

Het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen (10): slotpublicatie

door R.F. Koning en J.E.A. Wagenborg

Samenvatting

In dit artikel geven we een slotbeschouwing over het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen, waarover in dit tijdschrift in de periode 1984 tot 1987 negen artikelen zijn gepubliceerd. Besproken wordt in hoeverre met dit langlopende onderzoek inderdaad een bijdrage is geleverd aan de beantwoording van de kernvraag hoe het patiënten vergaat na ontslag uit de psychotherapeutische gemeenschap en welke criteria geschikt zijn om op die vraag antwoord te geven. In dit project is veel belang gehecht aan het welbevinden op langere termijn van de onderzochten, aan de vraag of men na ontslag uit de kliniek al of niet werd heropgenomen en of men op den duur zonder professionele hulp toe kon. Met betrekking tot de resultaten van de behandelvormen wordt vastgesteld dat er voldoende aanwijzingen uit het onderzoek naar voren zijn gekomen die de werkwijze van de psychotherapeutische gemeenschappen rechtvaardigen. Het blijkt echter dat er nog veel onderzoeksvragen zijn overgebleven, respectievelijk zijn bijgekomen die om nadere opheldering vragen. De actualiteitswaarde van een dergelijk langlopend onderzoek wordt besproken aan de hand van een onderzoek naar verschillen tussen de klinieken medio jaren zeventig in vergelijking met de stand van zaken nu. De utiliteit van het project komt aan de orde aan de hand van een beschouwing over de vele methodologische en praktische obstakels die tijdens de uitvoering ervan overwonnen moesten worden. De conclusie is echter dat het al met al de moeite waard is geweest en dat het zin heeft om de randvoorwaarden te creëren om – met een aangepaste opzet – een dergelijke vorm van continue kwaliteitstoetsing te continueren.

Inleiding

‘Hoe vergaat het patiënten die opgenomen zijn geweest in een psychotherapeutische gemeenschap?’ Dat was de vraag die de staven van een achttal psychotherapeutische gemeenschappen zichzelf in 1972 stelden. Om deze vraag te kunnen beantwoorden werd een longitudinaal effectonderzoek ondernomen, het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen, waarover in dit tijdschrift met enige regelmaat werd gepubliceerd. Meer toegespitst luidde de vraag: ‘In hoeverre zijn patiënten die opgenomen zijn geweest in een psychotherapeutische gemeenschap, na ontslag beter in staat tot maatschappelijk func-

tioneren 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?

Inmiddels zijn we ruim vijftien jaar verder en is het tijd om de balans op te maken. Dit artikel is bedoeld als slotpublicatie, dat wil zeggen dat de bevindingen zoals die in rapporten, artikelen, boeken en lezingen zijn neergelegd tegen het licht worden gehouden. Het gaat om een ordening van de grote hoeveelheid materiaal die het follow-up project heeft opgeleverd. Het gaat dit keer niet om de presentatie van resultaten maar meer om de vraag of dit soort onderzoek uiteindelijk ook tot de beantwoording van de oorspronkelijke onderzoeksvragen leidt.

In paragraaf 2 'For better or for worse' bespreken we de bevindingen met betrekking tot de kernvraag (Hoe vergaat het patiënten na ontslag uit een psychotherapeutische gemeenschap?) alsmede van de problemen die zich bij het kiezen van een criterium voordoen.

Vervolgens gaan we in op een veel gehoorde kritiek dat het follow-up project al zo lang geleden gestart is en dat de resultaten op dit moment meer van historische dan van actuele waarde zouden zijn. Is het follow-up project gedateerd? Zeggen de resultaten nog wel iets over de therapeutische gemeenschappen van vandaag? In paragraaf 3, 'Oude koek?' wordt bij deze vragen stilgestaan.

Een volgend onderwerp dat aandacht verdient, heeft betrekking op de gekozen onderzoekszopzet en de gehanteerde meetinstrumenten. Vormt het oordeel van patiënten wel een betrouwbare bron van informatie? In hoeverre is er sprake van selectieve uitval doordat grote groepen patiënten hun vragenlijst niet retourneren? Zijn de behaalde resultaten uiteindelijk wel aan de behandeling toe te schrijven? Over deze methodologische obstakels gaat paragraaf 4.

Tot slot van dit artikel zullen we in paragraaf 5 aandacht besteden aan de vraag of een grootschalig onderzoek met zo'n lange looptijd wel de moeite waard is. Is het aan te bevelen om nog eens een dergelijk project op te zetten, of zou het misschien verstandiger zijn om op een andere, minder tijdrovende manier te werk te gaan?

For better or for worse

Het criterium – Behandeleffecten kunnen worden gemeten aan de hand van algemene concepten of maten, zoals bij voorbeeld in het Menninger-project is gedaan (cf. Luborski 1962), maar ze kunnen ook worden uitgedrukt in nauw omschreven, specifieke therapiedoelen of methoden, zoals de zogenaamde 'target symptoms' die Sloane e.a.

(1975) voorstelden. Beide vormen worden toegepast. Een algemeen criterium is toepasbaar op meerdere personen of groepen; het kan bestaan uit een gestandaardiseerde meetprocedure (bijvoorbeeld vragenlijsten), die maten oplevert waarmee men personen of groepen met elkaar kan vergelijken (nomothetische werkwijze). De 'target symptoms'-benadering is eerder ideografisch; het criterium of de maat die men toepast is uitgekozen en ontwikkeld voor een specifiek persoon en vergelijking met anderen is daarbij niet aan de orde. De maat wordt ipsatief toegepast: iemand wordt met zichzelf vergeleken, bij voorbeeld 'na de therapie' met 'voor de therapie'. De objectiviteit van het criterium hangt af van de mate waarin de sleutelfiguren (dat wil zeggen: de betrokken patiënt of therapeut) ze kunnen beïnvloeden. Smith e.a. (1980) spreken in dat verband van de 'fakeability' of de reactiviteit van effectmaten.

Omdat psychotherapie een proces is waarbij vele factoren een rol spelen, bevelen Bergin en Garfield (1971) aan om bij het onderzoeken van effect meer criteria tegelijk te gebruiken: gedragsmaten (externe) naast 'interne' maten, algemene naast specifieke (met voorkeur voor de laatste). Dit advies vloeit mede voort uit het feit dat tussen de diverse soorten criteria een lage overeenstemming blijkt te bestaan (Strupp & Bergin 1969). Deze conclusie was al eerder getrokken door May & Tuma (1964), die de samenhang hadden onderzocht tussen een honderdtal outcome-maten, die bij hun follow-up onderzoek over schizofrene patiënten waren toegepast. Zij stelden vast dat elke beoordeelbaar maten gebruikt die afkomstig zijn uit zijn eigen referentiekader of theoretische invalshoek. Effect van behandeling dient om die reden bij voorkeur op multivariate wijze te worden bepaald.

Erickson (1972) meende dat het terrein van de klinische behandeling voor evaluatieonderzoek zoveel lastiger is dan de ambulante hulpverlening, juist omdat het vinden van een geschikt criterium daar veel moeilijker is. Bij een individuele ambulante therapie bij voorbeeld gaat het werkcontract tussen voornamelijk twee personen: de patiënt en de therapeut. In de kliniek zijn er meer partijen betrokken bij de behandeling dan de genoemde twee: de kliniekstaf, de familie, de medepatiënten enz. Alleen al om die reden is het volgens Erickson haast onmogelijk om evaluatiecriteria te genereren die door alle betrokkenen als valide worden beschouwd. Er wordt derhalve steeds expliciet worden gemaakt vanuit welke optiek men evalueert.

