafleu Van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten, telefoon (03403) 9 57 11, telefax (03403) 5 09 03

Redactie
Alfred Lange (hoofdredacteur)
Theo Compernolle
Leo van Dijk
Magda Heireman
Gerda Methorst

Psycholoog, universitair hoofddocent aan de Universiteit van Amsterdam, vakgroep klinische psychologie
Psychiater, hoogleraar aan de Vrije Universiteit te Amsterdam en afdelingshoofd aan het Kinder- en Jeugdpsychiatrisch Centrum Tulpenburg in Amsterdam/Alkmaar
Psychiater/psychotherapeut
Psychologe en gezinstherapeute, staflid Communicatiecentrum ’Salve Mater’ en ’Ave Regina’, beide te Lovenjoel (B)
Psycholoog, universitair hoofddocent aan de Rijksuniversiteit Leiden

Gelezen tijdschriften
The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy
The American Journal of Family Therapy
The American Journal of Orthopsychiatry
Behavior Modification
Cahiers Critiques de Therapie Familiale et de Practiques de Reseaux
Current Contents; Social and Behavioral Sciences
Child & Family Behavior Therapy
Clinical Psychology Review
Familiendynamik
Family Issues
Family Process
Family Systems Medicine
Family Therapy Networker
Journal of Consulting & Clinical Psychology
Journal of Divorce & Remarriage
Journal of Family Psychology
Journal of Family Psychotherapy
Journal of Family Therapy
Journal of Marital and Family Therapy
Journal of Marriage and the Family
Journal of Sex and Marital Therapy
Networker
Psychotherapy
Sexual and Marital Therapy
Therapie Familiale
Zeitschrift für systemische Therapie

Uitgever voor Nederland
Hubert van der Kleij

Uitgever voor België
Kluwer Editorial, Mark van Riet, Excelsiorlaan 18, 1930 Zaventem

Abonnementen
Intermedia, Postbus 4, 2400 MA Alphen aan den Rijn, tel. (01720) 6 68 11
Voor België: Distybo, Santvoortbeeklaan 21-23, 2100 Deurne, tel. 03-160.02.13
Gezinstherapie verschijnt 4 × per jaar
Prijs: f 195,– (Bfr. 4.400) per jaar

ISSN 0924-8080
De Milanese systeemgerichte gezinstherapie: een overzicht van tien empirische onderzoeken*

* Alan Carr

In dit artikel wordt een samenvattend overzicht gegeven van tien empirische onderzoeken van de Milanese gezinstherapie (MGT). Deze betreffen effectonderzoeken met en zonder vergelijkingsgroepen, onderzoeken van het therapeutisch proces, onderzoeken waarin gebruik wordt gemaakt van klinische intercollegiale toetsing van de kwaliteit van het werk en onderzoeken die de tevredenheid van de cliënten peilen. Belangrijke bevindingen en methodologische kwesties worden besproken tegen de achtergrond van de research in het algemeen op het gebied van de gezinstherapie en de individuele psychotherapie. De bevindingen wijzen erop dat de MGT in twee derde tot drie kwart van de gevallen tot verandering van de symptomen kan leiden en in de helft van de behandeldes gevallen tot systemische verandering. Betrokkenheid van vaders bij de therapie kan een belangrijke factor zijn voor een positieve uitkomst. De technische aspecten van de MGT, zoals het gebruik maken van ‘screens’ en teams, kan in sommige gevallen tot ontevredenheid bij de cliënt leiden. Een consultatie op basis van de MGT kan effectief zijn om een therapeutische impasse te doorbreken. In combinatie met een korteperiode opnameperiode kan de MGT tot gevolg hebben dat het risico en de complexiteit van de gevallen zoals beoordeeld door verwijzende maatschappelijk werkers afnemen.

Inleiding

Binnen het gebied van de gezinstherapie en de systeemgerichte consultatie heeft de Milanese benadering een wijdverbreide invloed gehad (Campbell & Draper, 1985; Jones, 1988). Desondanks is er weinig empirisch onderzoek verricht naar de effectiviteit van de Milanese gezinstherapie.

** Alan Carr is Senior Consultant, Carr Communications Ltd., Old Railway Station, Taney Road, Dundrum, Dublin 14, Ierland (verzoeken om overdraken hieraan richten). (Dit artikel werd door dr. Carr geschreven toen hij Consultant Child Psychologist was bij het Thurlow House Child and Family Centre, Goodwins Road, King’s Lynn, Norfolk PE30 5PD, Groot-Brittannië.)
(MGT) of naar de processen die ten grondslag liggen aan de hieruit voortkomende veranderingen op het gebied van het systeem en op symptomatisch gebied. Hoewel er een overvloed van literatuuroverzichten en meta-analyses van gezinstherapie als algemene vorm van interventie aanwezig is, is er tot op heden nog geen alomvattend overzicht van beschikbaar empirisch onderzoek over de MGT gepubliceerd in een toonaangevend gezinstherapeutisch tijdschrift of handboek (Gurman & Kniskern, 1978, 1981; Gurman et al., 1986; Hazlerigg et al., 1987; Markus et al., 1990; Shoham-Salomon & Bice Broussard, 1990). Het hier gepresenteerde overzicht werd toetstandgebracht om in deze situatie verbetering te brengen.

De methode

De eerste stap was een uitgebreid, met de hand verricht, literatuuronderzoek dat zich uitstrekte over alle belangrijke Engelstalige tijdschriften en geredigeerde handboeken op het gebied van de gezinstherapie die tussen 1975 en 1990 gepubliceerd waren. Daarnaast onderzochten we ook de belangrijkste Engelse en Noordamerikaanse tijdschriften op het gebied van psychotherapie, klinische psychologie en psychiatrie. Ten slotte plaatsten we een brief waarin we verzochten om zowel gepubliceerde als ongepubliceerde manuscripten waarin empirische onderzoeken werden beschreven op het gebied van gezinsinterventie, met inbegrip van de MGT, in een aantal verschillende alom gelezen periodieken en nieuwsbrieven, zoals de Newsletter of the Association for Child Psychology and Psychiatry, het Bulletin of the Royal College of Psychiatry, The Psychologist, Context & Social Work Today. De brief werd in deze tijdschriften in de context geplaatst van een breder overzicht van empirisch onderzoek van gezinsinterventie in het algemeen in Engeland en Ierland.

Een overzicht van tien onderzoeken

Voor dit overzicht kwamen slechts tien onderzoeken in aanmerking die in methodologisch opzicht aan de minimumcriteria voldeden. Vier hiervan waren vergelijkende groepsonderzoeken naar het effect van behandelingen (Bennun, 1986, 1988; Green & Herget, 1989a en b; Simpson, in deze

afleverin
tanis et al., 1989) en
betrekking
hierop en
rems 1989).

In tabel 1
merken we op
de
gelowen in
betekenis:

hier
komstig
geval len
personen
onderzoek; ten
kinderen;
uitgevoer

In tabel 1
aspecten
over het
metho dologisch
de van de
hier samen:

Tabel 2
slag te zien
onderzoek
behandelingen
de proces

a kritiek bij
methodologisch
zullen ech
tekening
vermelden
in toekom
meer volle
pieonderz
publikatie
De MGT: een overzicht van tien empirische onderzoeken

aflevering. Twee ervan waren procesonderzoeken (Bennun, 1989; Vostanis et al., 1991). Er was één effectonderzoek met een enkele behandelingsgroep (Manor, in deze aflevering). Twee onderzoeken hadden betrekking op cliëntonderzoeken (Fitzpatrick et al., 1995; Mashal et al., 1989) en één onderzoek had betrekking op een klinisch intercollegiaal toetsingsonderzoek van een serie opeenvolgende patiënten (Allman et al., 1989).

In tabel 1 wordt een samenvatting gegeven van de belangrijkste kenmerken van deze tien onderzoeken. De meeste onderzoeken zijn in de afgelopen vijf jaar uitgevoerd. Vier aspecten van deze onderzoeken zijn van betekenis voor de ecologische validiteit van deze onderzoeken en moeten hier zeker genoemd worden: in de eerste plaats zijn deze onderzoeken afkomstig uit vier verschillende landen; in de tweede plaats ging het in alle gevallen om patiënten die een vorm van behandeling zochten en niet om personen die benaderd waren om deel te nemen aan een analoog onderzoek; ten derde waren de onderzoekspatiënten zowel volwassenen als kinderen; en ten slotte werden alle onderzoeken in officiële poliklinieken uitgevoerd.

In tabel 2 wordt een samenvatting gegeven van de methodologische aspecten van de tien onderzoeken. We hebben geen poging gedaan om over het geheel samenvattende waarderingscijfers te geven voor de methodologische kwaliteiten van deze onderzoeken. De vergelijkende waarde van dergelijke scores zou gering zijn, omdat de tien onderzoeken die hier samengevat zijn niet allemaal onder één type onderzoek vallen.


