

Het follow-up project psychotherapeutische gemeenschappen

Een longitudinaal onderzoek naar het effect van
klinische psychotherapie

Vraagstelling, opzet en eerste resultaten

door J. E. A. Wagenborg, G. W. Tremonti,
A. J. Hesselink en R. F. Koning

Woord vooraf

Dit artikel geeft een globaal overzicht van het follow-up project en schetst daardoor het kader waarbinnen toekomstige publikaties over de onderzoeksresultaten dienen te worden beschouwd.

Inleiding

In Nederland bestaan momenteel dertien psychotherapeutische gemeenschappen die door de Vereniging van Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen als zodanig worden erkend (voor recente informatie over psychotherapeutische gemeenschappen zij verwezen naar Van de Lande, 1982). Per jaar nemen deze instituten bijna 600 patiënten op die door psychische problemen zozeer zijn vastgelopen dat een opname noodzakelijk is. De behandeling vergt gewoonlijk één à twee jaar. Dat is een forse tijdsinvestering voor patiënten en behandelars; voor financiers is het een kostbare zaak. De vraag of klinische psychotherapie aansluit bij de problematiek van de patiënten en ook het beoogde effect sorteert, ligt derhalve voor de hand. Deze vraag werd geruime tijd geleden reeds gesteld.

In de jaren 1970-1971 werd gedurende contactdagen van staven van psychotherapeutische gemeenschappen de behoefte uitgesproken aan wetenschappelijk onderzoek naar de resultaten van behandeling. Dit leidde begin 1972 tot de oprichting van een werkgroep, die het hier

J. E. A. Wagenborg, G. W. Tremonti en R. F. Koning zijn als klinisch psychologen verbonden aan het psychiatrisch centrum 'St. Bavo' te Noordwijkerhout. A. J. Hesselink is als klinisch psycholoog verbonden aan het psychotherapeutisch centrum 'De Viersprong' te Halsteren.

Het project staat onder auspiciën van de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Psychotherapeutische Gemeenschappen (SWOPG). Het onderzoek kwam mede tot stand dank zij subsidies van TNO en het ministerie van WVC.

beschreven evaluatieproject ter hand zou nemen. In de werkgroep participeerden, naast de vakgroep klinische psychologie van de Rijksuniversiteit Leiden, de volgende klinieken: Zuideroord, Amstelland, Viersprong (jeugd- en volwassenenkliniek), Spiegelberg, Jozef, Oosthoek en Rijnland. Zijdelings zijn afdelingen van Psychiatrisch Ziekenhuis Veldwijk en St. Jozef te Kortenbergh bij het onderzoek betrokken.

Bij het begin van het onderzoek was de kennis over behandelresultaten hoofdzakelijk gebaseerd op onvolledige en casuïstische gegevens. Er werd al een aantal jaren klinische psychotherapie bedreven en behoudens enkele administratieve gegevens bestond er nauwelijks enige gefundeerde kennis van de resultaten. Dat met het aanvangen van dit follow-up onderzoek (1972) onontgonnen terrein werd betreden, bleek na raadpleging van de literatuuranalyse van Meltzhoff en Kornreich (1970), waaruit viel op te maken dat er maar betrekkelijk weinig vergelijkbare onderzoeken waren beschreven. Dat wil zeggen: onderzoeken van cliëntgroepen met een normale intellectuele begaafdheid, ouder dan 18 jaar, die een klinische groepstherapeutische behandeling van langer dan 6 maanden kregen en waarvan – naast pre- en/of post-treatment gegevens – ook follow-up data beschikbaar waren. In onderzoeken die nog enige verwantschap vertoonden, werden meestal de resultaten van experimentele en controlegroepen vergeleken. Daaruit bleek dat na afloop van de klinische behandeling (overigens zeer verscheiden van aard) patiënten uit experimentele groepen meer therapeutisch wenselijke veranderingen te zien gaven, dat ze minder frequent terugvielen in oud probleemgedrag en in een kleiner aantal gevallen heropname nodig hadden. Bij sommige onderzoeken waren de behandelresultaten na verloop van tijd weliswaar minder duidelijk, maar zeker nog aanwijsbaar. Globaal genomen echter leverde deze studie weinig bruikbare aanknopingspunten op voor het hier beschreven project.

Vraagstelling, opzet en methoden

Het belangrijkste doel van het onderzoek is het beantwoorden van de vraag hoe het cliënten vergaat na een behandeling in een psychotherapeutische gemeenschap. Meer toegespitst luidt de vraag: '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 lichamelijk en geestelijk welbevinden, de wijze waarop zij reageren op problemen en stress en het aantal problemen dat zij ontmoeten op verschillende leefgebieden' (Tremonti en Wagenborg, 1976). Bovendien werden de volgende vragen geformuleerd: Zijn er verschillen tussen de diverse therapeutische gemeenschappen qua werkwijze en behandelresultaat? Zijn er mogelijkheden om tot een nauwkeuriger indicatiestelling voor klinische behandeling te komen?

Meetinstrument. Bij de keuze van de soort gegevens die nodig zijn om de gestelde vraag te beantwoorden is ervan uitgegaan dat de patiënt te beschouwen is als een geloofwaardige beoordelaar van zijn toestand. Dit idee stemt overeen met de principes van psychotherapeutische gemeenschappen. Daarom werd gekozen voor zelfrapportage als belangrijkste informatiebron.

Daarnaast speelden ook praktische overwegingen een rol bij de uiteindelijke keuze voor de vragenlijstmethode. Het onderzoek wordt uitgevoerd door medewerkers uit klinieken, die doorgaans beperkt tijd hebben voor onderzoek. In vergelijking met bijvoorbeeld interviewmethoden of analyses van audiovisueel materiaal is vragenlijstonderzoek een efficiënte manier om gegevens te verkrijgen. Omdat een geschikte vragenlijst niet voorhanden was werd besloten er een te construeren: de Nieuwkoopse Vragenlijst (NVL).

Bij de samenstelling van de Nieuwkoopse Vragenlijst werd gebruik gemaakt van de ervaringen van Bolten (1975), alsmede van de gegevens uit intake-onderzoeken van een van de deelnemende klinieken (Wagenborg, 1972). Een aantal behandelaars heeft zich gebogen over de oorspronkelijke vraagstelling en vervolgens werd een itempool samengesteld. Een eerste concept werd beoordeeld door medewerkers en patiënten van enkele deelnemende instituten. Tenslotte werd de Nieuwkoopse Vragenlijst samengesteld (Tremonti en Wagenborg, 1976). De lijst kent 3 versies die gebruikt worden voor respectievelijk de opname-, ontslag- en follow-up-metingen. Daarin komen de volgende onderwerpen aan bod: (a) de problemen die aanleiding waren tot opname in de psychotherapeutische gemeenschap en de behandelingen die men vóór opname reeds heeft ondergaan; (b) het actuele psychische functioneren, het inzicht in de eigen situatie, het gevoel van welbevinden; (c) het relationele functioneren; (d) werk, studie en vrije tijd; (e) evaluatie van de klinische behandeling; (f) levensomstandigheden; (g) evaluatie van de vragenlijst zelf. Het kerngedeelte dat bij de drie versies identiek is, bestaat uit 18 vragen (87 items). De overige vragen richten zich op de specifieke omstandigheden van respectievelijk het ontslag- en het vervolgmoment. Zij variëren in aard en aantal. De langste versie – de vervolgversie – telt 126 items.

Bij het selecteren van de onderwerpen en bij het formuleren van de vragen is steeds gekozen voor gedragskenmerken, probleemsituaties en beleavingsaspecten, waarvan aangenomen wordt dat zij direct samenhangen met adequaat maatschappelijk functioneren. Aangezien het belangrijk werd geacht het maatschappelijk functioneren van de (ex-)patiënt te kunnen bepalen aan de hand van zijn gebruikelijke 'coping strategieën', wordt geïnformeerd naar de manieren waarop de onderzochte doorgaans frustraties en stress bestrijdt. De in de psychodynamische literatuur onderscheiden afweermechanismen zijn hierbij leidraad geweest. Op grond van de veronderstelling dat de gevolgde behandeling zou moeten leiden tot een grotere evenwichtigheid, zijn

vragen opgenomen die inventariseren in hoeverre men in staat is zijn impulsen, behoeften en gedrag adequaat af te stemmen op de realiteit. Voorts werd ervan uitgegaan dat het effect van de behandeling zou zijn af te meten aan de mate waarin gedurende de follow-up-fase hulp en begeleiding wordt gezocht. Enkele vragen hebben betrekking op de invloed die aan kenmerken van de psychotherapeutische gemeenschap wordt toegeschreven. Men denke daarbij aan kenmerken als uniformiteit, medeverantwoordelijkheid, tolerantie en dergelijke (cf. Jones, 1953).

Ten behoeve van de hypothesevorming, het verzamelen van informatie van een vergelijkingsgroep, rapportage op korte termijn aan de deelnemende klinieken en het zoeken naar passende dataverwerkingsmethoden, werd besloten een vooronderzoek te doen. In dit onderzoek werden 815 ex-patiënten aangeschreven, die in de jaren 1970 t/m 1973 uit de deelnemende psychotherapeutische gemeenschappen werden ontslagen. Van deze groep zonden 499 personen een bruikbare lijst terug (61%). In dit vooronderzoek werd gekeken naar de psychometrische kwaliteiten van de Nieuwkoopse Vragenlijst: de interne structuur, de betrouwbaarheid, het discriminerend vermogen en de generaliseerbaarheid. Tevens werd een begin gemaakt met de schaalconstructie. Bij de validering van de Nieuwkoopse Vragenlijst werd gebruik gemaakt van gegevens uit andere bronnen, zoals psychologische tests, oordelen van therapeuten over het verloop en de uitkomst van de behandeling en dergelijke.

