

Het Follow-up Project Psychotherapeutische Gemeenschappen (3): Enkelvoudige maten voor verandering

door A.M. Koster en J.E.A. Wagenborg

Inleiding

Dit is de derde uit een reeks publikaties over het Follow-up Project Psychotherapeutische Gemeenschappen. In dit longitudinaal opgezette onderzoeksproject werden ruim 1500 (ex-)patiënten van in totaal 8 therapeutische gemeenschappen op vijf meetmomenten met behulp van de Nieuwkoopse Vragenlijst ondervraagd (bij opname, ontslag en vervolgens 1, 3 en 5 jaar na ontslag).

Onder verwijzing naar beide eerdere publikaties over dit project (Wagenborg e.a., 1984; Koning en Tremonti, 1985) wordt hier volstaan met in herinnering te roepen wat de algemene vraagstelling van dit project is, namelijk: 'in hoeverre zijn patiënten, die opgenomen zijn geweest in een psychotherapeutische gemeenschap, na ontslag beter in staat tot maatschappelijk functioneren dan voor opname, afgemeten aan hun lichamelijk en geestelijk welbevinden, de wijze waarop zij reageren op problemen en stress en het aantal problemen dat zij ontmoeten op verschillende leefgebieden'. In het eerste artikel van deze reeks werden de opzet, werkwijze en eerste resultaten tot en met het ontslagmoment beschreven. In de nu voor u liggende tekst zal, in aansluiting op dat artikel, beschreven worden hoe het met de ex-patiënten gaat tot en met drie jaar nadat zij uit de psychotherapeutische gemeenschap (PTG) zijn ontslagen. De voor dit artikel belangrijkste conclusies uit de bespreking van de gegevens tot en met ontslag waren:

1. Er wordt – voor de totale groep patiënten – tussen opname en ontslag uit de PTG een verbetering geconstateerd in het algemeen

A.M. Koster is klinisch psycholoog en werkzaam als coördinator van de SWOPG; J.E.A. Wagenborg is als klinisch psycholoog verbonden aan de Stichting Centrum St. Bavo te Noordwijkerhout en lid van de werkgroep SWOPG.

Het onderzoek wordt uitgevoerd onder auspiciën van de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek voor Psychotherapeutische Gemeenschappen (SWOPG).

welbevinden en de mate waarin problemen in relaties ondervonden worden;

2. In vergelijking met de groep neurotische patiënten schetsen de zwakker geïntegreerde patiënten ten tijde van hun opname wat hun 'welbevinden' en 'nuchtere probleemaanpak' betreft een minder problematisch beeld.

Hier zal worden besproken in hoeverre deze conclusies ook door de vervolgmetingen worden bevestigd. Daartoe zal eerst een beschrijving gegeven worden van de ontwikkeling van het welbevinden, zoals dit zich ten tijde van de vier meetmomenten manifesteerde. Het op basis van deze dimensie verkregen beeld van de algemene psychische conditie zal vervolgens worden belicht vanuit twee andere invalshoeken, namelijk het voorkomen van hernieuwde psychiatrische opnames na ontslag uit de PTG, en de evaluatie van aspecten van de behandeling door de ex-patiënten. Toevoeging van deze invalshoeken geeft een vollediger beeld van de conditie van ex-patiënten in termen van sociaal-maatschappelijke integratie en de mate waarin aspecten van de verandering aan componenten van de behandeling worden toegeschreven. Wij verwachten dat de beoordeling van het functioneren onder andere gereflecteerd wordt door een gunstige evaluatie van de ondervonden behandeling, in die zin dat de mate van tevredenheid over de behandeling een aspect vormt van de algehele verandering in de psychische conditie na de ervaring met klinische psychotherapie.

De tweede conclusie uit het openingsartikel, namelijk dat er ten tijde van de opnamemeting een verschil werd geconstateerd tussen neurotici en zwakker geïntegreerde patiënten, zal verder worden onderzocht. Het totale onderzoekscohort is heterogeen van samenstelling, dit geldt niet alleen voor bovengenoemde diagnosecategorieën maar bijvoorbeeld ook voor de periode dat men in de kliniek verbleef. Teneinde meer zicht te krijgen op de ontwikkeling van de psychische conditie als rekening gehouden wordt met dergelijke variabelen, is onderzocht hoe deze verloopt bij homogener samengestelde populaties. Om dit te onderzoeken is het onderzoekscohort ingedeeld naar diagnosecategorie, verblijfsduur in de PTG en sekse. De keuze van deze indelingscriteria alsmede de daarbinnen gebruikte categorieën zullen bij de bespreking van de resultaten worden toegelicht en verantwoord. Voor een meer gedetailleerde weergave van de hierna te presenteren gegevens wordt de lezer verwezen naar twee interne rapporten (Wagenaar en Koster, 1984; Koster e.a., 1985).

Het onderzoek

De onderzoeksgroep – De hierna te bespreken resultaten zijn voor het merendeel gebaseerd op de gegevens van de tweede vervolgmeting. Voor een belangrijk deel echter zullen de gegevens van de eerste en tweede vervolgmeting gecombineerd worden gepresenteerd. Daar

waar dat opportuun is, zal worden vermeld of de gegevens van de afzonderlijke bestanden dan wel van het gekoppelde bestand van beide vervolgmetingen afkomstig zijn. De eerste vervolgmeting heeft betrekking op de gegevens van één jaar na ontslag, terwijl de tweede vervolgmeting op de gegevens van drie jaar na ontslag uit de PTG slaat.

In tabel 1 staat weergegeven hoe de groep respondenten op de twee afzonderlijke meetmomenten was samengesteld en hoe de groep eruit zag, waarvan beide vervolglijsten gecombineerd beschikbaar waren.

Tabel 1: Populatiesamenstelling op 2 meetmomenten (twee transversale en een gekoppeld bestand)

Totale bestand (N = 1520)				
Variabele:		VV1 (N = 913; 59%)	VV3 (N = 656; 43%)	VV1 + VV3 (N = 451; 27%)
Leeft. bij opname:	– gem.	25.1	25.3	25.6
	– s.d.	6.5	6.3	6.4
verblijf	– gem.	12.4	12.5	12.4
	– s.d.	9.2	9.1	9.4
– % drop-outs		18.5%	15.9%	16.4%
Sekse	– M	54%	53%	52%
	– V	46%	47%	48%

Uit tabel 1 blijkt dat de responspercentages bij beide vervolgmetingen sterk geslonken zijn. Ondanks deze lage responspercentages blijken beide groepen, na toetsing op relevant geachte variabelen (leeftijd, sekse, verblijfsduur in de kliniek, behandelingen voorafgaand aan de opname, het niveau van welbevinden bij voorgaande meetmomenten en de beoordeling van de behandeling) niet significant af te wijken van niet-respondenten die op voorgaande meetmomenten wel hebben gerepsondeerd. Ook Koningen Tremonti (1985) kwamen tot de conclusie dat '... wanneer men afziet van verschillen, die specifiek zijn voor klinieken, de bevindingen van de respondentengroep gegeneraliseerd mogen worden naar de totale onderzoeksgroep' (p. 16). De gebruikte diagnosegroepen worden in dit onderzoek beperkt tot de aanduidingen 'neurotische-' en 'psychotische/borderline'-problematiek en gerelateerd aan het type patiënten dat in de diverse klinieken ten tijde van de cohortsamenstelling werd opgenomen. Deze groepen zullen worden aangeduid met de termen 'neurotici' (n = 356; 54%) en 'psychotici' (n = 300; 46%).