In dit artikel zullen we niet uitvoerig ingaan op de methodologische kritiek bij ieder onderzoek; we verwijzen de lezer liever naar het methodologisch profiel dat voor elk onderzoek apart in tabel 2 is opgesteld. We zullen echter wel voor ieder onderzoek onder het kopje 'Kritische kanttekeningen' één of twee methodologisch sterke punten noemen die het vermelden waard zijn en tevens belangrijke verbeteringen suggereren die in toekomstig onderzoek geïntroduceerd zouden kunnen worden. Een meer volledige beschouwing over dergelijke thema's die bij gezinstherapieonderzoek in het algemeen aan de orde zijn kan men aantreffen in de publikaties van Gurman en Kniskern uit 1978 en 1981.
### Tabel 1. Context en onderzoekspopset van tien MGT-onderzoeken.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nummer</th>
<th>Eerste auteur</th>
<th>Jaar van publicatie</th>
<th>Land van onderzoek</th>
<th>Opgif</th>
<th>N per groep</th>
<th>Symptoom</th>
<th>System</th>
<th>Opmerkingen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Green</td>
<td>1989</td>
<td>VS</td>
<td>CO</td>
<td>MGT = 11; ST = 11</td>
<td>Volwassen PS, kindertijd PS</td>
<td>Moeilijke gevallen met chronische problemen; gemengde etnische achtergrond; gemengde SES; MGT-consultatie aangeboden door ervaren stafleden aan collega's in opleiding aan een particuliere instelling</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Simpson</td>
<td>1991</td>
<td>GB</td>
<td>CO</td>
<td>MGT = 45; ST = 42</td>
<td>Kindertijd PS</td>
<td>Gevallen met chronische problemen op grond van de thuis-, school- en maatschappelijke situatie; gemengde SES; verwezen door huisartsen naar NHS Child Psychiatry OPC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Bennun</td>
<td>1988</td>
<td>GB</td>
<td>CO</td>
<td>MGT = 6; ST = 6</td>
<td>Alcoholproblemen</td>
<td>Verleden met alcoholproblemen van gemiddeld 9 jaar; allen afkornstig van volledige twee-generationele, twee-oudergezinnen; 6 mannen en 4 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 43 jaar; verwezen vanuit verschillende bronnen naar NHS OPC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Bennun</td>
<td>1986</td>
<td>GB</td>
<td>CO</td>
<td>MGT = 10; ST = 10</td>
<td>Alcoholproblemen, depressie, kindertijd PS</td>
<td>Moeilijke gevallen met chronische problemen; gemengde SES; verwezen vanuit verschillende bronnen naar NHS OPC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nummer</td>
<td>Eerste auteur</td>
<td>Jaar van publicatie</td>
<td>Land van onderzoek</td>
<td>Opzet</td>
<td>N per groep</td>
<td>Symptoom</td>
<td>Systeem</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>--------</td>
<td>---------------</td>
<td>---------------------</td>
<td>--------------------</td>
<td>-------</td>
<td>-------------</td>
<td>----------</td>
<td>---------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Bennun</td>
<td>1989</td>
<td>GB</td>
<td>P</td>
<td>MGT + ST = 35</td>
<td>Alcoholproblemen, depressie, kindertijd PS</td>
<td>Moeilijke gevallen met chronische problemen; gemengde SES; verwezen vanuit verschillende bronnen naar NHS OPC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Vostanis</td>
<td>1991</td>
<td>GB</td>
<td>P</td>
<td>MGT = 12</td>
<td>Kindertijd PS</td>
<td>Gemengde gevallen; verwezen door huisartsen naar NHS Child Psychiatry OPC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Manor</td>
<td>1991</td>
<td>GB</td>
<td>SO</td>
<td>MGT = 46</td>
<td>Kindertijd PS, kindermisbruik</td>
<td>Moeilijke gevallen met chronische problemen; gemengde etnische achtergrond; lage SES; verwezen door maatschappelijk werkers naar sociale hulpverleningdienst van de Family Therapy Clinic</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Fitzpatrick</td>
<td>1990</td>
<td>Ierland</td>
<td>CS</td>
<td>MGT = 24 ST = 26</td>
<td>Kindertijd PS</td>
<td>Gemengde gevallen; gemengde SES; verwezen vanuit verschillende bronnen naar een General Hospital Child Psychiatry OPC met een gezinsetherapeutisch opleidingsprogramma</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Mashal</td>
<td>1989</td>
<td>Canada</td>
<td>CS</td>
<td>MGT = 19</td>
<td>Vroege volwassenheid PS</td>
<td>Moeilijke gevallen; gemiddelde leeftijd van de kinderen was 22 jaar; gemengde etnische achtergrond; gemengde SES; verwezen vanuit verschillende bronnen naar General Hospital Psychiatry OPC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nummer</td>
<td>Eerste auteur</td>
<td>Jaar van publicatie</td>
<td>Land van onderzoek</td>
<td>Opezi</td>
<td>N per groep</td>
<td>Symptoom</td>
<td>Systeem</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>--------</td>
<td>---------------</td>
<td>---------------------</td>
<td>-------------------</td>
<td>-------</td>
<td>-------------</td>
<td>----------</td>
<td>---------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Allman</td>
<td>1989</td>
<td>GB</td>
<td>CA</td>
<td>MGT = 50</td>
<td>Volwassen PS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Moeilijke gevallen met therapieverleden; separatie-individuatie was voor de meesten het hoofdthema; gemengde SES; verwezen door huisartsen naar NHS OPC

Beschikbare afkortingen:
- **NHS OPC** = National Health Service Outpatient Clinic (instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg);
- **CO** = comparative outcome study (vergelijkend effectonderzoek);
- **P** = processonderzoek;
- **SO** = single group outcome study (effectonderzoek met enkele groep);
- **CS** = consumer survey (cliëntenonderzoek);
- **CA** = clinical audit (klinisch intercollegiaal toetsingsonderzoek);
- **MGT** = Milanese gezinstherapie;
- **ST** = standaardtherapie;
- **PS** = psychische stoornis;
- **SES** = sosiaal-economische status
De MGT: een overzicht van tien empirische onderzoeken


<table>
<thead>
<tr>
<th>Aspekt van onderzoeksoptzet</th>
<th>Nummer van onderzoek</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Controlegroep</td>
<td>1 1 1 1 0 0 0 1 0 0</td>
</tr>
<tr>
<td>Gecontroleerde toewijzing aan behandeling</td>
<td>1 1 1 1 0 0 0 0 0 0</td>
</tr>
<tr>
<td>Groepen vergelijkbaar op basisfrequentievariabelen</td>
<td>1 1 1 0 0 0 0 1 0 0</td>
</tr>
<tr>
<td>Diagnostische homogeniteit</td>
<td>0 0 1 0 0 0 0 0 0 0</td>
</tr>
<tr>
<td>Evaluatiemeting vóór de behandeling</td>
<td>1 1 1 1 0 1 1 0 0 0</td>
</tr>
<tr>
<td>Evaluatiemeting na de behandeling</td>
<td>1 1 1 1 1 1 1 0 0 0</td>
</tr>
<tr>
<td>Evaluatiemeting bij follow-up (meer dan 3 maanden)</td>
<td>1 1 1 1 0 0 1 1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Beoordelingen door klanten</td>
<td>1 1 1 1 0 0 0 1 0 0</td>
</tr>
<tr>
<td>Beoordelingen door therapeuten</td>
<td>1 1 1 0 0 0 0 1 1 0</td>
</tr>
<tr>
<td>Beoordelingen door onderzoeker</td>
<td>1 1 1 0 0 0 1 0 0 1 0</td>
</tr>
<tr>
<td>Meningen van het symptoom</td>
<td>1 1 1 1 1 0 0 1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Meningen van het systeem</td>
<td>1 1 1 1 1 1 1 0 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Meningen van verslechtering</td>
<td>1 1 1 1 0 1 0 1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Meningen van betrokkenheid bij verdere behandeling</td>
<td>1 1 1 0 0 1 0 0 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Adequate statistische analyses</td>
<td>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Gebruik van ervaren therapeuten voor alle behandelingen</td>
<td>1 1 1 1 1 1 1 1 0 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Een gelijke waardering van de behandelingen door therapeuten</td>
<td>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Kwaliteitscontrole van de behandeling</td>
<td>0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0</td>
</tr>
<tr>
<td>Gegevens voorhanden over anderszijdige, gelijkijdige behandeling</td>
<td>1 0 0 1 0 0 0 0 0 1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Opmerking: een score van 1 betekent dat het aspekt van de onderzoeksoptzet in het onderzoek aanwezig was; een score van 0 betekent dat dit aspekt afwezig was.

