

## **Psychotherapie versus sociaal–psychiatrische begeleiding: een verkennend onderzoek naar verschillen tussen cliënten die verwezen worden voor psychotherapeutische behandeling of sociaal–psychiatrische begeleiding**

John van Winkel en Judith Egter van Wissekerke  
*Tijdschrift voor Psychotherapie*, 22 (1996), p. 328-337

Dit artikel beschrijft een verkennend onderzoek onder volwassen cliënten van een Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG). Onderzocht wordt in hoeverre cliënten die worden verwezen naar de afdeling psychotherapie verschillen van cliënten die worden verwezen naar de afdeling sociale psychiatrie. Het gaat om verschillen in sociodemografische kenmerken, persoonlijkheidskenmerken, klachtkenmerken en ernst van psychopathologie. Er kunnen slechts enkele trendmatige verschillen worden vastgesteld. Cliënten die verwezen worden voor psychotherapie lijken meer onderwijs te hebben genoten, minder vaak een voorbereidend gesprek met een verwijzer te hebben gevoerd, en in het verleden minder vaak GGZ–hulp te hebben gehad.

### **Inhoud**

- [Inleiding](#)
- [Onderzoek naar het indicatiestellingsproces binnen de ggz](#)
- [Het onderzoek](#)
- [Resultaten](#)
- [Bespreking](#)
- [Literatuur](#)

### **Inleiding**

Tegelijk met de opkomst van de Rogeriaanse psychotherapie in de jaren vijftig, van de gedragstherapie in de jaren zestig en het ontstaan van de instituutpsychotherapie, is de indicatiestelling voor deze diverse behandelingsvormen in de GGZ steeds belangrijker geworden. Er was kritiek ontstaan op de toenmalige Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie (IMP), omdat deze zogenaamd ongeschikte cliënten zouden wegselecteren (Schrammeyer, 1978). Therapeuten zouden bovendien voorkeur hebben voor cliënten die in hun communicatie– en denkpatroon overeenkwamen met henzelf (Van de Velden & Vreeken, 1977). In deze periode is dan ook het onderzoek naar de indicatiestelling in de GGZ op gang gekomen.

### **Onderzoek naar het indicatiestellingsproces binnen de ggz**

Psychotherapieonderzoek naar het indicatiestellingsvraagstuk stuit op het probleem dat indicatiestelling afhankelijk is van veel variabelen. Deze variabelen betreffen onder andere de cliënt, de therapeut, het soort probleem, de procedure van de indicatiestelling, de omgeving van de cliënt en onderzoekstechnische variabelen (Lange, 1984; De Waal, 1987). Deze verscheidenheid aan variabelen en het nog grotere aantal combinaties leidt volgens Beenen (1979) tot de conclusie dat '[...] indicatiestelling voor iedere patiënt/therapeut/therapievorm een unieke gebeurtenis is en derhalve niet zinvol onderzoekbaar.' (p. 26)

Een tweede probleem betreft de vergelijkbaarheid van de onderzoeken. Behandelingsmethoden worden vaak niet gespecificeerd, ze worden onduidelijk gedefinieerd en geoperationaliseerd (Garfield, 1978).

Veel onderzoek is gericht op het beschrijven en evalueren van de praktijk van indicatiestelling (Abraham & Kuipers, 1981; Stufkens & Smit, 1985). Een nadeel van dit soort onderzoek is dat het weinig generaliseerbaar is, doordat de gegevens doorgaans in een specifieke setting worden verzameld. Ook voor het hierna te beschrijven onderzoek geldt dit: slechts weinig onderzoeken spelen zich af in een setting die met de RIAGG Midden Limburg te vergelijken is qua indicatiestellingsprocedure en populatiekenmerken.

Een aantal variabelen is onder te brengen onder de in 1964 door Schofield ingevoerde begrippen HOUND- en YAVIS-clënten (Beekers, 1982). De Waal (1987) toont duidelijke verschillen aan tussen cliënten bij wie een indicatie voor psychotherapeutische behandeling bij een IMP wordt gesteld en cliënten die voor een dergelijke behandeling worden afgewezen. De geaccepteerde cliënten zijn jonger, beter geprotoprofessionaliseerd, sociaal actiever, verwachten een langere behandeling en hebben minder vaak een behandelingsvoorgeschiedenis. Lange (1984) toont soortgelijke verschillen aan tussen cliënten uit de ambulante psychotherapie, de ambulante, psychiatrische hulp en de klinische psychotherapie. Hij vindt minder duidelijke verschillen in de aard en de ernst van de klachten en concludeert dat vooral sociaal-demografische factoren bepalend zijn voor de indicatie psychotherapie.

