

# Het Follow-up Project Psychotherapeutische Gemeenschappen (9): op zoek naar vergelijkingsmateriaal

*door G.W. Tremonti en R.F. Koning*

## **Samenvatting**

In dit artikel worden gegevens van het onderzoekscohort van het Follow-up Project Psychotherapeutische Gemeenschappen vergeleken met gegevens van een referentiegroep: psychiatrische patiënten behandeld in algemeen psychiatrische ziekenhuizen. Na een uiteenzetting over de methodische aspecten van het gebruik van referentiegroepen volgt een beschrijving van de wijze waarop beide groepen naar samenstelling vergelijkbaar zijn gemaakt.

Toepassing van de gekozen criteriummaat: ten minste één heropneming binnen een termijn van vijf jaar na ontslag, leert dat de heropnamepercentages van zowel neurotische als zwak-geïntegreerde ex-PTG-cliënten lager uitval-  
len.

## **Inleiding**

Het Follow-up Project Psychotherapeutische Gemeenschappen is een onderzoek naar de effectiviteit van klinische psychotherapie. Door de onderzoekers werd destijds besloten zich in hoofdzaak toe te leggen op effectbepaling door middel van een design waarin de patiënt met zichzelf vergeleken wordt: dataverzameling voorafgaand aan de behandeling wordt gevolgd door herhaalde metingen na afloop. Het behandel-effect werd geoperationaliseerd als de mate waarin patiënt in de post-klinische fase in diverse opzichten beter functioneert dan voor zijn opname (vergelijk Wagenborg c.s. 1984). Een en ander werd bepaald aan de hand van cliënts rapportage hierover in de speciaal voor dit project ontwikkelde vragenlijst. Bij dit type onderzoek kan niet volstaan worden met het louter vaststellen van therapie-effecten. Indien er al sprake is van therapie-effect, is een achtergrond noodzakelijk om dat effect op waarde te kunnen schatten (cf. Schagen 1983). Een eerste kwestie daarbij is of de vastgestelde veranderingen wel mogen worden toegeschreven aan de toegepaste methode. Daarnaast kan men zich ook afvragen hoe het geconstateerde effect zich verhoudt tot de effecten van andersoortige behandelvormen. Een vraag die voorts speelt, is of de veranderingen die met de onderzochte behandelmethode tot stand

zijn gebracht ook het maximaal haalbare effect vertegenwoordigen.

Dat de behandeling in een therapeutische gemeenschap inderdaad effect sorteert, wordt steeds aannemelijker (Wagenborg c.s. 1984; Koster en Wagenborg 1985). De vraag of de geconstateerde verbeteringen mogen worden toegeschreven aan de gepleegde interventies blijft echter strikt genomen onbeantwoord, evenals de kwestie van het optimale rendement. Het creëren van een controleconditie, een kenmerk van vergelijkend onderzoek, heeft in het follow-up project nimmer als een serieuze optie gegolden. Wel bestond van meet af aan het idee om het effect van klinische psychotherapie te vergelijken met het effect van andere interventies. Tijdens de loop van het project is van een aantal mogelijkheden gebruik gemaakt om gegevens van referentiegroepen te verzamelen, zonder daarbij de pretentie te koesteren dat het zou gaan om groepen uit welomschreven behandelcondities. Het betrof onder andere een groep psychiatrische patiënten behandeld op diverse afdelingen van één APZ. Ook werden gegevens verzameld van niet-psychiatrische proefpersonen om te kunnen nagaan of en in hoeverre het functioneren van de behandelde patiënten tijdens de follow-up fase het functioneren van niet-patiënten benadert.

In dit artikel worden gegevens van het onderzoekscohort vergeleken met gegevens van een andere referentiegroep: psychiatrische patiënten behandeld in algemeen psychiatrische ziekenhuizen. De gegevens zijn afkomstig uit het Patiëntenregister Intramuraal Geestelijke Gezondheidszorg van de Hoofdinspectie. Na een beschouwing over de merites en de methodische aspecten van het gebruik van referentiegroepen volgt een weergave van de onderzoeksopzet. De daarop volgende resultaatbeschrijving wordt afgerond met een discussie over de relevantie van de onderzoeksbevindingen.