Een samenvattend overzicht van tien onderzoeken

Onderzoek 1: R. Green en M. Herget (1989a; 1989b)

De onderzoeksoptzet

In dit vergelijkende effectonderzoek werd aan elf therapeuten die een reeks verschillende modellen van gezinstherapie gebruikten gevraagd om twee lopende gezinstherapeutische behandelingen uit te kiezen die in een therapeutische impasse beland waren. Uit elk paar werd één geval randomly gekozen om deel te nemen aan een Milanese systeemgerichte consultatie met het doel de impasse te helpen doorbreken: deze gevallen vormden de MGT-groep. De overige gevallen, die de ‘gebruikelijke therapie’ kregen, vormden de standaardtherapie- of ST-groep. De therapeuten die de gezinnen voordroeugen voor het onderzoek waren afkomstig uit een aantal uiteenlopende Californische centra. Alle consultaties vonden plaats op het Redwood Centre in Berkeley. Het toegepaste consultatiemodel was geënt op de ideeën en praktijken van het oorspronkelijke Mi-
lanese team, maar was eerlijk gezegd meer doelgericht dan de positie die Boscolo en Cecchin innamen toen de oorspronkelijke Milanese groep zich opsplitsde (Boscolo et al., 1987; Cecchin, 1987; Selvini Palazzoli et al, 1989).

Een Milanese systeemgerichte consultatie in dit onderzoek was een eenmalige gebeurtenis van drie uur. In de eerste fase werden onder leiding van het consultatieteam, samen met de therapeut die het gezin verwzeen had, voorlopige hypothesen opgesteld; men werd het hier eens over richtlijnen voor het interview op basis van een bepaalde hypothese. Het gezinsinterview werd vervolgens uitgevoerd door de verwijzende therapeut. In dit stadium van de zitting bood het team de mogelijkheid van supervisie tijdens de consultatie via de telefoon. Tijdens een pauze halverwege de zitting vond een bijeenkomst plaats van het team met de therapeut buiten het gezin om, om het doel een afsluitende interventie te ontwikkelen die door de verwijzende therapeut in de slotfase van de zitting naar voren gebracht werd. In vervolg op deze eenmalige consultatie hervatten de gezinnen en de verwijzende therapeuten de 'gebruikelijke therapie'. Bij het merendeel van de gevallen bestond de interventie aan het einde van de zitting hiervan dat het voortbestaan of het oplossen van het door het gezin gepresenteerde probleem als een dilemma werd voorgesteld. De voor- en nadelen van het vasthouden aan of het oplossen van het probleem werden voor ieder gezinslid met name gespecificeerd. Dit team maakte zelden gebruik van paradoxe voorschriften.

De metingen van het onderzoek vonden plaats voordat de consultatie, een maand na de consultatie en een follow-up na drie jaar. De follow-up evaluatie werd telefonisch uitgevoerd. Elf gezinnen per groep werden tot één maand later gevolgd en acht gezinnen per groep werden tot drie jaar later gevolgd.

De metingen
Om een verandering te meten in de richting van de drie belangrijkste therapeutische doelen die door ieder gezin vastgesteld werden tijdens een inleidend, onafhankelijk onderzoeksinterview werd als voornaamste meting gebruik gemaakt van de Goal Attainment Scale van Kiresuk en Sherman (1968) (de GAS). Daarnaast werden aanvullende metingen verricht die bestonden uit beoordelingen van verbetering door het gezin en door de therapeut op vijfpuntsschalen één maand na de consultatie en scores op de Family Environment Scale van Moos en Moos (1981). Deze schaal werd ingevuld door gezinsleden die lezen en schrijven konden, voordat de consultatie en één maand later. Bij iedere gelegenheid werd het gemiddelde van de scores van de gezinsleden genomen om tot een gezinsscore op hun vragenlijst te komen.
De MGT: een overzicht van tien empirische onderzoeken

De resultaten
Op de GAS was de gemiddelde verschuiving naar doel nummer 1 en een combinatorie van de doelen 1 + 2 + 3 significant groter bij een follow-up na een maand en na drie jaar bij gezinnen die de MGT kregen. Na de therapie en bij de follow-up varieerde de effectgrootte voor de scores van de belangrijkste doelen en het samengestelde doel tussen de d = 0,82 en d = 1,29. Dat wil zeggen, de gemiddelde MGT-cliënt toonde meer verbetering dan 79 tot 90 procent van de cliënten in de controlegroep na de behandeling en bij follow-up op maten die aangaven in hoeverre een hoofddoel of een samengesteld doel bereikt is. (Deze behandelingseffecten waren erg groot vergeleken bij de normen die in psychotherapieonderzoek gelden, waarbij de meeste meta-analyses van psychotherapieën d-waarden bereiken van omstreeks 0,7. Rosenthal (1984) heeft d-waarden onder de 0,2 als laag geclassificeerd; d-waarden tussen de 0,2 en de 0,8 als middelmatig; en d-waarden van meer dan 0,8 als hoog.)

De MGT- en de ST-groepen verschilden niet op de basisfrequentiemetingen, dat wil zeggen op de Family Environment Scales of de chroniciteit van het probleem. Op de GAS maakte 34 procent van de gezinnen die de MGT kregen een bescheiden of goede vooruitgang wat betreft de doelen 1 + 2 + 3 na één maand en maakte 88 procent na drie jaar een bescheiden of goede vooruitgang. Voor de ST-gezinnen waren de percentages 36 na één maand en 61 na drie jaar. De resultaten op de beoordelingschalen, ingevuld door de therapeut en door de cliënt gaven aan dat MGT-gezinnen één maand na de behandeling significant meer vooruitgang in de richting van hun doelen boekten dan de ST-gezinnen. De veranderingen op de Family Environment Scales waren zowel voor de MGT- als voor de ST-groep niet significant.

Kritische kanttekeningen
Uit het onderzoek van Green en Herget blijkt dat een MGT-consultatie van twee uur de directe uitkomst en de uitkomst op lange termijn verbetert op een aantal verschillende vormen van gezinstherapie met moeilijke gevallen waarbij een therapeutische impasse de vooruitgang belemmerde.

Een centraal sterk punt van het onderzoek was het gebruik van een krachtige, geïndividualiseerde methode om verandering in de symptomen te meten, dat wil zeggen de GAS. Het is teleurstellend dat er in de serie metingen niet een meer gevoelige maat voor verandering van het systeem was opgenomen. De onderzoeken van Bennun (1986) en Vostanis et al. (1991) die hieronder samengevat worden, geven aan dat de Personal Questionnaire van Shapiro (1961) en de Expressed Emotion Scales (Vaughan & Leff, 1976) in hoge mate gevoelig zijn voor veranderingen van het sys-
teem: deze zouden een vruchtbare inbreng gehad kunnen hebben in het onderzoek van Green. De Family Environment Scale die in het onderzoek van Green gebruikt werd als index voor systemische verandering heeft een belangrijk nadeel. Het is één van de vele gezinsbeoordelingsinstrumenten die, evenals de psychometrische persoonlijkheidsvragenlijsten die er model voor hebben gestaan, gericht is op de percepties van betrekkelijk duurzame aspecten van het gezinsfunctioneren.


De onderzoekspopulatie
In dit vergelijkende effectonderzoek werden 118 verwijzingen naar het Department of Child and Family Psychiatry van het Royal Edinburgh Hospital for Sick Children random toegewezen aan de MGT- of de ST-groep. De werkwijze van de MGT volgde de beschrijving en de richtlijnen die in vroege Milanese publikaties naar voren gebracht zijn (Selvini Palazzoli et al., 1978, 1980). De ST bevatte componenten van individuele psychodynamische psychotherapie, gedrags- en cognitieve benaderingen, die vaak in combinatie toegepast werden (88%), en gezinstherapie die niet van de Milanese benadering uitging (12%). De MGT werd uitgevoerd door twee psychiaters en twee maatschappelijk werkers; de ST werd uitgevoerd door een traditioneel multidisciplinair kinderpsychiatrisch team. Ongeveer 74 procent van de geworven gezinnen nam deel aan de behandeling, 45 gezinnen in de MGT-groep en 42 in de ST-groep. Twee gezinnen vielen voor het einde van de therapie af en twee gezinnen vielen af in de periode tussen de beëindiging van de therapie en de follow-up na zes maanden. De gezinnen werden beoordeeld vóór en na de behandeling en bij een follow-up na zes maanden. De therapeuten werden eveneens ondervraagd. Een onafhankelijke onderzoeker voerde deze evaluatiemetingen uit, en maakte daarbij gebruik van de instrumenten die hieronder opgesomd worden.

De metingen
In dit onderzoek werd de volgende reeks evaluatiemetingen uitgevoerd: een semi-gestructureerd gezinsinterview waarin vragen werden gesteld over het symptoom, het gezinsysteem en de betrokkenheid van het gezin bij de behandeling; de A- en B-schalen van Rutter (Rutter et al., 1970) die een beoordeling geven van de percepties door de ouders en de leerkrachten van gedragsproblemen bij schoolgaande kinderen, of de Behaviour Checklist van Richman (Richman et al., 1982) bij kinderen die nog niet naar school gaan; de 'visual analogue'-schalen die de gezinspercepties meten van de ernst van het symptoom en van het functioneren van het ge-
De MGT: een overzicht van tien empirische onderzoeken

zinssysteem en een vragenlijst met betrekking tot stressvolle levensgebeurtenissen. Iedere therapeut maakte voor ieder geval een verslag over de aard en de duur van de therapie dat in een gestandaardiseerde vorm tot uitdrukking werd gebracht.