Deze procedures werden herhaald op de gegevens van het hoofdonderzoek. Hier betrof het de volledige set opnamegegevens van 1344 cliënten, afkomstig uit de acht psychotherapeutische gemeenschappen. Van de aangeboden lijsten werden er 1233 ingevuld (92%). De werkzaamheden ten behoeve van de schaalconstructie werden voorlopig afgesloten met de bewerking van de gegevens die met behulp van de ontslagversie van de NVL werden verzameld. Voor deze bewerking werden 1172 NVL's benut (75%).

Het onderzoek van de psychometrische kwaliteiten laat zich als volgt kort samenvatten: factoranalyse op de diverse groepen items leverde bij herhaling dimensies op die te typeren zijn als lichamelijk en psychisch welbevinden, problemen op diverse leefgebieden en relationele problemen (Janzing en Stafleu, 1976; Tremonti c.s., 1981 a; Gazendam, 1983). De dimensies vormden het uitgangspunt bij de constructie van schalen. Deze schalen voldoen redelijk aan testtechnische normen. Vastgesteld werd dat er inhoudelijk overeenstemming bestaat met andere vragenlijsten die gedeeltelijk een vergelijkbare meetpretentie hebben (Tremonti, 1981 b). Voorts bleek dat met behulp van de schaalcores goed onderscheid gemaakt kon worden tussen psychotherapiepatiënten en niet-patiënten (Uffing, 1978; Hesselink, 1982). Met betrekking tot de betrouwbaarheid van de schalen werd geconstateerd dat de interne consistentie bevredigend is (Van Kalsbeek c.s.,

1978; Tremonti c.s., 1981 a; Gazendam c.s., 1983). Bij test-hertestonderzoek bleken de schaa scores bij herhaalde metingen – bij intake, bij opname en enige tijd daarna – redelijk stabiel te zijn (Uffing, 1978; Tremonti c.s., 1981 b).

Een vergelijking van de groep respondenten en de groep non-respondenten maakte duidelijk dat er verschillen bestonden, de mening van de respondenten is dus niet representatief voor de totale onderzoeksgroep (Van Kalsbeek c.s., 1979).

Tenslotte is vermeldenswaard dat een van de dimensies die bij de opnamemeting werden gevonden, namelijk 'nuchtere zelfhandhaving', niet teruggevonden wordt bij de ontslagmeting. De items die tot deze dimensie behoorden, blijken bij de ontslagmeting sterk samen te hangen met de items die deel uitmaken van de dimensie 'geestelijk en lichamelijk welbevinden'. (Gazendam c.s., 1983). In de discussie zal aan dit verschijnsel nader aandacht worden besteed.

Tabel 1: Karakteristieken van deelnemende klinieken

	aantal plaatsen	leeftijd	psychotische of neurotische patiënten	grootte en aantal van de behandelingsgroepen
Amstelland	60	14-21	neurotische en psychotische pat.	4 groepen van 12 en 1 opnamegroep
Jozef	24	18-40	psychotische patiënten	3 groepen van 8
Oosthoek	44	18-50	neurotische patiënten	4 groepen van 11
Rijnland I, II, III	80 (24-32-24)	20-40	psychotische patiënten	2 groepen van 12 4 groepen van 8 3 groepen van 8
Spiegelberg	28	18-40	neurotische patiënten	3 groepen van 8 1 ontslaggroep van 4
Viersprong Jeugd	40	14-19	neurotische patiënten	4 groepen van 8 1 ontslaggroep van 8
Viersprong Volwassenen	56	19 en ouder	neurotische patiënten	7 groepen van 8
Zuideroord I	24	18-30	psychotische pat.	3 groepen van 8
II	24	18-40	neurotische pat.	3 psychotherapiegroepen van 8

Opzet. In 1973 werd het onderzoeksdesign vastgesteld. Dit is betrekkelijk eenvoudig: de Nieuwkoopse Vragenlijst wordt op vijf verschillende meetmomenten aangeboden: bij opname, bij ontslag, en 1, 3 en 5 jaar na ontslag. Deze longitudinale opzet biedt de mogelijkheid om door tijdreeksanalyses van het identieke kerngedeelte van de 3 NVL-versies het al dan niet beklijven van behandel-effecten te onderzoeken. Om vergelijkend onderzoek mogelijk te maken werden op identieke wijze gegevens verzameld van patiënten die werden opgenomen en behandeld in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Daarnaast werden gegevens verzameld van niet-psychiatrische patiënten; de opnameversie van de NVL werd voorgelegd aan somatische patiënten, leerling-verpleegkundigen, technisch-administratief personeel en onderwijzers.

De onderzoeksgroep. Het cohort bestaat uit 1344 patiënten, die in de periode van januari 1974 tot juli 1977 in één van de acht onderstaande klinieken werden opgenomen.

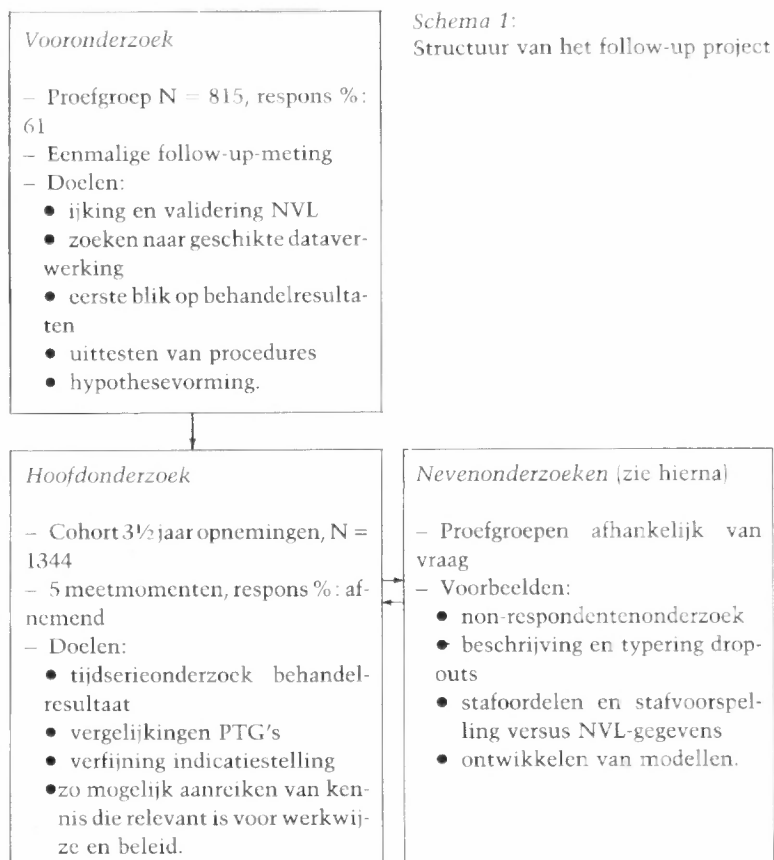
Dataverzameling. De patiënten krijgen bij opname en ontslag de vragenlijsten voorgelegd. De vervolglijsten worden hun per post toegezonden. De standaardprocedure bij de dataverzameling is dat een non-respondent met een schriftelijke herinnering dringend verzocht wordt om alsnog de vragenlijst in te vullen en op te sturen. Ook het controleren van adressen en zodoende het opsporen van nieuwe adressen behoort bij enkele klinieken tot de procedure. Op dit moment zijn alle opname-, ontslag-, en vervolg-na-1-jaar-gegevens van de proefgroep verzameld en de verwachting is dat in 1984 de laatste vervolglijsten zullen binnenkomen. De responspercentages, voor zover nu bekend, zien er als volgt uit: 92% bij opname, 75% bij ontslag en 54% één jaar na ontslag. De verwachting is dat de drie-jaar-meting een responsrate van 43% haalt; na vijf jaar zal vermoedelijk nog maar 25% reageren.

Voor de duidelijkheid wordt de hiervoor beschreven structuur van het follow-up-project in het onderstaande schema (1) beknopt in beeld gebracht.

Kanttekeningen bij de opzet. Het follow-up-project psychotherapeutische gemeenschappen is een veldonderzoek dat zich afspeelt temidden van de lopende klinische praktijk. Dat brengt een aantal beperkingen met zich mee. Deze hebben consequenties voor hetgeen in methodologisch opzicht voor een solide onderzoeksopzet wenselijk zo niet noodzakelijk wordt geacht. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat bij de aanvang van dit project werd ingeschat dat deze beperkingen aan de bruikbaarheid van de resultaten niet te zeer afbreuk zouden doen. Inmiddels is de kennis van de problemen en de fouten die zich bij psychotherapie-research plegen voor te doen, belangrijk uitgebreid en de nadelige invloed ervan werd allengs duidelijker. Een korte uitwei-

ding over genoemde beperkingen is derhalve op haar plaats. Ten eerste om aan te geven dat de praktijk van de klinische psychotherapie op gespannen voet staat met de eisen van een onderzoeksdesign. Tevens echter om aan te geven dat genoemde beperkingen het leveren van bruikbare resultaten weliswaar bemoeilijken, maar zeker niet onmogelijk maken.