### Referentiegroepen

Wanneer men gebruik maakt van referentiegroepen hanteert men een vergelijkingsprocedure. Men zet de behaalde resultaten af tegen de bevindingen bij andere groepen, die niet of anders behandeld zijn. In het navolgende worden drie typen referentiegroep besproken.

Een eerste referentiegroep zou een groep *niet-behandelde* (een controlegroep) kunnen zijn. Een voordeel van een dergelijke opzet is dat een bekende, zij het niet onomstreden, norm voor de effectiviteit van de behandeling beschikbaar komt. Het is verdedigbaar om te stellen dat een behandeling effectief is als de mate van herstel in een behandelde groep gunstig afsteekt tegen de mate van 'spontaan' herstel in een niet-behandelde groep. Bergin en Lambert (1979) zijn overigens van mening dat het hanteren van spontaan-herstelpercentages als een normatief gegeven een hachelijke zaak is, als niet uitdrukkelijk met tal van aspecten rekening is gehouden. Zo hebben de aard en de duur van de dysfunctie alsmede life-events en non-professionele hulpcon-

van de psychotherapeutische gemeenschappen. Al in een pril stadium van de ontwikkeling van de psychotherapeutische gemeenschappen (de jaren zestig) werd beweerd dat de psychotherapeutische gemeenschap meer te bieden zou hebben en betere behandelresultaten zou opleveren dan de klassieke psychiatrische benadering. Ook in het follow-up project speelde deze gedachte vanaf het begin een rol. Men was bereid om de resultaten van het onderzoek af te zetten tegen de resultaten van psychiatrische ziekenhuizen, waar het TG-model nog niet werd toegepast. Dat was ook de reden om de laatstgenoemde instellingen te laten participeren in het onderzoek. Het materiaal zoals dat verzameld is in het kader van het follow-up project is ontoereikend om van een echte 'Grand Prix' te kunnen spreken, maar het onderzoeksmodel lijkt goed hanteerbaar.

### Opzet en methode

*Algemeen* – Voorafgaand aan de beschrijving van de onderzoeksopzet bespreken we een drietal methodische aspecten.

Allereerst de definiëring van de gekozen referentiegroep, globaal aangeduid als patiënten uit de 'klassieke' intramurale psychiatrie. Binnen de psychiatrische inrichting worden veel verschillende behandelvormen toegepast. Uit deze diversiteit aan methoden moet een keuze gemaakt worden om te bepalen welke afdelingen van een psychiatrisch ziekenhuis een behandelaanbod realiseren dat zich kan meten met dat van de psychotherapeutische gemeenschap. Hiertoe hanteren we de pragmatische indeling van behandelmodulen die door de NZR is opgesteld (Schuring, Liem en Roosenschoon 1984). De behandeling die in psychotherapeutische gemeenschappen wordt gerealiseerd is in dit systeem het beste onder te brengen in de categorie: minimale of beperkte begeleiding, resocialisatie, individuele of geïntegreerde behandeling en geen verzorging. Het ligt dus voor de hand om gegevens van patiënten te verzamelen die verbleven op afdelingen die aan deze karakteristieken beantwoorden.

Het tweede aspect dat de aandacht verdient is het base-rate probleem. Onder welke condities beginnen de patiënten uit het follow-up cohort en de geselecteerde patiënten uit het intramurale bestand aan hun wedloop en zijn deze condities vergelijkbaar? Omdat het in dit onderzoek gaat om het traceren van therapie-effecten is het van belang om met aanvangsomstandigheden rekening te houden. Verschillen in uiteindelijk effect mogen niet worden toegeschreven aan achterstand/voorsprongposities vooraf (vgl. Yeaton & Sechrest 1981). Het bepalen van de uitgangspositie van patiënten is een ingewikkelde aangelegenheid. Men dient met veel aspecten rekening te houden; de sociale context, de persoonlijkheidsstructuur, de cognitieve vaardigheden, de voorgeschiedenis en de reactieve momenten in de actuele situatie. Een nauwkeurige bepaling van de begincondities behoorden niet tot

de mogelijkheden zodat met een eenvoudige matchingprocedure moest worden volstaan.