Onderzoek op basis van dossiergegevens van het voormalig IMP in Den Bosch (Grauwenkamp & Peters, 1982) wijst uit dat de kans op afwijzing voor een psychotherapie groter is indien de cliënt ouder is dan veertig jaar en van het mannelijk geslacht, alleen lager (beroeps)onderwijs heeft gevolgd, een uitkering in het kader van de Ziektewet of WAO ontvangt en/of langer dan tien jaar klachten heeft. De afgewezen cliënten zijn vaker afkomstig uit de laagste sociale klassen.

Voor cliënten met assertiviteitsproblemen of fobische klachten is de kans op afwijzing kleiner dan gemiddeld, maar bij psychotische verschijnselen is die kans weer groter. Uit onderzoek bij een instelling voor ambulante psychotherapie in Engeland blijkt dat er tussen geaccepteerde en afgewezen cliënten slechts een klein verschil is in een aantal demografische kenmerken (Reder & Tyson, 1980).

Jones (1974) concludeert in zijn bespreking van Amerikaans onderzoek uit de periode tussen 1955 en 1970 dat cliënten met een hogere sociale status vaker worden geaccepteerd voor een psychotherapeutische behandeling dan cliënten met een lagere sociale status. Dit zou vooral het gevolg zijn van de voorkeur van de behandelaars voor cliënten die relatief gezond zijn en die een waarde- en communicatiepatroon hebben dat aansluit bij dat van henzelf. Garfield (1978) stelt op basis van vergelijking van de onderzoeksliteratuur vast dat leeftijd, ras, opleiding en beroep, inkomen en motivatie van invloed zijn op het al dan niet accepteren van een cliënt voor psychotherapie.

De bruikbaarheid van psychologische testvariabelen bij het indicatiestellingsproces is door Bats, Cassee, Gazendam, Slot en Beenen (1979) onderzocht op het Psychoanalytisch Instituut (PAI) te Amsterdam. De groep cliënten die afgewezen wordt voor behandeling op het PAI blijkt een lagere intelligentie (WAIS) te hebben dan de andere groepen. Hierbij moet worden aangetekend dat de steekproefpopulatie vrij homogeen is en dat de behandelingsmogelijkheden vrij beperkt zijn. Bats en anderen concluderen dat '[...] vooralsnog aan de bruikbaarheid en klinische relevantie van de gekozen psychologische tests voor de gangbare indicatiestelling ernstig getwijfeld dient te worden.' (p. 345)

In zijn onderzoek naar het verband tussen klinisch-psychodiagnostische kenmerken en indicatie voor psychotherapeutische behandeling onderwerpt Ouborg (1985, 1988) drie proefgroepen aan een uitgebreide testbatterij. De drie groepen zijn verwezen naar twee psychiatrische poliklinieken of een behandelingseenheid van het IMP. De cliënten van het IMP blijken in het algemeen jonger te zijn en langer last te hebben van hun klachten dan de cliënten van de polikliniek. De gevonden verbanden, overigens zeer zwak, zijn niet

generaliseerbaar, omdat ze afhankelijk zijn van de context van het behandelingsinstituut. Voorts blijken de gevonden verbanden niet van belang te zijn voor het effect van de behandeling.

Brinkgreve, Onland en De Swaan (1979) signaleren in het indicatiestellingsbeleid van de IMP's een verschuiving in de sociale samenstelling van de cliëntenpopulatie en wel in de richting van een sterke daling van het aantal arbeiders en een grote toename in het aantal hooggeschoolde cliënten. Als mogelijke oorzaak hiervoor noemen zij de differentiatie en de specialisatie van de instituten, die een drempelverhogend effect kan hebben op mensen met een lagere opleiding.

De hierboven beschreven onderzoeken lopen sterk uiteen qua vraagstelling, methode, omvang en kwaliteit. De resultaten zijn weliswaar van toepassing op deze instellingen, maar kunnen niet worden ggeneraliseerd naar andere instellingen.

