

Een psychotherapeutische gemeenschap voor kortdurende klinische psychotherapie

door M. P. Bolten en A. J. Hesselink

'One of the difficulties, however, is the incredible speed with which changes can take place in these patients'.

P. E. Sifneos

Inleiding

In dit artikel wordt verslag gedaan van de ontwikkeling, opzet en uitvoering van een afdeling voor kortdurende klinische psychotherapie. In een aansluitend verslag wordt een analyse gegeven van de behandelingsresultaten.

Nog altijd verkeert klinische psychotherapie in een onduidelijke positie. De officiële filosofie van b.v. overheid en financiers in de gezondheidszorg is: voor alles zij (psycho)-therapie ambulant. Daarnaast is de klinische sector van de geestelijke gezondheidszorg wel een erg heterogene verzameling. Er vallen allerlei intramurale instituten onder, met duizenden één soorten behandeling. Een andere factor die tot verwarring bijdraagt is dat velen, patiënten en hulpverleners, de indicatie klinische psychotherapie pas in laatste instantie stellen. Al eerder is betoogd dat dit niet rationeel is (Eyckman, 1966), maar dat klinische psychotherapie in een aantal gevallen de therapie van keuze is.

Dit alles maakt de groei en ontwikkeling van de Psychotherapeutische Gemeenschap niet eenvoudig. Niettemin: binnen het raam van de Psychotherapeutische Gemeenschap als behandelvorm is er toch beslist behoefte aan en plaats voor specialismen en differentiatie. Dat men daarbij een specialisatiegraad bereikt die eventueel vergeleken kan worden met nierdialyse, hersenchirurgie en hartklinieken is daarbij in principe acceptabel.

Dit soort specialisatie wordt, binnen het geheel van de Psychotherapeutische Gemeenschappen al duidelijk onderkend. Zo staan sommige bekend als jeugdklinieken, andere weer als Psychotherapeutische Gemeenschappen waar meer structurerend en steunend gewerkt kan worden ten behoeve van zwak geïntegreerde patiënten. Een derde type wordt – wat gemakkelijk en niet geheel correct

Schrijvers zijn psychologen, verbonden aan het Psychotherapeutisch Centrum 'De Viersprong' te Halsteren, resp. als chef de clinique-psychotherapeut van de afdeling voor kortdurende klinische psychotherapie en als medewerker voor research en psychodiagnostiek.

– weleens aangeduid als neurosenklinieken.

Naast die Psychotherapeutische Gemeenschappen bestaan er ook andere Therapeutische Gemeenschappen, die men als agogisch of sociotherapeutisch kan kwalificeren. Het model van de Therapeutische Gemeenschap is toepasbaar op allerlei soorten intramurale gezondheidszorg, kan men zelfs stellen.

Binnen de basisidee van de therapeutische gemeenschap is de Psychotherapeutische Gemeenschap te zien als een bijzondere vorm: het idee van de therapeutische gemeenschap, toegespitst op het verrichten van psychotherapie. Van de talrijke verschillen met ambulante psychotherapie zijn de kosten op zich niet eens zo groot: een 3/4 uurs zitting individuele psychotherapie op een I.M.P. kost f 120,-/f 140,-, een dagprijs klinische psychotherapie bedraagt f 170,70 (gegevens 'Viersprong', 1979).

Bij dit merkwaardig kleine verschil mag echter niet ontkend worden dat klinische psychotherapie kostbaar is, mede doordat het vaak langdurig is. In de ambulante psychotherapie bestaan er veel pogingen om therapie kort te doen zijn; waarschijnlijk streeft elke psychotherapeut daarnaar. Behalve die zorgvuldigheid, die in elke ambulante psychotherapie aanwezig is (of hoort te zijn), heeft men specifieke kortdurende psychotherapie-vormen ontworpen. Het is misschien wel begrijpelijk dat de relatief jonge klinische psychotherapie nog niet beschikt over deze specialisatie.

In het hiernavolgende wordt een beschrijving gegeven van een ontwerp en uitvoering van een kortdurende klinische psychotherapie (K.K.P.).

Daartoe moesten we een bestaande patiëntenstroom in tweeën splitsen. Die bestaande stroom was natuurlijk al een selectie, een deelgroep van het totale patiënten-aanbod voor psychotherapeutische hulpverlening. De indicatiestelling kwam tot stand in een gesprek tussen de psychotherapeut/intaker en de aspirant patiënten. De patiënt werd geconfronteerd met de keus tussen korte en gelimiteerde opname of opname zonder afspraken over de behandelduur.

Een basisvisie op de kortdurende klinische psychotherapie is steeds geweest dat niet alles hoeft en moet in de 3 maanden, die er voor staan, en dat deze behandeling evengoed een fase kan zijn van een groter behandelingsgeheel. De indicatiestelling werd verder beïnvloed door de ervaringen in de eerste, experimentele fase. Zo bleek bijvoorbeeld dat enkele acuut psychotische personen niet op hun plaats waren. Enkele personen met prominente perversies bleken zich beter te kunnen handhaven, maar onbereikbaar te zijn in de groep en voor de verschillende therapeutische benaderingen.

Ten tijde van het schrijven van dit verslag waren de indicaties voor K.K.P. op ons centrum de volgende:

- personen die 'uit zichzelf' of op grond van eerdere behandeling al goed georiënteerd zijn over zichzelf, hun geschiedenis en hun problemen;
- personen die in andere behandelingen ondanks een redelijke motivatie in een impasse verkeren en een drempel niet overkomen;

- personen die door hun omgeving (gezin, werk, kennissenkring) niet toekomen aan het voltrekken van klaarliggende veranderingen;
- personen met angst voor symbiose, afhankelijkheid en te grote hechting bij klinische behandeling zonder scherpe tijdslimiet;
- personen die willen onderzoeken of psychotherapie wel mogelijk voor hen is;

– personen die op zakelijke gronden de voorkeur geven aan een betrekkelijk korte periode van intensieve behandeling.

Enkele indicaties voor klinische psychotherapie zonder tijdsafspraken werden wat scherper gesteld:

- personen die eerst een aanlooperperiode behoeven zoals bij moeilijk hechten, relatief sterke en hardnekkige zelfvervreemding en wantrouwen, of die eerst psychotherapie moeten 'leren' (volgens de pre-therapiegroepen zoals beschreven door Stufkens, 1979);
- personen waarvan op grond van het ziektebeeld bekend is dat de behandeling langzaam op gang komt en bij wie het veel tijd vergt om een voor henzelf waarneembaar proces op gang te brengen, bijvoorbeeld een dwangneurose of anorexia nervosa;
- personen bij wie naast het opruimen van groeibelemerende fixaties ook nog die groei zelve binnen het raam van de behandeling plaats moet vinden;
- personen bij wie de symptomen en conflicten zozeer het hele leven beïnvloeden dat een concrete doelstelling ('focussing') niet mogelijk is.

Het proces van indicatievorming is geenszins voltooid, omdat er nog niet voldoende ervaring is.

Als psychotherapeutische referentiekader werd gekozen voor de Transactionele Analyse.

Theorie en praktijk van kortdurende klinische psychotherapie

1. Doelstelling van kortdurende psychotherapie

Binnen de psychotherapie is er geen eenstemmigheid over primaire doelstellingen. Halberstad-Freud (1980) vindt dat 'niet in de eerste plaats het therapeutisch succes' wordt nagestreefd, maar bewustmaking en begrip. Maar de meningen zijn tegenstrijdig, ook binnen de psychoanalyse. Een *vroege* uitspraak (Freud, 1909) uit dezelfde kleine Hans die door Halberstad werd herlezen, luidt: 'For psychoanalysis is not an impartial scientific investigation, but a therapeutic measure'.

