

# Buitenlands onderzoek naar groepstherapie in ambulante en klinische setting

Hans Snijders (h.snijders@psyq.nl),  
klinisch psycholoog/psychotherapeut, is lid  
van de commissie Wetenschap van de NVGP.

In deze bijdrage wordt een samenvatting gegeven van drie buitenlandse publicaties die een indruk geven van recente onderzoeken naar processen in ambulante groepen en effecten van klinische groepstherapie. Allereerst komt een publicatie uit de Verenigde Staten van Johnson, Burlingame, Olsen, Davies, & Gleave (2005) aan bod. Deze Amerikaanse auteurs onderzochten de overlap in definities van en correlaties tussen vier sleutelconcepten voor de therapeutische relaties in groepstherapie: (1) groepsklimaat, (2) cohesie, (3) therapeutische alliantie, en (4) de empathie tussen de leden van de groep, ten opzichte van de groep in zijn geheel en ten opzichte van de therapeut.

Vervolgens komt een publicatie van Kösters, Burlingame, Nachtingall & Strauss (2006) aan bod. Deze auteurs – drie Duitse en een Amerikaanse onderzoeker – doen verslag van de effectiviteit van klinische groepstherapie. Ze baseren hun bevindingen op een meta-analyse van 24 gecontroleerde onderzoeken en 46 studies

met een pré-post design. Het betreft een publicatie waarin vooral Duitse en Engelse onderzoeken naar klinische effectiviteit zijn gecombineerd met enkele soortgelijke studies uit de Verenigde Staten.

De derde samenvatting betreft een publicatie van Strauss et al. (2006). Deze auteurs beschrijven een studie die het resultaat was van samenwerking met verschillende instellingen die patiënten een klinische groepstherapie aanboden volgens een psychodynamisch model. Deze samenwerking maakte het mogelijk om in een grote populatie te onderzoeken of patiënten met verschillende hechtingstijlen onderling verschilden in het profiteren van een groepsgeoriënteerde klinische behandeling.

## De overlap tussen relationele procesvariabelen in ambulante groepstherapie

Reviews van onderzoek naar groepsklimaat, cohesie, therapeutische alliantie en empathie tonen aan dat elk van deze concepten

gemengde tot positieve resultaten opleveren als het er om gaat om te voorspellen of een groepstherapie voor de individuele leden tot gunstige resultaten zal leiden. Johnson et al. (2005) voerden naar deze concepten een procesonderzoek uit onder 662 deelnemers uit 111 counselingcentra en uit leergroepen.

Ze gebruikten de zelfrapportage vragenlijsten voor groepsklimaat (de Group Climate Questionnaire-Short Form, van MacKenzie; zie hierover het artikel van Trijsburg, 2006). Voor de groepscohesie gebruikten ze een subschaal van de Therapeutic Factors Inventory (Lese & MacNair-Semands, 2000) die via 9 items een empirisch onderbouwde weergave gaf van de percepties van de patiënten over de mate waarin groepscohesie aanwezig was. De alliantie werd gemeten met de Working Alliance Inventory (WAI, Horvath & Greenberg, 1989) en de empathie werd met een Empathy Scale (Burns & Auerbach, 1996) gemeten.

De auteurs vonden dat groepsklimaat, groepscohesie, alliantie en empathie hoog met elkaar correleerden, met uitzondering van de zogenaamde Vermijdingschaal, die onderdeel uitmaakt van de Group Climate Scale.

Volgens deze onderzoekers reflecteren metingen van groepsklimaat, cohesie, de alliantie tussen groepsleden en die ten opzichte van de therapeut, evenals de empathie tussen de groepsleden, allen aspecten van een één en hetzelfde construct. Het zoeken met behulp van factoranalyses naar dit construct leverde geen

betrouwbare resultaten op. Vervolgens werd verder gezocht met de zogenaamde Structural Equation Modeling, een statische methode waarin factoranalyses en regressie-analyses worden gecombineerd om een model te vinden waarin alle data passen. Er werd een enigszins – statistisch bezien – plausibel model gevonden waarin de data werden gehergroepeerd rond de band met de groep(sleden), samenwerking en ‘negatieve factoren’.