Het meetinstrument – Zoals eerder (Wagenborg e.a., 1984) werd beschreven, is in dit onderzoek gekozen voor een bij de patiënt zelf af te

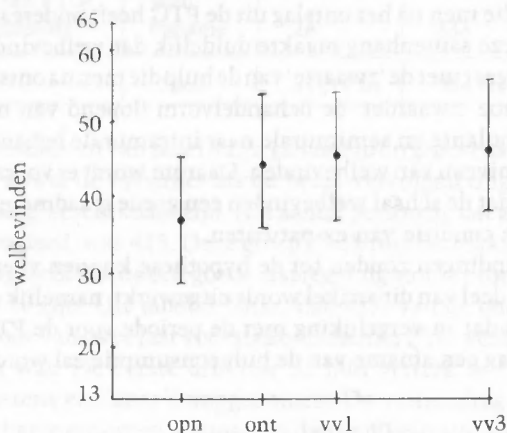
nemen schriftelijke, grotendeels geprecodeerde vragenlijst (NVL). Onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de NVL bracht bij herhaling een aantal dimensies naar voren. Deze zijn te typeren als 'welbevinden', 'nuchtere probleemaanpak' en 'problemen in relaties'. Deze dimensies vormden het uitgangspunt voor drie gelijknamige schalen. Deze schalen blijken over de meetmomenten in bevredigende mate aan testtechnische normen te blijven voldoen. De empirische betekenis van de eerste twee schalen werd onder andere door soortgenootvaliditeit aan het licht gebracht (Tremonti e.a., 1981). De hier te beschrijven schaal 'welbevinden' blijkt sterke samenhang te vertonen met het ontbreken van verschijnselen als gevoelslabiliteit, depressiviteit en in het algemeen de afwezigheid van klaaggedrag.

Bevindingen

I. *Zet de tijdens het verblijf in de kliniek ingezette ontwikkeling met betrekking tot het functioneren van de patiënten zich ook na het ontslag verder voort?*

In onderstaande figuur wordt weergegeven hoe de ontwikkeling op de eerste dimensie (welbevinden) over de eerste vier meetmomenten verloopt.

Figuur 1: Het verloop van de welbevindenscores over 4 meetmomenten (gemiddelden ± 1 sd; schaalrange = 13-65)



De verschuivingen tussen telkens twee opeenvolgende meetmomenten laten significante verschillen in gunstige richting zien, zie tabel 2. Wanneer met grenswaarden op 5%-niveau (gemiddelde ± 1.65 s.d. van de opnameverdeling) wordt gerekend, blijkt dat 40% van de onderzochten bij de tweede vervolgmeting een significante verbetering ten opzichte van de opnamemeting te zien geven. Slechts 1% (5 personen)

Tabel 2: Verschuivingen tussen gemiddelde scores tussen telkens twee opeenvolgende meetmomenten ['pair wise' berekend op gekoppeld bestand]

Schaal:	OPN-ONT		ONT-VV1		VV1-VV3	
	t-waarde	p	t-waarde	p	t-waarde	p
Welbevinden	-26.46	<.001	-3.18	<.001	-2.82	<.001

gaat significant achteruit. De resterende 59% verandert niet duidelijk ten opzichte van de opnamemeting.

Men kan zich afvragen hoe deze, ogenschijnlijk kleine, verschillen toch significante waarden kunnen aannemen. De verklaring daarvoor is dat in dit onderzoek met grote aantallen observaties wordt gewerkt, waardoor relatief kleine verschuivingen al snel significante waarden kunnen aannemen. Het is echter de vraag wat de klinische relevantie is van een verschuiving van enkele punten op een schaal als welbevinden. Het is bij het rapporteren van onderzoeksbevindingen immers zinledig om zich louter en alleen te laten leiden door statistische significantieniveaus (vgl. Yeaton en Sechrest, 1982). Een geschikte manier om de klinische relevantie van gegevens te adstrueren is deze gegevens te combineren met gegevens, waarvan de klinische relevantie meer tot de verbeelding spreekt. Daartoe is hier de samenhang onderzocht tussen enerzijds het niveau van welbevinden en anderzijds de behandelingen die men na het ontslag uit de PTG heeft ondergaan. Een analyse van deze samenhang maakte duidelijk dat welbevinden consequent samen gaat met de 'zwaarte' van de hulp die men na ontslag heeft ondergaan: hoe 'zwaarder' de behandelvorm (lopend van niet behandeld, via ambulante en semimurale naar intramurale behandeling), hoe lager het niveau van welbevinden. Daarom wordt er vooralsnog van uitgegaan dat de schaal welbevinden een goede graadmeter is voor de psychische conditie van ex-patiënten.

Voorgaande bevindingen zouden tot de hypothese kunnen voeren die in het volgende deel van dit artikel wordt uitgewerkt, namelijk dat het aannemelijk is dat in vergelijking met de periode voor de PTG-opneming na ontslag een afname van de hulpconsumptie zal worden aangetroffen.

De psychische conditie van patiënten na ontslag bekeken vanuit andere invalshoeken

(a) Psychiatrische 'carrière' en recidive – De in dit project gebruikte vragenlijst levert naast de bovenbeschreven zelfbeoordelingen ook informatie op over opnemingen voorafgaand aan en volgend op het verblijf in de PTG. Het is aannemelijk dat heropname na ontslag uit de PTG een indicatie is voor de psychische conditie van de ex-patiënt.

Onderzoek naar de 'psychiatrische carrière' voorafgaand aan en vol-

gend op het verblijf in de PTG leverde de volgende gegevens op. Ten tijde van de opneming in de PTG bleek dat 39% van de patiënten ($n = 1238$) in de periode van twee jaar daaraan voorafgaand elders was opgenomen. Bij de vervolgmetingen blijkt 19% in de periode tot drie jaar na het ontslag heropgenomen te zijn; 14% was binnen één jaar na het vertrek uit de PTG heropgenomen. Brook (1984) komt tot een overeenkomstig heropnamepercentage voor psychiatrische patiënten, namelijk 14.9%. Ten Horn (1983) komt tot de conclusie dat personen, die in een psychiatrische instelling zijn opgenomen, een grotere kans op heropneming hebben dan personen die niet eerder waren opgenomen. Ook deze samenhang is in dit project onderzocht. De resultaten staan in tabel 3.