Van Strien (1977) kiest voor de definitie van Rangell (1954) die psychoanalyse primair definieert als een therapiemethode. Psychotherapie als twee-partijen contract komt hier te lande waarschijnlijk niet veel meer voor. Bij het overgrote deel van de behandelingen is er sprake van tenminste een drie-partijen contract: patiënt, behandelaar, financier. Sinds de eerste en derde partij niet meer identiek zijn is er meer vraag gekomen naar een liefst zo goedkoop mogelijk therapeutisch succes. Berne (1966, 1972) gaf zijn patiënten het advies eerst maar beter te worden – en als je dat wilt, kun

je later nog wel eens analyseren hoe het nou allemaal kwam. Zijn leerlingen gaf hij de opdracht de patiënt in de eerste zitting te genezen; mocht dat niet lukken, dan maar in de tweede.

Malan (1963) noemt een aantal factoren die de behandelingsduur doen oplopen: anonimiteit van de therapeut; weerstand bij de patiënt; overdeterminatie van de klachten; noodzaak tot doorwerken; tijdstip van ontstaan van de neurose; overdracht, incl. negatieve overdracht bij termineren; afhankelijkheid; overdrachtsneurose; passiviteit van de therapeut en volgzzaamheid ten opzichte van patiënt's koers; een 'sense of timelessness' die de therapeut doorbriift aan de patiënt; perfectionisme bij de therapeut; toenemende pre-occupatie met diepere en vroegere ervaringen.

In elke psychotherapie-soort kan men een 'cureer-oriëntatie' onderscheiden en een 'onderzoek-oriëntatie'. In de psychoanalyse b.v. is die laatste oriëntatie duidelijk present. Malans laatste factor (toenemende pre-occupatie met diepere en vroegere ervaringen) behoort typisch bij de onderzoek-oriëntatie. Alexander (Barten, 1971) stelt emotionele ervaringen in de therapie nu tegenover de genetische reconstructie van het verleden. Yalom (1979) legt de nadruk op het complementair zijn van emotionele beleving en cognitieve ordening.

Ook kortdurende psychotherapie behoeft ons inziens beide ingrediënten. Maar net als bij Berne, bij M. H. Erickson (Haley, 1975), in de gedragstherapie en in de directieve therapie (v. d. Velden, 1977) is de cureer-oriëntatie hier wel primair.

Barten (op cit.) meent een verandering in behandelingsfilosofie te kunnen constateren. Er komt, meent hij, steeds meer begrip voor beperkte therapeutische doelstelling. Soms is therapie met beperking zelfs de behandelvorm van keuze.

Voorts is er de bekende observatie: hoe jonger een therapievorm des te korter is de behandelingsduur ervan.

Van Strien observeert dit in de geschiedenis van de psychoanalyse. Die ontwikkeling ziet men ook bij andere therapiescholen. Malan (op cit.) maakt de vergelijking met geldontwaarding voor de psychoanalyse: bij toenemende ervaring schijnen de eerste analytici het geheim van korte psychotherapie te hebben verloren. Dat gedragstherapie kort en efficiënt was hoort men nu niet meer zo vaak als in de beginfase. Terwijl Wolpe in 1964 nog spreekt over een gemiddelde behandelingsduur van 11,5 zittingen voor 'simple neuroses' en Stampfl en Levis (1967) 'marked changes in symptomatology usually occurring within 1-15 sessions' noemen, distantiëren Marks en Gelder zich in 1965 van de opvatting dat gedragstherapie 'kortere' is.

2. Klinische psychotherapie en behandelduur

Als men klinische psychotherapie onderscheidt van psychotherapie-in-een-opnamesituatie is er sprake van klinische psychotherapie sinds de 2e wereldoorlog. Bion (1961) werkend met gedecompenseerde militairen en Maxwell Jones (1979) met velerlei ziekenhuis-bevolkingen, hebben gemeenschappelijk dat ze werkten met

een doelgerichte onderschikking van allerlei milieufactoren aan *psychotherapeutische* in plaats van traditioneel verpleegkundige of (somatisch-)medische doelstellingen. In Nederland zijn een paar mijlpalen in de geschiedenis van de klinische psychotherapie het werk van Arendsen Hein, van Meyering (overigens ook in militaire setting) en de boeken van Jongerius (1963) en Bierenbroodspot (1969).

In Nederland is een langdurige behandeling eer regel dan uitzondering. In één van die Psychotherapeutische Gemeenschappen is dat indertijd ook wel onderkend, gezien de afspraak dat de behandeling maximaal 6 maanden duurt. In de praktijk echter werden behandelingen ook na die termijn vaak klinisch voortgezet. Enkele gegevens over de gemiddelde behandelduur van klinische psychotherapie in Nederland zijn beschikbaar dankzij een gezamenlijk researchproject van een achttal Psychotherapeutische Gemeenschappen.

Amstelland	10,7 mnd.
Pav. St. Jozef (St. Bavo)	10,5 mnd.
De Oosthoek	13,0 mnd.
Rijnland	17,0 mnd.
De Spiegelberg	17,0 mnd.
Jeugdafdeling Viersprong	12,6 mnd.
Viersprong Volwassenenkliniek	7,7 mnd.
Zuideroord	12,4 mnd.

Deze gegevens, verzameld vóór juni 1979, zijn niet meer dan een *indicatie* van de behandelduur voor klinische psychotherapie in Nederland. Per kliniek variëren die getallen soms aanzienlijk (N=893, gemiddelde opnameduur voor het totaal is 11,3 mnd.). De getallen zijn niet gezuiverd voor dropouts.

In een Psychotherapeutische Gemeenschap ontstaan, in de loop van de jaren, impliciete normen over wat een behandeling is. Deze is pas goed 'als er vreselijk cathartisch tekeer wordt gegaan' in een groepszitting. Of wanneer je 't als patiënt na 2 maanden 'niet meer ziet zitten'. Of wanneer je wegloopt, een ruit inslaat. Aan die normvorming zijn patiënten en behandelaars onderworpen. In een Psychotherapeutische Gemeenschap ziet men dat scherper dan in de ambulante setting. Die normen zijn maar ten dele bepaald door rationele overwegingen, veel meer door allerlei persoonlijke gevoelens en verlangens en door traditionele en professionele vooroordelen. Zo ontstaan er ook 'normen' over behandelduur.

Binnen onze Psychotherapeutische Gemeenschap stelden we vast dat de kliniepopulatie eigenlijk uit twee deelpopulaties bleek te zijn samengesteld. Populatie A had een verblijfsduur van ongeveer een jaar, populatie B een verblijfsduur van 3 à 4 maanden. Onze behandelingsfilosofie paste echter slechts bij populatie A: een afwachtede, misschien inviterende houding van de staf, confrontatie en ontdekking als doel en het centraal staan van overdracht, weerstand en doorwerking in combinatie met het groepsdynamisch/analytisch model. Allemaal processen die tijd vergen.

Toch bleek uit het onderzoek en uit de impressies van de patiënten

en behandelaars dat ook patiënten uit populatie B verbeterden. Niet allemaal, niet evenveel, maar toch . . .

Onze gevolgtrekking was dat die populatie B een eigen behandelprogramma behoeft dat niet van een behandelduur van één jaar uitgaat, maar van één van 3 à 4 maanden.

Uit de literatuur bleek dat bij 'shortterm' psychotherapie praktisch alleen aan ambulante behandeling wordt gedacht. Van kortdurende psychotherapie in een klinisch verband is alleen sprake bij (opname)preventie of crisisinterventie. Een consequent doordachte en specifiek kortdurend bedoelde vorm van klinische psychotherapie bleek alleen bij de klinische echtparentherapie te Lovenjoel (België) en de door Knobloch beschreven behandelkampen in Tsjechoslowakije en Canadese 'dayhospitals' te bestaan.