– Algemeen gesteld mag men zeggen dat de uitkomsten van psychotherapeutische behandelingen worden bepaald door een veelheid van moeilijk controleerbare invloeden. Deze kunnen zich voordoen bij de patiëntvariabelen (bijvoorbeeld de matching van de ernst van de problematiek of de mate van gemotiveerdheid), bij de therapeutvariabelen (bijvoorbeeld verschillen in werkstijl binnen een therapeutische school) en in de interactie tussen beide. Daarnaast spelen ook nog specifieke factoren een rol (cf. Shapiro, 1971; Bloom e.s., 1977). Om de versturende invloed van dergelijke factoren te elimineren is in de loop van de tijd een aantal aanbevelingen vrij algemeen aanvaard. Zo wordt gesteld dat de vraag naar het effect van psychotherapie (outcome-



onderzoek) niet is te beantwoorden zonder daarbij de interventies die tijdens de therapie werden gepleegd, alsmede de daaruit voortvloeiende reacties te betrekken (how-come of proces-onderzoek). Het is volgens sommigen van belang om de procesmatige factoren zo goed mogelijk te controleren, wil men tot zinvolle conclusies komen over effecten van behandelmethoden. De problemen die de controle op de vele procesvariabelen met zich meebrengt, zijn aanzienlijk (Weissman c.s., 1982; Shapiro en Shapiro, 1983). In dit project blijven procesgegevens buiten beschouwing. Er is indertijd, mede gezien de omvang van het onderzoekscohort, bewust afgezien van analyses van patiënt-therapeutinteracties. Gekozen werd voor een tijdreeksmeting, waarbij grote intervallen (1 à 2 jaar) tussen de meetmomenten bestaan. Op deze wijze wordt het herstelverloop globaal gevolgd.

– Een volgende aanbeveling betreft het zo nauwkeurig mogelijk onder controle houden van verschillen in behandelcondities teneinde behandel-effecten zoveel mogelijk te kunnen herleiden tot therapiespecifieke factoren (cf. Weissman c.s., 1982). Dit onderzoek kan door zijn naam de indruk wekken dat het zich richt op een welomschreven en afgegrensd behandelvorm (klinische psychotherapie). De aan het onderzoek deelnemende klinieken opereren weliswaar vanuit dezelfde behandelprincipes (Jones, 1953; Rapoport c.s., 1960) maar deze zijn in zeer algemene termen geformuleerd. Daardoor zijn er tussen de psychotherapeutische gemeenschappen wel algemene overeenkomsten in werkwijze aanwijsbaar, maar daarnaast komen er ook teveel verschillen voor om van een identiek behandel aanbod te kunnen spreken. Het is echter mogelijk om hierop meer greep te krijgen door de 8 deelnemende klinieken onder te verdelen in categorieën waarbinnen de overeenkomsten belangrijk groter zijn: de neuroseklinieken, de psychoseklinieken en de klinieken voor jongeren. Binnen die categorieën zijn vergelijkende uitspraken omtrent behandelresultaten, gereleerd aan grootheden als behandelduur, medewerkers-patiëntenratio, teamsamenstelling en teamgrootte beter mogelijk.

– Ook ten aanzien van de wenselijk geachte matching van patiënten geldt een beperking. De opzet, situering en organisatie van de deelnemende klinieken staan niet toe dat ten behoeve van een matching-procedure patiënten over de klinieken verdeeld worden. Hetzelfde geldt a fortiori voor een random-toewijzingsprocedure. Van een matching-procedure is in zoverre sprake dat de klinieken patiënten selecteren aan de hand van omschreven criteria, die variëren al naar gelang de doelgroep. De categorie neuroseklinieken bijvoorbeeld selecteert aldus een groep die binnen die categorie goed vergelijkbaar is.

– Eveneens wordt aanbevolen om behandelresultaten te vergelijken met gegevens van een controlegroep. Daarbij wordt nogal eens gebruik gemaakt van wachtlijstgroepen. Omdat dergelijke groepen bij de deelnemende klinieken ofwel niet danwel tijdelijk voorhanden waren, zijn – ter vergelijking – gegevens verzameld van patiënten die

opgenomen zijn geweest in een aantal behandelafdelingen van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis.

– Het onderzoek naar behandel-effecten brengt met zich mee dat een keuze gedaan moet worden uit verschillende soorten criteria, waarop men zich baseert. Deze criteria laten zich in een aantal categorieën indelen: self-report technieken; therapeut-evaluatie; rapportage van derden; psychologische tests en gedragsassessment (Waskow en Parloff, 1974). Soms wordt als bezwaar tegen de in dit onderzoek gehanteerde self-report methode aangevoerd, dat de informatie te veel wordt beïnvloed door de houding van patiënten ten aanzien van hun therapeut (Glass en Kliegl, 1983). Door ook ruimschoots na afloop van de behandeling te informeren wordt dit bezwaar gedeeltelijk ondervangen. Zoals reeds gezegd wordt de patiënt in dit onderzoek beschouwd als een geloofwaardige beoordelaar van zijn toestand. Dit blijkt geen alom gedeelde zienswijze te zijn. Zo stellen Garfield c.s. (1971) vast dat patiënt-ratings over het effect van de behandeling tot andere conclusies aanleiding geven dan resultaten van meer objectieve assessment technieken. Ook tussen de oordelen van patiënten en therapeuten treden nogal eens verschillen op (Garfield, 1983), terwijl patiënten en onafhankelijke beoordelaars verhoudingsgewijs weer meer overeenstemmen (Horenstein c.s., 1973). Bornstein en Rychtarik (1983) merken in dit verband op dat het oordeel van de patiënt over de behandeling lange tijd ondergewaardeerd is gebleven, omdat patiënten en therapeuten het vaak oneens bleken te zijn over de bereikte verbetering. Dat lijkt op een niet rationeel te doorgronden keuze voor het vertrouwde 'doctor knows best'. Hoewel duidelijk is dat de voorkeuren voor de diverse criteria sterk kunnen verschillen, blijkt uit de literatuur nergens een afdoende rechtvaardiging voor zo'n voorkeur te vinden (cf. Karasu, 1982). Gelet op deze diversiteit aan bevindingen is het dan ook onverstandig om geheel en alleen op een criteriumsoort af te gaan. Bij dit project wordt derhalve naast de NVL ook van ander materiaal (testgegevens, therapeutoordelen, PIGG-registratie*) gebruik gemaakt.

– De keuze uit de diverse soorten criteria zal doorgaans mede afhangen van de mate waarin ze kunnen leiden tot duidelijke conclusies over het onderzochte behandelprogramma. Volgens Twain (1975) moeten ze daartoe nauw verband houden met de gestelde behandel-doelen en moeten ze een nauwkeurige meting mogelijk maken, die resultaten oplevert die eenduidige conclusies over het effect van de interventies toestaan. Vooral de laatste eis geeft aanleiding tot een aantal opmerkingen in verband met dit onderzoek. Bij de samenstelling van het meetinstrument bleek het onmogelijk om vragen op te nemen, die betrekking hadden op de specifieke behandel-oordelen en therapievormen, waar-

* PIGG: Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg van de Geneeskundige Inspectie Geestelijke Volksgezondheid.

mee ex-patienten hadden kennis gemaakt. De oorzaak was gelegen in het feit dat van kliniek tot kliniek verschillen bestonden in de samenstelling van het behandelpakket. Vaak ook verschilde de naamgeving per therapievorm. En bovendien pleegt er bij de meeste klinieken van tijd tot tijd iets gewijzigd te worden in het behandelaanbod. Vandaar dat indertijd is gekozen voor een evaluatie van de in algemene en abstracte termen geformuleerde behandelprincipes van therapeutische gemeenschappen.

– Een laatste kanttekening betreft de dataverzameling en de veel complexere analysetechniek, die een longitudinaal opgezet onderzoek vraagt in vergelijking met een transversaal onderzoek. Een belangrijk aspect van dataverzameling is het attritie-fenomeen. Nederhof (1981) wijst in dit verband op de 'rampzalige bias' die kan ontstaan wanneer men zich bij de interpretatie van onderzoeksgegevens alleen baseert op gegevens van vrijwillige respondenten. In aansluiting op wat in het vooronderzoek werd nagegaan (Van Kalsbeek c.s., 1979) wordt momenteel in het hoofdonderzoek onderzocht in hoeverre de niet-respondentengroep van de respondentengroep verschilt op een aantal variabelen zoals verblijfsduur, behandelingsvoorgeschiedenis, recidiefna-ontslag, therapeutoordelen en psychologische testgegevens, die verzameld zijn tijdens de behandelperiode (Koning en Tremonti, 1983). Ten behoeve van dit onderzoek worden veel en veelsoortige gegevens ondergebracht in een databestand dat daardoor omvangrijk en complex van samenstelling wordt. De analyse van de gegevens is navenant ingewikkeld, vooral waar het gaat om veranderingen duidelijk in beeld te brengen. Bereiter (1963) merkt op dat het meten van veranderingen zo ingewikkeld is dat grote onderzoeksprojecten op grond daarvan zijn stopgezet; de statistische problemen lijken haast onoverkomelijk. In de loop van het project werd uitgebreid aandacht besteed aan de op dit punt te verwachten problemen (Visser en Gazendam, 1979). Met name de veronderstelling dat er in de loop der tijd veranderingen zullen optreden, heeft een belangrijk interpretatieprobleem tot gevolg. Indien blijkt dat patiënten de vragenlijst in de loop der tijd anders gaan invullen zodanig dat een verschuiving optreedt in de oorspronkelijke structuur, dient de vraag beantwoord te worden waaraan dat is toe te schrijven: ofwel aan veranderingen bij de patiënten, ofwel aan gewenste en onbruikbare instabiliteit van de structuur van het meetinstrument. Het analyseren van die veranderingen is niet onmogelijk en er zijn data-analytische methoden ontwikkeld, die althans een gedeelte van de problemen ondervangen (Visser, 1980, 1982).