Welke verschillen zich kunnen voordoen tussen outcome-maten onderling en welke haken en ogen er vastzitten aan het aanleggen van een samengesteld criterium, is door Wagenborg (1987) bij een deel van het NVL-materiaal geïllustreerd. Bij het aanleggen van een gecombineerd criterium dat bestond uit drie deelcriteria, bleek dat een aanzienlijk deel van de onderzochte proefpersonen (45%) werd toegewezen aan een beoordelingscategorie, waarin de deelcriteria elkaar tegenspraken. Het ene deelcriterium wees op 'succes', het andere weer

op het tegendeel, terwijl ze alle – hoewel tegenstrijdige – toch valide informatie gaven.

De raad die men in de literatuur tegenkomt om, in verband met dit soort problemen, meer criteria gelijktijdig te gebruiken, lijkt weliswaar voor de hand te liggen, maar levert in tweede instantie problemen op. Een conform dit advies toegepast samengesteld criterium leverde per saldo een onduidelijk tegenstrijdig beeld op. Het ene deelcriterium (of domein van criteria) spreekt tegen wat het ander juist bevestigt en welke moet men nu geloven? Welke geeft de doorslag? Het eenvoudige bij elkaar optellen van dergelijke deelcriteria leidt dan tot een maatstaf, die voor een aanzienlijk deel van de onderzochte proefpersonen tot een onduidelijk oordeel leidt. Het meten van effect met meer maten is op zichzelf dus geen oplossing voor het gesignaleerde probleem; integendeel: het maakt dat probleem juist zichtbaar. Daarmee worden onderzoekers echter wel gedwongen om te kiezen wat ze wel en niet relevant achten. Voor zover het gaat om effectonderzoek van klinische psychotherapie, menen wij dat deze impasse het best kan worden doorbroken door bij de vorming van een samengesteld criterium nauw aan te sluiten bij die doelstellingen van deze behandelvorm, waar men het nagenoeg over eens is. In het geval van de psychotherapeutische gemeenschappen lijkt de combinatie (bevorderen van het) welbevinden, (het zoveel mogelijk terugdringen van de noodzaak tot) heropname en (het bevorderen dat mensen) loskomen van gespecialiseerde, professionele hulpverlening een plausibele keus (cf. Wagenborg 1987). De Nieuwkoopse Vragenlijst omvat daarnaast evenwel nog andere itemdomeinen om de vraag hoe het met ex-patiënten gaat vanuit een andere optiek te beantwoorden. Een voorbeeld daarvan is het onderzoek van Visser e.a. (1985), waarin behandel-effecten zijn bestudeerd aan de hand van verschuivingen in de preferente coping-strategieën van (ex-)patiënten, mede in vergelijking tot de preferenties van een steekproef uit de Nederlandse bevolking.

Kanttekeningen bij vijf belangrijke bevindingen – Voor een gedetailleerde weergave van de resultaten zij verwezen naar de diverse publikaties die over het project zijn verschenen (Wagenborg e.a. 1984; Koning en Tremonti 1985; Koster en Wagenborg 1985a; Visser e.a. 1985; Tremonti en Koning 1986; Wagenborg 1986; Koster 1986; Koster en Wagenborg 1986; Koning 1987; Tremonti en Koning 1987; Wagenborg 1987). Het zal in deze paragraaf dan ook gaan om een bondige bespreking van de belangrijkste conclusies. Wij beperken ons daarbij tot een vijftal bevindingen.

Ten eerste het feit dat uit het follow-up project blijkt dat de onderzochte patiënten in meerderheid een belangrijke toename van hun welbevinden meldden bij ontslag in vergelijking met de situatie bij hun opname. Na ontslag, bij follow-up, blijkt hun welbevinden nog enigszins verder toe te nemen en zich te consolideren. Er treedt met

andere woorden een 'plafondeffect' op: de curve toont een 'steeds-minder-meer' verloop over de periode van vijf jaar na ontslag; de toename van het welbevinden is met name in de periode tussen opname en ontslag spectaculair (cf. Koster en Wagenborg 1986). Het is verleidelijk om nu te concluderen dat hiermee het bewijs is geleverd dat de behandeling in de psychotherapeutische gemeenschap een gunstig effect sorteert; dat klinische psychotherapie in het algemeen helpt en dat daarmee deze werkwijze is gerechtvaardigd. Helaas is het in de werkelijkheid wat ingewikkelder. Hoewel het – op gelcide van de gevonden samenhang – aannemelijk is gemaakt dat het verblijf in de kliniek van invloed is geweest op het toenemen van het welbevinden, is het onbetwistbare bewijs voor een causale relatie daarmee nog niet geleverd. Dit onder andere doordat het bij dit onderzoek niet mogelijk was te controleren voor de invloed van andere life factoren, zoals life-events, specifieke invloeden of (premorbide) persoonlijkheidstrekken. Wij komen hier nog nader op terug.

Een tweede kwestie betreft het feit dat ongeveer de helft van de patiënten drie jaar na ontslag uit de klinieken aangeeft dat zij beneden het welbevindenniveau functioneren dat volgens experts op het gebied van de klinische psychotherapie als ondergrens voor wat nog een bevredigend behandelresultaat kan worden beschouwd (cf. Wagenborg 1986). Wanneer en voor zover men het welbevinden van ex-patiënten accepteert als een valide effectcriterium, is dit een niet al te indrukwekkende uitkomst. Ook bij deze conclusie echter past enige voorzichtigheid. Men zou namelijk kunnen stellen dat deze bevinding meer zegt over de irreëel hoge verwachtingen die de geraadpleegde experts over 'hun' behandelvorm koesteren, dan over het feitelijk effect van de behandeling zelf. En daarmee zijn we weer geconfronteerd met een interpretatieprobleem dat niet zo eenvoudig is op te lossen.

Ten derde is er het feit dat uit de follow-up gegevens van ons onderzoek blijkt dat er een negatieve samenhang is tussen de postklinische hulpconsumptie van ex-patiënten en het succes van de klinische behandeling. Anders gezegd: weinig succes gaat samen met veel postklinische behandeling (cf. Koster en Wagenborg 1986). Net als Giel e.a. (1978) dat hebben gedaan, zou men hieruit de formeel juiste conclusie kunnen trekken dat wederom blijkt dat er van een sluitend bewijs dat veel behandeling tot een gunstig effect leidt, geen sprake is. Ook zou men er een aanwijzing in kunnen vinden voor de geldigheid van de stelling dat succesvolle patiënten succesvol zijn omdat zij van meet af aan al zo goed toegerust waren, dat zij het er toch wel goed van af zouden hebben gebracht, met of zonder behandeling. Geen van beide – formeel plausibele – interpretaties schragen de rechtvaardiging van klinische psychotherapie. Men zou echter kunnen tegenwerpen dat dit type conclusies is gebaseerd op een veronachtzaamd artefact dat in onderdelen van de redenering is geslopen. Het feit zelf dat ex-patiënten na ontslag uit de kliniek geen professionele hulp meer ontvangen, is

juist het teken dat bij hen de klinische behandeling een gunstige uitwerking heeft gehad in vergelijking met hun minder succesvolle collega's. Die moesten als het ware met veel aanvullende hulp op de been gehouden worden. Dan is het dus niet juist om te spreken van het ontbreken van een samenhang tussen hoeveelheid behandeling en effect in het algemeen. Bij een deel van de patiënten is dat effect er wel degelijk; slechts bij een kleiner deel van de patiënten leidt behandeling niet tot blijvende verbetering en daarom is het dus onjuist om, aan de hand van bevindingen bij die speciale groep, algemene conclusies te trekken.