De resultaten
De MGT- en de ST-groepen verschillen niet van elkaar op de basisfrequentie of de demografische variabelen, behoudens één uitzondering: in de MGT-groep was sprake van een ernstiger symptomenbeeld, wat tot uitdrukking kwam op de Teacher’s Questionnaire van Rutter. Na de behandeling en bij een follow-up na zes maanden was er geen enkel verschil tussen de MGT- en de ST-groepen op absolute maten voor de ernst van het probleem, het gezinsfunctioneren, de tevredenheid over de behandeling of de betrokkenheid bij een verdere behandeling. Zowel de MGT als de ST hadden tot gevolg dat de symptomen in ongeveer drie kwart van de gevallen afnamen en over de hele linie waren de gezinnen tevreden over de dergelijke behandeling.

De MGT had een iets sterkere verbetering in het gezinsfunctioneren tot gevolg dan de ST. Bij de MGT was sprake van een samenhang tussen een verbetering met betrekking tot de symptomen en een systeemverbetering; dit was niet het geval voor de ST. De MGT was korter dan de ST: de gemiddelde duur van de MGT was drie zittingen en van de ST vijf zittingen. Bij de MGT was minder sprake van gemiste afspraken. Maar de MGT was niet minder intensief wat manuren betreft, omdat de consultaties in dit onderzoek voor elk gezin en bij iedere afspraak door een volledig team van vier personen werden verricht.

Kritische kanttekeningen
De belangrijkste bevinding in dit onderzoek is dat de MGT in een kinderpsychiatrische setting even effectief is om een verandering in het symptomenbeeld tot stand te brengen als andere vormen van therapie. Er was evenwel een verschil tussen de MGT en de meer traditionele benadering in die zin dat de MGT tot verbetering leidde in het waargenomen gezinsfunctioneren en dat deze verbetering correlearde met verbetering met betrekking tot de symptomen. Deze correlatie bij de MGT zou wellicht te wijten zijn geweest aan het feit dat gezinnen de overtuigingen van hun therapeuten overnamen, dat wil zeggen dat het om verbetering van de symptomen te bereiken, essentieel is dat tegelijkertijd een verandering van het systeem plaatsvindt. Een andere mogelijkheid is dat deze correlatie niet alleen het gevolg is geweest van een verandering in gezinsovertuigingen, maar ook van een verandering in het gezinsgedrag. Helaas zijn er in het onderzoek van Simpson geen onafhankelijke observaties van ge-
zinsgedrag ver zameld zodat dit een vraag blijft die in verder onderzoek beantwoord moet worden.

De korte duur van de MGT en het beperkte aantal mislukte afspraken kan het gevolg geweest zijn van de grotere efficiëntie in het aanbieden van klinische hulpverlening door teams die een gemeenschappelijk klinisch model delen. Deze eensgezinde betrokkenheid is per definitie afwezig in de traditionele multidisciplinaire kinderpsychiatrische teams waar een eclectische benadering de overhand heeft.

De sterke punten van dit onderzoek bestaan uit het gebruik van grote groepen, de toepassing van een uitgebreide serie evaluatiemetingen, waar onder een schaal met betrekking tot stressvolle levensgebeurtenissen, en het feit dat de hulpverlening door een multidisciplinair kinderpsychiatri sch team als vergelijkingsgroep gebruik werd. Het is teleurstellend dat men niet geprobeerd heeft om nauwkeurig het verschil aan te geven tussen de werkwijze van de MGT en die van de gezinstherapeutische benadering die af en toe in de ST-groep werd toegepast.

Onderzoek 3: I. Bennun (1988)

Onderzoeksopzet
In dit vergelijkende effectonderzoek werden 16 gezinnen met elk een ge zinslid met alcoholproblemen random toegewezen aan ofwel het MGT of wel het ST-team. De werkwijze van de MGT stemde overeen met het model dat in het werk van de oorspronkelijke Milanese groep gezocht is (Selvini Palazzoli et al., 1978, 1990); de ST was een op gedragsprincipes gebaseerde 'problem-solving'-therapie. De gemiddelde duur van de MGT was acht zittingen, de ST duurde gemiddeld negen zittingen. De MGT werd verricht door Bennun en een team; vijf andere therapeuten behandelde de ST-groep. Een instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg en een gespecialiseerde alcoholafdeling dienden als basis van waaruit de therapie werd verricht. De evaluatiemetingen werden vóór en na de behandeling uitgevoerd en bij een follow-up na zes maanden. Vier gezinnen vielen uit het onderzoek.

De metingen
De MGT: een overzicht van tien empirische onderzoeken

Deze drie instrumenten zijn betrouwbaar en valide, gestandaardiseerde zelfrapportagevragenlijsten.

De resultaten
De MGT- en ST-groepen waren vergelijkbaar op basisfrequentiemetingen van alcoholverslaving en huwelijkse en gezinssatisfactie. Na de behandeling en bij de follow-up kon tussen de MGT- en de ST-groepen geen verschil aangetoond worden in symptomen of systeemfunctioneren op de drie afhankelijke maten. Over het geheel genomen toonden beide groepen een significante verbetering in wat betreft symptomen en systeemfunctioneren. Desondanks bevonden de cliënten zich nog steeds in het gebied van de lichte verslaving op de SADQ en in het problematische gebied op de MAT. Met de ST vond een snellere verbetering plaats in de huwelijksatisfactie, wellicht omdat de hoop van de echtgenoten op een effectieve behandeling op kortere termijn verwezenlijkt kon worden met behulp van de ‘problem-solving’-benadering.

Kritische kanttekeningen
In dit onderzoek van probleemdrinkers uit volledige gezinnen hadden zowel de MGT als de ‘problem-solving’-gedragstherapieën sterk vergelijkbare effecten op de percepties van cliënten met betrekking tot drinkpatronen en gezinsfunctioneren. Een centraal sterk punt in de opzet van dit onderzoek is dat men heeft gekozen voor de ‘problem-solving’-therapie, een interventie die zijn effectiviteit met probleemdrinkers bewezen heeft, als behandeling om de waarde van de MGT mee te vergelijken. De opmerkelijke, zwakke punten zijn het geringe aantal gezinnen per groep en de afwezigheid van observatiemetingen.

Onderzoek 4: I. Bennun (1986)

De onderzoeksoptzet
na zes maanden; 25 procent van de gevallen uit de steekproef viel vroeg- tijdig af voóór het einde van de behandeling. Een telefonisch follow-up onderzoek na zes maanden werd uitgevoerd bij dertien gezinnen (65%) die de therapie voltooiden.

De metingen
Met behulp van de Personal Questionnaire (PQ) van Shapiro (1961) werden veranderingen in het systeem gemeten. Bij de intake formuleerde men met elk gezin een aantal opvattingen over de relatie tussen het symptoom en het gezinsysteem; de ideeën van het gezin ten aanzien van veranderingen hiervan werden voóór, na en halverwege de behandeling geëvalueerd. Verandering met betrekking tot de symptomen werd beoordeeld met behulp van symptoom-specifieke metingen die op het aanmeldingsprobleem van toepassing waren. Hiertoe behoorden de Severity of Alcohol Dependence Questionnaire van Stockwell (1983), de Depression Inventory van Beck (1967), de Fear Questionnaire van Marks en Mathews (1979), de frequentie van driftbuiven, het gewicht, de frequentie van astmaaanvallen en het aantal door de therapeut geplande taken dat voltooid werd. Deze metingen werden voóór, na en halverwege de therapie uitgevoerd. Aan de hand van een interview na de therapie werd beoordeeld in hoeverre er bij de gezinnen verandering gekomen was in de mate van bezorgdheid over het aanmeldingsprobleem. De tevredenheid over de behandeling werd beoordeeld op een vijfpuntsschaal, na de behandeling. Zes maanden na de therapie werd aan de hand van een telefonisch interview beoordeeld of, en in welke mate, de symptomen teruggekomen waren.

De resultaten
Beide groepen toonden significante positieve veranderingen in het systeem, beoordeeld aan de hand van de Personal Questionnaire tijdens het verloop van de therapie. Maar de MGT-groep toonde significant meer verandering in het systeem dan de ST-groep. Alle gezinnen in beide behandelingsgroepen gaven blijk van een matige of goede verbetering van de symptomen onmiddellijk na de therapie. Er waren geen opmerkelijke verschillen tussen de MGT- en de ST-groepen op maten die op de ernst van problemen na de behandeling betrekking hadden. Zo'n 20 procent van de MGT-gezinnen en 50 procent van de ST-gezinnen rapporteerden dat er in hun aanvankelijke bezorgdheid geen verandering gekomen was na de therapie. De gemiddelde beoordeling van tevredenheid over de therapie was voor beide groepen gezinnen 1,6 op een vijfpuntsschaal, wat aangaf dat beide groepen gezinnen in hoge mate tevreden waren met de ontvangen therapie. Van de zeven gezinnen die tot zes maanden na de the-
De MGT: een overzicht van tien empirische onderzoeken

De therapie gevolgd werden, waren er vijf (75%) vrij van symptomen; twee gezinnen (25%) rapporteerden af en toe terugvallen en geen enkel gezin zei behoefte te hebben aan verdere behandeling. Van de zes ST-gezinnen waren er twee (33%) bij de follow-up na zes maanden zonder symptomen; drie gezinnen (50%) rapporteerden af en toe een terugval en één gezin (17%) had behoefte aan nog drie zittingen gezinstherapie.