Barten (op cit.) noemt wel 'brief hospitalization', maar alleen als laatste redmiddel, vaak ter bezwering van rampen en voor het couperen van crisissituaties. Het zal duidelijk zijn dat onze opzet een kortdurende, inzichtgevende en dynamische klinische psychotherapie is, niet als noodgreep, maar als behandelvorm van voorkeur.

3. Kenmerken van kortdurende psychotherapie

'Therapists (. . .) share one methodological dimension (. . .): the concentrated focus of the therapeutic effect upon the symptoms or relevant matters only' schrijft Small (1971) over kortdurende therapie. Die relevante zaken zijn b.v. het emotionele conflict zelf in plaats van de conflictderivaten. Maar ook een 'bredere psychodynamische verandering' (Van Strien, op cit.) kan beoogd worden.

Van Marle (1979) somt de volgende kenmerken op:

- a. beperkte tijdsduur (in zittingen of datum),
- b. duidelijkheid in de beginfase voor de behandelaar en de patiënt,
- c. vaststellen van het focus,
- d. activiteit door de therapeut (richting en structuur),
- e. handhaven autonomie van de patiënt,
- f. streven naar inzicht,
- g. nadruk op beëindiging,
- h. geplande fasering.

Wat meer discussie is er over de nadruk op het genetische versus de toekomstgerichte aanpak en ondersteunende elementen. Barten (op cit. p. 9) zegt: 'warmly supportive', Mc Guire stelt: niet supportief als zodanig (zie Small, op cit. p. 25). Ook is men het niet eens over wat bereikbaar is voor de kortere therapie.

De grens wordt vaak aangegeven met termen als oedipaal versus pregenitaal, of het onderscheid gebaseerd op psychoneurotische versus karakterneurotische aandoeningen.

Het is duidelijk dat 'de kenmerken van de korte psychotherapie' sterk samenhangen met de opvattingen over wat men als korte therapie wil zien en met de soort korte psychotherapie die men in gedachten heeft. Van Marle (op cit.) onderscheidt drie types korte therapie: crisisinterventie, psychoanalytisch, gestructureerde gedragsverandering/communicatietheoretisch. Collumbien en Pierloot (1978) geven varianten van kortdurende dynamische psycho-

therapie volgens Malan, Sifneos en Davanloo. Voor enige titels verwijzen we naar de literatuurlijst.

4. Kortdurende klinische psychotherapie

Een patiënt met een behandelduur van drie maanden in de Nederlandse Psychotherapeutische Gemeenschap wordt vaak als een 'dropout' beschouwd. De vorm van het ontslag suggereert wel iets over de (onmiddellijke) behandelresultaten: overplaatsing, weglopen, ontslag op initiatief van de behandelstaf, ontslag wegens misdragingen, ontslag in overleg. Precieze gegevens over het behandeleeffect bij deze dropouts zijn niet beschikbaar. Wel wordt een voortijdig vertrek binnen de staf onderzocht. Men komt dan tot kwalificaties als: weerstandsgenezing, overdrachtsgenezing, versterking van defensies en afweer, desintegratie, enz. Het leek ons de moeite waard om te onderzoeken of het loont een speciale klinische psychotherapie te ontwerpen voor de potentiële 'dropouts' van de Psychotherapeutische Gemeenschap, dat wil zeggen voor patiënten die na relatief korte tijd de behandeling beëindigen.

Het merendeel van wat geschreven is over korte therapie gebeurde vanuit de situatie van een ambulante psychotherapie. Toch blijken veel kenmerken, doelstellingen en technieken overdraagbaar op de klinische kortdurende behandeling. De beschrijving van de op 'de Viersprong' ontstane behandeling wordt gegeven aan de hand van Van Marle's opsomming van kenmerken van kortdurende therapie:

(a) *Beperkte tijdsduur.* De behandelduur is 12 weken. In de schriftelijke oproep voor opname wordt de patiënt de ontslagdatum al meegedeeld. Verlenging van opname is niet mogelijk.

(b) *Duidelijkheid in de beginfase.* Voor de patiënt bestaat die duidelijkheid op twee manieren. Allereerst wordt de keuze – korte klinische psychotherapie of klinische psychotherapie zonder afspraken over tijdsduur – aan de patiënt zelf voorgelegd. De eigen emotionele en rationele keus wordt doorgenomen. De patiënt krijgt onze indicaties voorgelegd voor beide behandelvormen met de vraag waarin hij zichzelf het best herkent. Na zijn voorlopige keuze komt de patiënt op een oriëntatiedag waar hij de behandeling en de sfeer kan meemaken. Pas daarna komt het tot een eventuele definitieve keuze. Van stafzijde wordt bij beide gelegenheden nagegaan hoe het staat met motivatie, aard en uitgebreidheid van de pathologie, eerdere therapie ervaringen en contactname.

(c) *Focus.* Bij het daadwerkelijke begin van de behandeling wordt een contract opgesteld, waarin de patiënt, de groep en de psychotherapeut (namens de gehele behandelstaf) partners zijn. Voor bijzonderheden over de aard, inhoud en de formele aspecten van deze behandelcontracten wordt verwezen naar de relevante literatuur (Kouwenhoven, 1977; Woollams & Brown, 1978).

Dit contract is geen intentieverklaring, geen al of niet vrome wens, maar een concrete toezegging van de patiënt dat hij iets zal doen of laten. Een paar voorbeelden mogen dit verduidelijken.

- Contract 1: – ik ga Anneke zijn zonder me te schamen
– ik ga mijn geliefde verdriet opgeven
– ik ga voor mijn lijf zorgen
Geldig tot . . .
- Contract 2: – ik ga plezier hebben in seks, met mezelf en anderen
– ik ga in op dingen die mensen tegen me zeggen
Geldig tot . . .
- Contract 3: – ik mag afgaan
– ik ga vriendjes worden met mijn lijf
– ik ga mezelf plezier gunnen
Geldig tot . . .

Dit contract bepaalt het 'werk' van de patiënt bij de creatieve therapie, bewegingstherapie, sociotherapie en de psychotherapie. Iedere avond nemen de groepsleden plus één staflid door hoe, waar en met welk resultaat door een ieder aan de contracten is gewerkt. Een verslag van de belevingen van die dag zonder meer wordt niet geaccepteerd, net zo min als allerlei 'interessante' uitweidingen over wat iemand allemaal heeft gevoeld, gedacht, gevreesd, ingezien, etc.

Bij het opstellen van de contracten wordt uitgegaan van de concrete klachten enerzijds, anderzijds van het onderliggende conflict en de persoonlijke geschiedenis. Dit impliceert dat er zgn. autonomiecontracten en sociale contracten geaccepteerd worden (Wool-lams et al., 1977). Het contract is een raam-overeenkomst die per situatie uitgewerkt kan worden. Zo kan punt 1 van contract 3 in de creatieve therapie betekenen dat de betrokkene kiest voor vingerverf in plaats van rietpen, terwijl punt 3 aangeeft dat het doen en het plezier er in prevaleert boven 'artistieke waarde'.

Het genetisch aspect komt vooral in de psychotherapie aan de orde, via de bewerking van het 'script' (Berne, 1972). Het script kan gezien worden als een contract dat het (zeer) jonge kind sluit met zijn ouders. In dat contract legt het kind zijn toekomstige levensloop vast conform aan de al of niet bewuste wensen van vader en moeder, in ruil voor hun (niet verbale) toezegging dat ze het kind niet in de steek zullen laten en voorzien van 'strokes'. Het therapeutisch contract gaat, wil het een goed contract zijn, op een of meer punten in tegen het script. Tijdens de psychotherapie wordt dat script gezamenlijk onderzocht, bewust gemaakt, geëxpliciteerd en vervolgens gewijzigd. Over het hoe en wat daarvan wordt hier verder niet ingegaan (zie: Goulding, 1978, Bolten & De Jong, 1980). De activiteiten waarmee de patiënt het script in stand houdt, de 'games', worden eveneens in de psychotherapie bewerkt. Dat gebeurt in de hier-en-nu situatie, want de 'games' doen zich in concreto voor in de transacties tussen patiënten-groepsleden onderling ('minor process') en tussen de patiënt en de psychotherapeut ('major process', Berne, 1966).