## **Het onderzoek**

### *Indicatiestelling bij de RIAGG Midden Limburg*

Binnen de RIAGG Midden Limburg heeft, net als elders, differentiatie plaatsgevonden bij de hulpverlening aan volwassenen. Binnen deze volwassenenzorg is een tweedeling ontstaan: de afdeling psychotherapie en de afdeling sociale psychiatrie. Behandeling bij de sociale psychiatrie is geïndiceerd 'indien er sprake is van min of meer ernstige psychopathologie, met verstoring van het psychosociaal functioneren op meerdere niveaus – wonen, werken, gezin, relaties, dagactiviteiten' (*RIAGG Informatiebrochure voor verwijzers*, 1990, p. 14). De behandeling richt zich primair op het herstel van het (verstoorde) evenwicht tussen de cliënt en zijn sociale omgeving.

De afdeling psychotherapie houdt zich vooral bezig met 'die vormen van (dreigende) psychopathologie, waarbij persoonlijke veranderingen wenselijk en mogelijk worden geacht. Het betreft hier veelal neurotische en psychosomatische problematiek en ernstig gestoorde of pathologische relatievormen.' (idem, p. 16)

De aanmelding en indicatie verlopen volgens een vast patroon. Na de aanmelding volgt een spreekuurgesprek met een psychiater of psychotherapeut, meestal op basis van volgorde van binnenkomst en op basis van vooraf geplande spreekuurtijden. In een wekelijkse spreekuurstaf bespreken de verzamelde spreekuurhouders, per locatie, de aanmeldingsgegevens waarbij de voor RIAGG-hulpverlening geaccepteerde cliënten verwezen worden voor sociaal-psychiatrische begeleiding of voor psychotherapie.

De verwijzing naar sociale psychiatrie of psychotherapie gaat vergezeld van een (voorlopige) diagnose en een vermoedelijke behandelindicatie. Toewijzing van cliënten aan een van de afdelingen vindt plaats in de veronderstelling dat er twee groepen cliënten met een eigen soort behandeling te onderscheiden zijn. In de beide behandelteams volgt een intake of onderzoek en na een intake-bespreking kan een behandeling starten.

## **Doel van het onderzoek**

Dit onderzoek heeft als doel meer inzicht te krijgen in de hierboven beschreven indicatiestelling en in de nog weinig geëxpliciteerde criteria op basis waarvan deze indicatiestelling plaatsvindt. Behalve aan probleemspecifieke criteria, zoals aard, duur en ernst van de klacht, aan cliënt-specifieke criteria als leeftijd, geslacht en intelligentie, valt hierbij te denken aan methode-specifieke criteria. Tot deze laatste behoren hulpverleningsaanbod, beschikbaarheid van therapeuten, hun capaciteiten en ervaring.

Het betreft hier niet zozeer de procedure van indicatiestelling op zichzelf als wel de criteria op basis waarvan onderscheid wordt gemaakt tussen cliënten die voor psychotherapeutische behandeling of sociaal-psychiatrische begeleiding geïndiceerd worden. Meer toegespitst luidt de vraagstelling: wat zijn de verschillen tussen cliënten die worden verwezen naar de afdeling

psychotherapie en cliënten die worden verwezen naar de afdeling sociale psychiatrie van de RIAGG Midden Limburg?

### Onderzoeksgroep

Het onderzoek is uitgevoerd bij 50 opeenvolgend geselecteerde nieuwe cliënten die in de periode april tot en met juni 1990 bij de RIAGG zijn aangemeld en die verwezen zijn voor een individuele behandeling, hetzij psychotherapie (n = 25), hetzij sociale psychiatrie (n = 25). De beide aantallen cliënten zijn louter bij toeval gelijk. De cliënten zijn niet *at random* geselecteerd. Bij de toewijzing aan het onderzoek is niet geselecteerd op variabelen als geslacht, leeftijd en burgerlijke staat.

### Meetinstrumenten

De variabelen waarop de verschillen tussen cliënten psychotherapie en sociale psychiatrie worden getoetst betreffen hun verwachting omtrent therapie, de rationaliteit van hun gedachten en hun klachtenbeleving. De cliënten vullen drie vragenlijsten in: 1 de verwachtingsvragenlijst (Kuylaars, 1988; Van Winkel & Kuylaars, 1990), 2 de *Rational Behavior Inventory, RBI* (Shorkey & Whiteman, 1977; Kienhorst & Van den Bout, 1983), en 3 de SCL-90 (Arrindel & Ettema, 1981). De verwachtingsvragenlijst is bij de RIAGG ontwikkeld voor eerder uitgevoerd onderzoek en meet het beeld dat de cliënt heeft van de RIAGG op het moment van aanmelding. Voor dit onderzoek is de lijst enigszins aangepast. Behalve naar diverse modaliteiten van verwachting wordt gevraagd naar de mate van protoprofessionalisering, het algemeen gevoel van fysiek, psychisch en sociaal welbevinden en de mate waarin de cliënt van plan is zich in te zetten voor de behandeling.