Als vierde is er de bevinding dat een behandeling in een psychotherapeutische gemeenschap tot een belangrijke reductie van recidief (dat wil zeggen hernieuwde opnemingen) leidt in de vijf jaar na ontslag in vergelijking met de twee jaar die aan de opname in de psychotherapeutische gemeenschap vooraf gingen (cf. Koster en Wagenborg 1985b). Dat lijkt een bemoedigende uitkomst voor de klinische psychotherapie, maar toch dient zich ook hier een aantal vragen aan dat het genoeg over het gebleken succes weer enigszins tempert. Immers, niet iedereen vindt het feit dat ex-patiënten na ontslag al dan niet worden heropgenomen een even onberispelijk criterium voor behandel-effect. Zij redeneren dat dit wel wat zegt, maar dat er daarnaast nog veel meer aspecten moeten worden meegewogen vooraleer men zich in positieve termen over het behandelresultaat kan uitspreken. En omgekeerd blijkt ook dat er genuanceerd wordt gedacht over de betekenis van de heropname na ontslag uit een kliniek in relatie tot het behandel-effect. Een deel van het forum tilt bij voorbeeld niet zo zwaar aan een enkele kortdurende 'crisisinterventieachtige' heropneming bij ex-patiënten met een ernstige psychiatrische voorgeschiedenis, die – afgezien van een paar voorbijgaande crises waarvoor even hulp nodig is – overigens heel redelijk functioneren. Voor die nuance is wel wat te zeggen en het recidief-reducerende effect van klinische psychotherapie dient dan ook op evenwichtige wijze te worden gewaardeerd. In paragraaf 5 zullen we ingaan op de wijze waarop men daarbij te werk zou kunnen gaan.

Tot slot besteden we kort aandacht aan de uitkomst van een vergelijking die is gemaakt tussen psychotherapeutische gemeenschappen en qua behandelmodaliteit vergelijkbare afdelingen van algemene psychiatrische ziekenhuizen bij een gematchte patiëntengroep (cf. Tremonti en Koning 1987). Als criterium voor succes dienden de heropnemingscijfers over een follow-up termijn van vijf jaar. Daarbij bleken de psychotherapeutische gemeenschappen ongeveer 15% minder recidief (personrate) te scoren dan de traditionele afdelingen. Ook dit kan men voor de psychotherapeutische gemeenschappen als een gunstige uitkomst aanmerken en dat is het ook tot op zekere hoogte. Maar desondanks is het niet zo eenvoudig om te beoordelen of hiermee de rechtvaardiging van de werkwijze van de psychotherapeutische gemeenschappen met succes is bekroond. Is zo'n verschil – afgezien van

de waarde die men aan het gekozen criterium zelf toekent (zie het vorige punt) – groot genoeg om het forum te overtuigen? Bestaan daar eigenlijk wel valide normen voor? (zie ook Hofstee 1985). Ook op deze vraag komen we in de slotparagraaf terug.

Zoals duidelijk zal zijn blijkt dat de vragen die door onderzoek worden beantwoord, niet zelden weer tot nieuwe vragen leiden. Deels tot vragen over de waarde en de betekenis van de gevonden antwoorden, deel over de nog onbekende kennisdomeinen die door het onderzoek in beeld komen. Als algemene conclusie zou men op grond van het voorafgaande kunnen formuleren dat het verrichte evaluatieve onderzoek, gelet op de doelstellingen van klinische psychotherapie, de rechtvaardiging van die behandelvorm (zoals die door psychotherapeutische gemeenschappen wordt verricht) in aanzienlijke mate heeft vooruitgeholpen, maar dat er nog veel onderzoeksvragen zijn overgebleven, respectievelijk zijn bijgekomen.

Oude koek?

Op de keper beschouwd zijn de patiënten die het onderwerp van studie zijn in het follow-up Project Psychotherapeutische Gemeenschappen al lange tijd geleden behandeld. Het onderzoekscohort bestaat uit personen die in de periode 1-1-'74 t/m 30-6-'77 werden opgenomen. Wanneer we de langstdurende behandeling van de laatst in die periode opgenomen patiënten taxeren op ruim twee jaar, gaat het bij dit cohort om de behandelactiviteiten van de acht psychotherapeutische gemeenschappen in de jaren 1974 tot en met 1979. Dat is lang geleden, kan men zeggen. We zijn nu al weer acht jaar verder en dus gaat het hier om oude koek. Er kunnen dan ook geen conclusies worden getrokken over 'de' werkwijze van die klinieken van vandaag de dag. Daar zit wat in en daarop komen wij derhalve terug nadat eerst vanuit een andere optiek het tegendeel wordt geponeerd. De gerapporteerde bevindingen van het project zijn geen oude koek; het ging om een longitudinaal onderzoek met een follow-up termijn van vijf jaar na ontslag. Daarbij was de centrale kwestie hoe het ex-patiënten van de psychotherapeutische gemeenschappen (langere tijd) na ontslag verging. Welnu, dan moet men de actualiteitswaarde van de resultaten ook afmeten aan de tijd die moest verstrijken vooraleer de laatste follow-up gegevens beschikbaar kwamen. Dat wil in dit geval zeggen ultimo 1984. Wanneer dan – afgezien van researchrapporten – de eerste publikatie in 1984 het licht ziet, gevolgd door nog vele andere in de drie daar op volgende jaren, dan kan men in redelijkheid niet van gedateerde onderzoeksresultaten spreken. Hoewel deze laatste vaststelling – met het accent op de vraag hoe het na de behandeling met patiënten is gegaan – hout snijdt en adstrueert dat de onderzoekers op tijd de antwoorden publiceren op de tijdrovende onderzoeksvragen die ze hebben gesteld, is het niet denkbeeldig dat men van mening blijft dat de resultaten laat ter beschik-

king zijn gekomen en dat ze betrekking hebben op een relatief ver in het verleden liggende behandelperiode.

Er is dus reden om na te gaan in hoeverre ook hier wat de ouden zongen lijkt op het geiep der jongen. Is het nu anders dan toen, luidt dan de vraag. Een aantal van de psychotherapeutische gemeenschappen is na de voltooiing van het samenstellen van het cohort voor de onderzoeksgroep voor het project doorgegaan met het verzamelen van gegevens met behulp van de NVL bij nadien opgenomenen (d.i. na 30 juni 1977). Hiervan zijn de gegevens ten dele al bewerkt, ten dele gebeurt dat in de loop van dit jaar, waardoor binnenkort de mogelijkheid ontstaat om de vroeger-en-nu-vergelijkingen aan de hand van dat materiaal te verrichten.

Daarop vooruitlopend is ten behoeve van dit slotartikel de actualiteitswaarde van de gepubliceerde bevindingen getoetst door aan ervaren stafleden van de acht psychotherapeutische gemeenschappen, die zowel de jaren zeventig als de jaren tachtig van 'hun' kliniek hebben meegemaakt, de volgende vragen te stellen. Hebben zich in de periode 1980 tot heden in de kliniek veranderingen voorgedaan in vergelijking met de periode 1974-1979 ten aanzien van het intake-beleid, werkwijze en opzet van de behandeling en ten aanzien van de kenmerken van de patiëntenpopulatie. De antwoorden op deze drie globale vragen zijn bovendien aangevuld met en geverifieerd aan de hand van publikaties waarin melding wordt gemaakt van dergelijke aanpassingen en veranderingen (cf. onder anderen Van den Langenberg & De Natris 1985; Neetens 1985; Allis 1987; Koks & Nuyen 1987).