Tabel 3: Eerdere opnemingen (max. 2 jaar) voorafgaand aan PTG-behandeling afgezet tegen heropnemingen na ontslag uit de PTG (max. 3 jaar). (Absolute aantallen.) $X^2 = 25.53$; $p < .001$

		3 jaar volgend op ontslag uit de PTG		
		heropge- nomen	niet her- opgenomen	totaal
2 jaar voor- af aan PTG- opneming	opname	53	121	174 (40%)
	geen opname	28	233	261 (60%)
	totaal	81 (19%)	354 (81%)	435

De resultaten van tabel 3 zijn gebaseerd op gegevens van personen, van wie zowel de opname- als de beide vervolgmetingen (1 en 3 jaar na ontslag) beschikbaar zijn. Het aantal personen, dat aan deze voorwaarde voldeed, was 435. Deze groep bleek met betrekking tot de opnamevoorgeschiedenis een goede afspiegeling van het totale onderzoekscohort te zijn. Uit tabel 3 blijkt, dat 40% van de ondervraagden in de periode van twee jaar voorafgaand aan hun PTG-verblijf eerder opgenomen was. De eerste drie jaar na hun vertrek is 19% (81 personen) minstens een keer heropgenomen. De verhouding 19% wel en 81% niet heropgenomen is gunstiger dan de 40-60 ratio die zich voorafgaand aan de PTG-opneming manifesteert: uit deze gegevens is in elk geval af te leiden dat na het verblijf in de PTG de intramurale hulpconsumptie afneemt.

Een nadere inspectie van de gegevens leert dat personen, die voor de opneming in de PTG al eerder opgenomen waren, een driemaal zo hoge kans op recidive lopen dan de personen zonder opnamevoorgeschiedenis. Tweederde (65%) van de heropgenomenen bestaat uit personen met een eerdere opneming. Van de niet-heropgenomenen blijkt twee-

derde (66%) geen eerdere opname te hebben ondergaan. Deze gegevens ondersteunen de gegevens van Ten Horn (1983).

Op basis van de hierboven gepresenteerde gegevens kunnen de ondervraagde ex-patiënten naar 'zwaarte' van hun 'psychiatrische carrière' worden ingedeeld in 4 groepen:

- personen voor wie het PTG-verblijf de enige opname was ($n = 233$; 54%);
- personen voor wie de PTG niet de eerste maar wel de laatste opname was ($n = 121$; 28%);
- personen voor wie de PTG wel de eerste maar niet de laatste opname was ($n = 28$; 6%);
- personen die zowel voorafgaand aan als volgend op het PTG-verblijf werden opgenomen ($n = 53$; 12%).

Wanneer men uitspraken tracht te doen over de 'effectiviteit' van het verblijf in een PTG, mag men het predicaat 'verbeterd' toekennen aan die personen voor wie de PTG-behandeling eindbehandeling was. Deze omschrijving is van toepassing op 81% (354 personen).

(b) Beoordeling van de behandeling – De laatste invalshoek waarlangs het 'nut' van het PTG-verblijf is onderzocht, is het oordeel over de behandeling van de ex-patiënten. De mate waarin ex-patiënten tevreden zijn over de ondergane behandeling is op zich geen maat voor het behandelresultaat. De reden dat deze beoordeling hier toch wordt betrokken bij de bespreking van therapie-effecten is dat de beantwoording van deze vragen zicht geeft op de door de hulpconsumenten beleefde bijdrage van enkele aspecten van de behandeling. Wij veronderstellen dat de mate waarin ex-patiënten zich tevreden over deze aspecten uitspreken een indicatie is voor het therapie succes (Berger, 1983).

Tabel 4 geeft de meningen van de ondervraagden weer over de behandeling, zoals deze meningen waren drie jaar na hun vertrek uit de PTG. De antwoordcategorieën zijn hier teruggebracht tot drie, te weten 'positief', 'neutraal' en 'negatief'.

Uit tabel 4 is af te lezen dat het merendeel van de ondervraagden van mening is dat de therapie redelijk tot geheel aansloot op de problemen, waarvoor men was opgenomen.

Tabel 4: Beantwoording (in percentages) van enkele satisfactie vragen met betrekking tot de behandeling

Onderwerp van de vraag:	Antwoord			
	+	0	-	N
• vooruitgang t.o.v. opname	84	8	8	638
• effect van de behandeling	66	23	11	625
• aansluiting op problemen	60	19	21	623
• verkregen inzicht	61	27	12	634

Ook over de mate van het verkregen inzicht en de beoordeling van het effect van de therapie laten de ex-patiënten zich vrij genuanceerd, maar overwegend positief uit. Een op de 3 à 4 ex-patiënten heeft hieromtrent een neutraal oordeel. Deze bevindingen overziende, lijkt het plausibel om te stellen dat het rendement van een behandeling in een PTG – afgemeten aan de criteria welbevinden, heropnamefrequentie en beoordeling van de therapie – voldoende is aangetoond voor (een representatief deel van) de totale onderzoeksgroep.

Tot nu toe is daarbij de mogelijke rol van in de literatuur relevant geachte achtergrondvariabelen (zoals leeftijd, diagnosecategorie, sekse en verblijfsduur in de kliniek) buiten beschouwing gebleven. Een en ander zal hierna aan de orde worden gesteld.

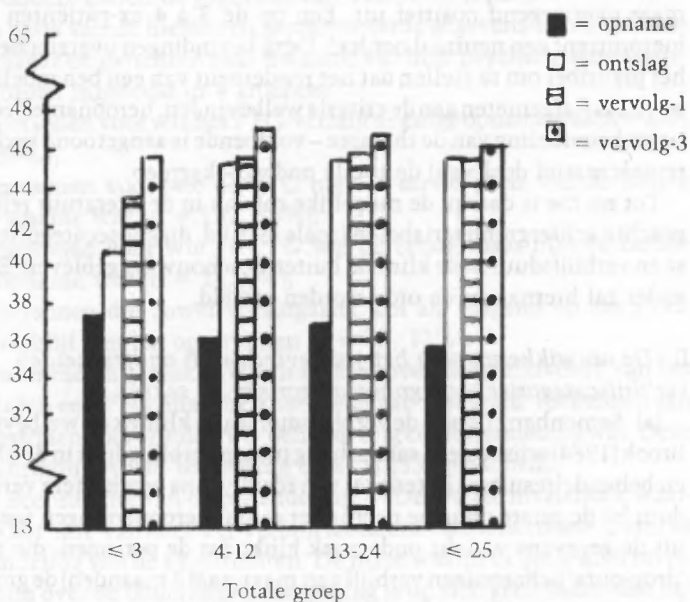
II. *De ontwikkeling van het welbevinden bij onderscheiden verblijfs categorieën, diagnosecategorieën en sekse*