Resultaten

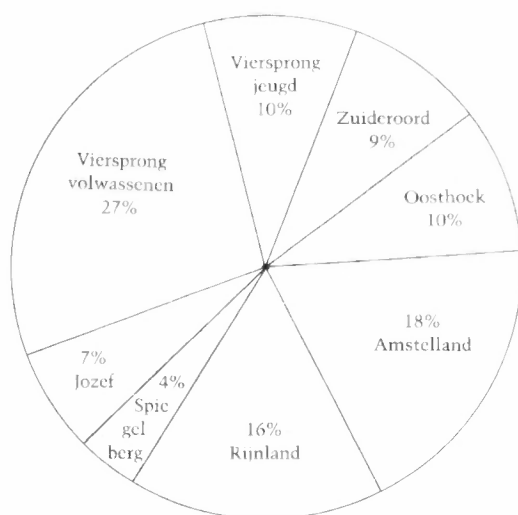
Op dit moment zijn de gegevens van de opname- en ontslagversie verzameld en bewerkt. In dit algemeen overzichtsartikel zal worden volstaan met een globale presentatie van de resultaten. Meer gedetail-

leerde analyses en een beschrijving van de drie vervolgmetingen zullen volgen.

Beschrijving van de onderzochte groep. Een uitvoerige beschrijving van deze groep werd eerder gegeven (Hesselink, 1982). Voor de volledigheid volgt hier de samenvatting.

Het aandeel van de diverse psychotherapeutische gemeenschappen in de onderzoeksgroep is afgebeeld in figuur 1.

Figuur 1: Het aandeel van de diverse psychotherapeutische gemeenschappen in de totale onderzoeksgroep



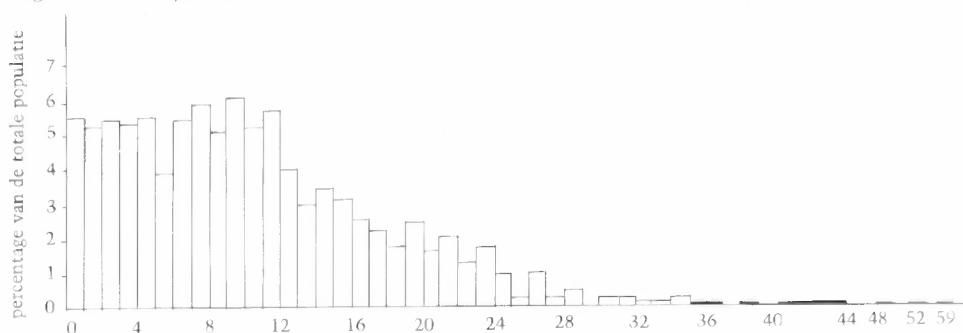
De verdeling van mannen en vrouwen in de totale onderzoeksgroep is 55 : 45.

Tweederde van de populatie is tussen de 18 en 28 jaar. Het merendeel van de opgenomenen is ongehuwd (ca. 75%). Bijna de helft van de opgenomen patiënten geeft aan full-time gewerkt te hebben in de periode 2 jaar voorafgaand aan de opname. Bijna eenderde ontving een ziekte- of een invaliditeitsuitkering. De gemiddelde verblijfsduur van de totale groep is ruim 11 maanden (figuur 2).

Het percentage drop-outs (verblijfsduur < 3 maanden) is 16%. De helft van de onderzochte groep heeft een verblijfsduur die ligt tussen de 5 en 15 maanden. Vijf procent blijft langer dan 2 jaar. De verschillen tussen de klinieken zijn aanzienlijk, zowel waar het gaat om de gemiddelde verblijfsduur (variërend van 8 tot 17 maanden), als wat betreft het drop-out percentage (van 4 tot 30%).

Eerdere behandelingen. Uit de gegevens blijkt dat ruim 77% van de

Figuur 2: Verblijfsduur in maanden



onderzoeksgroep eerder is behandeld voor dezelfde problemen als waarmee ze in de kliniek is opgenomen. Voor andere problemen en ziekten is 11% eerder behandeld. Ruim 12% is niet in behandeling geweest in de twee jaar voorafgaand aan de opname in een van de psychotherapeutische gemeenschappen. Verreweg het grootste gedeelte van de populatie heeft dus al een of andere behandeling achter de rug: vooral verbale methoden (62%) en in mindere mate medicamenteuze vormen (29%) worden genoemd. Bijna de helft van de totale groep is voor opname in een psychotherapeutische gemeenschap al elders opgenomen geweest; in slechts 8% betrof dat een klinische psychotherapeutische behandeling.

De groepen zwak-geïntegreerde patiënten van enkele klinieken (Jozef, Rijnland en Zuideroord) kenmerken zich door meer opnamen in een psychiatrische inrichting (34%) dan de overwegend neurotische patiënten van andere instituten (11%). Deze laatste groep heeft meer niet-klinische behandeling gehad: van de huisarts, de vrijgevestigde psychiater en van verschillende poliklinieken. Vrouwen hebben doorgaans meer behandeling gehad dan mannen, vooral waar het gaat om een of andere vorm van intramurale behandeling.

Schaalscores bij opname en ontslag

Situatie bij opname – In figuur 3 zijn, naast de schaa scores van 'welbevinden' en 'nuchter reageren' van de patiënten van de psychotherapeutische gemeenschappen, de scores van een groep niet-patiënten (verpleegkundigen en studenten, $n = 120$) weergegeven.

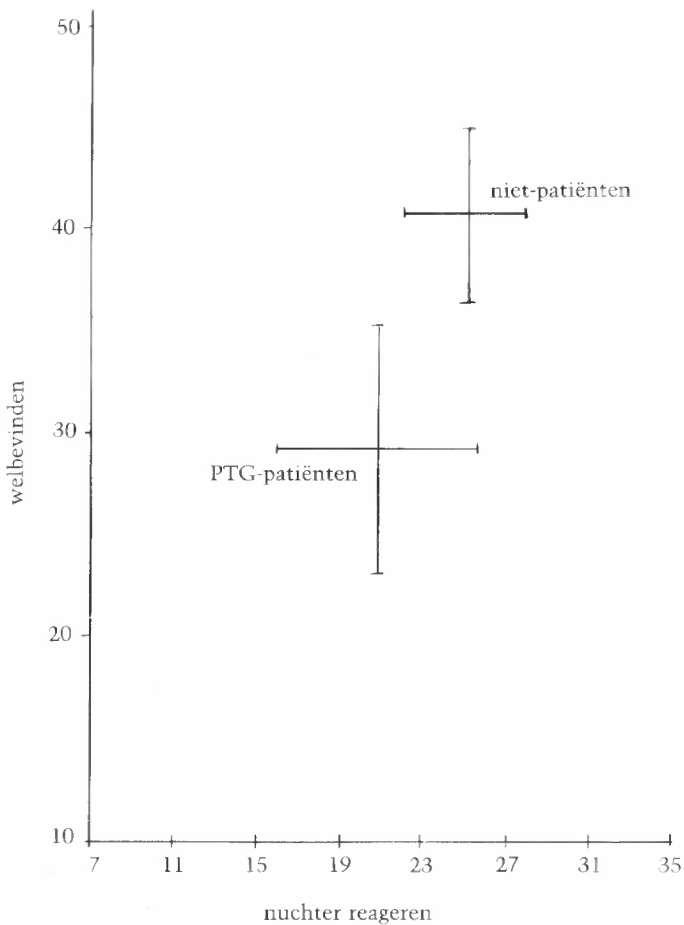
Niet-patiënten onderscheiden zich duidelijk van patiënten. Het verschil is zeer groot. De verschillen tussen de acht afzonderlijke klinieken zijn niet in de figuur opgenomen, want die blijken klein te zijn. Alleen tussen de extremen zijn verschillen aantoonbaar. Het gangbare onderscheid tussen neuroseklieken (Viersprong, Oosthoek, Spiegelberg) en de klinieken die de behandeling meer richten op zwak-geïntegreerde patiënten (Jozef, Rijnland, Zuideroord) bleek door de NVL-gegevens wel ondersteund te worden.

In termen van welbevinden en nuchterheid zijn er globaal drie groepen te onderscheiden:

- de niet-patiënten, gekenmerkt door een hoog welbevinden en een grote mate van nuchterheid;
- de patiënten van de 'psychoseklieken': zij voelen zich slecht en hebben geen adequate wijze van probleem oplossen;
- de patiënten van de 'neuroseklieken': zij voelen zich nog slechter dan de vorige groep en tonen nog minder probleemoplossend vermogen.