Uit het beeld dat aldus naar voren komt blijkt dat zich vooral in de vier 'psychoseklinieken' de meeste en opmerkelijkste veranderingen in opzet en werkwijze hebben voorgedaan. Onder de neuroseklinieken was dat slechts sporadisch het geval. Deze veranderingen zijn globaal onder twee noemers te brengen. Ten eerste is er een verschuiving van vooral 'produktgericht' werken naar meer 'marktgericht' opereren; deels door externe druk blijkt de magische betovering door de eigen behandelcultuur meer te hebben plaats gemaakt voor een oriëntatie op hetgeen de verwijzende samenleving aan behandelbehoeften kenbaar maakt. Ten tweede is in het behandelaanbod een zodanige differentiatie doorgevoerd dat minder dan voorheen sprake is van een heterogene patiëntengroep in een omvattende behandelcultuur, en meer van onderscheiden, relatief homogeen samengestelde groepen. Deze twee ontwikkelingslijnen werden op een van de vier neuroseklinieken eveneens gesignaleerd. Bij twee van de vier neuroseklinieken werd vastgesteld dat de start van klinieken voor kortdurende psychotherapie (afgekort KKP) in de naaste omgeving de homogeniteit van de kliniekpopulatie had vergroot. De oudere, nog in de samenleving gewortelde patiënten, alsmede de zwakker geïntegreerden die sneller tot psychotische decompensatie neigen en voor wie regressie-bevorderende behandelwijzen niet aangewezen worden geacht, komen nu va-

ker, in plaats van in de psychotherapeutische gemeenschap, in het KKP-circuit terecht. Vrij algemeen wordt in de acht psychotherapeutische gemeenschappen (6 van de 8) melding gemaakt van een meer op het individu gerichte aanpak (b.v. bij de intakes) en van meer aandacht voor de verstoringen die zich in de persoonlijke ontwikkeling van de patiënten hebben voorgedaan dan in de vorige periode het geval was. Bij de inschatting van de behandelmogelijkheden alsmede bij de opzet van het programma is het accent verschoven van groepsdynamische naar psychodynamische kenmerken en concepten.

Een aantal psychotherapeutische gemeenschappen, waar relatief lange verblijfsduren (d.i. 2 tot 2,5 jaar) voorkwamen, had rigoureuus het mes gezet in de maximale verblijfsduur. Zij meldden (mede daardoor) een grotere tijdsdruk op de behandeling en een directiever volgen van de voortgang van de behandeling dan voorheen gebruikelijk was. Grote innovaties (op theoretisch of methodisch vlak) werden niet gesignaleerd; het accent heeft gelegen op het optimaliseren van de reeds aanwezige middelen. De patiëntenpopulaties zijn in het algemeen homogener, beter geselecteerd, hetgeen doorgaans tot minder ontregeling van het 'ward management' aanleiding geeft.

Samenvattend: op grond van de interviewgegevens blijken er verschillen te zijn tussen de twee vergeleken periodes. Deze doen zich vooral voor bij de psychoseklinieken en in wat mindere mate bij de neuroseklinieken. De cliëntengroepen zijn homogener samengesteld deels door strengere selectie, deels door differentiatie van het behandel aanbod en deels door het 'KKP-effect'. Er is een trend naar een verkorting van de behandelduur en van een accentverschuiving van groeps- naar persoonsgeoriënteerd diagnostiseren en werken. Spectaculaire, revolutionaire verschillen werden niet gesignaleerd en in dat opzicht valt op de actualiteit van de bevindingen van het follow-up project uiteindelijk niet veel af te dingen, al blijft het mogelijk dat er toch verschillen zijn opgetreden in de behandelde patiëntenpopulaties.

Methodologische obstakels

Inleiding – In 1972 kon nauwelijks vermoed worden welke methodologische problemen zich zouden voordoen bij het uitvoeren van follow-up onderzoek. Er waren toen wel aanwijzingen dat follow-up onderzoek veel praktische en methodologische voetangels en klemmen zou meebrengen (o.a. May e.a. 1965), maar dat vele onderzoekers later tot de conclusie zouden komen dat follow-up onderzoek onoverkomelijke problemen meebrengt (Garfield & Bergin 1978; Nickelson & Beriman 1983; Rachman & Wilson 1980 en Schagen 1983) werd niet bevroed. Tijdens de loop van het onderzoek werden de onderzoekers in toenemende mate met deze problemen geconfronteerd en werden er pogingen in het werk gesteld om adequate oplossingen voor deze problemen te bedenken.

De kritische kanttekeningen die gemaakt werden bij de aanvankelijk gekozen onderzoeksopzet (zie Wagenborg c.s. 1984) hadden voornamelijk betrekking op de volgende zaken:

- het gebruik van slechts een informatiebron, de patiënten zelf, wat een vertekend of eenzijdig beeld zou kunnen opleveren;
- het optreden van selectieve uitval door attritie (toenemende non-respons), wat een bedreiging van de generaliseerbaarheid zou kunnen inhouden;
- de beperkte controleerbaarheid van de invloed van niet-specifieke factoren die uitspraken over de behandelmodaliteit zou kunnen bemoeilijken.

Opmerkelijk was dat deze problemen vooral werden aangedragen door de aan het follow-up project deelnemende onderzoekers en door leden van de begeleidende commissie. Er werd vervolgens door diezelfde onderzoekers dan ook naarstig gezocht naar mogelijkheden om de gesignaleerde tekortkomingen 'en route' op te vangen. De eerder ingeslagen weg bleef steeds gelden als de hoofdroute en de destijds gekozen onderzoeksopzet bepaalde in belangrijke mate de mogelijkheden tot aanvulling en verrijking. Voor sommige problemen bleek het echter noodzakelijk om een apart onderzoek op te zetten. Er werd daarbij steeds gepoogd om deze 'aanvullende' onderzoeken zo naadloos mogelijk te laten aansluiten bij de opzet van het hoofdonderzoek. Naast kritiek op zaken die voortvloeiden uit de onderzoeksopzet, was er ook kritiek op het design zelf. Er ontstond een toenemende belangstelling voor het vergelijken van behandelvormen. Het hoofdonderzoek van het follow-up project voorzag echter onvoldoende in deze mogelijkheid en voor deze vraagstelling was het noodzakelijk om aanvullend onderzoek te verrichten (zie Tremonti en Koning 1987).

In het navolgende zal een aantal opgeworpen problemen de revue passeren. Nadat een korte schets van het probleem is gegeven, zal worden besproken op welke wijze er binnen het follow-up project oplossingen zijn aangedragen. Het gaat om de volgende zaken:

- de patiënt als informatiebron waarbij de validiteit van het meetinstrument in het geding is;
- de uitval van proefpersonen door non-respons;
- en de invloed van niet-specifieke factoren.

De patiënt als informatiebron – Het aantal informatiebronnen dat de onderzoeker ter beschikking staat bij de beantwoording van de vraag naar het effect van psychotherapie is eindig. De keuzen die worden gemaakt blijken nogal verschillend te zijn en zijn afhankelijk van de omstandigheden waaronder het onderzoek wordt verricht. Ook de geloofwaardigheid van de onderscheiden informatiebronnen varieert, al naar gelang het forum waarmee men te maken heeft of afhankelijk van het type discussie dat men voert.

Eerder (Wagenborg e.a. 1984) werd aandacht besteed aan de pro's en

contra's die aan de onderscheiden informatiebronnen vastzitten. De verwarring die zich op dit punt blijkt voor te doen is opmerkelijk; bij psychotherapiconderzoek lijkt men zich merkwaardig genoeg vaak drukker te maken over de vraag wie men geloven moet dan wat men geloven moet. Glass en Kliegl (1983) signaleerden al dat het oordeel van patiënten te veel wordt beïnvloed door hun houding ten opzichte van hun therapeut. Wees voorzichtig met het oordeel van cliënten, benadrukt ook Stipak (1982) wanneer hij het heeft over vuistregels bij de evaluatie van overheidsprojecten. Wij menen dat – met inachtneming van de door velen geuite waarschuwingen over patiëntoordelen – aan het oordeel van de 'ervaringsdeskundigen' bij uitstek, de patiënten, nooit kan worden voorbijgegaan, mits men dat oordeel valideert aan de hand van andere informatiebronnen.

Het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen steunt voor een groot deel op een speciaal daarvoor geconstrueerd zelfbeoordelingsinstrument, de Nieuwkoopse Vragenlijst (afgekort: NVL). Dat is dan ook de reden waarom er uitvoerig onderzoek naar de validiteit van de zelfbeoordelingen moest worden uitgevoerd. Tremonti en Koning (1986) onderzochten de gelijktijdige en de predictieve validiteit van de NVL. Als extern criterium werd gekozen voor heropneming binnen een periode van zes jaar na ontslag. De resultaten van dit onderzoek ondersteunen de gelijktijdige validiteit van de follow-up versie van de vragenlijst en de predictieve validiteit van de ontslagversie. De verschillen bij ontslag laten een consistent en klinisch relevant beeld zien.