(a) Samenhang tussen de verblijfsduur in de kliniek en welbevinden
 Brook (1984) wijst op een samenhang tussen verblijfsduur in de kliniek en behandelresultaat in termen van recidive: na een kortere verblijfsduur bij de eerste opname neemt het aantal heropnemingen toe. Ook uit de gegevens van dit onderzoek blijkt dat de personen, die tot de 'drop-outs' behoren (een verblijf van maximaal 3 maanden) de grootste heropnamepercentages laten zien. Deze percentages nemen af met het langer worden van de verblijfsduur. In dit project is tevens onderzocht hoe de samenhang tussen verblijfsduur en behandelresultaat in termen van het niveau van welbevinden is. Deze samenhang is onderzocht door de onderzoeksgroep te verdelen in 4 verblijfsduurcategorieën:

1. de zogenaamde 'drop outs' (met een verblijfsduur van maximaal 3 maanden);
2. de 'kortverblijvers' (met een verblijfsduur van 4 tot 12 maanden);
3. de 'middellang-verblijvers' (met een verblijfsduur van 13 tot 24 maanden); en tenslotte
4. de 'langverblijvers' (met een verblijfsduur van meer dan 24 maanden).

Vervolgens is voor elke categorie het gemiddelde niveau van welbevinden berekend op 4 meetmomenten. De resultaten staan in figuur 2. Uit figuur 2 blijkt dat het welbevinden bij de 'drop-outs' een over de meetmomenten consequent verlopende stijging vertoont ($t_{(op-on)} = -6.46$; $p < .001$; $t_{(on-v1)} = -2.94$; $p < .001$; $t_{(v1-v3)} = -2.62$; $p < .01$). Bij de personen, die de behandeling op reguliere wijze (d.i. een verblijf van meer dan 3 maanden) afronden, blijkt dat het welbevinden tussen het ontslag en een jaar later ongeveer gelijk blijft. In de periode tussen 1 en 3 jaar na het vertrek uit de PTG neemt het welbevindenniveau weer toe tot boven het ontslagniveau ($t_{(v1-v3)} = -2.57$; $p < .05$). De personen, die langer dan een jaar in de kliniek verbleven, lijken na het vertrek uit de kliniek weinig aan hun welbevinden toe te voegen. Op grond van dit laatste kan men veronderstellen dat bij deze groep of de 'groei-moge-

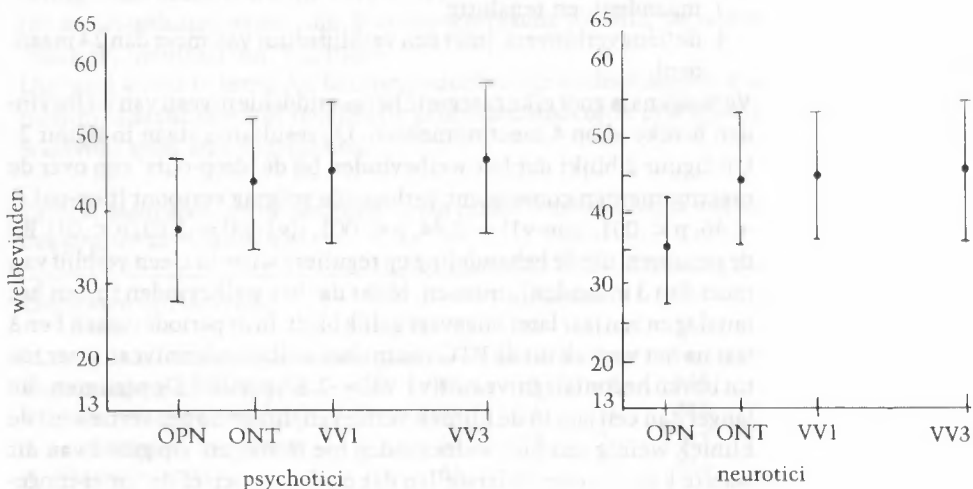
Figuur 2: Verloop van het welbevinden over 4 meetmomenten voor de totale groep, uitgesplitst naar verblijfsduurcategorieën (alleen gemiddelden)



lijkheden' tijdens het relatief lange verblijf in de kliniek optimaal zijn benut of dat deze personen (al of niet ten gevolge van het lange verblijf in de kliniek) zonder directe steun van het PTG-milieu weinig 'op eigen kracht' aan hun psychische conditie kunnen toevoegen.

(b) Welbevinden en diagnosecategorieën – Brook (1984) consta-

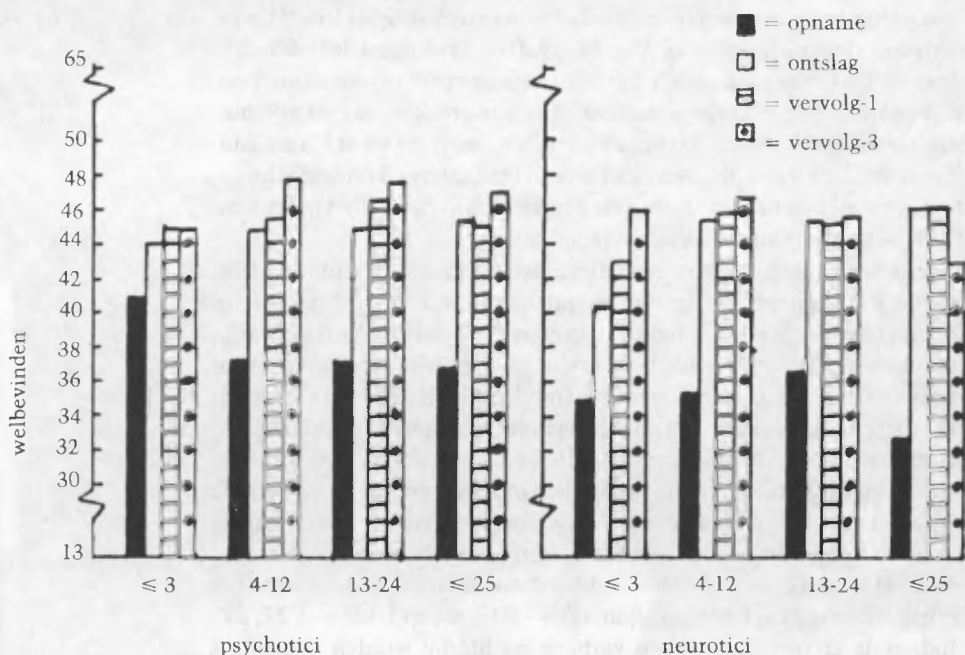
Figuur 3: Het verloop van de welbevindenscores over 4 meetmomenten voor psychotici en neurotici apart (gemiddelden ± 1 sd.; schaalrange = 13-65)



teerde dat neurotici minder vaak worden heropgenomen dan men op basis van het toeval kan verwachten. Ook vanwege het feit dat aan neurotici over het algemeen meer klaaggedrag wordt toegeschreven dan aan psychotici (Koning en Tremonti, 1982) is er reden genoeg om ook deze diagnosegroepen apart te volgen. Voorafgaand aan een beschrijving van de combinatie van diagnosecategorie en verblijfsduur, wordt het welbevindenverloop voor beide groepen als geheel besproken. De resultaten staan in figuur 3.