Kritische kanttekeningen

Uit dit onderzoek komt naar voren dat zowel de MGT als de ST op de korte termijn geleid heeft tot een matige of goede verbetering van de symptomen, tot een verbetering in het functioneren van het systeem en tot een hoog niveau van tevredenheid met de therapie. De MGT bracht evenwel in vergelijking met de ST meer verbetering in het functioneren van het gezinssysteem tot stand, een sterkere afname van de bezorgdheid over het aanmeldingsprobleem en een sterkere verbetering van de symptomen bij de follow-up.

Het meest opmerkelijke aspect van het onderzoek is het gebruik van een krachtige, geïndividualiseerde maat voor het functioneren van het systeem, dat wil zeggen de Personal Questionnaire. Het is jammer dat men voor de gegevens over de symptomen niet ook een enigszins gelijkwaardige maat (b.v. de GAS) gebruik heeft, zodat men de correlatie of covariatie van de symptomen en het functioneren van het systeem over de periode van de behandeling statistisch had kunnen analyseren.

Onderzoek 5: J. Bennun (1989)

De onderzoekssopzet

Het procesonderzoek met een enkele groep is gebaseerd op de percepties van de therapeut met betrekking tot de leden van 35 gezinnen die deelnamen aan de twee onderzoeken van Bennun die wij zojuist samengevat hebben (Bennun, 1986, 1988). In 23 gezinnen vertoonde een volwassene het symptoomgedrag en in twaalf gezinnen hadden de zorgen hoofdzakelijk betrekking op een probleem van een kind. Er waren 35 vaders, 35 moeders en 27 patiënten ouder dan dertien jaar, van wie vastgesteld was dat zij lezen en schrijven konden. Deze groep bestond uit tien vaders, dertien moeders en vier kinderen. De helft van de gezinnen die in dit onderzoek opgenomen waren had de MGT gekregen en de andere helft de ST. De therapie duurde tussen de zeven en tien zittingen. Aan het begin van de tweede zitting vulden de gezinsleden die lezen en schrijven konden de beoordelingschaal met betrekking tot de therapeut in. Deze schaal wordt hieronder beschreven. Aan het einde van de therapietijd werden de gezinsleden gevraagd over hun tevredenheid met de uitkomst van de therapie en over
de symptomen met de instrumenten die in de volgende paragraaf beschreven worden. De correlatie tussen de percepties die de gezinsleden van de therapeut hebben en de uitslag van de therapie werden berekend voor de steekproef als geheel en voor de substeekproef van gevallen die alcoholproblemen hadden. Beide analyses leverden vergelijkbare resultaten op.

De metingen
De percepties van de therapeut bij de cliënten werden gemeten met behulp van de Therapist Rating Scale van Schindler (Schindler et al., 1983). Dit is een lijst met 23 items waarop patiënten de therapeut beoordelen naar drie hoofdcategorieën van kenmerken: positieve aandacht/belangstelling; competentie/ervaring; activiteit/directe leiding. De tevredenheid over de uitslag van de therapie werd gemeten met behulp van een vijfpuntsschaal. Voor de achttien cliënten afkomstig uit gezinnen met alcoholproblemen werd de Severity of Alcohol Dependence van Stockwell (1983) gebruikt om verandering van de symptomen te meten.

De resultaten
De percepties van de therapeut die bij de vader van een gezin aangetroffen werden, hadden een veel sterkere samenhang met de uitslag van de therapie dan die bij de moeder, behalve wanneer de moeder als de patiënt aangeduid was. Als vaders de indruk hadden dat de therapeuten competent en actief waren in het geven van directe leiding, was de kans groter dat de therapie succesvol was. Naarmate de opvattingen over de therapeut bij de moeder en de vader sterker uiteenliepen, werd de kans groter dat de therapie geen succes zou worden. Er werd geen band gevonden tussen de percepties van de therapeut bij de cliënten en de vorm van behandeling die de cliënten kregen, dat wil zeggen de MGT of de ‘problemsolving’-therapie.

Kritische kanttekeningen
Het feit dat de percepties van het therapeutisch proces bij de vader een centrale rol spelen in het bepalen van de uitslag van de therapie suggereert dat het idee van een gezinshierarchie uitsluitend gebaseerd op generatie- en status zonder verwijzing naar de sekse, onjuist zou kunnen zijn. Dit is een centraal thema geweest in feministische analyses van gezinstherapie (v.g.v. Goldner, 1990). Uit klinisch oogpunt suggereren deze bevindingen dat het voorrang zou verdienen om vaders al in een vroeg stadium bij het therapeutisch proces te betrekken door een competentie en directieve stijl toe te passen. De invloed van de opvattingen van vaders over het therapeutisch proces in de latere fases van de therapie op de uit-
De MGT: een overzicht van tien empirische onderzoeken

komst ervan is een belangrijke vraagstelling voor nader onderzoek. Is het zo dat er een meer gelijke verdeling van invloed binnen het gezin ontstaat naarmate de therapie zich verder ontwikkelt of brengt die ontwikkeling juist een versterking van de status quo met zich mee?

De bevinding dat divergente opvattingen over het therapeutische proces bij ouderparen verband houden met een slechte uitkomst suggereert dat therapeuten moeten vermijden dat zij conflicten en meningsverschillen tussen ouders wat betreft hun visie op de therapeutische situatie laten escaleren zonder dat zij de gelegenheid scheppen om tot een oplossing van dit conflict te komen in een vroege fase van de therapie. De invloed die divergente meningen van ouders op de uitkomst hebben in latere fasen van de therapie blijft een open vraag die nader onderzoek vereist.

Er zijn maar weinig onderzoeken op basis van dienstverlening en onderzoeken naar opvattingen over de therapie bij cliënten die gebruik maken van gestandaardiseerde instrumenten om de percepties die cliënten van therapeuten hebben te meten. Het gebruik van een dergelijke metingsprocedure is de voornaamste kracht van dit onderzoek. De belangrijkste zwakke kanten ervan zijn dat de percepties van de cliënt slechts op één moment in het therapeutisch proces gemeten werden en dat er geen beoordeling plaatsvond van het gedrag van de therapeut om de exacte gedragcorrelaten te kunnen bepalen (vanuit het perspectief van een buitenstaander).

Onderzoek & P. Vostanis, J. Burnham en Q. Harris (1991)

De onderzoeksopzet

In dit procesonderzoek werd de Expressed Emotion (EE) (Vaughan & Leff, 1976) beoordeeld aan de hand van het ruwe videotateriaal van de eerste, tweede en laatste zittingen van therapieën met twaalf gezinnen die zich aangemeld hadden bij de Charles Burns Clinic in Birmingham. In zes gevallen werd de therapie geleid door J. Burnham en voor de overige zes gevallen was Q. Harris de therapeut. Tijdens het verzamelen van de gegevens waren de therapeuten niet op de hoogte van de aard van het onderzoek. De cliënten waren gezinnen met kinderen die zich aangemeld hadden met gedrags-, emotionele of relationele problemen; 82 procent van hen was verwezen door de huisarts. De therapie duurde tussen de twee en acht zittingen.

De metingen

De EE omvat vijf subschalen: emotionele overbetrokkenheid (EOI), kritische opmerkingen, warmte, vijandigheid, en positieve opmerkingen. De beoordelingen van de videoopnamen leverden een scala aan scores op voor
De eerste drie van deze schalen; voor de laatste twee schalen werd in de meeste gevallen een score van nul verkregen.

De resultaten
Het bleek dat zowel de overbetrokkenheid als de kritische opmerkingen significant verminderden tijdens het verloop van de eerste twee zittingen. Tussen de eerste en de tweede zitting nam de warmte niet significant toe, maar tussen de eerste en de laatste zitting bleek over het geheel wel sprake te zijn van een toename in warmte.

Kritische kanttekeningen
Hoge EE-scores in gezinnen met schizofrene gezinsleden zijn in verband gebracht met een hoog percentage terugval van deze stoornis. Men heeft aangetoond dat gedragsgerichte, psycho-educatieve en steunende gezinsinterventies de EE kunnen verlagen en dit percentage terugval kunnen reduceren (Berkowitz, 1988). Het onderzoek van Vostanis laat zien dat de MGT de EE kan verlagen, hoewel het hier een andere populatie betreft. Een belangrijke vraag voor verder onderzoek is, op welke wijze de door de MGT bevorderde veranderingen in het overtuigingssysteem van de gezin tot veranderingen leiden in het emotionele klimaat van het gezin zoals dit door de EE-schaal wordt gemeten. Er volgen nu enkele gedetailleerde hypothesen op basis van de attributietheorie (Forsterling, 1988) die nader onderzoek verdienen.