Deze bevindingen werden later wat genuanceerd door Koster (1986), die de wenselijkheid van een uitsplitsing naar twee patiëntengroepen daarmee nog eens duidelijk maakte. Zij concludeerde dat de uitspraken van personen uit neuroseklinieken bruikbare informatie opleveren voor de bepaling van het effect van de behandeling. De oordelen kunnen minder positief uitvallen ten gevolge van het feit dat men de neiging heeft om het eigen aandeel aan de bereikte veranderingen te benadrukken. De validiteit van de uitspraken van personen is niet zonder meer aannemelijk omdat hun oordelen over het eigen functioneren geen samenhang blijken te vertonen met hun postklinische intramurale carrière.

Wanneer de psychometrische kwaliteiten van de Nieuwkoopse Vragenlijst worden gewogen, dan dient men dat echter te doen tegen de achtergrond van de resultaten van de populatie als geheel. Eerder kwamen we tot de conclusie dat de Nieuwkoopse Vragenlijst redelijk voldeed aan testtechnische normen (Wagenborg e.a. 1984) en die conclusie kan gehandhaafd blijven, al zal voorzichtigheid betracht moeten worden bij het gebruik van de lijst bij met name patiëntengroepen die opgenomen zijn in de psychoseklinieken. Overigens geldt dat vooral voor de schaal 'Welbevinden', die al eerder tot interpretatieproblemen leidde wanneer de resultaten van de neurosegroep werden af-

gezet tegen die van de psychosegroep (cf. Koning en Tremonti 1985). In nagenoeg alle publikaties werden daarom steeds alle resultaten voor beide klinische groepen afzonderlijk gepresenteerd.

Attritie – Wanneer men een groep personen gedurende een kortere of langere periode wil volgen, verdwijnt haast altijd een deel uit beeld; dat deel wordt groter naarmate de follow-up periode van de onderzoeksgroep langer is. Dit verschijnsel, attritie genaamd, zou voor follow-up onderzoek geen onoverkomelijk probleem hoeven te betekenen. Zo lang er bij het afvallen maar geen sprake is van systematische uitval, is er geen reden tot bezorgdheid: zij die overblijven in de onderzoeksgroep kunnen dan worden beschouwd als een representatieve deelverzameling van de oorspronkelijke onderzoeksgroep. Indien zo'n systematische uitval zich echter wel voordoet, vertekent dat de algemene geldigheid van de resultaten. Bij follow-up moet vaak worden gekozen tussen de overtuigingskracht van de volledigheid tegenover die van de lengte van de follow-up periode (cf. Wagenborg 1987).

Hoewel Schagen (1983) bij de bespreking van de omvang van de attritie bij follow-up onderzoek een voorbeeld geeft van een project waarbij over een vierjarige follow-up periode een responspercentage van 90% werd gehaald (t.w. Emmelkamp en Kuipers 1979), acht hij een responspercentage van 60% al hoog. Garfield en Bergin (1978) concludeerden dat attritie onvermijdelijk is en dat er evenmin een sluitende oplossing voor te vinden is. Het beste wat er in hun ogen aan gedaan kan worden, is een beschrijving te geven van de typen attritie (of de oorzaken ervan) en een multiële data-analyse toe te passen. Binnen het follow-up project werd een dergelijke benaderingswijze toegepast door Koning en Tremonti (1985) en door Koster en Wagenborg (1985a), waarbij respondenten en niet-respondenten bij follow-up met elkaar vergeleken worden aan de hand van gegevens, die uit de behandelperiode of/ en van een eerder meetmoment gedurende de follow-up wel voorhanden waren. Bovendien gebruikten de eerste auteurs follow-up gegevens die uit andere bron, in casu de PIGG-registratie, beschikbaar kwamen. Hoewel er in het vooronderzoek van het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen aanwijzingen te vinden zijn waaruit blijkt dat het vooral de tevreden en verbeterde ex-patiënten waren geweest die hadden gerespondeerd (cf. Van Kalsbeek c.s. 1978), vinden Koning en Tremonti (1985) bij het hoofdonderzoek van hetzelfde project geen verschillen tussen wel- en niet-responderenden voor wat betreft conditie bij ontslag of heropname-ratio tijdens een follow-up periode van een jaar. Wanneer men de trouwe en minder trouwe respondenten echter over een langere (5 jaar) periode vergelijkt, dan blijkt dat het aantal personen dat eens of meer heropgenomen werd, verhoudingsgewijs groter is onder de minder trouwe of non-respondenten (Koning en Tremonti 1987).

Koster (1986) rapporteert, met name bij de neurosegroep, een selec-

tieve uitval, die tot gevolg heeft dat de stem van personen die bij ontslag tevreden waren over de behandeling, in de follow-up gegevens sterker doorklinkt dan die van personen met een neutraal negatief oordeel. Uit het onderzoek van Wagenborg (1987) blijkt eveneens dat trouw responderen eerder een reflectie is van tevredenheid over de mate waarin de behandeling aansloot bij de problemen dan van de mate waarin men nog problemen of klachten meldt. In het eerder genoemde onderzoek van Koning en Tremonti werd wel vastgesteld dat jongeren – in dit geval ex-patiënten van 2 jeugd- en adolescentenklinieken – oververtegenwoordigd waren in de categorie non-respondenten. De oorzaken hiervan liggen nogal voor de hand: door de psychologische en sociaal-maatschappelijke ontwikkelingsfase waarin deze groep verkeert kan men een relatief grote sociale en geografische mobiliteit verwachten. Zij verlaten het ouderlijk gezin, verhuizen naar elders vaak in samenhang met (veranderende) studie- of werkomstandigheden. Het gevolg daarvan is dat de bevindingen in mindere mate een afspiegeling zijn van de stand van zaken bij de jongeren en dat vooral de situatie van de volwassenengroep er het meest in tot uitdrukking komt.

Oorzaak en gevolg – Het vaststellen van therapieresultaten is op zich niet voldoende om de conclusie te rechtvaardigen dat de veranderingen toe te schrijven zijn aan de behandeling. Het kan zijn dat veranderingen hun oorsprong vinden in niet primair als zodanig bedoelde therapeutische factoren. Ook is het mogelijk dat veranderingen sterk worden gekleurd door omstandigheden buiten de behandeling. Tot slot is het – wanneer men afgaat op het oordeel van de patiënt – niet uitgesloten dat er sprake is van een vertekening van het oordeel.

Zolang en voor zover de opvatting de overhand heeft dat de ene therapievorm de andere niet is en dat het wel degelijk uitmaakt welke vorm van psychotherapie wordt toegepast bij de behandeling van een of andere vorm van psychische stoornis, zolang is de vraag actueel of is vast te stellen in hoeverre (verschil in) effect oorzakelijk te herleiden is tot therapiespecifieke kenmerken. Specifieke therapeutische factoren houden rechtstreeks verband met de toegepaste therapeutische techniek, bij voorbeeld non-directief werken, spiegelen, psychodramatechnieken, vrije associatie e.d. De niet-specifieke factoren zijn factoren die een secundair therapeutisch effect hebben, in die zin dat ze de waarschijnlijkheid dat de therapie effect sorteert, vergroten of verkleinen. Shapiro (1971) gebruikt in dit verband de aanduiding placebo; Bloom e.a. (1977) kiezen de term 'therapeugenic factors'.