In deze zin beantwoordt deze behandeling aan wat Van Strien (op cit.) schrijft over 'psychoanalytically-based psychotherapy': er wordt gewerkt via externe agentia in het aanpakken van de 'games'

(dat wil zeggen overdracht). Het genetisch aspect komt, zij het wellicht gereduceerd tot de relevante aspecten, aan bod in de scriptbewerking. Ook aan Alexander's (op cit.) termen (emotionele ontlasting, inzicht en assimilatie) wordt voldaan.

Dat contractuele psychotherapie een focus heeft, zal duidelijk zijn, eveneens dat het gaat om psychodynamische principes ter verbetering van een voldoening gevende aanpassing en een harmonische ontplooiing.

(d) *Activiteiten van de therapeut*. Ook in dit opzicht is Van Marle's omschrijving van directe toepassing en geldigheid voor de 3-maandsbehandeling op 'de Viersprong'. De therapeuten werken vanuit het contract: richtinggevend en structurerend. Het afsluiten van het contract is niet non-directief, evenmin als het samen met de patiënt elke keer weer specificeren van het contract. Het praktisch probleem hierbij is dat de therapeut met zijn activiteit geen dingen moet doen die alleen de patiënt kan en moet doen. De activiteiten van de therapeut kunnen als volgt samengevat worden:

- scheppen en handhaven van een leef/werkstructuur, therapieaanbod en 'klimaat',
- selectie en aanbod van een theoretisch kader waarbinnen zich de therapie afspeelt; in ons geval de transactionele analyse.

Deze twee activiteiten zijn als het ware prealabele activiteiten die zich primair binnen de stafsfeer afspelen en pas in hun concrete uitwerking voor de patiënt realiteit krijgen in de zgn. sociotherapie. Daarnaast is de psychotherapeut actief in de psychotherapie in engere zin, dat wil zeggen transactionele analyse. O'Hearne (1977) kent in het verslag van zijn opleidingen de transactionele analyse een specifiek kenmerk toe, dat van belang is voor kortdurende psychotherapie. In het rijtje (Malan) van factoren die therapieverlengend werken, staat de overdrachtsneurose centraal. Veel auteurs beschrijven de essentie van kortdurende psychotherapie met het devies: bevorderen en gebruik maken van positieve overdracht, voor overdrachtsneurose waken.

O'Hearne, na zijn psychoanalytische en groepsdynamische opleiding in de T.A. terechtgekomen, schrijft: T.A. gave me the tools to prevent, with relative ease, formation of such neuroses. O'Hearne heeft het over de kruistransactie. Het model voor overdracht is de transactie tussen de Kind Ik-positie van de patiënt en de Ouder Ik-positie van de therapeut. De transactie analyticus antwoordt met de Ik-toestand die hij nuttig acht en spreekt bij de patiënt die Ik-toestand aan die dit type overdrachts-transacties blokkeert. Daarmee is een belangrijke voorwaarde gegeven: wel overdracht voorzover die nuttig is, maar geen overdrachtsneurose. De psychotherapie kan als volgt ingedeeld worden:

- structuuranalyse samen met de patiënt: herkennen, diagnosticeren van eigen en andermans ik-toestanden; dit is zowel een affectief als een cognitief gebeuren; het is een proces waarbij niet alleen de Volwassene, maar ook Ouder en Kind betrokken zijn;
- transactie-analyse: onderzoek van de eigen relatiepatronen en de erbij horende affectieve en emotionele componenten;

- script-analyse: wat is de ouderlijke programmering, in hoeverre en in welke zin wordt het leven gestuurd door vroeg-kinderlijke ervaringen en compromissen?

Deze drie activiteiten vinden plaats in samenwerking; de patiënt produceert 'materiaal', de therapeut, eventueel ook de groepsleden, sturen bij via een proces van selectief interveniëren. Deze interventies leiden tot het bewust worden van script-gegevens, bijv. een verbod op autonomie bij een fobische patiënt. De situatie waarin dat verbod werd aangereikt en geaccepteerd, wordt al of niet gemitigeerd in de therapie weer ervaren. Vaak is er dan sprake van de 'emotional discharge'. Het 'inzicht' is het besef van het krijgen van dat verbod, de context, de relatie met de persoon van de ouder zelf en vooral de relatie met de levensvoering sindsdien. Vaak is dit ook het moment waarop vrijkomende energie ten dienste van andere levensbesluiten kan worden gesteld. De continue behandel-situatie komt ten goede aan een effectieve en snellere assimilatie van deze zaken.

(e) *Handhaven van de autonomie.* De patiënt blijft via het contract en de bewaking ervan continu verantwoordelijk voor zijn therapie. Autonomie is één van de meest essentiële behandel-doelen in deze therapie. Scriptvrij worden wordt in de T.A. gespecificeerd met de trias: spontaniteit, intimiteit, autonomie (Berne, 1961). In de voorwaarden voor de therapie wordt die autonomie sterk benadrukt: er is geen medicatie behalve op voorschrift van de huisarts, er zijn regelmatige 'stafloze' perioden waarin stafleden eventueel telefonisch kunnen worden opgeroepen. Voor somatische problemen is in een andere Viersprong-afdeling een - anonieme - verpleegkundige aanwezig.

(f) *Streven naar inzicht:* zie d.

(g) *Nadruk op beëindiging.* Men is tevoren van de ontslagdatum op de hoogte, er komen om de 2 à 3 weken aspirant-patiënten voor een oriëntatiedag. Deze worden goeddeels door de aanwezige patiënten ontvangen en voorgelicht. Ook de fasering in de behandeling (zie punt h) maakt het vertrek tot een onontkoombaar gegeven. Na 6 weken is de helft van de groep aan ontslag toe, de overblijvende vijf zijn een dag 'alleen', waarna de groep weer tot tien wordt aangevuld. Vanaf dat punt ziet men vaak een versnelling in het behandelingsproces.

De laatste 2 weken van de opname worden gekenmerkt door thema's betreffende de beëindiging. De groep legt rekenschap af van het contract: heeft men zijn contract vervuld, welke clausule wel en welke niet: indien niet, in hoeverre zijn er toch dingen bereikt? Daarnaast is er een gesprek onder vier ogen met de psychotherapeut over eventuele verdere en/of andere behandelingen. Iedere patiënt maakt in de laatste drie weken een schriftelijk behandelingsverslag. Al deze activiteiten zijn natuurlijk direct zichtbaar voor de vijf 'nieuwe' groepsleden.

De caesuur is, met beëindiging van de opname nog duidelijker als bij de beëindiging van een poliklinische behandeling: men moet domweg verhuizen.

(h) *Geplande fasering*. De opbouw van de behandeling is duidelijk: de contractfase (eerste twee weken) – de werkfase I (4 weken) – vervanging van de helft van de groep – de werkfase II (4 weken) – en de beëindigingsfase. Wat hier werkfase I wordt genoemd komt ongeveer overeen met Van Marle's 'leerfase' en werkfase II met zijn 'actiefase' plus de 'integratie fase'.