Ouders die de symptomen van hun kinderen aan ziekte (of 'ziek zijn') toetschrijven, reageren vermoedelijk met een hoog niveau van emotionele overbetrokkenheid. Ouders die het probleemgedrag van hun kinderen toetschrijven aan ongehoorzaamheid (of 'slecht zijn') reageren vermoedelijk met een hoog niveau van kritische opmerkingen. De MGT helpt de ouders om de symptomen van hun kind te zien als deel van een bredere patroon van gezinsinteracties en niet zozeer als een 'ziek' of 'slecht', innerlijk kenmerk van het kind zelf. Deze nieuwe manier om de symptomen van het kind te verklaren kan de ouders in staat stellen nieuwe mogelijkheden te verkennen om de symptomen van het kind te doen afnemen. Het onderzoek van Vostanis suggereert dat dit proces, waarin de symptomen van het kind van hun etiket worden ontdaan of anders geformuleerd worden al vroeg in de MGT plaatsvindt. Zodra ouders geïnstrueerd zijn in de overtuiging dat het symptomatiche gedrag van hun kinderen een functie is van de situatie waarin zij zichzelf bevinden en niet een diepgeworteld persoonlijk kenmerk, wordt het voor ouders mogelijk om uitdrukking te geven aan warmte jegens hun kinderen. Het onderzoek van Vostanis suggereert dat dit proces later in de therapie plaatsvindt.

Het belangrijkste aspect van dit onderzoek is het gebruik van een goed
De MGT: een overzicht van tien empirische onderzoeken

gevalideerde observatiemateriaal voor systemisch functioneren. Het is jammer dat de attributieovertuiging van de ouders met betrekking tot de oorsprong van de als zodanig benoemde symptomen bij de patiënt niet gemeten werden, zodat de meer gespecificeerde hypotheses die in de voorafgaande paragraaf geschetst zijn getoetst konden worden. Het zou ook nuttig zijn geweest, als in het onderzoek een of andere maat voor verandering van de symptomen opgenomen was zodat de covariatie in symptomen en functioneren van het systeem tijdens het verloop van de therapie gedocumenteerd had kunnen worden.


De onderzoeksoopzet

In dit effectonderzoek met een enkele groep werd een groep van 46 gevallen gevolgd die bevoegde MGT-hulpverlening kregen in het Rowhams Centre for Families and Children in Enfield. Op het Rowhams centrum werden de MGT-theorie en -techniek toegepast in het kader van allerlei vormen van hulpverlening in het maatschappelijk werk, zoals gezinsbeoordeling, gezinsbehandeling en consulaties voor maatschappelijk werkers die in hun werk met gezinnen met veelvoudige problemen in een therapeutische impasse beland waren. In negentien gevallen werden de verwezen kinderen voor een korte tijd opgenomen op de Rowhams Residential Unit als een aanvullende maatregel op de poliklinische hulpverlening met de MGT. De gemiddelde duur van het contact met het centrum was ongeveer zeven maanden. De meerderheid van de cliënten werd door maatschappelijk werkers verwezen en in de meeste gevallen werden de verwijzers bij ten minste één MGT-consultatie betrokken. De gegevens werden vóór en na de behandeling verzameld en bij een follow-up na zes maanden. In vier gevallen was het niet mogelijk om de gezinnen na de behandeling te blijven volgen en bij de follow-up na zes maanden was het contact met nog twee gevallen verloren gegaan.

De metingen

De waarnemingen door de maatschappelijk werkers van de door hen verwezen gevallen werden gemeten met behulp van een vragenlijst die vóór de therapie, na de therapie en bij een follow-up zes maanden later werd afgenomen. In deze vragenlijst vroeg men naar gegevens over aanmeldingsproblemen, over de gezinsstructuur en het gezinsfunctioneren, nu en vroeger, en over betrokkenheid bij andere hulpverlening. Met behulp van de vragenlijst werden ook twee heel belangrijke effectmaten ggevalueerd: het waargenomen risico en de waargenomen complexiteit. Beide variabelen werden op vierpuntsschalen beoordeeld. De risicofactor had
betrekking op de waarneming van de maatschappelijk werker dat een lid van het gezin, doorgaans een kind, zich in een situatie bevond met gevaar voor mishandeling, invaliditeit of overlijden. De complexiteit had betrekking op de waarneming door de maatschappelijk werker van de complexiteit van de gezins situatie in termen van het aantal mensen of instanties die bij het aanmeldingsprobleem betrokken waren en hun patronen van sociale interactie in onderlinge samenhang.

De resultaten
Een ambulante MGT, gecombineerd met het gebruik van aanvullende opnamefaciliteiten, indien noodzakelijk, bleek samen te hangen met een significante, algehele afname in de beoordelingen door maatschappelijk werkers van het risico en de complexiteit van de door hen verwezen gevallen. De afname van het risico stond vooral in verband met de tijdelijke plaatsing van een kind in een residentiële setting gedurende de periode dat de MGT plaatsvond. De door de maatschappelijk werkers waargenomen afname in de complexiteit van de gevallen vertoonden een specifieke samenhang met de deelname van het gezin aan de MGT. Ondanks het feit dat de MGT en de plaatsing in een residentiële setting verschillende effecten hadden op het waargenomen risico en de waargenomen complexiteit was er tussen de beide variabelen een significante positieve correlatie. Maatschappelijk werkers beschouwden gezinnen met een hoog risico als complex en gezinnen met een laag risico als minder complex.

Kritische kaarttekeningen
De nu volgende hypotheken die specifiek ingaan op de processen die de MGT en de residentiële plaatsing in verband brengen met de afname van waargenomen complexiteit en risico, verdienen nader onderzoek. In dit onderzoek heeft de residentiële plaatsing vermoedelijk het waargenomen risico verminderd, omdat het de kinderen van dysfunctioele gezinnen onder controle bracht terwijl de ouders van deze gezinnen en de verwijzende maatschappelijk werkers de gelegenheid hadden nieuwe mogelijkheden te verkennen om hun gezinsproblemen door middel van de MGT aan te pakken. De MGT zelf heeft waarschijnlijk op twee manieren een afname van de waargenomen complexiteit in de hand gewerkt. In de eerste plaats kan de MGT de maatschappelijk werker geholpen hebben om een meer coherente systemische hypothese te ontwikkelen, waarbinnen een beeld gevormd kon worden van de rol van de verschillende instanties in het door het probleem bepaalde systeem. In de tweede plaats kan deze hypothese een kader hebben aangegeven vanwaaruit regelingen te treffen waren over het opnemen of buiten sluiten van de betrokken instanties in het systeem van de probleemoplossing.
De MGT: een overzicht van tien empirische onderzoeken

De bijzondere aspecten van dit onderzoek zijn de specifieke aandacht voor de percepties van de verwijzers en niet zozeer voor die van de gezinsleden in dit onderzoek en de identificatie van het waargenomen risico en de waargenomen complexiteit als belangrijke variabelen in dit type onderzoek. Rekening houdend met de gebruikelijk beperkingen van effectonderzoeken met een enkele groep (zie tabel 2) is de voornaamste tekortkoming van dit werk dat de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument dat waargenomen risico en complexiteit gemeten heeft niet vastgesteld is. Het verbeteren van deze metingen is een belangrijke taak voor de toekomst.

Onderzoek 8: C. Fitzpatrick, C. NicDhomnaill en A. Power (1990)

De onderzoekssopzet
De resultaten
Verschil van mening tussen de therapeut en het gezin over de vraag of het verwijzingsprobleem het hoofdthema van de therapie moest blijven kwam vaker voor in de MGT- dan in de ST-groep. In de MGT-groep verklaarde 42 procent van de gezinnen dat hun therapeuten het op dit punt niet met hen eens waren; in de ST-groep was er slechts in 16 procent van de gevallen sprake van verschil van mening. Overigens waren de opvattingen van de gezinnen over de ervaring met de MGT en de ST en het effect ervan op zowel het symptoom als het systeem vergelijkbaar. Voor beide behandelingstypen rapporteerde ongeveer drie kwart van de gezinnen een duurzame verbetering met betrekking tot de symptomen.