Voor het follow-up onderzoek onderstreepte een en ander nogmaals de noodzaak dat veel aandacht werd besteed aan de mate waarin de therapiespecifieke kenmerken op zo zuiver of orthodox mogelijke wijze hun stempel drukken op het therapeutisch proces. Een belangrijke storingsbron daarbij kan zijn dat er verschillen voorkomen in de werkstijl van psychotherapeutische gemeenschappen. Hoewel de acht kli-

nieken waar dit onderzoek plaatsvond in vergelijking tot traditionele afdelingen van een APZ relatief homogene behandelvormen kent (relatief weinig nadruk op efficiency; de overlegkanalen zijn kort, talrijk en direct; er is weinig vooraf geregeld of vastgelegd; patiënten spelen een grote rol in hoe het in het instituut toegaat etc.), komen er onderling op vele punten weer verschillen voor. Die verschillen betreffen niet zozeer de vorm en inhoud van de selectieprocedures (cf. Koning 1987) alswel de samenstelling van het therapieënpakket, de omvang en samenstelling van de staf, de wijze waarop de verschillende therapieën worden ingevuld en zijn afgegrensd ten opzichte van elkaar, enzovoorts. Vanuit het oogpunt der specificiteit bezien kan de behandeling in psychotherapeutische gemeenschappen niet zonder meer als een helder omgrensde behandelvorm worden aangemerkt. Om dat nader te onderzoeken is een inventarisatie van overeenkomsten en verschillen tussen psychotherapeutische gemeenschappen gaande (Tremonti, in voorbereiding).

Een tweede aspect dat bij het vaststellen van oorzaak en gevolg een rol speelt is de plaats die levensgebeurtenissen ('life events'), en dan in het bijzonder negatieve life events, innemen bij het psychisch welbevinden. Dit thema staat de laatste jaren in het middelpunt van de belangstelling, getuige het grote aantal publikaties dat daaraan is gewijd. De rol die aan life events wordt toebedacht bij de beïnvloeding van de psychische conditie van mensen is echter ook aan ernstige twijfel onderhevig (cf. Tennant 1983). Daarmee is het eveneens twijfelachtig of het aantonen van zo'n vermeende invloed mogelijk, laat staan zinvol, is. Wagenborg (1987) besteedde aandacht aan de betekenis die life events spelen bij het al dan niet aan het licht treden van psychische problemen en klachten.

De relevantie daarvan is de vraag of het wel mogelijk is om het effect van de behandeling in de psychotherapeutische gemeenschap op langere termijn vast te stellen, vanwege de life events die zich na ontslag voordoen. Daarbij werd gesteld dat het bij follow-up onderzoek correcter is om te spreken van consolidatie van behandel-effect dan van behandel-effecten zonder meer. Uit zijn onderzoek blijkt dat de succesvol behandelenden meer positieve life events melden (in termen van bij voorbeeld sociaal-maatschappelijke aanpassing en succes) dan hun minder succesvolle collega's. Wanneer hierbij mede in aanmerking wordt genomen dat de door hem onderscheiden succesvolle groep, in vergelijking met de andere, meer waarde hecht aan feedback, confrontatie, 'social learning' en het opgeven van de passieve patiëntenrol, lijkt het plausibel om te concluderen dat niet zozeer de vraag of men geluk heeft de doorslag geeft, alswel de vraag of men – door z'n (nieuwe) manier van doen – het geluk weet af te dwingen.

Een derde probleem bij het leggen van causale relaties werd eerder al even aangestipt en betreft de kans op het maken van een 'toeschrijvingsfout'. Een veel toegepaste procedure bij therapie-effectonderzoek

is dat men bij de afsluiting van de behandeling of enige tijd daarna aan de patiënt vraagt hoe het met de klachten gesteld is, of er verandering (dat is verbetering of verslechtering) is opgetreden, en zo ja, in welke mate en wat daarbij het aandeel van de behandeling is geweest. De laatste vraag met name dient om te achterhalen of en in hoeverre de behandeling wordt aangemerkt als de (hoofd)bron van verandering. Kiesler (1983) stelde vast dat dergelijke verschuivingen zich inderdaad voordoen en ook dat daarin een systematiek voorkomt. Hij vond dat de relatief geringe en kortdurende veranderingen vooral voorkwamen bij personen, die het effect (voornamelijk) aan de therapie-ervaring toeschrijven; personen met wie het beduidend en langdurig beter ging zochten de verklaring daarvoor vooral bij zichzelf en meer dan eens bleek men zich van de therapie vrij weinig meer te herinneren.

Wagenborg en Koster (1984) meldden op grond van uitspraken van ex-patiënten een jaar na ontslag dat tussen het oordeel dat zij over de therapie uitspreken en de uitspraken over hun eigen conditie een duidelijk onderscheid gemaakt moet worden. Met de verleidelijke gedachtengang, dat als het met de patiënt goed gaat de therapie dus (een meer of minder gunstig en groot) effect heeft gehad, kan de behandelde tijdens of kort na beëindiging van de therapie wellicht instemmen; echter naarmate de follow-up tijd verstrijkt moet men er rekening mee houden dat daarin niet alleen een verandering optreedt maar dat er bovendien van een 'scheiding van geesten' sprake is. De succesvolle ex-patiënten benadrukken de rol die ze daar zelf bij hebben gespeeld, de niet-succesvollen wijzen de therapie of therapeut aan als belangrijke veroorzaker van de voortdurende ongemakken. Koster (1984) heeft deze systematiek in de toeschrijving van effect verder uitgewerkt en besproken in termen van de attributietheorie. In een latere publikatie heeft zij (1986) op grond van een daarop gericht onderzoek, vastgesteld dat een tendens om de positieve behandelresultaten vooral aan zichzelf toe te schrijven bij de ex-patiënten uit de neurosegroep inderdaad voorkomt. Bij ex-patiënten uit psychosegroep werden dergelijke of tegengestelde fenomenen niet gevonden. Met andere woorden: wanneer men gebruik maakt van informatie die van ex-patiënten afkomstig is, dient men er rekening mee te houden dat het inzicht in de samenhang tussen behandel-effect aan de ene kant, en de rol die daarbij aan de behandeling wordt toegekend aan de andere, bij neurotici door dergelijke attributieprocessen beïnvloed kan worden. Dat doet overigens aan de geldigheid van de effectmeting zelf weinig toe of af; een verandering valt al dan niet te constateren, ongeacht de vraag waar die aan wordt toegeschreven.

Conclusies

Hoewel het oorspronkelijke design van het follow-up project nogal wat averij heeft opgelopen, is het schip zeker niet gestrand. De Nieuw-

koopse Vragenlijst blijkt in redelijke mate te voldoen aan de eisen die aan een dergelijk meetinstrument mogen worden gesteld. Daarbij moet echter de kanttekening worden gemaakt dat men bij het gebruik van zelfbeoordelingen van patiënten rekening moet houden met fenomenen als attributie (neurosegroep) en een beperkt inzicht in het eigen functioneren (psychosegroep). Voorts is gebleken dat de onvermijdelijke afkalving van de onderzoeksgroep niet tot onoverkomelijke problemen leidt; de resultaten van de resterende groep zijn in grote lijnen generaliseerbaar. Op de vraag of eventuele resultaten nu zonder meer toegeschreven mogen worden aan 'de' behandeling in een psychotherapeutische gemeenschap kan geen sluitend antwoord worden gegeven. Een deel van het onderzoek is nog niet afgerond maar op voorhand is al te stellen dat het onderzochte proces te complex zal zijn en dat te veel factoren in het geding zullen zijn om tot een eenduidige oorzakelijke relatie te concluderen.

Was het de moeite waard?