Ten slotte een opmerking over het gebruikte effectiviteitscriterium. De vergelijkingsprocedure zal plaatsvinden aan de hand van het criterium heropname. De onderzoeksopzet is daarmee te typeren als een criterium-gerelateerde evaluatieprocedure (Basham 1986). In een eerdere publikatie (Tremonti en Koning 1986) is aannemelijk gemaakt dat de heropneming in de psychiatrische inrichting een bevredigende indicatie is voor de effectiviteit van de genoten behandeling.

*De gebruikte referentiegroep* – De onderzoeksopzet had de navolgende vorm. Een groep patiënten, die ten minste 3 en ten hoogste 24 maanden werd behandeld in een psychotherapeutische gemeenschap (het NVL-cohort), is vergeleken met een groep intramuraal behandelde patiënten (de referentiegroep). Daarbij is getracht de referentiegroep qua samenstelling in overeenstemming te brengen met het NVL-cohort. De groep werd betrokken uit het Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg. Het 'PIGG-cohort' werd als volgt samengesteld. Uit het bestand van PIGG records (d.i. meldingen van opnemingen) zijn patiënten geselecteerd wier opneming plaats had in de periode 01-01-1974 tot 30-06-1977. Deze periode is identiek aan de periode waarin de patiënten uit het NVL-cohort werden behandeld. Op deze wijze werd bewerkstelligd dat de patiënten op vergelijkbare wijze de invloed ondergingen van de laatste tijd zo snel veranderende psychiatrische inzichten. Vervolgens werden patiënten uitgesloten indien zij verbleven in een door de Vereniging van Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen erkende psychotherapeutische gemeenschap of een kliniek die streefde naar die erkenning. Daarna werd de resterende groep geselecteerd op een aantal variabelen. De populatiekenmerken van het NVL-cohort waren daarbij de leidraad. De volgende patiënten werden uitgesloten:

- patiënten die niet op basis van vrijwilligheid werden opgenomen;
- patiënten die korter dan 3 maanden en langer dan 2 jaar waren opgenomen;
- patiënten die minder dan het basisonderwijs hadden genoten;
- patiënten die bij opneming jonger dan 14 en ouder dan 40 jaar waren;
- patiënten wier diagnose viel buiten de brede categorieën neurose en psychose.

Om de vergelijkbaarheid tussen de groepen te optimaliseren werden ten slotte van de PIGG-groep de verhoudingen wat betreft leeftijd, sekse en eerdere opnemingen door middel van een matching-procedure in overeenstemming gebracht met de overeenkomstige verhoudingen binnen het NVL-cohort.

Deze matching-procedure maakt aannemelijk dat het PIGG-cohort in grote trekken overeenkomt met het NVL-cohort in termen van de

behandelmodulen (beperkte begeleiding, resocialisatie, individuele en geïntegreerde behandeling en geen verzorging).

*Het criterium* – Van elke patiënt in beide groepen is nagegaan of tijdens de periode van vijf jaar die volgde op het moment van ontslag wederom intramurale behandeling werd geregistreerd. Omdat het Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg destijds opnemingen op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) niet registreerde, bleven deze (her)opnemingen bij beide groepen buiten beschouwing. In dat opzicht is er sprake van een onderreportage.

Van de groep patiënten die op min of meer vergelijkbare wijze in een psychiatrisch ziekenhuis werd behandeld, kon exact worden nagegaan of er na ontslag al of niet sprake was van ten minste één heropneming. Van de groep patiënten behandeld in een psychotherapeutische gemeenschap was dat voor een deel het geval (178 patiënten afkomstig uit een tweetal klinieken; PIGG-gegevens en NVL-gegevens). Van de overige patiënten uit deze groep waren uitsluitend de zelfgerapporteerde (NVL) opnemingen bekend.