De lijst telt 41 items die op een vijfpuntsschaal gescoord worden. Elf items gaan over de aard en de mate van verwachte verbetering, vier items over de mate waarin de cliënt een causale relatie waarneemt tussen eigen inspanning en de resultaten van deze inspanning, dat wil zeggen de mate waarin het gedrag beschouwd wordt als *skill*-bepaald dan wel als kans-bepaald. Acht items gaan over de rolverwachting, vijf items over de verwachte cliënt-therapeutrelatie, vier over de mate waarin de cliënt zich wil inzetten, vier over de mate van protoprofessionalisering en vijf over het algemeen gevoel van fysiek, psychisch en sociaal welbevinden. De betrouwbaarheid en validiteit van de verwachtingslijst zijn niet bekend. Omdat cliënten vaak irrationele verwachtingen blijken te hebben van psychotherapie (Van Winkel & Kuylaars, 1990) is de rationaliteit van de opvattingen geselecteerd als variabele waarop beide cliëntgroepen mogelijk verschillen. De mate van rationaliteit van de opvattingen van de cliënt is gemeten met de *Rational Behavior Inventory, RBI* (Shorkey & Whiteman, 1977).

De vragenlijst bestaat uit 37 uitspraken die op een vijfpuntsschaal gescoord worden (van eens tot oneens). De onderliggende opvattingen worden in 11 subschalen weergegeven. Voor dit onderzoek is de vertaalde en bewerkte uitgave van Kienhorst & Van den Bout (1983) gebruikt. De betrouwbaarheid van de RBI is bevredigend, maar de validiteit is problematisch, omdat behalve de rationaliteit ook het affect van de respondent in hoge mate door de lijst lijkt te worden gemeten (Kienhorst & Van den Bout, 1987). Vanwege het geringere aantal items is aan de RBI de voorkeur gegeven boven de qua validiteit beter beoordeelde *Irrational Beliefs Test, IBT* van Jones (1968).

Een derde door de cliënt in te vullen vragenlijst is de SCL-90 in de Nederlandse bewerking van Arrindel en Ettema (1981). Deze vragenlijst is betrouwbaar en valide. De SCL-90 meet psychoneurotische klachten. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de vier subschalen (agora)fobie, vijandigheid, sociale onaangepastheid en somatisatie en er is gebruik gemaakt van de totaalscore.

Naast de door de cliënt ingevulde vragenlijsten scoort de spreekuurhouder de diagnostische gegevens in termen van de DSM-III-R. Op een standaardformulier kruist hij op elk van de vijf assen en op de V-codes een of meer sleutelwoorden aan. In het wekelijkse spreekuurhoudersoverleg bespreken de vijf spreekuurhouders deze classificaties en komen ze tot een consensusbeoordeling. Deze beoordeling heeft geen functie bij de indicatiestelling en wordt ook niet gebruikt als leidraad voor de behandeling. Zij dient alleen voor classificatiedoeleinden in het kader van het onderzoek.

Op een tweede standaardformulier noteert de spreekuurhouder leeftijd, opleiding, geslacht en burgerlijke staat en een vijftal gegevens over de verwijzing en de protoprofessionalisering: naam van de verwijzende instantie, eerder contact met hulpverlening in de GGZ, voorafgaand gesprek met de verwijzer, klachtduur en bekendheid van familieleden of kennissen met hulpverlening in de GGZ.

### **Procedure**

Alle cliëntgegevens worden verzameld voorafgaand aan het spreekuurcontact. Daartoe vult de cliënt thuis de drie vragenlijsten in over zijn verwachtingen, over de mate van rationaliteit van zijn opvattingen en over zijn klachten, en geeft ze bij het spreekuurcontact op de RIAGG af. De overige cliëntvariabelen inventariseren de spreekuurhouders met behulp van standaardformulieren tijdens het spreekuurcontact.