Na ruim twintig jaar onderzoek kan de balans worden opgemaakt. Is een grootschalig en langdurend onderzoek als het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen de moeite waard? Honderdvijftig werkgroepvergaderingen, 40.000 mensuren, 100.000 rekensconden en een drietal subsidies staan onder de rubriek kosten geboekt. De baten bestaan uit een serie van vijftientwintig interne rapporten, een tiental artikelen in dit tijdschrift, wat losse publikaties in de vorm van een bijdrage aan een boek en in de vorm van lezingen en tot slot een drietal dissertaties. In wetenschappelijk opzicht heeft het project – althans in volume – het nodige opgeleverd. De publikatiedrempel is met succes genomen en het onderzoek is op z'n minst niet doodgebloed. Op zichzelf is het feit dat het project op reguliere wijze is afgerond opmerkelijk. May e.a. (1976) maken melding van het gegeven dat veel van dit type onderzoek de eindstreep nooit haalt. Dat is niet zo verwonderlijk als men bedenkt welke klippen er zo al moeten worden omzeild.

Een van de belangrijkste problemen is wel geweest het bewaken van de continuïteit in het onderzoeksteam. Het is zaak om het natuurlijk verloop onder de onderzoekers zo goed mogelijk op te vangen. Het bleek noodzakelijk om regelmatig appèl te houden om te bezien wie er nu wel en wie niet een substantiële bijdrage leverden. Obscure leden van de groep onderzoekers dienden gedechargeerd dan wel gereanimeerd te worden om stagnatie te voorkomen.

Een eveneens niet te onderschatten hindernis werd gevormd door de veranderende inzichten over de methodologische aanpak. Zoals in een eerdere paragraaf besproken werd, kwam de kritiek op de onderzoeksopzet voor een belangrijk deel van de onderzoekers zelf. Voor sommige onderzoekers was dat een reden om het bijltje er bij neer te gooien; an-

deren sloegen zijpaden in. Sommige zijpaden bleken dood te lopen en van andere bleek de terugkeer naar de oorspronkelijke route bijzonder moeilijk. Toch is voortdurend gepoogd de oorspronkelijke aanpak te blijven volgen. Achteraf is gebleken dat juist het vasthouden aan de betrekkelijk eenvoudige onderzoekopzet een belangrijke bindende factor is geweest. De longitudinale opzet bood – mede door de tijdsperiode die ermee gemoeid was – een referentiekader waarbinnen aanvullende onderzoeken een plaats konden krijgen. Louter het feit dat er een duidelijk omschreven onderzoekscohort was, maakte het mogelijk om aanvullende informatie in te weven in het raster dat door de gekozen opzet van herhaalde waarnemingen werd gedicteerd. In die zin kreeg het follow-up project gediend als 'sampling-frame' voor aanvullend onderzoek dat anders nooit ondernomen zou zijn (vergelijk de functie van een caseregister als sampling-frame, De Vries e.a. 1986). Een niet onbelangrijke bijkomstigheid van het gebruik van de Nieuwkoopse Vragenlijst was dat daarmee een deel van het begrippenapparaat van de deelnemende therapeutische gemeenschappen onder een gemeenschappelijke noemer viel. De formuleringen in de NVL werden immers in de beginfase van het project door alle deelnemers onderschreven.

Een laatste punt dat in dit verband niet onvermeld mag blijven, is de sociale context waarbinnen dit soort projecten zich afspeelt (cf. Weiss 1975). Een van de meest markante aspecten van het follow-up project is dat het idee om onderzoek te doen naar de effecten van de behandeling in een psychotherapeutische gemeenschap afkomstig was van medewerkers van deze instituten. Men was bereid om de eigen handelwijze kritisch te evalueren en men achtte het noodzakelijk om dat op systematische wijze te doen. Het project heeft altijd een sterke betrokkenheid gekend van de medewerkers te velde. Uiteraard was die betrokkenheid niet bij alle aan het project deelnemende gemeenschappen even sterk en bovendien varieerde die met de tijd. De mate waarin staven van de klinieken betrokken waren bij het onderzoek bleek onder andere af te hangen van het feit of een van de stafleden een actief aandeel had in de werkzaamheden. Uit het oog, uit het hart geldt ook voor onderzoek. Daarom heeft de werkgroep zich tijdens de loop van het project ingespannen om resultaten terug te rapporteren naar de stafleden van de klinieken. Daarbij werd veelal gepoogd om de discussie niet vrijblijvend te laten verlopen. De stafleden werden vooraf uitgenodigd om hun verwachtingen omtrent de resultaten uit te spreken en werden vervolgens geconfronteerd met de bevindingen (cf. Hofstee 1977). Deze aanpak leidde soms tot verrassende discrepanties en in ieder geval tot een geanimeerde discussie. De betrokkenheid van de medewerkers bleek van groot belang bij het uitvoeren van aanvullend onderzoek. Het was zelden een probleem om additioneel materiaal te verzamelen. De stafleden toonden steeds een grote bereidheid om daaraan een bijdrage te leveren. De door andere auteurs gesignaleerde

gereserveerdheid of zelfs weerstand jegens de 'indringende' onderzoeker werd niet waargenomen (cf. Colby 1969; Manning 1979; Schagen 1985).

Het doen van wetenschappelijk onderzoek is uiteindelijk ingebed in een vraag- en antwoordspel. Het 'laatste' antwoord van het follow-up project heeft een tijd op zich laten wachten en inmiddels zijn er, naast de oorspronkelijke vraag, vele aanvullende vragen gesteld en beantwoord. In die zin is er dan ook geen sprake van een slotpublicatie in de ware zin des woords. Ieder antwoord roept weer vele nieuwe vragen op. Dat ligt nu eenmaal in de aard van de empirische cyclus. Het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen heeft gedurende een lange periode gefungeerd als stramien waarbinnen kleine en grote vragen hun plaats vonden. Het is alleen al daarom de moeite waard geweest.

Gelet op het voorafgaande is het aan te bevelen om een soortgelijke aanpak te herhalen (zie ook Wagenborg & Koning 1988). Sommige onderzoekers beweren van niet (onder anderen Schagen 1983) maar dat lijkt ons vooral begrijpelijk wanneer uitsluitend gedacht wordt aan de zuiver wetenschappelijke revenuen van dit type onderzoek. Maar zelfs dan is het nog maar de vraag in hoeverre de kennisvermeerdering die met follow-up onderzoek wordt bereikt in ongunstige zin afsteekt tegen meer experimenteel opgezet onderzoek. Bovendien speelt een onderzoek zoals het follow-up project zich af in een sociale context en daarmee zijn er meer doelstellingen in het geding. We noemen met name het bevorderen van een kritisch reflexieve houding van kliniekmedewerkers, het bewerkstelligen van een gunstig onderzoeksklimaat, het opbouwen van een infrastructuur voor het verzamelen en bewerken van gegevens en het in stand houden van een forum van deskundigen. Het is vooral de weging van deze aspecten die ons oordeel over de relevantie van een grootscheepse onderneming als het follow-up project positief doet uitvallen.

Literatuur

- Allis, J. (1987), Enkele facetten van de geschiedenis van Zuideroord. *Nieuwsbrief VWPG*, 52, 4-5.
- Bergin, A.E. en S.L. Garfield (red.) (1971), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change; an Empirical Analysis*. John Wiley & Sons, Inc., New York/Londen/Sidney/Toronto.
- Bloom, L.J., R.G. Weigel en G.M. Trault (1977), Therapeutic Factors in Psychotherapy: Effects of Office Decor and Subject-Therapist Sex Pairing on the Perception of Credibility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 5, 867-873.
- Colby, K.M. (1969), Researchers are Weeded Out. *International Journal of Psychiatry*, 7, 3, 116-117.
- Emmelkamp, P.G.M. en A.C.M. Kuipers (1979), Agoraphobia: A Follow-up Study Four Years after Treatment. *British Journal of Psychiatry*, 134, 352-355.