Welbevinden en nuchterheid zoals aangegeven door de patiënten vertonen dus geen lineair verband met de ernst van de pathologie zoals beoordeeld door behandelaars.

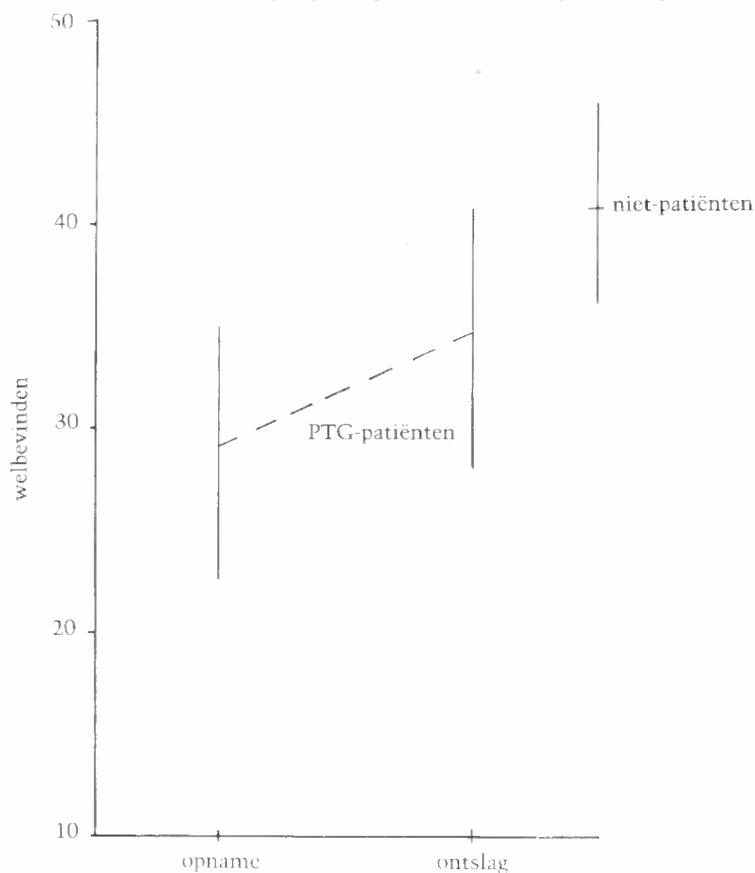
Figuur 3: Gemiddelde schaalscores (en twee standaarddeviaties) op welbevinden en nuchter reageren van patiënten van psychotherapeutische gemeenschappen bij opname en van verpleegkundigen



Opname en ontslag vergeleken – Zoals eerder vermeld is de structuur van de zelf-beoordelingen bij opname en ontslag niet geheel identiek. De bij opname aanwezige dimensie 'nuchterheid' maakt bij ontslag deel uit van de 'welbevinden'-dimensie. Het blijkt nu dat de scores van de patiënten bij ontslag op de korte welbevindenschaal – die werd afgeleid uit de structuur bij opname – zeer hoog correleren met de scores bij ontslag berekend met behulp van de uitgebreide welbevindenschaal – afgeleid uit de structuur bij ontslag – ($r = .95$). Om het welbevinden van de populatie bij opname respectievelijk ontslag te vergelijken kan daarom gebruik worden gemaakt van de korte welbevindenschaal.

Figuur 4 toont de gemiddelde en de standaardafwijkingen van deze schaal bij opname en ontslag. Tevens is de positie van niet-patiënten weergegeven. Patiënten blijken zich beter te voelen dan bij de opname,

Figuur 4: Welbevinden (gemiddelden en 2 standaarddeviaties) van de PTG-populatie bij opname ($N = 881$; $M = 29.3$; $SD = 5.9$) en bij ontslag ($N = 881$; $M = 34.8$; $SD = 6.3$), en van de groep niet-patiënten ($N = 119$; $M = 40.9$; $SD = 4.1$).

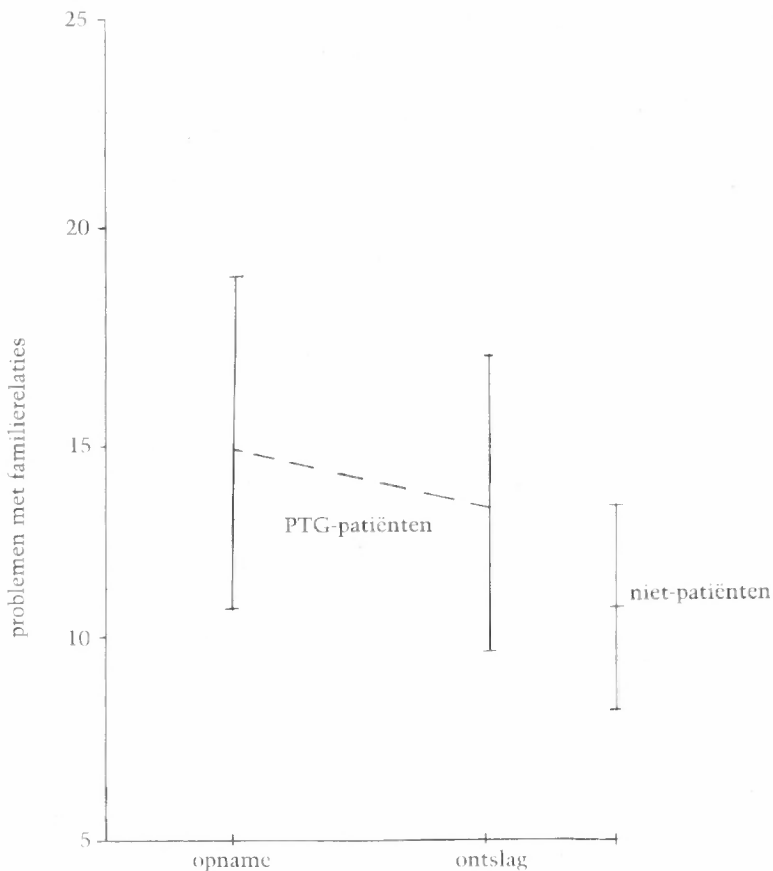


hoewel ze nog niet het niveau van welbevinden van niet-patiënten hebben bereikt. De verschillen tussen de scores bij opname en bij ontslag zijn globaal uit te drukken in een verschuiving van één standaarddeviatie ($p < .000$).

Relatieproblemen bij opname en ontslag – Bij opname zijn de patiënten van psychotherapeutische gemeenschappen over het algemeen sociaal teruggetrokken. Ze gaan om met weinig mensen en in die weinige contacten ondervinden ze, vergeleken met de niet-patiënten, veel problemen. Zowel de relaties met directe familieleden als met vrienden, kennissen, bazen en collega's zijn voor de PTG-patiënten problematisch.

Bij ontslag blijkt dat de relaties me anderen vergeleken met de opnamesituatie wel verbeterd zijn (uit te drukken in ongeveer een

Figuur 5: Gemiddelde schaalscores (en 2 standaarddeviaties) op 'problemen met familieleden' van de PTG-populatie bij opname ($N = 626$; $M = 14.7$; $SD = 4.1$) en bij ontslag ($N = 626$; $M = 13.3$; $SD = 3.5$) en van de groep niet-patiënten ($N = 107$; $M = 10.8$; $SD = 3.1$)

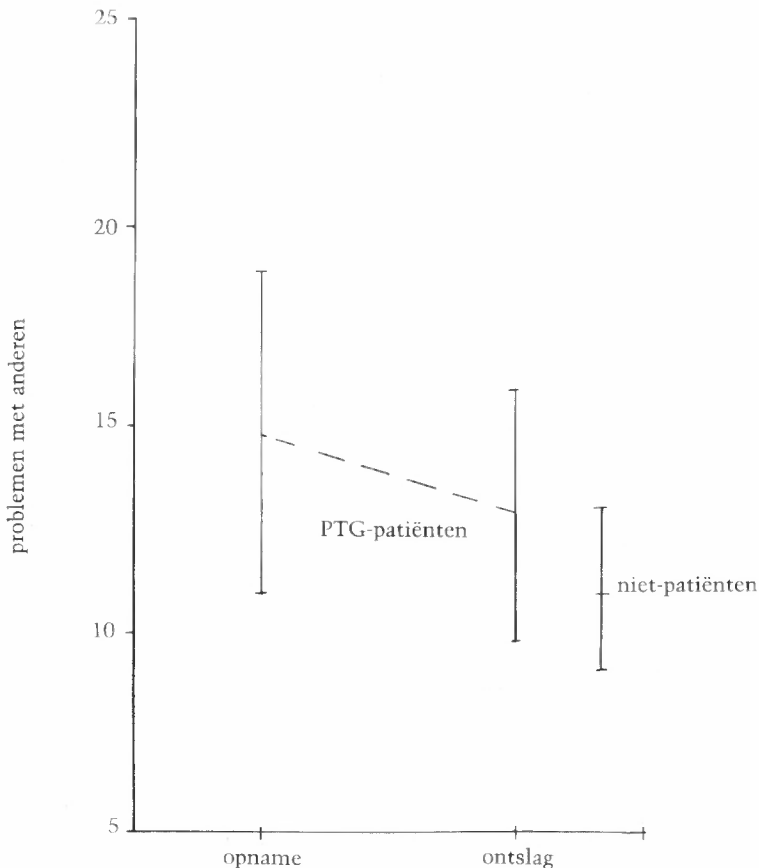


halve standaarddeviatie, $p < .000$), maar in vergelijking met niet-patiënten geven de onderzochten nog steeds meer problemen aan (figuur 5). Dat geldt vooral voor de betrekkingen met niet-familieleden (figuur 6).