Een vergelijkend onderzoek naar behandel-effecten

Inleiding

Omdat er géén landelijk, gemiddeld effect van klinische psychotherapie bekend is hebben we gekozen voor een onderzoek, waarin de effecten van K.K.P.-behandeling worden vergeleken met die van de reeds op 'de Viersprong' bestaande klinische psychotherapeutische behandeling, die zoals gebruikelijk niet-gelimiteerd is. De keuze is arbitrair, we vergelijken niet met poliklinische psychotherapie, met de behandelresultaten van een PAAZ of met medicamenteuze therapie.

Al voor de ontwikkeling van de K.K.P.-behandeling werd op de klinische afdelingen van 'de Viersprong' programmevaluatie verricht: een ononderbroken bepaling van de behandelingseffecten en terugkoppeling naar de behandelaars. Vanaf de start van de K.K.P.-behandeling zijn, naast andere, dezelfde effect- en satisfactiematen gehanteerd als voor de bestaande klinische behandelvorm. De behandelvormen verschillen echter in meer aspecten dan in de duur van de behandeling. Wat naast elkaar wordt gezet zijn de effecten van de 'totaal-programma's', inclusief alle verschillen. Eventuele verschillen in de effecten zijn dan ook niet terug te voeren op louter een verschil in de duur van behandeling. De programmevaluatie loopt nog steeds door. In dit verslag zijn de resultaten van een afgebakende periode weergegeven.

Vraagstelling

De kernvraag is: wat zijn de effecten van de K.K.P.-behandelvorm, gezien tegen de achtergrond van de niet-gelimiteerde behandelvorm (N.G.)? Uit deze kernvraag volgen twee andere vragen:

- a. naar verschillen tussen de twee groepen patiënten vóór opname; de indicaties voor de behandelvormen zijn te onderscheiden en door de (zelf)selectie via de intake en de oriëntatiedag zullen de groepen ook wel van elkaar verschillen;
- b. naar de duur van de effecten.

Methode

Vóór en na de behandeling worden metingen verricht bij beide patiëntengroepen. De twee groepen zijn niet a-select samengesteld: in termen van type onderzoek behoort dit tot de zgn. quasi-experimentele designs (Campbell and Stanley, 1963).

Als maat van effect worden op verschillende tijdstippen diverse vragenlijsten aan de patiënt voorgelegd:

- de ABV: een gestandaardiseerde test, waarvan de gebruikelijke

vier schalen zijn gehanteerd: neurotische (N) en neurosomatische labiliteit (Ns), extraversie (E) en de mate van defensiviteit (T: test-attitude) (De Zeeuw, 1976). In het algemeen beoogt een psychotherapeutische behandeling van de neurotische patiënt te resulteren in een daling van de N- en Ns-scores en een stijging van de E-score.

– de Nieuwkoopse Vragenlijst (NVL) heeft 3 versies: een opname-, een ontslag- en een follow-up versie. De versies hebben een identiek kerngedeelte. In dit onderzoek zijn de drie belangrijkste schalen* gebruikt die het algemeen welbevinden (HAW; de score loopt theoretisch van 12-60), het lichamelijk welbevinden (LWB; 6-30) en de 'nuchtere zelfhandhaving' (NZH; 8-40) (zoiets als het gebruik van effectieve manieren van problemsolving) weerspiegelen (Van Kalsbeek e.a., 1978).

– rechtstreekse vragen naar het oordeel van de patiënt over het effect van de behandeling zijn vervat in de zgn. Rating-Patient (Bolten, 1975).

– daarnaast beoordeelt de behandelaar het behandelingseffect door voor een 10-tal aspecten aan te geven in welke mate hij de patiënt vindt verbeterd of verslechterd (Rating Therapeut, Bolten, 1975). Voor de scores op de schalen van de NVL, de Rating Patient en de Rating Therapeut geldt 'hoe hoger, hoe beter'.

Onderstaand overzicht geeft aan wanneer welk instrument wordt gebruikt.

	intake	opname	ontslag	1, 3 en 5 jaar na ontslag
ABV	x	x	x	
Nieuwkoopse Vragenlijst		x	x	x
Rating Patient			x	
Rating Therapeut			x	

Data-verzameling

Het onderzoek strekte zich uit over alle patiënten die in de periode 01.01.79 tot en met 15.07.80 uit één van de behandelingen werden ontslagen. In totaal kregen 83 patiënten een K.K.P.-behandeling (35 mannen, 48 vrouwen) en 129 patiënten een N.G.-behandeling (72 mannen, 57 vrouwen). De verzameling van de follow-up gegevens (1 jaar na ontslag) is niet compleet omdat een aantal patiënten op dit moment minder dan een jaar geleden is ontslagen (zie tabel I). De dropouts maken deel uit van de populaties; voor de K-populatie is een dropout iedereen die voortijdig de behandeling heeft beëindigd. Voor de N.G.-populatie is de dropout gedefinieerd door een verblijfsduur van minder dan 91 dagen.

* De ontwikkeling van de NVL (onder auspiciën van de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Psychotherapeutische Gemeenschappen) verkeert in een vergevorderd stadium. De schalen moeten als voorlopig worden beschouwd.

Data-analyse

Onder methodologen bestaat onduidelijkheid over de vraag wat de meest aangewezen data-analyseprocedure is voor het hier gehanteerde design. De meest voor de hand liggende methode gebruikt de verschil-scores tussen voor- en nameting. Hieraan zijn enkele onoplosbare problemen verbonden: een lage betrouwbaarheid en het 'plafond effect' (Mellenbergh, 1977). Matching van groepen wordt nauwelijks toelaatbaar geacht. Sommigen vinden een tweewegs-variantie-analyse het meest geschikt, anderen adviseren het gebruik van covariantie-analyse (Mellenbergh, Visser, 1980). Het leek verstandig om op verschillende manieren naar de gegevens te kijken. Wijzen de uitkomsten van de verschillende procedures in eenzelfde richting dan hebben we daarmee vrijwel zeker een goede constructie van de werkelijkheid. In dit onderzoek is gekeken naar de verschillen tussen de twee populaties op eenzelfde meetmoment, naar de verschillen op meerdere meetmomenten van elke populatie (t-toetsen) en naar deze beide verschillen tegelijkertijd (multivariate covariantie-analyse).*

Resultaten (zie tabel I)

Achtereenvolgens vatten we de belangrijkste bevindingen samen betreffende: (a) enkele kenmerken van de populaties, (b) de situatie voor opname, (c) de situatie ten tijde van het ontslag, (d) de situatie 1 jaar na het ontslag.

(a) *Enkele kenmerken.* De K.K.P.-populatie was gemiddeld 30 jaar (st.dev. = 6), overwegend ongehuwd (58%) en alleenwonend (52%). Daarmee vergeleken was de N.G.-populatie iets jonger (28 jaar; st. dev. = 6), woonde minder vaak alleen en vaker in het ouderlijk huis. De K.K.P.-populatie leek op basis hiervan wat zelfstandiger en rijper dan de N.G.-populatie.

(b) *De situatie voor opname.* Beide populaties werden uiteraard gekenmerkt door een hoge neurotische en neurosomatische labiliteit. In het algemeen waren de groepen introvert en weinig defensief. In termen van ABV-scores onderscheidden de groepen zich ten tijde van de intake en bij hun opname niet of nauwelijks. Evenmin verschilden de populaties in hun algemeen psychische conditie en realiteitszin, zoals gemeten met de Nieuwkoopse Vragenlijst. Zie tabel II.

Het enige opvallende verschil is dat de bij intake in 'klaaggedrag' (N-score) wat minder homogene K.K.P.-populatie bij opname even homogeen is als de N.G.-patiënten. Die verschuiving gaat gepaard met een verlaging van de defensiviteit bij de K.K.P.-patiënten in de periode tussen intake en opname.