- Erickson, R.C. (1972), Outcome studies in mental hospitals: a search for criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 1, 75-77.
- Garfield, S.L. en A.E. Bergin (1978), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley & Sons, Inc., New York, 2e ed.
- Giel, R., G.H.M.N. 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. *Psychological Medicine*, 8, 235-243.
- Glass, G.V. en M. Kliegl (1983), An apology for research integration in the study of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 1, 28-41.
- Hofstee, W.B.K. (1977), De wetenschap als methodologisch model. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 32, 203-217.
- Hofstee, W.B.K. (1985), Liever klinisch? Grenzen aan het objectiviteitsbeginsel bij beoordeling en selectie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 40, 459-473.
- Kalsbeek, A. van, R. Koning, C. Roosen en J. Wagenborg (1978), *De schalen van de Nieuwkoopse Vragenlijst*. Rapport 6 Follow-up Project Psychotherapeutische Gemeenschappen, Halsteren.
- Kiesler, C.A. (1983), Social Psychological Issues in Studying Consumer Satisfaction with Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 14, 226-236.
- Koks, K. en F. Nuyen (1987), Recente Geschiedenis 1984, 1985, 1986. *Nieuwsbrief VWPG*, 52, 6-7.
- Koning, R.F. (1987), *Wikken en Wegen*. Dissertatie Rijksuniversiteit Leiden. Psychiatrisch Centrum Sint Bavo, Noordwijkerhout.
- Koning, R.F. en G.W. Tremonti (1985), Het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen (2): het non-respons probleem. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 1, 56-70.
- Koster, A.M. (1984), *Localisatie van de bron van het verkregen inzicht na beëindiging van kleinische psychotherapie*. Voordracht NIP-congres 1984.
- Koster, A.M. (1986), Het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen (7): cliënten als beoordelaars van de effectiviteit van hun behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 28, 8, 555-570.
- Koster, A.M. en J.E.A. Wagenborg (1985a), Het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen (3): enkelvoudige maten voor verandering. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 4, 272-289.
- Koster, A.M. en J.E.A. Wagenborg (1985b), *Gegevens van Ex-patiënten 5 jaar na hun Ontslag uit de Psychotherapeutische Gemeenschap*. Rapport 22, Follow-up Project Psychotherapeutische Gemeenschappen.
- Koster, A.M. en J.E.A. Wagenborg (1986), Het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen (8): Eind goed, al goed? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 28, 9, 632-644.
- Langenberg, S. v.d. en P. de Natris (1985), A Narrow Escape from the Magic Mountain? *International Journal of Therapeutic Communities*, 6, 2, 91-101.
- Luborski, L. (1962), Clinician's judgements of mental health. *Archives of General Psychiatry*, 139, 6, 709-717.
- Manning, N. (1979), The politics of survival: The role of research in the therapeutic community. In: R.D. Hinshelwood and N. Manning (red.), *Therapeutic Communities*. Routledge and Kegan Paul, Londen.
- May, P.R.A. en A.H. Tuma (1964), Choice of criteria for the assessment of treatment outcome. *Journal of Psychiatric Research*, 2, 199-209.

- May, P.R.A., A.H. Tuma en W. Kraude (1965), Community Follow-up of Treatment of Schizophrenia: Issues and Problems. *American Journal of Orthopsychiatry*, 35, 754-764.
- May, P.R.A., A.H. Tuma en W. J. Dixon (1976), Schizophrenia – A Follow-up study of results of treatment; Design and other problems. *Archives of General Psychiatry*, 33, 474-478.
- Neetens, J. (1985), Over het stafproces bij differentiatie. *Nieuwsbrief VWPG*, 48, 13-16.
- Nicholson, R.A. en J.S. Berman (1983), Is Follow-up Necessary in Evaluating Psychotherapy? *Psychological Bulletin*, 93, 2, 261-278.
- Rachman, S.J. en G.T. Wilson (1980), *The Effects of Psychological Therapy*, Pergamon Press, Oxford (2e ed.).
- Schagen, S. (1983), *Het effect van psychotherapie*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Schagen, S. (1985), *De praktijk van de psychotherapie*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Shapiro, A.K. (1971), Placebo Effect in Medicine, Psychotherapy and Psychoanalysis. In: A.E. Bergin en S.L. Garfield (red.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: an Empirical Analysis*, John Wiley and Sons, Inc., New York/Londen/Sidney/Toronto.
- Sloane, R.B., F.R. Staples, A.H. Cristol, N.J. Yorkston en K. Whipple (1975), *Psychotherapy versus behavior therapy*. Harvard University Press.
- Smith, M.L., G.V. Glass en Th.I. Miller (1980), *The benefits of psychotherapy*. The John Hopkins University Press, Baltimore.
- Stipak, B. (1982), Using Clients to Evaluate Programs. *Evaluation Studies Review Annual*, 7, 585-602.
- Strupp, H.H. en S.W. Hadley (1977), A tripartite model of mental health and therapeutic outcome. *American Psychologist*, 32, 187-196.
- Strupp, H.H. en A.E. Bergin (1969), Some empirical and conceptual bases for coordinated research in psychotherapy: A critical review of issues, trends and evidence. *International Journal of Psychiatry*, 7, 18-90.
- Tennant, C. (1983), Editorial: Life events and psychological morbidity: the evidence from prospective studies. *Psychological Medicine*, 13, 483-486.
- Tremonti, G.W. en J.E.A. Wagenborg (1976), *Ontstaan, beschrijving en verantwoording van de Nieuwkoopse Vragenlijst*. Rapport 2, Follow-up Project Psychotherapeutische Gemeenschappen.
- Tremonti, G.W. en R.F. Koning (1986), Het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen (5): De voorspelbaarheid van een heropneming; een onderzoek naar de validiteit van de Nieuwkoopse Vragenlijst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 28, 2, 123-134.
- Tremonti, G.W. en R.F. Koning (1987), Het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen (9): op zoek naar vergelijkingsmateriaal. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 7, 452-463.
- Visser, R.A., A.J. Hesselink, A. Vogelaar en C. Bijleveld (1985), Het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen (4): Veranderingen in coping-strategieën. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 8, 580-592.
- Vries, M.W. de, H. Hamers en F. Sturmans (1986), The use of the case register in making epidemiological research more costefficient. In: G.H.M.M. ten Horn, R. Giel, W. Gulbinat en J.H. Henderson (red.), *Psychiatric Case Registers in Public Health*, Elsevier, Amsterdam.
- Wagenborg, J.E.A. (1986), Het follow-up project Psychotherapeutische Ge-

- meenschappen (6): Voldoen cliënten aan de verwachtingen van experts? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 28, 3, 188-198.
- Wagenborg, J.E.A. (1987), *De effecten van klinische psychotherapie*. Dissertatie, Rijksuniversiteit Leiden. Psychiatrisch Centrum Sint Bavo, Noordwijkerhout.
- Wagenborg, J.E.A., G.W. Tremonti, A.J. Hesselink en R.F. Koning (1984), Het follow-up Project Psychotherapeutische Gemeenschappen: vraagstelling, opzet en eerste resultaten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 6, 377-401.
- Wagenborg, J.E.A. en A.M. Koster (1984), *Gegevens van ex-patiënten 1 jaar na hun ontslag uit de psychotherapeutische gemeenschap*. Rapport 19, Follow-up Project Psychotherapeutische Gemeenschappen.
- Wagenborg, J.E.A. en R.F. Koning (1988), Evaluatie van Klinische Psychotherapie. In: C.A.L. Hoogduin, B.P.R. Gersons, H.G.M. Rooymans en K. van der Velden (red.), *Jaarboek voor Psychiatrie en Psychotherapie*. Van Loghum Slaterus, Deventer (in voorbereiding).
- Weiss, C.H. (1975), Evaluation research in the political context. In: E.L. Struening en M. Guttentag (red.), *Handbook of Evaluation Research*, vol. 1, 13-26. Sage Publications, Beverly Hills, Londen.

Beide schrijvers zijn als klinisch psycholoog verbonden aan de Stichting Centrum St. Bavo te Noordwijkerhout. Deze publikatie vindt plaats onder auspiciën van de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Psychotherapeutische Gemeenschappen (SWOPG).

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 2-2-'88.