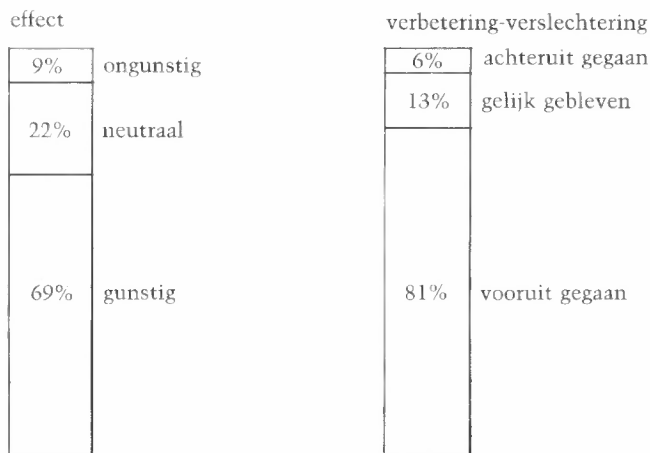
De beoordeling van het effect van de behandeling bij ontslag – Het merendeel van de vertrekkende patiënten beoordeelt het effect van de behandeling positief. Daar tegenover staat een kleinere groep, die van mening is dat het effect van de behandeling 'ongunstig' of, maar nog minder vaak, 'zeer ongunstig' is geweest (figuur 7).

De overgrote meerderheid acht zichzelf 'verbeterd' dan wel 'sterk verbeterd'. In tegenstelling tot deze groep, die een positieve ontwikkeling signaleert, is een kleine groep van mening dat de situatie onveranderd is. Zo'n 6% van de totale onderzoeksgroep signaleert een 'achter-

Figuur 6: Gemiddelde schaalscores (en 2 standaarddeviaties) op 'problemen met anderen' van de PTG-populatie bij opname ($N = 538$; $M = 14.9$; $SD = 3.9$) en bij ontslag ($N = 538$; $M = 12.9$; $SD = 3.0$) en van de groep niet-patiënten ($N = 118$; $M = 10.9$; $SD = 2.0$)



Figuur 7: De beoordeling van het effect van behandeling bij ontslag



uitgang'. Het merendeel van de vertrekkende patiënten is van mening dat de behandeling 'geheel' of op zijn minst 'redelijk' op eigen problematiek aansloot. Van de overigen is de helft van mening dat de aansluiting 'matig' was. De andere helft gaf aan dat 'nauwelijks' of 'in het geheel niet' te hebben ervaren. Van de vertrekkende patiënten zegt een vijfde deel dat ze al vóór hun opname inzicht in de achtergronden van de eigen problematiek hadden. Ongeveer tweederde heeft hierin tijdens de behandeling duidelijkheid verkregen.

De beoordeling van de PTG-kenmerken bij ontslag – De vraag die inventariseert in hoeverre de specifieke kenmerken van psychotherapeutische gemeenschappen, zoals geformuleerd door o.a. Jones (1953), de patiënt hebben geholpen bij de problematiek die aanleiding gaf tot de opname, geeft uitsluitsel over zowel de aanwezigheid of afwezigheid van specifieke PTG-kenmerken, als over de mate waarin deze kenmerken een bijdrage leverden aan de oplossing van de problematiek. Uit de antwoorden van de onderzoeksgroep is op te maken dat de specifieke kenmerken slechts sporadisch als ontbrekend zijn ervaren. Verhoudingsgewijs wordt nog het meest inbreuk op het uniformiteitsprincipe (iedereen dezelfde behandeling) gesignaleerd. Inbreuk op de tolerantie (het zich met betrekking tot gedrag of meningen gauw veroordeeld voelen) komt op de tweede plaats. Met betrekking tot de PTG-kenmerken wordt een grote mate van overeenkomst in de werkwijze van de diverse instituten geconstateerd. Globaal gezien slagen ze erin gelijke mate in om de principes in de praktijk te realiseren – althans afgaande op de oordelen van de op punt van vertrek staande patiënten. Aan de eis dat men zelf moeite moet doen om iets van de behandeling te maken, wordt het hoogste nut toegekend. Het minst vaak dacht men profijt gehad te hebben van het gegeven dat iedereen dezelfde behandeling krijgt aangeboden.

Discussie

De beschreven resultaten zijn verzameld op twee van de vijf meetmomenten en gelden bovendien voor de acht klinieken te zamen. De resultaatbespreking is dan ook voorlopig en globaal van karakter. Voordat tot de bespreking wordt overgegaan is het nuttig om na te gaan wat blijkens recente literatuur aan resultaten verwacht mag worden.

Auteurs van recente overzichten van vergelijkend effectonderzoek zijn niet eensluidend in hun eindoordeel. Zo stellen Smith c.s. (1980) vast dat psychotherapie een gunstig effect heeft, maar een verband tussen therapievorm of aspecten van de gevolgde methodiek (behandelduur, groeps- of individuele aanpak) niet kan worden aangetoond. Daarentegen formuleren Rachman en Wilson (1980), dat er onvoldoende redenen zijn om aan te nemen dat analytische en Rogeriaanse therapieën de gewenste effecten bewerkstelligen, hetgeen voor gedragstherapeutische technieken juist wel zou gelden. Epstein en Vlok (1981) tenslotte zijn van mening dat aan de meest frequent bedreven hulpverlening, namelijk therapie bij neurotische cliënten, het minste en het kwalitatief slechtste onderzoek wordt gewijd en dat de aange-toonde effectiviteit van psychotherapie bij deze categorie patiënten minimaal is. Een recent literatuuronderzoek van follow-up projecten (Koning en Tremonti, 1981) leverde geen vergelijkbare studies op. Verreweg de meeste projecten zijn gebaseerd op één enkele follow-up meting. De meeste onderzoekers gaan een vergelijking van resultaten op verschillende meetmomenten uit de weg. Slechts in enkele gevallen wordt een opnamemeting met een follow-up vergeleken. Maar zelden is er sprake van een vergelijking van drie meetmomenten. Kennelijk heeft grootschalig longitudinaal effectonderzoek van klinische psychotherapie relatief weinig aandacht gekregen.

De bevindingen uit de follow-up studies laten zich als volgt samenvatten. Neurotische patiënten hebben meer profijt van behandeling dan patiënten met andere pathologie (Wells c.s., 1978). Bij ontslagmetingen tekenen zich verschuivingen in gunstige richting af, die bij een follow-up meting weer op het niveau van de opnamemeting blijken te liggen (Mattes c.s., 1977). De stand van zaken bij de opnamemeting lijkt een goede predictor voor de stand van zaken bij een follow-up meting, in die zin dat het niveau van aanpassing bij opname sterk samenhangt met het adaptatie-niveau bij de follow-up meting (Mintz c.s., 1976). Bij een psychotische groep patiënten doen zich na ontslag meer 'life events' voor die een negatieve invloed uitoefenen op het welbevinden van de ex-patiënten (Schwartz en Myers, 1977). Het zelfbeeld bij ontslag is een goede graadmeter voor het zelfbeeld bij de follow-up (Beckman, 1978).

Met betrekking tot de bevindingen van het hier beschreven project kan het volgende worden opgemerkt.

- Op de eerste plaats valt in de samenstelling van de onderzoeks-

groep de verdeling van variabelen als leeftijd en burgerlijke staat op. Tweederde van de cliënten is te typeren als 'jong volwassene' (20-30 jaar). Jongere en oudere cliënten zijn in de groep ondervertegenwoordigd. De oververtegenwoordiging van de 20-30-jarigen is gedeeltelijk een verklaring voor het relatief grote aantal ongehuwden in het cohort. Voor de groep jeugdigen werden overigens reeds geruime tijd geleden voorzieningen geschapen, maar voor oudere cliënten werd dat kennelijk niet noodzakelijk geacht. Nadere bezinning op dat punt lijkt wenselijk, aangezien niet zonder meer duidelijk is waarom een aanzienlijk gedeelte van de psychiatrische populatie relatief weinig gebruik maakt van voorzieningen voor klinische psychotherapie.

- Dat vrouwen doorgaans meer, met name intramurale, behandelingen ondergingen voordat zij in de psychotherapeutische gemeenschappen werden opgenomen, is geen verrassend gegeven. Eerdere bevindingen wijzen erop dat vrouwen meer van hulpverlening gebruik maken dan mannen (Van der Ploeg, 1980).

- Eerder kwamen de opmerkelijke verschillen tussen de klinieken ter sprake voor wat betreft de gemiddelde verblijfsduur. Dit geldt ook voor het zogenaamde drop-out percentage. Deze feiten wekken o.a. de suggestie dat binnen de groep psychotherapeutische gemeenschappen verschillende normen worden gehanteerd bij de selectie; kennelijk verbinden niet alle klinieken dezelfde consequenties aan de kans dat iemand een drop-out zal worden. Ook mag verondersteld worden dat de verschillen in verblijfsduur zijn terug te voeren op onderling afwijkende opvattingen over de behandeldoelen. Deze verschillen zullen op korte termijn nader worden uitgewerkt.