Een dergelijke verandering, die niet is te bespeuren bij de N.G.-populatie, wordt vermoedelijk verklaard door het feit dat aan K.K.P.-patiënten wordt toegezegd in de periode voor opname zich op de behandeling voor te bereiden door (transactioneel-analyti-

* Met dank aan T. Meeuwissen voor zijn aandeel in de verwerking van de gegevens.

Tabel 1: Aantallen bruikbare vragenlijsten

INTAKE		OPNAME		ONTSLAG		1 JAAR NA ONTSLAG	
a	b	c	d	e	f	g	h
KKP	NG	KKP	NG	KKP	NG	KKP	NG
83	127	83	129	77	115	32	49
		83	129	77	114		
				77	113		
				83	126		

ABV:

NVL:

Rating Patient

Rating Therapeut

Tabel II: Testscores bij intake en opname van KKP- en NG-patiënten.

INTAKE		OPNAME		Toetsing: * = $p < .05$			
a	b	c	d	a-b	c-d	a-c	b-d
KKP	NG	KKP	NG				
83	127	83	127				
ABV-percentielen							
N-gem.	92.0	93.7	93.4				
st. dev.	12.9	9.4	10.9	*			
NS-gem.	79.1	78.8	82.4				
st. dev.	21.2	21.2	18.6				
E-gem.	23.6	26.8	23.0				
st. dev.	27.9	30.1	26.8				
T-gem.	30.3	22.1	29.3		*	*	
st. dev.	25.6	22.8	27.2				
Nieuwkoopse Vragenlijst							
HAV-gem.		28.7	27.3				
st. dev.		6.7	6.5				
LU8-gem.		18.7	18.1				
st. dev.		3.4	3.7				
NZH-gem.		20.7	21.2				
st. dev.		4.6	4.4				

sche) literatuur te lezen. Aan de N.G.-patiënten wordt zoiets niet gevraagd. Overigens is het statistisch regressie-effect niet zichtbaar werkzaam: er is niets te zien van de 'drang naar het gemiddelde'. Vergelijking van beide populaties op basis van de klassieke diagnostiek is niet ondernomen, omdat aan de minimale onderzoekstechnische eisen niet kon worden voldaan (nl. een consequente, niet persoonsgebonden diagnose door een objectieve beoordelaar, nog vòòrdat de keuze van de afdeling aan de orde is). De vraag blijft dan: behandelen we één populatie met twee methoden of behandelen we twee populaties, elk met een op hen afgestemde methode? Enerzijds suggereren de vermelde 'burgerlijke stand' gegevens kleine verschillen tussen de populaties. Het idee van een aparte K.K.P.

zou ook niet zijn ontstaan als de bestaande populatie geheel homogeen was. Anderzijds zijn op de gebruikte vragenlijsten de beide populaties niet van elkaar te onderscheiden, terwijl we ervan mogen uitgaan dat de gebruikte vragenlijsten wel relevant zijn voor psychotherapie behoevenden. Speculatief maar aansluitend bij de behandelpraktijk is de veronderstelling dat het gaat om een continuum waarvan slechts de extremen de specifieke K.K.P. of N.G. patiënt beschrijven.

(c) *De situatie ten tijde van het ontslag.* Het percentage dropouts in de twee groepen is vrijwel identiek (ca. 18%). Beide populaties vertonen een aanzienlijke verbetering in het algemeen psychische functioneren (zie fig. 1). De verschillscores (opname-ontslag) op alle schalen van de ABV en de NVL zijn statistisch significant. De enige uitzondering hierop is de ABV-T-score voor de K.K.P.-populatie. Zie tabel III.

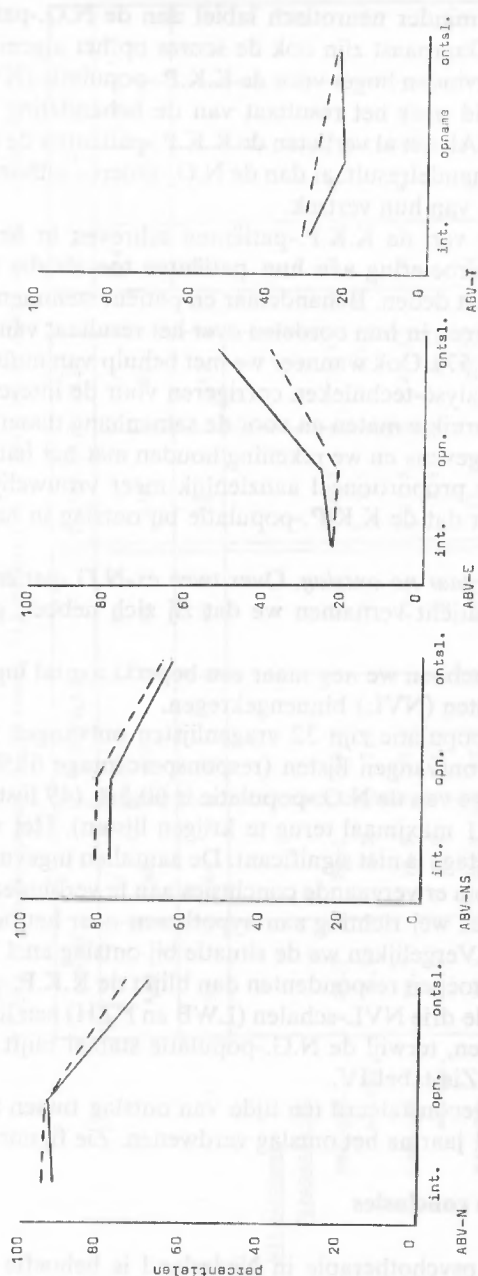
Tabel III: Testscores bij opname en ontslag van KKP- en NG-patiënten.

	OPNAME		ONTSLAG		
	c KKP	d NG	e KKP	f NG	
n	77	115	77	115	
<u>ABV-percentielen</u>					
N-gem.	93.6	93.8	68.7	74.0	*
st.dev.	9.6	9.8	28.5	26.2	
NS-gem.	78.5	82.0	63.8	65.3	*
st.dev.	21.4	18.6	26.9	27.7	
E-gem.	26.9	22.0	53.3	39.9	*
st.dev.	30.1	26.4	30.0	32.1	
T-gem.	21.7	29.4	23.6	24.1	
st.dev.	22.1	26.5	21.3	26.0	
n	77	114	77	114	
<u>Nieuwkoopse Vragenlijst</u>					
HAW-gem.	28.8	27.1	37.3	33.6	*
st.dev.	6.7	6.4	8.1	9.3	
LWB-gem.	18.8	18.2	22.8	21.6	*
st.dev.	3.4	3.6	2.7	4.3	*
NZH-gem.	20.8	21.3	26.0	24.7	*
st.dev.	4.6	4.4	3.9	5.6	
n			77	113	
<u>Rating Patient</u>					
gem.			29.6	26.9	*
st.dev.			7.9	9.1	
n			83	126	
<u>Rating Therapeut</u>					
gem.			35.7	36.4	
st.dev.			5.0	6.0	

Toetsing: * = $p < .05$

c-e	d-f	e-f
*	*	
*	*	
*	*	*
	*	
*	*	*
*	*	*
*	*	*

Wanneer we de ontslaggegevens van de twee populaties vergelijken dan blijkt de K.K.P.-populatie meer verbeterd te zijn dan de N.G.-populatie: de K.K.P.-patiënten verlieten de kliniek beduidend min-



Figuur 11: gemiddelde ABV-percentielocores van de beide populaties ten tijde van intake, opname en ontslag.

----- N.G.
—— K.K.P.

der introvert en minder neurotisch labiel dan de N.G.-patiënten (ABV) (fig. 1). Daarnaast zijn ook de scores op het algemene en lichamelijk welbevinden hoger voor de K.K.P.-populatie (NVL) en is de tevredenheid over het resultaat van de behandeling groter (Rating Patient). Al met al verlieten de K.K.P.-patiënten de kliniek met een beter behandelresultaat dan de N.G.-groep – althans zoals gemeten ten tijde van hun vertrek.