Op het eerste gezicht lijkt er tussen beide groepen weinig verschil waar te nemen. Psychotici beginnen met een hoger niveau van welbevinden dan neurotici ($t = 2.96; p < .001$). Op de volgende meetmomenten worden tussen beide groepen geen vermeldenswaardige verschillen geconstateerd. Over de verschuivingen binnen de groepen is het volgende te zeggen. Het welbevinden van de psychotici blijkt tussen 1 en 3 jaar hun vertrek uit de PTG net als dat van de neurotici meer toe te nemen dan tussen ontslag en 1 jaar later (voor psychotici: $t(\text{on-v1}) = -0.78; \text{ns}$; $t(\text{v1-v3}) = -2.31; p < .02$ en voor neurotici $t(\text{on-v1}) = -0.12; \text{ns}$; $t(\text{v1-v3}) = -2.17; p < .03$). Wanneer de eerder besproken grenswaarden voor significante verbetering hier worden toegepast (deze waarde ligt voor psychotici op 51 en voor neurotici op 47) dan blijken zich onder de neurotici meer personen te bevinden die ten opzichte van de opname een significante verbetering te zien geven: bij de psychotici is dit 35%

Figuur 4: Verloop van het welbevinden over 4 meetmomenten bij psychotici en neurotici, uitgesplitst naar verblijfsduurcategorie (alleen gemiddelden)



en bij de neurotici 49%.

Deze gegevens worden echter sprekender als ze gezien worden in samenhang met de vier eerder gebruikte verblijfs categorieën. In figuur 4 staat voor beide diagnosegroepen het verloop van het welbevinden over de 4 meetmomenten weergegeven, maar nu apart voor elke verblijfsduurgroep.

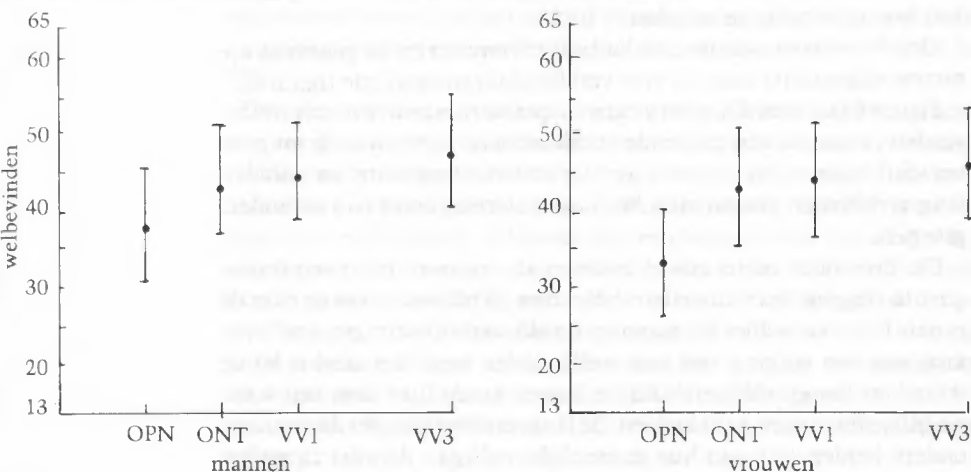
Nu blijkt dat beide groepen een verschillend beeld te zien geven. Op de eerste plaats blijkt dat neurotische 'drop-outs' met een aanmerkelijk lager niveau van welbevinden de kliniek binnen komen dan hun psychotische collega's. Toch voegen deze neurotici daar tijdens en na hun verblijf in de PTG een bij voortdurend verbeterende psychische conditie aan toe, terwijl dat bij de psychotische 'drop-outs' niet het geval is.

Bij de 'langverblijvers' (langer dan 24 maanden) valt op dat de neurotici onder hen op langere termijn na ontslag een minder gunstige prognose hebben dan de psychotici. In wat mindere mate geldt hetzelfde voor de middellang-verblijvende (12 tot 24 maanden) neurotici, al vallen deze niet duidelijk terug na verloop van tijd. De beschrijving van de hier beschreven verschillen toont de zinvolheid aan van het maken van een onderscheid tussen deze groepen patiënten als zij gevolgd worden in de ontwikkeling van hun psychische conditie tijdens en na het verblijf in de PTG. De interpretatie van deze verschillen komt in de discussie aan de orde.

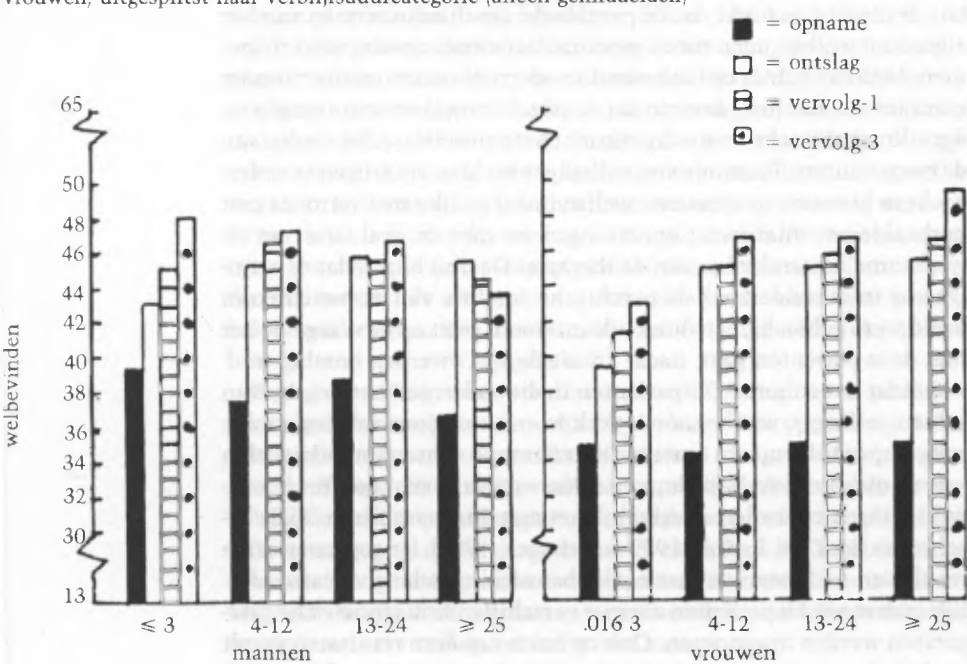
(c) Welbevinden en sekse — Tenslotte wordt aandacht besteed aan het welbevindenverloop bij de beide seksen. In diverse publikaties is aandacht besteed aan sekseverschillen met betrekking tot zowel hulpconsumptie als klaaggedrag (Van Es, 1980 en Bergsma, 1981), waarbij de conclusie doorgaans luidt dat vrouwen grotere hulpconsumenten zijn dan mannen, dat vrouwen meer bij de huisarts komen met psychosociale problematiek en dat vrouwen in het algemeen meer klagen dan mannen. Deze samenhangen zijn ook in dit materiaal onderzocht, te beginnen bij de globale verschuivingen die zich in het welbevinden van beide seksen voordoen (zie figuur 5).