- De gegevens met betrekking tot de 'eerdere behandeling' maken duidelijk dat opname in een psychotherapeutische gemeenschap veelal pas tot stand komt nadat andere behandelingen zijn ondergaan. Kennelijk bevinden de gemeenschappen zich achter in de verwijslijn, iets wat al geruime tijd geleden (o.a. Eykman, 1968) als een onwenselijke situatie werd gezien.

- Uit de resultaten bleek dat, in vergelijking met de neurotische patiënten-groep, de zwakker-geïntegreerde patiënten voor wat betreft 'welbevinden' en 'nuchtere probleemoplossing' een minder problematisch beeld van zichzelf schetsen. Dit is minder verrassend dan op het eerste gezicht lijkt. Ook Friedman (1955) kwam tot de vaststelling dat normale proefpersonen een zelfbeeld schetsen dat redelijk overeenkomt met een ideaalbeeld. De neurotische patiënt echter komt met een ideaalbeeld dat ternauwernood lijkt op zijn zelfbeeld. Tussen deze beide groeperingen in bevindt zich de groep psychotische patiënten, die bij zichzelf meer overeenstemming schetsen tussen werkelijkheid en ideaalbeeld dan de neurotische patiënt, maar minder dan de proefpersonen zonder psychiatrische problematiek. De verschillen zijn bovendien in overeenstemming met de klinische ervaring. De door innerlijke conflicten geplaagde neuroticus is doorgaans in staat een indruk-

wekkend en gedetailleerd beeld van zijn problematiek te schetsen. De zwakker-geïntegreerde patiënt komt in de regel niet verder dan globale kwalificaties, terwijl beangstigende ervaringen soms zelfs worden gebagatelliseerd of ontkend (cf. Koning en Tremonti, 1982).

– Het algemeen welbevinden van de patiënten en de mate waarin zij problemen ondervinden in relaties blijken bij ontslag in gunstige zin te zijn veranderd. Deze verbetering is in overeenstemming met hetgeen op grond van de literatuur verwacht mocht worden (cf. o.a. Mattes c.s., 1977). Op de vraag in hoeverre de geconstateerde veranderingen blijvend van aard zijn zal, aan de hand van het follow-up materiaal, in toekomstige publikaties worden ingegaan. Daarin zal dan eveneens aandacht worden besteed aan mogelijke verschillen in behandelresultaten tussen bijvoorbeeld neurotische en psychotische patiënten. Dan zal blijken of ook in dit cohort geldt dat neurotische patiënten meer van behandeling profiteren dan patiënten met andere pathologie (cf. Wells c.s., 1978).

– Vlak voor hun vertrek spreken patiënten zich in overgrote meerderheid positief uit over de behandelresultaten. Ondanks het feit dat de patiënt in dit onderzoek wordt beschouwd als een geloofwaardig beoordelaar verdient het aanbeveling de resultaten aan een nadere beschouwing te onderwerpen. Er zijn namelijk aanwijzingen dat satisfactieuitspraken te lijden hebben van 'verstorende' invloeden. Zonder volledigheid na te streven kunnen de volgende genoemd worden. Cliënten die zich voor behandeling melden, beginnen hun therapie reeds met een positieve houding. Zij zijn a priori therapie-minded (cf. Kiesler, 1983). Bovendien wordt therapie soms als een laatste herstelkans ervaren. Deze houding zal zeker bijdragen tot het uitspreken van gunstige beoordelingen over de gevolgde behandeling. Ook de inspanning die men zichzelf getroost om iets van de behandeling te maken, zal het waarschijnlijk maken dat men inzet en rendement met elkaar in overeenstemming poogt te brengen door het aangeven van satisfactie en verbetering. Daarnaast kunnen tevredenheidsoordelen ook beïnvloed worden door de bijkomende plezierige ervaringen, die men tijdens de behandeling kan opdoen, zoals het in contact komen met andere hulpvragers. Een aanwijzing voor een en ander is gelegen in het feit dat in veel satisfactie-onderzoeken in de geestelijke gezondheidszorg hoge tevredenheidsscores werden gerapporteerd (Lebow, 1982). Het is dan ook van belang te kunnen bepalen in hoeverre er samenhang is tussen ervaren effect en tevredenheid enerzijds en feitelijk effect anderzijds (cf. Bornstein en Rychtarik, 1983; Garfiel, 1983). Daartoe zal ook in dit project onderzoek naar de relatie tussen satisfactie en andere outcome-maten en cliënt-kenmerken plaatsvinden.

– Met betrekking tot de typerende PTG-kenmerken ook – uitgaande van de oordelen van de vertrekkende patiënten – een grote mate van overeenstemming in de werkwijze van de diverse instituten worden geconstateerd. Zoals gezegd is bij de opzet van de NVL gekozen voor het

onderzoeken van werkzame aspecten van de kliniekcultuur, zoals die uit algemene principia zijn af te leiden. Hoewel tegen de verwachting in weinig verschillen tussen de acht PTG's blijken voor te komen, lijkt het voorsnog niet verstandig om op grond daarvan te concluderen dat van een verschil in werkwijze tussen de klinieken geen sprake is. De PTG-kenmerken zijn in algemene termen geformuleerd, terwijl verschillen zich mogelijk op andere NVL-gegevens zullen voordoen, bijvoorbeeld ten aanzien van de habituele coping-strategieën die resulteren uit het sociaal leerproces dat zich in de diverse kliniekculturen afspeelt.

– De patiënten geven aan dat de zelfwerkzaamheid die in de psychotherapeutische gemeenschap wordt nagestreefd, relatief het meeste effect had. Het omgekeerde geldt voor het groeps karakter van de behandeling. Men zou dit kunnen opvatten als een uiting van de spanning tussen individuele en groepsgerichte methodieken binnen de psychotherapeutische gemeenschap. In het bijzonder de betrekkelijk geringe waardering die wordt uitgesproken voor het uniformiteitsbeginsel stemt tot nadenken: ofwel er wordt gebrekkig vorm aan gegeven, ofwel het draagt weinig bij tot het effect van de behandeling.

Tenslotte nog enige kanttekeningen bij de verschuiving in de factorstructuur van de opname- en ontslagversie van de NVL. Zoals eerder werd gemeld blijkt de dimensie 'nuchtere zelfhandhaving', die zich in de items van de opnameversie aftekent, bij ontslag samen te smelten met de dimensie 'welbevinden'. Dit verschijnsel kan worden opgevat als een gevolg van de ondervonden therapeutische interventies. Bij opname onderscheiden patiënten problemen en klachten die ze hebben – uitgedrukt in 'welbevinden' – van een bepaalde probleemoplossingstrategie die uitgedrukt wordt in 'nuchterheid'. Gedurende de behandeling wordt getracht de aanwezigheid van klachten en de mate waarin respectievelijk de wijze waarop men zelf tracht problemen op te lossen of te ontlopen. De fusie van de twee dimensies zou derhalve op kunnen wijzen dat het beoogde doel is bereikt. De verandering in de wijze waarop de vragenlijstitems door patiënten worden geordend zou dan de uitdrukking zijn van toegenomen inzicht in de samenhang. Indien de beschreven samenhang zich bij de follow-up metingen consolideert, zou gesproken kunnen worden van een blijvend therapie-effect mits aangetoond is dat in de opnamemeting geen artefacten zijn gesloten.

Slotopmerkingen

De onderzoeksvraag, die aan dit project ten grondslag ligt, werd geformuleerd door de werkers in een aantal psychotherapeutische gemeenschappen en kan opgevat worden als de uitdrukking van een behoefte aan een kritische evaluatie van de eigen werkwijze. Er werd besloten

een poging te ondernemen om deze vraag op een systematische wijze te beantwoorden en aldus ontstond het follow-up onderzoek. Een op het eerste gezicht logische en rationele gedachtengang. Ongetwijfeld hebben ook andere motieven een rol gespeeld bij het opzetten van een grootscheepse longitudinaal onderzoek; de behoefte aan rechtvaardiging van een intensieve behandelvorm misschien, of de behoefte aan status en aanzien. Weiss (1975) wijst erop dat evaluatieonderzoek een rationele onderneming is binnen een politieke context en dat het onverstandig zou zijn geen rekening te houden met de consequenties van een onderzoek in politieke en maatschappelijke zin.

Een probleem dat zich in dit verband zal voordoen is dat er op het moment dat de oorspronkelijke vraagstelling werd geformuleerd, geen uitspraken zijn gedaan over de vraag welke resultaten consequenties zullen hebben en welke niet.