Kritische kanttekeningen
Een belangrijke vraag die uit dit onderzoek naar voren komt betreft de waarnemingen door de cliënt van de condities waaronder in de MGT verschil van mening tussen therapeuten en cliënten over de focus van de therapie als nuttig ervaren wordt om verandering te bevorderen. In de MGT krijgen de cliënten een herformulering aangeboden van hun aanmeldingsproblemen, uitgedrukt in systeemtermen. Als het verschil van mening te klein is, zal de herformulering van de situatie door de therapeut geassimileerd worden in het oorspronkelijke overtuigingssysteem van de cliënt zonder enige wijziging daarin aan te brengen. Als het verschil te groot is, zal de herformulering van de therapeut als irrelevant, zonderling of niet-empathisch van de hand worden gewezen. Herformuleringen die te veel lijken op of te veel verschillen van het oorspronkelijke overtuigingssysteem van de cliënt ten aanzien van het aanmeldingsprobleem zullen het proces van verandering in de therapie niet stimuleren. Het verschil tussen de oorspronkelijke visie van de cliënt op het probleem en de herformulering ervan door de therapeut moet voldoende zijn om een therapeutische verandering te bevorderen in het overtuigingssysteem van de cliënt en het gedrag en de gevoelens die daar mee samenhangen. Het omschrijven van de exacte parameters van dit verschil vanuit het perspectief van de cliënt is een cruciale vraagstelling voor toekomstig onderzoek op dit gebied.


De onderzoeksonderzet
In dit cliëntenonderzoek werden 76 personen uit zeventien gezinnen die een MGT hadden gekregen op het Family Therapy Department van het Jewish General Hospital te Montreal, telefonisch ondervraagd met behulp van een semigestandaardiseerd interview bestaande uit twaalf
De MGT: een overzicht van tien empirische onderzoeken

items. Twee clinici gaven op basis van beschikbare informatie in de ver
slaggeving van ieder geval onafhankelijke en betrouwbare beoordelingen
over de mate van psychopathologie die bij gezinsleden en bij de gezinnen
als geheel naar voren kwam. De MGT was in dit onderzoek vermoedelijk
gebaseerd op het vroege werk van het oorspronkelijke Milanese team
(Selvini Palazzolo et al., 1978, 1980). De gemiddelde leeftijd van de kin
deren uit de gezinnen was 22 jaar; het centrale thema voor deze fase in
de levenscyclus was dus ‘het verlaten van het ouderlijk huis’ of individua
tie. Het betrof hier allemaal moeilijke gevallen die al eerdere, niet-slaag
de behandelingen achter de rug hadden. De gezinnen kwamen voor on
geveer tien zittingen, die maandelijks plaatsvonden.

De resultaten

De patiëntëns waren meer dan hun ouders geneigd de MGT te beschou
wen als een behandeling die tot positieve, persoonlijke verandering en ge
zinsverandering leidde. Iets meer dan drie kwart van de patiëntëns
beschrijft de MGT als effectief, terwijl we deze mening bij net iets meer
dan de helft van de ouders aantreffen. Bijna de helft van alle gezinsleden
vond het deelnemen aan de MGT niet prettig. Voor de ouders was deze
aversie gekoppeld aan een negatieve attitude ten opzichte van het team
achter de doorkijkspiegel. Voor de vaders waren de lange periodes tussen
de zittingen en de algemene duur van de behandeling ook factoren die aan
hun ontevredenheid bijdroegen. Negatieve attitudeen ten opzichte van de
MGT hingen niet samen met het op video band opnemen van de consul
taties. De gezinnen die een aversie tegen de MGT hadden, in het bijzonder
de gezinnen die een gezinslid met ernstige symptomen hadden, zochten
naar andere vormen van verdere behandeling.

Kritische kanttekeningen

Een sterk punt van dit onderzoek is de empirische aandacht voor factoren
die afbreuk doen aan de tevredenheid van de cliënt. De helft van de ge
zinnen in dit onderzoek evenwel toonde zich tevreden met de aanwezig
heid van een team en het gebruik van een doorkijkspiegel en was ook te
vreden over de manier waarop het tijdschema van de therapeutische con
sultaties werd vastgesteld. Het is jammer dat de wijze waarop de therapeu
ten erin slaagden deze taken met succes uit te voeren niet in detail on
derzocht is. Dit is een belangrijk gebied voor verder onderzoek.


De onderzoeksopzet

In dit klinische, intercollegiale toetsingsonderzoek van de kwaliteit van
het werk gaf een klinisch team met behulp van een gestandaardiseerd overzichtsformulier een beoordeling/overzicht van de verslaglegging per geval over de eerste vijftig patiënten die zich aangemeld hadden bij de Warneford Hospital Family Clinic in Oxford. De patiënten waren volwassenen (17-65 jaar), die in hun levensgeschiedenis al eerder met psychiatrische interventie te maken hadden gehad; twintig procent van hen kreeg tijdens de MGT ook een behandeling met farmaca. De meesten waren zonder partner, leefden bij hun ouders en waren als neurotisch gediagnosticeerd. De MGT duurde gemiddeld vier tot vijf zittingen.

*De resultaten*
In dit onderzoek gaf twee derde van de gevallen blijvend van een verbetering met betrekking tot de symptomen en toonde de helft van de gevallen een positieve verandering van het systeem. Het meest voorkomend systeemprobleem in een groep van overwegend neurotische volwassenen was het punt van de separatie van het gezin van herkomst. De meest gebruikte en 'end-of-session-intervention' (EOS) was dat men niet-specificiër positieve waardering voor het gezin toonde en hoop gaf. Het was minder gebruikelijk om direct een alternatieve visie op het probleem aan te bieden (in de vorm van een partiële of complete systeemhypothese). Het team maakte zelden gebruik van paradoxale of rituele voorschriften. Vanwege de gehele frequenties was dat niet mogelijk om de kruistabellen van diagnostische categorieën, systeemthema's en frequenties van diverse 'end-of-session-interventions' betrouwbaar te interpreteren.

*Kritische kanttekeningen*
Een belangrijk aspect van dit onderzoek was dat men geprobeerd heeft om de gezinsthema's waarop de systeemhypothese gebaseerd waren en de kenmerken van de EOSI te kwantificeren. Het tellen van de frequentie van EOSI-kenmerken is echter geen veelbelovende onderzoeksmethode. Veel belangrijker thema's zijn het patroon van de kenmerken en verschillende vormen van de EOSI tijdens het verloop van de therapie en het verkennend onderzoek naar de relatie van deze interventiepatronen met de aard van de problematiek en de uitkomst van de therapie. De cliënt bij voorbeeld die dit onderzoek uitvoerde hebben er vermoedelijk weinig aan te weten dat positieve connotaties vaak gebruikt werden en rituele voorschriften maar zelden. Het is voor hen van groter belang om te weten op welk moment in de ontwikkeling van de therapie met een bepaalde soort problematiek het zinvol was om, zeg maar, een positieve connotatie te koppelen aan een ritueel voorschrift.
De MGT: een overzicht van tien empirische onderzoeken

Discussie

Uit dit overzichtsonderzoek kunnen we slechts voorlopige conclusies trekken, op grond van twee redenen. In de eerste plaats konden we slechts een klein aantal onderzoeken in dit overzicht opnemen, omdat er maar weinig verricht waren. In de tweede plaats hadden alle onderzoeken methodologische tekortkomingen in wisselende, meer of minder ernstige gradaties. Eén van deze punten die in tabel 2 als 'kwaliteitscontrole van de behandeling' aangeduid wordt, moeten we hier met nadruk vermelden. Door het overzicht heen heb ik aan de MGT gerefereerd als betrof het een homogene en uniforme interventie. Dat is niet het geval. Het is een therapeutische modaliteit (of metamodaliteit) die in ontwikkeling is. Voor elk onderzoek dat we hier samengevat hebben, gold dat evaluaties verricht waren van het proces of de uitkomst van de MGT, uitgevoerd door clinici met een verschillende mate van ervaring, in uiteenlopende culturele contexten, op verschillende momenten in de ontwikkeling van de MGT. In geen enkel onderzoek was een poging gedaan om garanties in te bouwen voor een uniforme kwaliteit van de therapie voor alle gevallen. Het is bovenal dit punt dat ertoe noodzaakt om de hierna te schetsen conclusies veeleer als voorlopige dan als definitieve conclusies te beschouwen.

Voorlopige conclusies

1. Verandering met betrekking tot de symptomen

Tabel 3 bevat een samenvatting van de gegevens over de therapeutische uitkomst voor cliënten die de MGT kregen aangeboden. De MGT heeft in ongeveer twee derde tot drie kwart van de gevallen verbetering van de symptomen tot gevolg. Een verslechtering in de situatie vindt plaats bij minder dan één tiende van de gevallen die de MGT kregen. De MGT heeft een positief effect voor een scala aan gevallen variërend van de gebruikelijke psychiatrische verwijzingen van volwassenen en kinderen, tot zeer moeilijke gevallen uit het maatschappelijk werk of chronische, volwassenpsychiatrische gevallen. De MGT kan voor bepaalde problemen, bij voorbeeld alcoholverslaving even effectief zijn in het bevorderen van verandering van de symptomen als probleemgerichte gezinstitheprie. De MGT is soms effectiever dan de probleemgerichte gezinstitheprie in het faciliteren van positieve veranderingen van het systeem.