Voor de door hun gevonden en zogenaamde *Positieve band relatie* (1) bleek dat groepsleden vooral letten op de gehele kwaliteit van de onderlinge relaties in een groep. Het leek van minder belang of dit lag aan de therapeut, de groep als geheel of aan individuele groepsleden.

De zogenaamde *Positieve werkrelatie* (2) betrof de overeenstemming tussen de groepsleden onderling en met de therapeut over de uit te voeren taken.

De derde factor kon het best omschreven worden als *Negatieve relaties*, die de afwezigheid indiceerde van (1) en (2). Ondanks bovenstaande trends blijven, aldus de auteurs, nog veel vragen onbeantwoord.

Onder meer gaat het dan om vragen als hoe beïnvloedt het theoretische model van de groepstherapeut en de samenstelling van de groep de gemeten percepties en zijn meetinstrumenten – zoals die voor alliantie en empathie – die afkomstig zijn uit de individuele therapie-setting valide van toepassing in een groepssetting.

### Effect van klinische groepstherapie als toegevoegde waarde

De aanleiding voor het onderzoek van Kösters et al. (2006) was het gegeven dat de generaliseerbaarheid van de aangetoonde effectiviteit van ambulante groepen (Burlingame, MacKenzie & Strauss, 2004) naar die van groepen in een klinische setting al lange tijd omstreden is. Klinisch opgenomen patiënten lijden volgens de literatuur aan ernstiger stoornissen en hebben meer comorbide persoonlijkheidsstoornissen dan ambulante behandelde patiënten. Een reden voor de tot nu toe beperkte kennis over de effectiviteit van klinische groepsbehandeling is het gegeven dat in de Verenigde Staten, waar het meest aan onderzoek wordt gedaan, klinische zorg sterk is ingeperkt. Een andere reden is dat onderzoek naar het effect van klinische groepstherapie complex is. Onderzoek naar groepstherapie op zich betreft al een conglomeraat van relaties dat regelrechte conclusies over effectiviteit moeilijk maakt. Dit geldt des te meer in een klinische setting vanwege de hoeveelheid aan additionele behandelingen en contextuele factoren die het effect mede beïnvloeden. Bovendien valt een klinische groepsbehandeling om ethische redenen moeilijk te controleren met een at random design. Om die reden wordt vaak onderzoek beperkt tot zwakkere pré-post designs, waarin – zonder een controle groep om spontaan herstel te controleren – de scores op klachtenlijsten aan het eind van de behandeling worden afgezet tegen de scores die voor de behandeling golden.

De hier samengevatte studie met zijn uitgebreide meta-analyses van de 70 onderzoeken die in Duitsland, Engeland en de Verenigde Staten zijn verricht vormt een nieuwe poging om meer te weten te komen over de effectiviteit van klinische groepstherapie.

Kösters et al. (2006) gebruikten de databases PsycINFO en Medline om eerder uitgevoerde meta-analyses en effectstudies te vinden die voldeden aan de zoektermen 'klinisch opgenomen', 'groep' en '(psycho)therapie'. Om onvermelde studies toe te kunnen voegen doorzochten zij ook de *Group Psychotherapy on line* discussielijsten ([www.group-psychotherapy.com](http://www.group-psychotherapy.com)) en stuurden ze enquêtes naar 400 groepstherapeuten die stonden vermeld in de verzendlijst van de American Psychological Association. De gevonden niet-empirische studies werden verwijderd, evenals studies over kinderen, adolescenten, daders, case-studies en samengevatte dissertaties. Uiteindelijk beschikten ze over 24 gecontroleerde onderzoeken en 46 acceptabele pré- en poststudies, die tussen 1980 en 2000 werden gepubliceerd. De auteurs gebruikten de in de studies beschreven diagnoses, de theoretische oriëntatie van de groepstherapeuten en de rol van de groep in de specifieke behandelsetting om differentiële effecten te onderzoeken met meta-analyses.

Meta-analyses zijn een populair instrument geworden om de effectiviteit van psychotherapie samen te vatten, met als gevolg dat er meer complexe statistische procedures nodig zijn. Een probleem in dit onderzoek

vormden de pré-post studies omdat meestal de correlaties tussen de pré- en postmetingen niet werden vermeld, waardoor ze met meerdere statistische methoden moesten worden achterhaald.