Vrouwen voelen zich over het algemeen slechter op het moment dat zij de PTG binnenkomen dan mannen ($t = 4.8$; $p < .001$), wat in overeenstemming is met hetgeen op grond van de literatuur verwacht mocht worden. Gedurende het verblijf in de kliniek 'lopen' vrouwen veel van hun achterstand op hun mannelijke collega's in (de verschillen tussen beide seksen zijn op de volgende meetmomenten niet statistisch significant). Na het ontslag vallen vrouwen noch mannen terug. Vrouwen blijken na afloop van de behandeling vooral in de periode tussen 1 en 3 jaar na hun vertrek aan welbevinden te winnen, zeker als men dit vergelijkt met de periode tussen het vertrek en 1 jaar daarna ($t(\text{on-v1}) = -0.42$; ns; $t(\text{v1-v3}) = -2.49$; $p < .01$). Bij mannen verloopt deze ontwikkeling gelijkmatiger ($t(\text{on-v1}) = -.045$; ns; $t(\text{v1-v3}) = -1.87$; ns). Indien de grenswaarden voor verbetering hierbij worden betrokken

Figuur 5: Het verloop van de welbevindenscores over 4 meetmomenten voor mannen en vrouwen apart (gemiddelden $\pm$ 1 sd, schaalrange = 13-65).



Figuur 6: Verloop van het welbevinden over 4 meetmomenten bij mannen en vrouwen, uitgesplitst naar verblijfsduurcategorie (alleen gemiddelden)



(deze is voor mannen 50 en voor vrouwen 46) dan blijkt 37% van de mannen en 52% van de vrouwen een significante winst ten opzichte van hun opneming te behalen.

Om de sekseverschillen nader te illustreren, zijn de gegevens opnieuw uitgesplitst naar de vier verblijfsduurgroepen (zie figuur 6).

Figuur 6 laat zien dat er bij vrouwen qua aanvangsniveau van welbevinden tussen de verschillende verblijfsduurgroepen weinig tot geen verschil bestaat. Bij mannen ligt dat anders: 'drop-outs' en 'middel-lang-verblijvers' voelen zich bij hun opneming beter dan de andere groepen.

De 'drop-outs' onder zowel mannen als vrouwen laten een consequente stijging van het welbevinden zien, al blijven vrouwen over de gehele linie wat achter bij mannen. Bij alle verblijfsduurgroepen laten vrouwen een stijging van hun welbevinden zien; het sterkst bij de 'kort-' en 'langverblijvers'. Bij de laatste groep lijkt zich een soort na-ijlingsfenomeen voor te doen: de langverblijvers onder de vrouwen onderscheiden zich van hun mannelijke collega's doordat zij na het vertrek uit de PTG een toename van welbevinden te zien geven.

Discussie

Uit de resultaten blijkt dat de psychische conditie in termen van het algemeen welbevinden tot en met drie jaar na het ontslag blijft toenemen. Men kan echter op basis van dit onderzoeksmateriaal niet zonder meer tot de conclusie komen dat de (significante) verschuivingen op deze dimensie recht evenredig zijn met het subjectief welbevinden van de ex-patiënten. Teneinde een vollediger beeld te verkrijgen is onderzocht in hoeverre de dimensie welbevinden gelijke tred vertoont met herhaalde psychiatrische opnemingen en met de evaluatie van de werkzame bestanddelen van de therapie. Daarbij blijkt, dat de wijze waarop in dit onderzoek de psychische conditie van ex-patiënten in beeld werd gebracht, een duidelijk antwoord geeft op de vraag hoe het met deze patiënten gaat, nadat zij uit de PTG werden ontslagen.

Omdat het cohort PTG-patiënten in dit onderzoek heterogeen van samenstelling is, was het noodzakelijk om homogener samengestelde subgroepen te formeren teneinde het effect van achtergrondvariabelen – zoals diagnose, verblijfsduur en sekse – op de bovenbeschreven ontwikkeling te controleren (vergelijk het matchingsprobleem, zoals beschreven door o.a. Parloff, 1979 en Schagen, 1983). De gepresenteerde resultaten ondersteunen het eerder benadrukte belang van afzonderlijk onderzoek bij patiënten die met verschillende diagnostische categorieën werden opgenomen. Ook op basis van deze resultaten wordt aanbevolen om patiënten met overwegend neurotische problematiek bij het uitvoeren van een beschrijvend onderzoek als dit, niet te 'vermengen' met personen die wegens overwegend psychotische c.q. borderline-problematiek zijn opgenomen. Als deze diagnosegroepen niet

worden onderscheiden, blijkt er informatie verloren te gaan. Eenzelfde fenomeen werd geconstateerd ten aanzien van de beide seksen; er blijkt een niet te verwaarlozen verschil tussen mannen en vrouwen in de ontwikkeling van hun welbevinden tijdens en na het verblijf in de PTG.

Voor beide bovengenoemde achtergrondvariabelen (diagnose en sekse) is onderzocht hoe de ontwikkeling verloopt indien men rekening houdt met de behandelduur. De 'drop-outs' (met een maximale verblijfsduur van 3 maanden) onderscheiden zich van de personen met een reguliere verblijfsduur: ze komen met een hoger niveau van welbevinden binnen. De gunstigste ontwikkeling vindt men bij personen met een korte tot middellange-verblijfsduur, met uitzondering van langverblivende vrouwen, die de sterkste stijging in hun welbevinden op langere termijn na hun ontslag laten zien. Het is echter verstandig om bij de uitspraken op basis van deze bevindingen enig voorbehoud te maken over het effect van de PTG-behandeling voor onderscheiden groepen.