## Resultaten

Voorafgaand aan de presentatie van de resultaten bespreken we eerst de wijze waarop het non-respons probleem is opgelost.

Van een aanzienlijk deel van de groep patiënten behandeld in een psychotherapeutische gemeenschap zijn geen exacte heropnamecijfers bekend. Zelf gerapporteerde heropnamecijfers weken echter niet af van de feitelijke heropnamecijfers. In een eerdere publikatie (Tremonti en Koning 1986) werd aangetoond dat de Nieuwkoopse Vragenlijst op dat punt valide informatie biedt. Er doet zich dus een probleem voor wanneer patiënten hun vragenlijst niet retourneren. Aanvankelijk leek het op grond van een uitvoerig non-responsonderzoek (Koning en Tremonti 1985) gerechtvaardigd te veronderstellen dat de gegevens van de groep non-respondenten niet ernstig afweken van de respondenten. Ditmaal echter bleek bij het vaststellen van heropnamepercentages van de groep PTG-patiënten van wie zowel de NVL-gegevens als de exacte heropnamegegevens bekend waren, wél sprake te zijn van een discrepantie. De reden dat er ditmaal wél een verschil tussen respondenten en non-respondenten gevonden wordt, is voornamelijk gelegen in het feit dat het in dit onderzoek gaat om 'super-respondenten', dat wil zeggen patiënten die op alle vervolgmomenten hun vragenlijst retourneerden. Wanneer het respondentenschap op deze wijze gedefinieerd wordt, is er althans op de variabele heropneming een verschil te constateren. Deze bevinding maakt eens te meer duidelijk dat bij het generaliseren van onderzoeksbevindingen voorzichtigheid betracht moet worden.

Het heropnamepercentage van de groep (super)respondenten is dus niet zonder meer generaliseerbaar. De verschillen zijn niet bijzonder groot en de samenhang tussen wel of niet responderen op alle vervolgmomenten en wel of niet heropgenomen-zijn is matig ( $\phi$  neurose = .20,  $\phi$  psychose = .22). Zoals uit de correlaties blijkt, is in de groep psychosepatiënten de samenhang iets sterker en is het non-response-effect op de heropnamecijfers dus iets groter. Een onderschatting van het heropnamepercentage zou in het voordeel zijn van de groep patiënten behandeld in een psychotherapeutische gemeenschap. Daarom werd besloten om voor dit 'non-response-effect' te corrigeren. De samenhang werd vastgesteld op een gedeelte van de groep PTG-patiënten ( $n = 178$ ) en onder de veronderstelling dat eenzelfde verband zich bij de rest van de groep ook zal voordoen, kan een voorspelling gedaan worden over het verhogend effect van de proportie non-respons.

Wanneer de zelf-gerapporteerde heropnamecijfers van de trouwe respondenten (dat wil zeggen: responderend op alle vervolgmomenten) gecorrigeerd worden met de correctiefactoren, die passen bij het type patiënten, dan leidt dat tot de volgende heropnamecijfers. Van de groep patiënten behandeld in een neurosekliniek wordt in een periode van vijf jaar na ontslag 20% heropgenomen. Van de groep patiënten behandeld in een psychotherapeutische gemeenschap voor zwak-geïntegreerden wordt 36% ten minste eenmaal heropgenomen. Het gegeven dat er meer dan 15% verschil is tussen beide groepen maakt een vergelijking van 'de' PTG-behandeling met 'de' psychiatriebehandeling weinig zinvol.