Deze gegevens over de effecten en verslechtering op symptoomniveau in het geval van de MGT zijn vergelijkbaar met de gegevens over het effect
### Tabel 3. Beoordelingen van de uitkomst na MGT bij negen onderzoeken (%).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Effectorvariable</th>
<th>Nummer van het onderzoek</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Verbetering m.b.t. symptomen</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Na de behandeling</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Beoordeling door de cliënt</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>- Beoordeling door de therapeut</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>- Beoordeling door de onderzoeker</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Verbetering m.b.t. symptomen</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bij de follow-up</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Beoordeling door de cliënt</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>- Beoordeling door de therapeut</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>- Beoordeling door de onderzoeker</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Systemeverbetening</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Na de behandeling</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Beoordeling door de cliënt</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>- Beoordeling door de therapeut</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>- Beoordeling door de onderzoeker</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Systemeverbetening</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bij de follow-up</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Beoordeling door de cliënt</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>- Beoordeling door de therapeut</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>- Beoordeling door de onderzoeker</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Percentage uitval</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>Percentage verslechtering</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Behoefte aan verdere behandeling</td>
<td>24</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Opmerkingen:** De omschrijvingen van de methoden waarmee symptomatische verbetering en verbetering van het systeem, dan wel verslechtering gemeten werden worden in de tekst vermeld. Alle getallen zijn afgeronde percentages. Daar waar het niet mogelijk was percentages te berekenen wordt een indicatie gegeven van vergelijkende verbetering (CI) in relatie tot een controlegroep of van significante verbetering vergeleken bij de basisfrequentie (SI).

* Dit zijn de percentages van gevallen die een afname tonen in het waargenomen risico, beoordeeld door verwijzende of verplichte werkers.

** Deze percentages zijn gemiddelden van de antwoorden van moeders, vaders en patiënten.

dean andere vormen van gezinstherapie (b.v. Gurman & Kniskern, 1981; Gurman et al., 1986; Hazelrigg et al., 1987; Markus et al., 1990), met de gegevens over individuele therapie van volwassenen (Garfield, 1981; Parloff et al., 1986) en ten slotte met de gegevens over individuele kindertherapie (Kazdin, 1988).
De MGT: een overzicht van tien empirische onderzoeken

2. Verandering van het systeem

Ongeveer de helft van de gevallen toont positieve verandering van het systeem als gevolg van de MGT. De na de therapie genoteerde verbetering in huwelijkse- en gezinsfunctioneren wordt bij een follow-up na zes maanden en mogelijk langer vastgehouden. Deze bevinding is consistent over veel verschillende, gestandaardiseerde en niet-gestandaardiseerde zelfrapportagemetingen van systeemfunctioneren. In de loop van de MGT-behandeling nemen gezinsleden veranderingen waar in de frequentie waarmee de met het symptoom verbonden patronen van gezinsinteractie voorkomen (in dit geval gemeten aan de hand van de Personal Questionnaire). De kritische opmerkingen en de overbetrokkenheid van de ouders (gemeten met behulp van de 'Expressed Emotion'-schaal) nemen in de loop van de MGT snel af en de warmte van ouders jegens het probleemkind neemt meer geleidelijk toe naarmate de MGT zich verder ontwikkelt.

3. Het proces van betrokkenheid

Vermoedelijk zijn de waarnemingen van de therapeut door vaders in de eerste zittingen van de behandeling belangrijker voor het bepalen van het resultaat van de MGT dan die van de moeders: de MGT kan effectief zijn wanneer vaders de therapeut als directief en competent beschouwen, ten minste in de eerste zittingen van de therapie. In meer algemene overzichten van de gezinsterapeutische literatuur zijn op dit punt vergelijkbare bevindingen naar voren gekomen. Het onvermogen om de vader bij de therapie te betrekken correleert met een vroegtijdig afbreken van de therapie en een slechte uitkomst (Gurman & Kniskern, 1978). Uitsluitend technische vaardigheden in gezinstherapie zijn niet voldoende om tot een effectieve behandeling te komen. De therapeut moet ook vaardigheden in het opbouwen van relaties ontwikkeld hebben (humor, warmte e.d.) en structurerende vaardigheden die de focus van de therapie in het oog houden en richting geven aan de gezinsterapeutische zittingen (Gurman & Kniskern, 1981).

4. Duur van de behandeling

Een opvallend kenmerk van de MGT is de korte duur ervan. In dit overzicht namen de meeste behandelingen tussen de vijf en tien zittingen in beslag. Deze korte duur van de behandeling is echter niet uniek voor de MGT. In algemene overzichtsonderzoeken van gezinstherapie is men tot de conclusie gekomen dat een effectieve uitkomst doorgaans bereikt
wordt met behandelingen die tussen de 10 en 20 zittingen duren (b.v. Gurman & Kniskern, 1981). In de psychotherapie van volwassenen toont 15 procent van de patiënten een meetbare verbetering vóór de eerste afspraak, wordt na acht zittingen bij 50 procent van de patiënten verbetering gemeten en loopt dit percentage op tot 75 procent na 26 zittingen (Howard et al., 1986). In overzichten van individuele kindertherapie is de gemiddelde duur van de behandeling geschat op ongeveer tien zittingen (Kazdin, 1988).

5. Meningen van de cliënten

In het enige onderzoek dat zich met dit thema bezighield sprak ongeveer de helft van de cliënten zijn ongenoegens uit over de MGT. Deze ontevredenheid was voor een deel verbonden aan specifieke aspecten van de MGT-praktijk, bij voorbeeld de doorrijkszpiegels, de teams en de tijdsindeling van de therapie. Een dergelijke ambivalentie is niet uniek voor de MGT, en geldt zeker ook voor psychotherapie in het algemeen. Meer dan 50 procent van de cliënten in een groep die structurele of strategische gezinstherapie gekregen had aan het Family Institute in Cardiff beschreef de behandeling als 'onaangenaam'. Ondanks deze uitspraak beschouwde toch 89 procent van de cliënten de therapie als nuttig (Frude & Dowling, 1980). Zo’n 68 procent van de cliënten uit de groep van Reimers (1989) vond hun eerste contact met deze Structural Family Therapy Clinic onaangenaam, maar 84 procent van de cliënten zei dat zij voor verdere behandeling zouden terugkomen. De problemen over het gebruik van doorrijkszpiegels en teams in gezinstherapie die wij in dit overzicht tegenkwamen, liggen in de lijn van wat Howe (1989) beschreven heeft. Zij moeten voor de Milanese gezinstherapeuten een stimulans zijn om mogelijkheden te onderzoeken voor toepassing van een MGT-technologie die cliënten een gevoel van macht geeft, in plaats van de ontevredenheid die nu bij hen opgroept wordt. Onlangs is een stroom van artikelen verschenen waarin dergelijke baanbrekende onderzoeken beschreven zijn (Andersen, 1990; Birch, 1990; Cade, 1990; Hoffman, 1990; Pimpernell & Treacher, 1990).

6. Consultatie en coördinatie

Een MGT-consultatie voor gevallen waarbij therapeuten en gezinnen een therapeutische impasse bereikt hebben, leidt tot meer verandering van de symptomen op korte en lange termijn dan wanneer een dergelijke consultatie ontbrak. De MGT (in combinatie met, indien nodig, een residentiële opname van kinderen met een risico) leidt ertoe dat de ver-
wijzende maatschappelijk werkers beoordeelde complexiteit en risico's bij hun cliënten afnemen. De MGT vermindert vermoedelijk de complexiteit van het geval; opname in een residentiële setting reduceert waarschijnlijk het risico.

7. De meting van symptomen en systemen

Voor het effectonderzoek in de toekomst zouden we het gebruik willen aanbevelen van schalen gericht op het bereiken van doelen om verandering van de symptomen te meten en het gebruik van de persoonlijke vragenlijst van Shapiro om verandering van het systeem te meten. Voor het procesonderzoek in de toekomst suggereert dit overzicht dat het gebruik van de 'Expressed Emotion'-schalen en de schalen met betrekking tot de perceptie van therapeuten door cliënten vruchtbaar zou zijn. Het zou in het bijzonder van belang zijn om onderzoek te doen naar verschillen in deze metingen tussen gevallen die verbetering en verslechtering tonen. Het zou ook interessant zijn om te kijken naar de veranderingen in deze metingen in relatie tot het optreden van 'kritische therapeutische momenten' of 'hoog gewaardeerde micro-interventies'.

Een woord van dank

Mijn dank gaat uit naar Barry Mason, Jim Wilson, Elsa Jones, Jeff Farris, Jan Cooper, Ben Kennedy en Eddy Street voor hun kritische opmerkingen bij een eerder concept van dit artikel dat op het Family Institute, te Cardiff, in december 1990 gepresenteerd werd. Ook dank ik Panos Vostanis, John Burnham en Queenie Harris die mij toestonden om bijzonderheden van hun nog niet gepubliceerde onderzoek in dit overzicht op te nemen.

Literatuur


De MGT: een overzicht van tien empirische onderzoeken