De behandelaars van de K.K.P.-patiënten schreven in het algemeen evenveel verbetering aan hun patiënten toe als die van de N.G.-populatie dat deden. Behandelaar en patiënt stemmen overigens redelijk overeen in hun oordelen over het resultaat van de behandeling ($r = +.57$). Ook wanneer we met behulp van multivariate covariantie-analyse-technieken corrigeren voor de intercorrelaties tussen de gebruikte maten en voor de samenhang tussen opname- en ontslaggegevens en we rekening houden met het feit dat de K.K.P.-populatie proportioneel aanzienlijk meer vrouwelijke patiënten telt, blijkt dat de K.K.P.-populatie bij ontslag in het algemeen beter af is.

(d) *De situatie 1 jaar na ontslag.* Over twee ex-N.G.-patiënten en één ex-K.K.P.-patiënt vernamen we dat zij zich hebben gesuïcideerd.

Op dit moment hebben we nog maar een beperkt aantal ingevulde 1-jaar vervolglijsten (NVL) binnengekregen.

Van de K.K.P.-populatie zijn 32 vragenlijsten ontvangen van de maximaal 47 te ontvangen lijsten (responspercentage 68%). Het responspercentage van de N.G.-populatie is 60,5% (49 lijsten ontvangen van de 81 maximaal terug te krijgen lijsten). Het verschil in responspercentage is niet significant. De aantallen ingevulde lijsten zijn te klein om er vergaande conclusies aan te verbinden, maar de gegevens geven wel richting aan hypothesen over het beklijven van de effecten. Vergelijken we de situatie bij ontslag en 1 jaar na ontslag van de groepen respondenten dan blijkt de K.K.P.-populatie op twee van de drie NVL-schalen (LWB en NZH) een lichte terugval te vertonen, terwijl de N.G.-populatie stabiel blijft op alle drie de schalen. Zie tabel IV.

De verschillen, geconstateerd ten tijde van ontslag tussen de twee populaties, zijn 1 jaar na het ontslag verdwenen. Zie figuur 2.

Samenvatting en conclusies

In de klinische psychotherapie in Nederland is behoefte aan en plaats voor diversiteit. Het is aannemelijk dat zonder specifieke K.K.P. een aantal patiënten een te lange en te kostbare behandeling krijgt, die bovendien niet de behandeling van keuze is.

Aan de hand van wat bekend is uit de ambulante psychotherapie over 'shortterm' behandeling werden enkele karakteristieken voor confronterende, ontdekkende en reconstruerende klinische psychotherapie geformuleerd. De op 'de Viersprong' ontworpen behandelvorm werd beschreven en getoetst aan die normen. Ook werden de indicaties en behandeldoelen van de K.K.P. beschreven.

Tabel IV: Testgegevens bij opname, bij ontslag en 1 jaar na ontslag van KKP- en NG-patiënten.

OPNAME		ONTSLAG		1 JAAR NA ONTSLAG		Toetsing: * = $p < .05$			
c	d	e	f	g	h	c-e	d-f	e-g	f-h
KKP	NG	KKP	NG	KKP	NG				
32	49	32	49	32	49				
28.3	26.2	38.3	33.0	36.8	34.1	*	*		
5.8	6.3	7.4	9.1	7.4	9.9				
18.7	18.3	23.5	21.0	21.8	21.2	*	*	*	
2.9	4.2	3.2	4.7	3.6	4.2				
21.4	20.3	27.8	24.1	25.3	25.3	*	*	*	
3.9	6.8	2.9	6.6	5.8	5.7				

n

NieuwkoopseVragenlijst

HAU-gem.

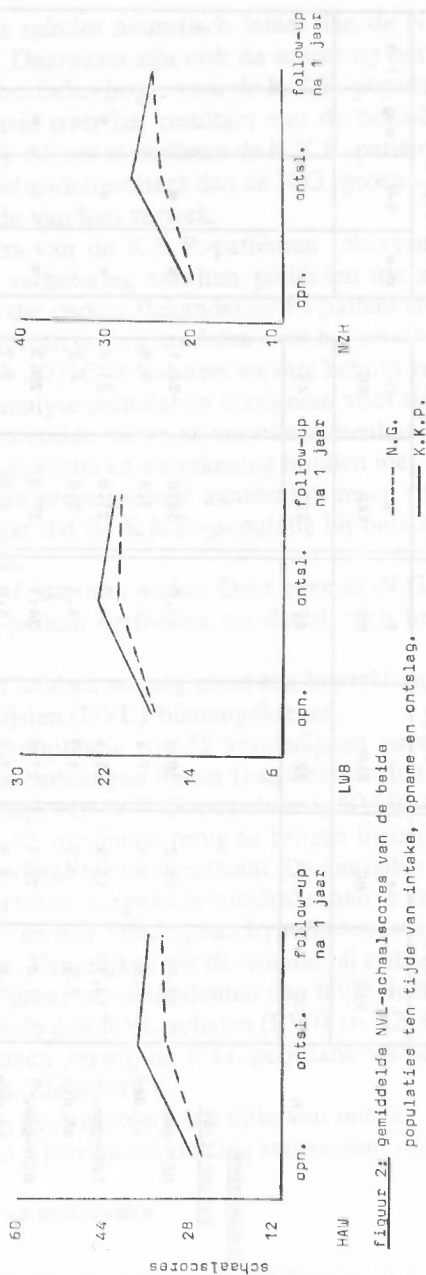
st.dev.

LWB-gem.

st.dev.

NZH-gem.

st.dev.



figuur 21 gemiddelde N.V.L.-schaalscores van de beide populaties ten tijde van intake, opname en ontslag.

Naast de principes van de Psychotherapeutische Gemeenschap wordt de behandeling gestructureerd door de richting van de psychotherapeutische oriëntatie. De Transactionele Analyse biedt voordelen juist voor een in de tijd gelimiteerde behandeling: focus zowel hier en nu als de pathogenese komen aan bod; het gebruik van overdracht bij de vermijding van een overdrachtsneurose; duidelijkheid; activiteit van de therapeut/staf.

Vervolgens werd verslag gedaan van een onderzoek naar de behandel-effecten. Die werden gemeten ten tijde van het ontslag en één jaar daarna. Als vergelijkingsmateriaal werd gebruik gemaakt van de behandelresultaten bij patiënten die een ander type klinische psychotherapie ontvingen (i.e. een niet qua tijd gelimiteerde behandeling). Uit dit onderzoek mag worden afgeleid dat K.K.P. en de vorm die daarvoor gekozen is, een effectieve vorm van psychotherapie is voor bepaalde patiënten. Het ligt in onze bedoeling de 'stabiliteit' van de bereikte therapie-effecten nog verder te onderzoeken, nl. 3 en 5 jaar na ontslag.

Voortgaande programma-evaluatie zal moeten uitwijzen in hoeverre het enthousiasme bij een nieuwe behandelvorm debet is aan de hier gevonden resultaten.