Op geleide van de ICD-9 diagnose bij opname werd binnen het gematchte PIGG-cohort eveneens een onderscheid neurose/psychose aangebracht. Van beide groepen werd het exacte heropnamepercentage over een periode van vijf jaar na ontslag uit het instituut vastgesteld door te bepalen of patiënten tijdens die periode ten minste eenmaal een heropneming melden. Het heropnamepercentage van de neurosegroep bedraagt dan 37 en het heropnamepercentage van de psychosegroep 50. Dat levert de volgende tabel op:

Tabel 1: Percentage van patiënten die na behandeling (variërend van 3 t/m 24 maanden) in PTG of APZ gedurende een periode van 5 jaar ten minste eenmaal werden opgenomen

	Behandeling in een psychotherapeutische gemeenschap (PTG)	Behandeling op een afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis
Zwak-geïntegreerde patiënten (N = 254)	36%	50%
Neurotische patiënten (N = 368)	20%	37%

Bij beide typen patiënten is het heropnamepercentage bij patiënten die behandeld werden in een psychotherapeutische gemeenschap beduidend lager dan bij patiënten die behandeld werden in een intramurale psychiatrische setting.

De PIGG-meldingen zijn dermate gedetailleerd dat vele andere gegevens met betrekking tot herhaalde opnames verstrekt kunnen worden. Deze gegevens kunnen niet als vergelijkingsmateriaal gebruikt worden, aangezien in de NVL niet en détail navraag wordt gedaan naar het aantal en de lengte van de heropnames, zodat gegevens dienaangaande voor het PTG-cohort ontbreken.

Voor de volledigheid volgen onderstaande overzichten van de PIGG-referentiegroep (zie tabellen 2 en 3). Zij hebben betrekking op de 37% (= 135) neurotische patiënten en de 50% (= 127) zwak-geïntegreerde patiënten, die gedurende de reeds beschreven postklinische periode in het registratiesysteem werden teruggevonden. De 135 neurotische patiënten (tabel 2) werden in totaal 232 keer heropgenomen, hetgeen neerkomt op 1.72 heropnamen per patiënt. De gemiddelde opnameduur bedroeg 5.7 maanden met een standaardafwijking van 0.6. De 127 zwak-geïntegreerde patiënten (tabel 3) werden in totaal 236 keer heropgenomen, hetgeen neerkomt op 1.88 heropnamen per patiënt. De gemiddelde heropnameduur bedroeg 5.8 maanden met een standaardafwijking van 1.0. Tevens werd nagegaan of de 1e heropname op vrijwillige basis plaatsvond. Dat was voor de groep neurotische patiënten in 90% van de gevallen aan de orde en bij de zwakker geïntegreerde patiënten in 88% van de gevallen.

## Discussie

'Je kunt geen appels met peren vergelijken' luidt een oude zegswijze. Met betrekking tot de hier aan de orde zijnde vraagstelling kan men zich terecht afvragen of het zinvol is om een psychotherapeutische behandeling verricht in een psychotherapeutische gemeenschap te vergelijken met een behandeling op een afdeling van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Strikt genomen kan van een echte vergelijking niet gesproken worden, omdat de laatstgenoemde behandelwijze slechts globaal omschreven is. Het is niet meer dan een aanduiding van een groep uiteenlopende interventies, die plaatsvindt binnen het organisatorisch kader van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. De resultaten van dit onderzoek kunnen dus geen definitief uitsluitsel bieden over de vraag welke behandelwijze 'beter' is. De resultaten bieden wel een achtergrond waartegen de resultaten van een duidelijker omschreven behandelwijze – klinische psychotherapie in een psychotherapeutische gemeenschap – afgezet kunnen worden.

Uit de cijfers blijkt dat patiënten die de laatstgenoemde behandeling ondergaan hebben, minder vaak heropgenomen worden dan patiënten die op afdelingen van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ)

Tabel 2: Verdeling van het aantal heropnemingen en de gemiddelde verblijfsduur per categorie (PIGG-cohort)

Aantal heropnames	N	waarvan nog in zorg	Verblijfsduur		
			Aantal	Gemiddelde	Spreiding
1 keer	86	22	64	5.6	6.2
2 keer	26	3	23	8.2	13.1
3 keer	11	5	6	5.3	5.3
4 keer	4	2	2	—	—
5 keer	4	1	4	—	—
6 keer	3	—	3	—	—
7 keer	1	—	1	—	—
Totaal	135	33	102		