Of, zoals Hofstee (1980) stelt: zullen de feiten wel uitwijzen wie gelijk heeft? Daartoe zal men zich vooraf dienen uit te spreken over de vraag welke resultaten tot herziening van een overtuiging – bijvoorbeeld dat psychotherapeutische gemeenschappen goede resultaten boeken – zullen leiden en welke juist niet. Het door hem gesuggereerde weddenschapmodel is echter nog betrekkelijk jong en er is nog weinig ervaring mee opgedaan. Toch is het juist bij evaluatieonderzoek, waarbij ook behandelprogramma's ter discussie staan, van groot belang na te gaan wie welke consequenties verbindt aan wat voor resultaten. Daarover zullen van tevoren afspraken gemaakt moeten worden wil men niet in de door Weiss (1975) genoemde situatie terecht komen dat, bij discussie over het rendement en de degelijkheid van behandelprogramma's, onderzoeksresultaten ondergeschikt gemaakt worden aan de vooringenomenheden van de beleidsmakers.

Bij de rapportage van de bevindingen aan de staven van de deelnemende klinieken wordt aan dit probleem daarom steeds aandacht besteed. De stafleden worden telkens verzocht hun verwachtingen over de uitkomsten vast te leggen alvorens de gegevens aan hen bekend worden gemaakt. De gelijktijdige confrontatie met uitgesproken verwachtingen en de realiteit vermindert de mogelijkheden tot vrijblijvende discussie en rechtvaardigingen achteraf.

Literatuur

- Beckman, L. J. (1978), Self-esteem of women alcoholics, *Journal of Studies on alcohol*, 39, 3.
- Bereiter, C. (1963), Some Persisting Dilemmas in the Measurement of Change. In: Harris, C. W. (ed.): *Problems in Measuring Change*, Univ. of Wisconsin Press.
- Bloom, L. J., Weigel, R. G. and Trault, P. M. (1977), Therapeutic Factors in Psychotherapy: Effects of Office Decor and Subject-Therapist Sex Pairing on the Perception of Credibility, *Journ. of Consult. and Clin. Psychology*, 45, 867-873.

- Bolten, M. P. (1975), *Meten is weten*, Follow-up Project PTG, rapport nr. 1.
- Bornstein, Ph. H. and Rychtarik, R. G. (1983), Consumer satisfaction in adult behavior therapy: procedures, problems and future perspectives, *Behavior therapy*, 14, 191-208.
- Epstein, N. B. and Vlok, L. A. (1981), Research on the results of psychotherapy: A Summary of evidence. *American Journal of Psychiatry* 138, 1027-1035.
- Eykman, J. C. B. (1968), Residential Psychotherapy – Specific Indications, *Proceedings of the IVth World Congress of Psychiatry*, Madrid 1966, Excerpta Medica, Amsterdam, p. 2794-2795.
- Friedman, I. (1955), Phenomenal, ideal and projected conceptions of self, *J. Abnormal Soc. Psychology*, 51, 611-615.
- Garfield, S. L., Prager, R. A. and Bergin, A. E. (1971), Evaluation of outcome in psychotherapy, *Journ. of Consult. and Clin. Psychology*, 37, 307-313.
- Garfield, S. L. (1983), Some comments on consumer satisfaction in behavior therapy, *Behavior Therapy*, 14, 237-241.
- Gazendam, A., Koster, A., Wagenborg, J. E. A. (1983), *De ontslagversie van de Nieuwkoopse Vragenlijst*, in voorbereiding.
- Glass, G. V. and Kliegl, M. (1983), An Apology for Research Interpretation in the Study of Psychotherapy, *Journ. of Consult. and Clin. Psychology*, 51, 28-41.
- Hesslink, A. (1982), *Opname in een PTG*, Follow-up Project PTG, rapport 14.
- Hofstee, W. K. B. (1980), *De empirische discussie*, Boom, Meppel-Amsterdam.
- Horenstein, D., Houston, B. K. and Holmes, D. S. (1973), Clients, therapists and judges evaluations of psychotherapy, *Journ. of Consulting Psychology*, 20, 149-153.
- Janzing, C. en Stafleu, G. (1976), *De structuur van de Nieuwkoopse Vragenlijst*, Follow-up project PTG, rapport 4.
- Jones, M. (1953), *The therapeutic community: a new treatment method in psychiatry*, Basic Books, New York.
- Kalsbeek, A. van, Koning, R., Roosen, C. en Wagenborg, J. (1978), *De schalen van de Nieuwkoopse Vragenlijst*, Follow-up project PTG, rapport 6.
- Kalsbeek, A. van, Lantink, G. en Wagenborg, J. (1978), *Een vergelijking van respondenten met niet-respondenten bij het follow-up project PTG*, rapport 7.
- Karasu, T. B. (1982), Proving the Efficacy of Psychotherapy to Government: a Bureaucratic Solution?, Editorial, *Am. J. Psychiatry*, 139.6.
- Kiesler, Ch. A. (1983), Social Psychological issues in studying consumer satisfaction with behavior therapy, *Behavior Therapy*, 14, 226-236.
- Koning, R. F. en Tremonti, G. W. (1981), *Nota Vraagstelling*, Follow-up project PTG, rapport 11.
- Koning, R. F. en Tremonti, G. W. (1982), Twaalfhonderd maal honderdtwintig. In: Lande, J. van de (red.): *Opgenomen in de groep*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Koning, R. F. en Tremonti, G. W. (1983), *Het non-respons probleem*, Follow-up project PTG, rapport 18, in voorbereiding.
- Lande, J. L. van de, (red.) (1982), *Opgenomen in de groep*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Lebow, J. (1982), Consumer satisfaction with mental health treatment, *Psychological Bulletin*, 91, 244-259.
- Mattes, J. A., Rosen, B. and Klein, D. F. (1977), Comparison of the Clinical effectiveness of short versus long stay psychiatric hospitalization, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, 387-402.

- Meltzoff, J. and Kornreich, M. (1970), *Research in psychotherapy*, Atherton Press, Inc., New York.
- Mintz, J., O'Brien, C. P., Luborsky, L. (1976), Predicting the outcome of psychotherapy for schizophrenics, *Arch. Gen. Psychiatry*, 33.
- Nederhof, A. J. (1981), *Beter Onderzoek*, Dienst Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek, RU Leiden, Den Haag.
- Ploeg, H. M. van der (1980), *Persoonlijkheid en medische consumptie*, Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Rachman, S. I., en Wilson, G. T. (1980), *The effects of psychological therapy*, (2nd ed.), Pergamon Press, Oxford.
- Rapoport, R. N., Rapoport, R. and Rosow, I. (1960), *Community as doctor: new perspective on a therapeutic community*, London.
- Schwartz, C. C. and Meyers, J. K. (1977), Life events and schizophrenia, *Arch. Gen. Psychiatry*, 34.
- Shapiro, A. K. (1971), Placebo Effects in Medicine, Psychotherapy and Psychoanalysis. In: Bergin, A. E. and Garfield, S. L. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, p. 439-473.
- Shapiro, D. A. and Shapiro, D. (1983), Comparative Outcome Research: Methodological Implications of Meta-Analysis, *Journ. of Consult. and Clin. Psychology*, 51, 42-53.
- Smith, M. C., Glass, G. V. and Miller, Th. I. (1980), *The benefits of psychotherapy*, Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Tremonti, G. W. and Wagenborg, J. E. A. (1976), *Ontstaan, beschrijving en verantwoording van de Nieuwkoopse Vragenlijst*, Follow-up Project PTG, Rapport 2.
- Tremonti, G. W., Wagenborg, J. E. A., Lantink, G., Koning, R. F., Gazendam, A., Hesselink, A. J. en Stafleu, G. (1981a), *Opnameversie NVL: schaalconstructie*, Follow-up Project PTG, Rapport 12.
- Tremonti, G. W., Wagenborg, J. E. A., Lantink, G. en Koning, R. F. (1981b), *Soortgenootvaliditeit, antwoordtendenties en testattituden*, Follow-up Project PTG, Rapport 13.
- Twain, D. (1975), Developing and Implementing a Research Strategy. In: Struening, E. L. and Guttentag, M. (eds.), *Handbook of evaluation research*, vol. 1, p. 27-52.
- Uffing, H. (1978), *Twee keer meten is meer weten*, Follow-up Project PTG, Rapport 5.
- Visser, R. A. (1980), *De afbeelding van Interventie-effecten: Methoden van Data-analyse bij Evaluatie-onderzoek*, Vakgroep Methoden en Technieken, Leiden.
- Visser, R. A. (1982), *On quantitative longitudinal data in psychological research*, dissertatie, Leiden.
- Visser, R. en Gazendam, B. (1979), *Vraagstelling en model*, Follow-up Project PTG,, rapport 10.
- Wagenborg, J. E. A. (1972), *Intake onderzoeken Spiegelberg 1972*, interne publicatie de Spiegelberg, St. Bavo, Noordwijkerhout.
- Waskow, I. E. and Parloff, M. B. (1974), *Psychotherapy Change Measures*, National Institute of Mental Health, DHEW publication no. 74-120.
- Weiss, C. H. (1975), Evaluation research in the political context. In: Struening, E. and Guttentag, M. (eds.): *Handbook of evaluation research*, vol. 1, Sage Publication, Beverly Hills-London.
- Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. and Chevron, E. (1982), *Training Psycho-*

therapists to Participate in Psychotherapy Outcome Studies, *Am. J. Psychiatry*, 139: 11.

Wells, P. G., Morris, A. Jones, R. M. and Allen, D. J. (1978), An adolescent unit assessed: a consumer survey, *British Journal of Psychiatry*, 132, 300-308.

Met dank aan J. C. J. Bonarius en S. Schagen voor hun commentaar op een eerdere versie.