In hun onderzoek vonden de auteurs een methodiek om de toegevoegde waarde van klinische groepstherapie te schatten boven de gewone klinische zorg (de standaardzorg, zoals medicatie). Ze vonden een effectsterkte (effect-size) van  $d = 0.31$  voor alle gecontroleerde studies. Op het eerste gezicht lijkt dit een minimaal effect. Men spreekt van een groot ( $d = .80$ ), een middelgroot ( $d = .50$ ) of een klein ( $d = .20$ ) effect. Maar omdat de gecontroleerde studies voornamelijk actieve controlegroepen waren (de patiënten werden behandeld met de gebruikelijke klinische zorg zonder groepstherapie) geeft de effectsterkte in dit geval de meerwaarde van groepstherapie in een klinische setting aan.

Omgerekend naar een populatie van 1000 patiënten zou voor 575 patiënten een aanvullende groepstherapie een succesvol klinisch behandel-effect opleveren, terwijl in de controleconditie – de standaard klinische zorg zonder groepstherapie – een effectvolle klinische behandeling voor 425 patiënten waarschijnlijk lijkt. Kortom, toevoeging van klinische groepstherapie naast de standaard zorg levert bij 150 patiënten meer dan anders extra kans op een succesvolle behandeling.

De 46 pré-post studies gaven samen een effectsterkte van  $d = 0.59$  op, die na controlerende analyses robuust bleef. Deze effectsterkte komt overeen met eerdere studies

waarin effecten werden gepubliceerd over soortgelijke klinische populaties.

Omgerekend naar 1000 patiënten betekent deze score dat 280 patiënten extra zouden verbeteren als ze konden profiteren van een aan de standaardbehandeling toegevoegde groepstherapie.

Samengevat: er werden gunstige resultaten gevonden voor patiënten in klinische groepstherapie, zowel in de gecontroleerde studies als in de pré-post studies. Een vergelijking tussen gecontroleerde en pré-post studies toonde ook aan dat patiënten op de wachtlijst – zoals eerder onderzoek wel suggereerde – niet vooruitgingen of verslechterden.

Diagnostisch gezien bleek er meer effect haalbaar bij patiënten met stemmingsstoornissen dan bij patiënten met gemengde, psychosomatische en posttraumatische stoornissen. Dat mindere effect gold ook voor schizofrene patiënten. Over laatstgenoemde doelgroep rapporteerden

Burlingame et al. (2004) al eerder dat deze patiënten aantoonbaar baat hebben met vaardigheidstrainingen in groepsverband die aangevuld worden met psycho-educatiegroepen waar ook hun familieleden in betrokken worden.

### Hechtingstijlen en behandeluitkomsten in klinische psychotherapie

Strauss – werkzaam aan de Frits-Schiller universiteit in Jena, Duitsland – leidde een onderzoek waarin collega's 617 patiënten beoordeelden bij hun opname en hun hechtingstijlen analyseerden met behulp van een

interpersoonlijk interview, de Adult Attachment Prototype Rating (AAPR; Strauss, Lobo-Drost, & Pilkonis, 1999).

De kenmerkende hechtingstijlen die uit dit gestandaardiseerde interview werden afgeleid dienden als voorspellers van de behandeluitkomsten. De uitkomsten werden bepaald via afname van de Symptom Checklist 90-Revised en een interpersoonlijke vragenlijst, die bij binnenkomst en ontslag werden afgenomen. Bovendien werd de Bielefeld Questionnaire of Client Expectation (BQCE; Höger, 2002) vooraf afgenomen om de door de patiënt verwachte hechting ten opzichte van de therapeut te bepalen. In het onderzoek ging het om patiënten met uiteenlopende klachten, waaronder depressieve en angststoornissen, eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.

De attachment strategieën die waren bepaald met de AAPR voorspelden echter in geen enkel opzicht de uitkomst van de behandeling. Maar de door de patiënt zelf ingevulde BQCE voorspelde wel de behandeluitkomst: autonome patiënten bleken, afgaande op de uitkomstmaten, het meest te profiteren van klinische (groeps)psychotherapie terwijl gepreocupeerde/ambivalente patiënten de minste vooruitgang vertoonden.