Tabel 3: Verdeling van het aantal heropnemingen en de gemiddelde verblijfsduur per categorie (PIGG-cohort)

Aantal heropnames	N	waarvan nog in zorg	Verblijfsduur		
			Aantal	Gemiddelde	Spreiding
1 keer	72	23	49	7.4	12.6
2 keer	33	13	20	10.9	18.0
3 keer	10	3	7	4.7	5.9
4 keer	6	1	5	3.8	3.4
5 keer	1	—	1	—	—
6 keer	3	2	1	—	—
7 keer	2	1	1	—	—
Totaal	127	43	84		

behandeld werden. De aard van de psychiatrische problematiek, grofweg onderverdeeld in 'neurose' en 'psychose' lijkt daarbij niet van invloed: het verschil voor beide typen patiënten is van dezelfde orde, namelijk rond de 15% minder heropnemingen bij de PTG-behandeling. Ondanks de zojuist genoemde bedenkingen dringt de vraag zich op in hoeverre op grond van deze verschillen gesteld mag worden dat de intensieve psychotherapeutische behandeling die psychotherapeutische gemeenschappen bieden tot een relatief gunstiger behandelresultaat leiden.

Naast bovengenoemde kwestie speelt hierbij ook het probleem van de betrouwbaarheid van de resultaten. Het aantal meldingen in het Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg staat nauwelijks ter discussie. Het mag beschouwd worden als een betrouwbare indicator van het aantal klinische opnemingen. Men zou nog kunnen tegenwerpen dat niet alle klinische opnemingen geregistreerd wor-



den; de opnemingen op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis vallen buiten het systeem, maar omdat deze opnemingen bij alle hiergemaakte vergelijkingen buiten beschouwing zijn gebleven is dat geen probleem. Daarbij zijn we ervan uitgegaan dat er geen verband is tussen de beide groepen en het aantal opnemingen in een PAAZ. Het aantal zelfgerapporteerde heropnemingen geeft eveneens een betrouwbaar beeld. Voor de groep niet-responderende patiënten moest een schatting van het aantal heropnemingen gemaakt worden. Het is de vraag of de gekozen schattingsmethode een juist beeld oplevert. Het feit dat de correctiefactor in twee verschillende diagnosegroepen van dezelfde orde is, sterkt ons in de overtuiging dat het gaat om een generaliseerbare index. Het zou overigens wenselijk zijn om de methode nog eens te beproeven op een ander gedeelte van het onderzoekscohort en daartoe de exacte heropnamecijfers te achterhalen.

Een tweede tegenwerping zou kunnen zijn dat de psychotherapeutische gemeenschappen hun opmerkelijke resultaten boeken bij een selecte groep psychiatrische patiënten. Op zichzelf is dat geen bezwaar. Een gespecialiseerde behandeling dient te worden toegepast bij hen die er profijt van hebben en onthouden te worden aan hen die er schade van ondervinden. De exclusiviteit van de klinische psychotherapie lijkt overigens in de praktijk nogal mee te vallen. De klinieken voor zwak-geïntegreerden hanteren nauwelijks een selectiedrempel en de neuroseklinieken doen het slechts in beperkte mate (zie Koning 1987). Hoewel er maar weinig patiënten expliciet afgewezen worden, valt er om uiteenlopende redenen toch de helft tot tweederde van het totaal aantal aanmeldingen af. De psychotherapeutische gemeenschappen richten zich dus wel degelijk op een min of meer selecte groep patiënten. Zoals al gezegd is dat geen probleem, mits men de resultaten maar beschouwt tegen de achtergrond van de resultaten van een adequate referentiegroep.