Op de eerste plaats worden alle groepen onderzocht met hetzelfde 'brede band'-instrument, dat nog geen normen heeft voor verschillende groepen. Dit materiaal geeft niet meer dan een eerste aanzet tot het onderscheiden van groepen met verschillende karakteristieken. Op de tweede plaats is het mogelijk dat de informatie met betrekking tot verblijfsduurcategorieën in feite terug te voeren is op verschillen tussen klinieken. De aan dit project deelnemende klinieken blijken verschillende opvattingen te hebben over de vraag wat als de optimale/maximale behandelduur geldt. Derhalve is het mogelijk dat de gegevens met betrekking tot de samenhang tussen verblijfsduur en welbevinden in feite materiaal levert over de samenhang tussen de werkwijze van de kliniek en welbevinden. Gezien de verschillende responspercentages, alsmede de bij sommige klinieken kleine aantallen respondenten, moeten de uitspraken op kliniekniveau echter met voorbehoud worden gemaakt. Daarom worden dergelijke kliniekgegevens hier buiten beschouwing gelaten.

Bij de bespreking van de resultaten voor de totale groep ex-patiënten is aandacht besteed aan hernieuwde psychiatrische opnemingen. Personen, die men zou kunnen karakteriseren als 'grootconsumenten' (Van der Ploeg, 1980), in dit geval zijn dat personen die zowel voor als na het PTG-verblijf waren opgenomen, blijken er na het ontslag uit de PTG beter aan toe te zijn dan personen waarvoor de PTG wel de eerste, maar niet de laatste opname was. Personen, die zowel voor als na het verblijf in de PTG niet werden opgenomen zijn er, zoals verwacht mag worden, na het ontslag het beste aan toe.

Een nadere analyse op het punt van 'psychiatrische carrière' leerde ten aanzien van de diagnosegroepen, dat zij zich qua 'zwaarte' van de na ontslag ondergane behandeling van elkaar onderscheiden ($X^2 = 19.26$; $df = 4$; $p < .001$). Psychotici zijn oververtegenwoordigd in de groep

intramuraal herbehandelden (20,7% van de psychotici en 7,9% van de neurotici wordt na ontslag uit de PTG heropgenomen). Het zijn vooral de neurotici die na het ontslag zonder hulp toekunnen (dit geldt voor 58,8% van de neurotici en voor 46,6% van de psychotici). Met betrekking tot de andere zorg-echelons zijn geen vermeldenswaardige verschillen tussen beide groepen aangetroffen.

Ook in de periode voorafgaand aan het PTG-verblijf onderscheiden beide groepen zich in hun behandelcarrière ($X^2 = 29.34$; $df = 4$; $p < .001$). Psychotici zijn oververtegenwoordigd bij de personen, die voorafgaand aan het PTG-verblijf geen eerdere behandeling hebben ondergaan, alsmede in de groep die eerder opgenomen was (36,0% van de psychotici en 30,3% van de neurotici onderging geen eerdere behandeling; 38,3% van de psychotici en 24,4% van de neurotici was al eerder opgenomen). Neurotici hebben voorafgaand aan het PTG-verblijf meer ambulante hulp gehad (30,6% van de neurotici ten opzichte van 16,7% van de psychotici).

Ten aanzien van de seksen bleek dat mannen relatief vaker worden opgenomen, terwijl vrouwen zich relatief vaker wenden tot ambulante instellingen. Ook voorafgaand aan de PTG-opneming blijken mannen vaker intramurale behandeling te hebben ondergaan dan vrouwen. Deze resultaten betekenen slechts een gedeeltelijke bevestiging van de 'mythes' omtrent het grootgebruikersgedrag van vrouwen, namelijk voor zover vrouwen relatief oververtegenwoordigd zijn in het ambulante hulpcircuit. Het is niet onmogelijk dat onderzoeken naar het hulpzoekgedrag van de onderscheiden seksen zich tot dusverre meer hebben gericht op het huisarts- of ambulante hulpverleningscircuit. Bij mannen worden relatief veel personen aangetroffen die de behandeling niet op reguliere wijze afronden, dat wil zeggen dat zich onder hen meer drop-outs bevinden dan onder vrouwen, die kennelijk meer behandelgetrouw zijn. Vrouwen zijn oververtegenwoordigd bij de langverblijvers.

Als deze gegevens betreffende 'psychiatrische carrière' en 'commitment' in termen van drop-outgedrag en verblijfsduur gecombineerd worden, kan op basis daarvan verondersteld worden dat beide seksen een verschillende attitude ten opzichte van het vragen c.q. ondergaan van (professionele) hulp vertonen. Mannen, met wie het slecht gaat, melden zich weliswaar in dezelfde mate als vrouwen aan voor PTG-behandeling, maar zij geven eerder dan vrouwen op. Over het algemeen vertonen mannen bij aanvang van de therapie een geringere 'lijdensdruk' in termen van welbevinden dan vrouwen. De geringere lijdensdruk kan verklaren waarom mannen vaker afhaken dan vrouwen. Het feit dat mannen vervolgens vaker na ontslag uit de PTG in de intramurale hulpverlening terugkeren, valt hiermee echter moeilijk te rijmen. Het is mogelijk dat mannen een geringere tolerantie hebben voor lijdensdruk en dat zij zich derhalve al eerder (met een 'hoger' welbevinden) aanmelden dan vrouwen. Dit feit kan verklaren dat vrouwen meer

van de behandeling profiteren dan mannen, althans in termen van de toename van welbevinden.

De verklaring voor het feit dat vrouwen relatief oververtegenwoordigd zijn in het ambulante circuit zou gevonden kunnen worden in de veronderstelling dat vrouwen gemakkelijker hulp accepteren dan mannen; zij klagen niet alleen meer maar ook gemakkelijker dan mannen, waardoor zij zich in een eerder stadium van het proces, waarin de ontwikkeling van hun psychische problematiek zich afspeelt, wenden tot een professionele hulpverlener. De eerste hulpverlener waartoe zij zich – zoals gebruikelijk bij 'mildere' psychische of psychosociale (levens)problematiek – wenden, is de huisarts en, via deze, belanden zij bij de ambulante sector. Bij mannen moet de nood eerst veel hoger zijn, willen zij hulp voor hun problemen zoeken, terwijl zij eerder dan vrouwen – bij een relatief kleinere verbetering in hun toestand – afhaken, hetgeen het relatief hoge aantal drop-outs onder hen verklaart.