Literatuur

- Abroms, G. M., C. H. Fellner & C. A. Whitaker (1971), The family enters the hospital. *Am. J. Psychiatr.* 127 (10), p. 1363.
- Aron, W. S., & D. Daily (1974), Shortterm and longterm therapeutic communities: a follow-up and cost effectiveness comparison. *Int. J. Addict.* 9 (5), p. 619.
- Alexander, F. (1971), The principle of flexibility. In: *Brief therapies*, ed. H. H. Barten.
- Barten, H. H. (ed.), (1971), *Brief therapies*. Behav. Publ. New York.
- Berne, E. (1961), *T.A. in psychotherapy*. Grove Press, New York.
- Berne, E. (1966), *Principles of group treatment*. Oxford Univ. Press, New York.
- Berne, E. (1972), *What do you say after you say Hello*. Grove Press, New York.
- Bierenbroodspot, P. (1969), *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis*. Boom, Meppel.
- Bion, W. R. (1961), *Experiences in groups*. Tavistock Publ. Londen.
- Bolten, M. P. (1975), *Meten is weten*, rapport 1. Een uitgave van de SWOPG*.
- Bolten, M. P., & A. J. de Jong (1980), Regressie als behandelwijze. *Tijdschrift v. Psychotherapie*, 6, 4.
- Campbell, D. T., & J. C. Stanley (1963), *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Rand Mc Nally College Publ. C., Chicago.
- Chiles, J. A., & E. Sanger (1977), The use of groups in brief inpatient treatment of adolescents. *Hosp. Comm. Psychiatry*, 28 (6), p. 443.
- Collumbien, E., & R. A. Pierloot (1978), Varianten van 'Short-term Dynamic Psychotherapy'. *Tijdschrift v. Psychiatrie* 20, 5.
- Dunette, M. D. (1976), *Handbook of industrial and organizational psychology*. Rand Mc. Nally, Chicago.
- Eykman, J. C. B. (1966), Residential psychotherapy – specific indications. Paper read at the 4th World Congr. of Psychiatry, Madrid.

- Freud, S. (1971), Analysis of a phobia in a five year old boy (1909). *Stand. Ed. X*, p. 104, Hogarth Press & Inst. of Psychoan. T. J. Strachey.
- Glick, I. D., W. A. Hargreaves, J. Druet & J. A. Showstack (1976), Short vs long hospitalization III. Inpatient results for nonschizophrenics. *Arch. Gen. Psychiatry*, 33 (1), p. 78.
- Goulding, R. L., & M. M. Goulding (1978), Injunctions, decisions and re-decisions. In: *The power is in the patient*. T.A. Press San Francisco.
- Halberstad-Freud, H. C. (1980), De Kleine Hans. *Tijdschrift v. Psychotherapie* 6, 2.
- Haley, J. (1975), *Buitengewone therapie. De methoden van M. H. Erickson*. De Toorts, Haarlem.
- O'Hearne, J. J. (1977), Pilgrims Progress. In: *T.A. after Eric Berne*. G. Barnes ed., Harpers College Press New York.
- Herz, M. I. (1979), Shortterm hospitalization and the medical model. *Hosp. Comm. Psychiatr.* 30, 2.
- Hesselink, A. (1980), Mededeling jaarvergadering Ver. Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen. Halsteren.
- Janzing, C., en G. Stafleu (1976), *De structuur van de Nieuwkoopse Vragenlijst*, rapport 4. Een uitgave van de SWOPG*.
- Jones, Maxwell (1979), *De therapeutische gemeenschap in de samenleving*. Samsom, Alphen aan den Rijn.
- Jongerius, P. J. (1963), *Sociotherapie in de psychiatrische kliniek*. Van Gorcum, Assen.
- Kalsbeek, A. v., R. Koning, C. Roosen en J. Wagenborg (1978), *De schalen van de Nieuwkoopse Vragenlijst*, rapport 6. Een uitgave van SWOPG*.
- Kalsbeek, A. v., G. Lantink, J. Wagenborg (1978), *Een vergelijking van respondenten met niet-respondenten bij het follow-up onderzoek T.G.*, rapport 7. Een uitgave van SWOPG*.
- Knobloch, F., en J. (1979), *Integrated Psychotherapy*. Jason Aronson, New York.
- Kouwenhoven, M. (1977), Therapeutische contracten. *Tijdschrift v. Psychiatrie* 19, 9.
- Laemmel, K. (1979), Multiple therapy. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiatr.* 124, 2.
- Malan, D. H. (1963), *A study of brief psychotherapy*. Tavistock Publ. Londen, zoals geciteerd door Small in *The Briefer Therapies*.
- Marks, I. M., & M. G. Gelder (1956), A controlled retrospective study of behaviour therapy in phobic patients. *Brit. J. Psychiatr.* 11.
- Marle, H. J. C. van (1979), De kortdurende therapie: kort en krachtig. *Tijdschrift v. Psychiatrie* 21, 1.
- Mellenberg, G. J. (1977), *Bekend, maar onbemind (I & II)*, subfaculteit psychologie. Universiteit van Amsterdam.
- Murphy, S. A. (1979), Patients and staffs perceptions of therapy and milieu in a shortterm private psychiatric hospital. *Int. J. Nurs. Stud.* 16, 2.
- Neale, J. M., & R. M. Liebert (1973), *Science and behavior*. Prentice-Hall, inc., Englewood Cliffs, New Jersey.
- Quattelbaum, J. T. (1967), A therapeutic community on a shortterm psychiatric unit. *Hosp. and Comm. Psychiatry*, 18 (12), p. 353.
- Rangell, L. (1954), Similarities and differences between psycho-analysis and dynamic psychotherapy. *J. Am. Psychoan. Ass.* 2, zoals geciteerd door Van Strien.
- Rosen, B., A. Katzoff, C. Carrillo & D. Klein (1977), Clinical effectiveness of short vs long psychiatric hospitalization. *Arch. Gen. Psychiatry*, 33 (11), p. 1316.
- Sifneos, P. E. (1979), *Shortterm dynamic Psychotherapy*. Plenum Med. Book

- Cy. New York, p. 76.
- Small, L. (1971), *The brief therapies*. Brunner/Mazel New York.
- Stampfl, T. G., & D. J. Levis (1967), Essentials of implosive therapy. *J. Abn. Psychol.* 72, 6.
- Strien, A. P. M. van (1977), Psychoanalyse en psychoanalytische georiënteerde psychotherapie. *Tijdschrift v. Psychiatrie* 19, 9.
- Stufkens, A. (1979), *Een introductie cursus voor psychotherapie*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Sijben, A. (1980), Program-evaluatie. *Bulletin van de vereniging voor Gedragstherapie*, jaargang 13, no. 1, maart.
- Tremonti, G. W., & J. E. A. Wagenborg (1975), *Ontstaan, beschrijving en verantwoording van de Nieuwkoopse Vragenlijst*, rapport 2. Een uitgave van SWOPG*.
- Uffing, H. (1978), *Twee keer meten is meer weten*, rapport 5. Een uitgave van SWOPG*.
- Velden, K. v. d. (1977), *Directieve Therapie*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Visser, R. (1980), *De afbeelding van interventie-effecten: methoden van data-analyse bij evaluatie-onderzoek*, rapport no. mt. 04-80, subfaculteit der psychol., R.U. Leiden.
- Winer, B. J. (1962), *Statistical Principles in experimental design*. Mc Graw-Hill, New York.
- Woollams, S., et al. (1977), What transactional analysts want their clients to know. In: G. Barnes (ed.), *Transactional Analysis after Eric Berne*. Harper Coll. Press New York.
- Woollams, S., & M. Brown (1978), *Transactional Analysis*. Huron Valley Inst. Press. Dexter, USA.
- Wittman, D., & C. P. Leeman (1979), Using creative writing in an activity therapy group on a shortterm unit. *Hosp. Comm. Psychiatr.* 30, 5.
- Wolpe, J. (1964), Behaviour therapy in complex neurotic states. *Brit. J. Psychiatr.* 110.
- Yalom, I. D. (1979), *Groepspsychotherapie in theorie en praktijk*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Zeeuw, J. de (1976), *Algemene Psychodiagnostiek*. Swets & Zeitlinger B.V., Amsterdam.

* SWOPG: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Psychotherapeutische Gemeenschappen. Rapporten te bestellen bij A. J. Hesselink, De Viersprong, Gasthuisstraat 6, 4661 JH Halsteren.