In de onderzoeksopzet is ernaar gestreefd om de karakteristieken van de referentiegroep zo goed mogelijk in overeenstemming te brengen met de kenmerken van de groep patiënten behandeld in een psychotherapeutische gemeenschap. Het gaat met betrekking tot de referentiegroep dan ook niet om 'de' psychiatrische patiënt, maar eveneens om een selecte groep. Wanneer nu – met inachtneming van de geschetste beperkingen – deze min of meer vergelijkbare groepen deelnemen aan een onderlinge 'wedstrijd' behalen de patiënten die behandeld zijn in een psychotherapeutische gemeenschap de 'beste' resultaten. Het zou de moeite waard zijn om naar aanleiding van dit gegeven nader onderzoek te doen. Het verdient aanbeveling om daarbij meerdere criteriumvariabelen in ogenschouw te nemen en om de 'concurrerende' behandelvorm – zo mogelijk – beter te omschrijven.

## Literatuur

Basham, R.B. (1986), Scientific and practical advantages of comparative design

- in psychotherapy outcome of research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 1, 88-94.
- Fiske, D.W., H.F. Hunt, L. Luborsky, M.T. Orne, M.R. Parloff, M.F. Reiser en A. Hussain Tuma (1970), Planning of research on effectiveness of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 22, 22-32.
- Giel, R., G.H.M.M. ten Horn, J. Ormel, W.J. Schudel en D. Wiersma (1978), Mental illness, neuroticism and life events in a Dutch village sample: a follow up. *Psychol. Med.*, 8, 235-243.
- Gottman, J.M., en H.J. Markman (1978), Experimental designs in psychotherapy research. In: S.L. Garfield en A.E. Bergin (red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*, 23-62. Wiley, New York.
- Kazdin, A.E. (1986), Comparative outcome studies of psychotherapy: methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 1, 95-105.
- Kiesler, D.J. (1971), Experimental designs in psychotherapy research. In: A.E. Bergin en S.L. Garfield (red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*, 36-74. Wiley, New York.
- Koning, R.F. (1987), *Wikken en wegen, een onderzoek naar intakeprocedures van psychotherapeutische gemeenschappen*. Diss. RU Leiden.
- Koning, R.F., en G.W. Tremonti (1985), Het Follow-up Project Psychotherapeutische Gemeenschappen (2): het non-responsprobleem. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 1, 56-70.
- Koster, A.M., en J.E.A. Wagenborg (1985), Het Follow-up Project Psychotherapeutische Gemeenschappen (3): enkelvoudige maten voor verandering. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 4, 272-289.
- Manning, N. (1979), Evaluating the therapeutic community. In: R.D. Hinshelwood en M. Manning, *Therapeutic communities: reflections and progress*, Routledge & Kegan Paul, Londen.
- Schagen, S. (1983), *Het effect van psychotherapie*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Schuring, G., L.E. Liem en B.J. Roosenschoon (1984), *Behandelmodulen, Deel 2, Onderzoeksverslag*. Nationaal Ziekenhuis Instituut, 84.389.
- Tremonti, G.W., en R.F. Koning (1986), Het Follow-up Project Psychotherapeutische Gemeenschappen (5): De voorspelbaarheid van heropneming: een onderzoek naar de validiteit van de Nieuwkoopse Vragenlijst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 28, 2, 123-134.
- Wagenborg, J.E.A., G.W. Tremonti, A.J. Hesselink en R.F. Koning (1984), Het Follow-up Project Psychotherapeutische Gemeenschappen (1): Vraagstelling, opzet en eerste resultaten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 6, 377-401.
- Wilkins, W. (1983), Failure of placebo groups to control for nonspecific event in therapy outcome research. *Psychotherapy: theory, research and practice*, vol. 20, 31-37.
- Wojciechowski, F.L. (1984), *Double blind research in psychotherapy*. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Yeaton, W.H., en L. Sechrest (1981), Estimating effect size. In: P.M. Wortman (red.), *Methods for evaluating health services*, 61-86. Sage, Beverly Hills.

Schrijvers zijn beiden als klinisch psycholoog verbonden aan het Psychiatrisch Centrum St. Bavo, Langevelderweg 27, 2211 AB Noordwijkerhout.

Deze publikatie vindt plaats onder auspiciën van de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek voor Psychotherapeutische Gemeenschappen (SWOPG).