In een aantal opzichten vertonen vrouwen eenzelfde patroon in de ontwikkeling van hun welbevinden als neurotici (aanvangsniveau van welbevinden, proportie drop-outs en behandelingscarrière). Hetzelfde geldt voor de combinatie mannen en psychotici. Een duidelijk verband tussen sekse en diagnostische categorie werd in dit materiaal echter niet aangetroffen: dat wil zeggen dat er geen sprake was van oververtegenwoordiging van mannen of vrouwen in een van de beide diagnosecategorieën.

Zowel over vrouwen als over neurotici is veelvuldig gerapporteerd dat zij meer klaaggedrag vertonen dan respectievelijk mannen en psychotici. Voor zover het welbevindenniveau hier een graadmeter van klaaggedrag is, worden deze uitspraken – althans voor de opnamemeting – door dit materiaal ondersteund. Zowel vrouwen als neurotici lijken echter het meeste profijt van de behandeling te trekken, daar het welbevindenniveau van deze groepen niet alleen tijdens het verblijf in de kliniek toeneemt, maar zich ook na het ontslag stabiliseert. Indien de welbevindenschaal voornamelijk klaaggedrag zou meten, zou juist een geringe stijging van die dimensie verwacht mogen worden. Het is mogelijk dat de welbevindendimensie voor onderscheiden groepen een verschillend aspect van het psychisch functioneren meet, waarbij bij deze aspecten gedacht kan worden aan enerzijds een door het verblijf in de PTG te beïnvloeden conditie (het welbevinden) en anderzijds een niet of minder goed te beïnvloeden persoonlijkheidstrek (klaaggedrag). Ormel (1982) heeft gewezen op het belang van een dergelijk onderscheid bij het meten van veranderingen op dimensies, zoals welbevinden. Als voorgaande redenering ook hier gevolgd wordt, dan zou dat betekenen dat bij de psychotici voornamelijk klaaggedrag gemeten zou worden. Dat zou in strijd zijn met het van psychotici vaak gerapporteerde 'gebrek' aan klaaggedrag (cf. Koningen Tremonti, 1982; Wagenborg, 1982). Mogelijk kunnen de geringe verschuivingen bij deze groep

worden toegeschreven aan een versterkte weergave van het niet-veranderlijke deel van de persoonlijkheid, zonder dat dit naar 'klaaggedrag' verwijst. Voortgezet onderzoek naar de inhoudsvaliditeit van deze schaal blijft dan ook van groot belang.

De presentatie van het onderzoeksmateriaal is tot nu toe grotendeels beperkt gebleven tot het beschrijven van afzonderlijke maten voor verandering. Daarbij bleken weliswaar veranderingen in gunstige richting, maar een sluitende interpretatie van het geheel is daarbij nog niet bereikt. Daartoe is het nodig deze gegevens meer in hun onderlinge samenhang te bestuderen. De opzet van dit artikel is vooral gericht op de beschrijving van het verdere verloop van de trend, zoals deze in het openingsartikel van deze publikatiereeks werd gesignaleerd. Een dergelijke beschrijving met behulp van afzonderlijke maten levert geen uitputtend inzicht op over het wel en wee van de ex-PTG-patiënten, het verschaft wel bevredigende ingrediënten ten behoeve van de hypothesevorming over veranderingsprocessen, die zich tijdens en na de behandeling in de PTG voordoen. In een volgend artikel in deze reeks zal het onderzoeksmateriaal met behulp van multivariate technieken worden verwerkt. Daarbij zullen de onderlinge samenhangen tussen de in de vragenlijst voorhanden zijnde maten worden beschreven met het doel om een antwoord te formuleren op de vraag 'wat verandert er bij PTG-patiënten tijdens en na het verblijf in de kliniek'.

Literatuur

- Berger, M. (1983) Toward maximizing the utility of consumer satisfaction as an outcome. In: Lambert, M.J., E.R. Christensen and S.S. DeJulior (eds.): *The assessment of psychotherapy outcome*. Wiley & Sons, New York.
- Bergsma, J. en G. Fieret (1980), 't Spreekuur - Naar de huisarts en terug. Rapport I: de eerste lijn. Vakgroep Klinische Psychologie en Psychotherapie, afdeling Preventie, Subfaculteit, Katholieke Hogeschool, Tilburg.
- Brook, O.H. (1984) Heropnemingen in de algemene psychiatrische ziekenhuizen in de periode 1970 tot en met 1980. Mededeling uit het Centrale Patiëntenregister (10). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 7, p. 500-525.
- Es, J. van (1980) *Patiënt en huisarts*. Een leerboek huisartsengeneeskunde, Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 2e druk.
- Horn, G.H.M.M. ten (1983) Aftercare and readmission: a study with a Dutch psychiatric case register. *Soc Psychiatry* (accepted).
- Koning, R.F. en G.W. Tremonti (1982) Twaalfhonderd maal honderdtwintig. In: Lande, J. van de (red.): *Opgenomen in de groep*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Koning, R.F. en G.W. Tremonti (1985) Het Follow-up Project Psychotherapeutische Gemeenschappen (2): het non-responsprobleem. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 1, p. 56-69.
- Koster, A.M., J.E.A. Wagenborg en A.J. Hesselink (1985) *Gegevens van ex-patiënten 3 jaar na hun ontslag uit de PTG*. SWOPG - Werkgroep 'Follow-up Project', rapport 20 (in voorbereiding).
- Ormel, J. (1983) Neuroticism and well-being inventories: measuring traits or

- states? *Psychological Medicine*, 13, p. 165-176.
- Ploeg, H.M. van der (1980) Persoonlijkheidskenmerken en huisartscontactfrequentie. *Huisarts & Wetenschap*, 23, p. 398-403.
- Tremonti, G.W., J.E.A. Wagenborg, G. Lantink en R.F. Koning (1981) Soortgeenootvaliditeit, antwoordtendenties en testattituden. SWOPG – Werkgroep 'Follow-up Project', rapport 13.
- Wagenborg, J.E.A. (1982) De drempels van een psychotherapeutische gemeenschap. In: Lande, J. van de (red.): *Opgenomen in de groep*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Wagenborg, J.E.A. en A.M. Koster (1984) *Gegevens van ex-patiënten 1 jaar na hun ontslag uit de PTG*. SWOPG – Werkgroep 'Follow-up Project', rapport 19.
- Wagenborg, J.E.A., G.W. Tremonti, A.J. Hesselink en R.F. Koning (1984) Het Follow-up Project Psychotherapeutische Gemeenschappen, een longitudinaal onderzoek naar het effect van klinische psychotherapie – 1: vraagstelling, opzet en eerste resultaten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 6, p. 377-401.
- Yeaton, W.H. and L. Sechrest (1982) Estimating Effect Size. In: Wortman, P.M. (ed.): *Methods for Evaluating Health Services*. Sage Publications, Beverly Hills - London, Vol. 8.