Samengevat: in een grote multi-institutionele studie onder meer dan 600 patiënten bleken de aan hechting toe te schrijven kenmerken matig van belang te zijn voor het behelssucces.

De zelfgerapporteerde relationele verwachting van de patiënt ten opzichte van de atti-

tude van de therapeut lijken nauwer gelieerd te zijn met behelssucces. De auteurs pleiten terecht voor meer gedetailleerd onderzoek naar proces en uitkomsten onder patiënten met verschillende hechtingstijlen. In een subgroep binnen hun cohort bleken bij een groep met depressieve patiënten hun via de AAPR bepaalde hechtingstijlen wel enige invloed te hebben op hun groepservaringen en uitkomsten.

### De moraal

David Orlinsky vertelde laatst op een bijeenkomst van de Society for Research of Psychotherapy dat onderzoeksverslagen over psychotherapieresearch haast niet te lezen zijn. De auteurs zijn gespeend van enig gevoel van humor, schrijven dor en weten niet te boeien.

Hij beperkte zich tot het lezen van abstracts en dan vooral tot de laatste regels, waarin de conclusie werd vermeld. Orlinsky kon zich die uitspraak permitteren want veertig jaar lang heeft hij de proces- en uitkomstliteratuur gescreend en beschreven voor de handboeken van Bergin & Garfield, die om de tien jaar de meest recente stand van zaken van de psychotherapieresearch uitvoerig in kaart brengen, waaronder ook die van de groepstherapie.

Groepstherapeuten in Nederland doen er goed aan om ter inspiratie de buitenlandse literatuur over onderzoek naar groepstherapie te volgen, en om systematisch met procesmaten of met pré- en postonderzoek met follow-up het proces in en het effect

van hun groepstherapieën te meten. Bovenstaande onderzoeken laten niet alleen zien hoe gepubliceerd onderzoek gebundeld kan worden om de waarde van groepstherapie uit te vergroten, maar ook hoe belangrijk het is om op grote schaal toe te werken naar het gebruik van dezelfde en daardoor vergelijkbare onderzoeksvragenlijsten of testbatterijen.

Het valt te hopen dat de NVGP de komende vijftig jaar mede zal overleven omdat haar leden een consensus bereiken over een gezamenlijke testbatterij en daarmee veel onderzoek gaan doen om hun resultaten naar buiten te brengen.

### Literatuur

Burlingame, G.M., MacKenzie, K.R., & Strauss, B. (2004). Small group treatment: evidence for effectiveness and mechanisms of change. In M.J. Lambert, (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5<sup>th</sup> ed., pp.647-696). New York: Wiley.

Burns, D. D. & Auerbach, A. (1996). Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy: does it really makes a difference? In P.M. Salkovskis, (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 135-164). New York: Guilford Press.

Höger, D. (2002). Fragebögen zur Erfassung von Bindungsstilen. In B. Strauss, H. Kächele, & A. Buchheim (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (pp.94-117). Stuttgart: Schattauer.

Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working

Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.

Johnson, J.E., Burlingame, G. M., Olsen, J.A., Davies, D.R., & Gleave, R. (2005). Group climate, cohesion, alliance and empathy in group psychotherapy: multilevel structure equation models. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 310-321.

Köster, M, Burlingame, G.M., Nachtingall, C., & Strauss, B. (2006). A Meta-analytic review of the effectiveness of in-patient group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 10, 146-163.

Lese, K..P., & MacNair-Semands, R. R. (2000). The Therapeutic Factors Inventory : development of a scale. *Group*, 24, 303-317.

Strauss, B., Lobo-Drost, A., & Pilkonis, P.A. (1999). Einschätzung von Bindungsstilen bei Erwachsenen. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47, 347-364.

Strauss, B., Kirchmann, H., Eckert, J., Lobo-Drost, A.M., Papenhausen, R., Mosheim, R., Biebl, W., Liebler, A., Seidler, K., Schreiber-Willnow, K., Mattke, D., Mestel, R., Daudert, E., Nickel, R. Schauenburg.H., & Höger, D. (2006). Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy: results of a multisite study. *Psychotherapy Research*, 16, 573-587.

Trijsburg, R.W. (2006). Een testbatterij ter bepaling van groepscohesie? *Groepen*, 1, 69-76.