### **Resultaten**

Het onderzoek is uitgevoerd bij 50 geselecteerde cliënten die zich achtereenvolgens in een periode van drie maanden bij de RIAGG hebben aangemeld. In het belang van een goede vergelijkbaarheid tussen beide groepen cliënten is besloten om alleen cliënten tot het onderzoek toe te laten met een verwijzing voor individuele behandeling. Bovendien is het niet mogelijk gebleken om de proefpersonen *at random* uit een grotere groep te selecteren, mede gezien de korte periode van het onderzoek en de beperkingen die de ambulante praktijk voor goed gecontroleerd onderzoek met zich brengt.

Ook is het om administratieve redenen nog niet mogelijk geweest om relevant cijfermateriaal te verkrijgen op basis waarvan conclusies te trekken zijn over de representativiteit van dit onderzoek. Redenen waarom besloten is af te zien van het zoeken naar voorspellende variabelen voor de indicatiestelling. Wij volstaan daarom met een beschrijvende analyse. De invulling van de vragen door de cliënten levert in het algemeen weinig problemen op. Een uitzondering betreft de eerste vier items van de verwachtingslijst die de mate van protoprofessionalisering meten. Deze items worden nogal eens niet ingevuld (respectievelijk 19, 18, 31, en 33 maal). Navraag leert dat de items vaak niet begrepen worden. Daarom betrekken wij deze vier items niet in de data-analyse. Het aantal vragen op de verwachtingslijst is daardoor 37. Een indicatie voor de mate van protoprofessionalisering wordt verkregen aan de hand van de antwoorden op de vragen die de spreekuurhouder stelt over opleiding en beroep en de vraag of de cliënt al eerder met de GGZ in aanraking is geweest.

Om de betrouwbaarheid van de subschalen van de RBI en van de verwachtingslijst te bepalen is Cronbach's alfa voor interne consistentie toegepast. In totaal is 18 maal een test voor de interne consistentie uitgevoerd: 6 maal op de subschalen van de verwachtingslijst en 12 maal op de RBI. Bij de volgende vier subschalen is de alfa groter dan 0,70: subschaal prognostische verwachting (alfa = 0,84), betrokkenheid (alfa = 0,82), subschaal *catastrophising* van de RBI (alfa = 0,87) en de hele RBI (alfa = 0,82).

Door eliminatie van de overige subschalen (alfa < 0,60) is het totale aantal cliëntvariabelen teruggebracht tot 24. Dit zijn de vier hierboven genoemde schalen, de vier schalen van de

SCL-90, de somscore van de SCL-90, en 15 variabelen voor biografische en diagnostische gegevens en gegevens over de verwijzing en de protoprofessionalisering.

Vervolgens zijn de cliënten psychotherapie en sociale psychiatrie op deze variabelen met elkaar vergeleken. Voor de continue variabelen is dit gebeurd met de *t*-test, voor de overige variabelen door een chi-kwadraattoets. Geen van de vergelijkingen tussen beide groepen levert een significant resultaat op. De Fisher's Exact Test toont wel enkele trends aan. Er is een tendens dat cliënten die naar de afdeling psychotherapie worden verwezen, minder vaak een lagere opleiding hebben genoten (chi kwadraat = 3,00, *df* = 48, *p* < 0,08), minder vaak een voorbereidend gesprek met de verwijzer hebben gevoerd (chi kwadraat = 3,17, *df* = 48, *p* < 0,08) en in het verleden minder vaak GGZ-hulp hebben gehad (chi kwadraat = 3,13, *df* = 48, *p* < 0,08).

### **Bespreking**

Er worden geen significante verschillen gevonden tussen de twee groepen. Wel zijn er trends gevonden, in die zin dat psychotherapiecliënten minder laag opgeleid zijn, minder vaak een voorbereidend gesprek hadden met een verwijzer en minder vaak een beroep hebben gedaan op GGZ-hulp. Het niveau van de gevolgde opleiding is een van de elementen die bijdragen aan de sociaal-economische classificatie. De overige twee variabelen vormen een indicatie voor de mate van protoprofessionalisering van de cliënt. De twee groepen cliënten blijken niet te verschillen op andere variabelen die vermoedelijk samenhangen met protoprofessionalisering.

In de literatuur wordt enkele malen gemeld dat bij psychotherapiecliënten de duur van de klachten gemiddeld korter is (Grauwenkamp & Peters, 1982; De Waal, 1987). In het huidige onderzoek wordt dit verschil niet gevonden. Ook worden geen verschillen in de aard van de klachten gevonden.

De geringe verschillen tussen de cliënten kunnen mogelijk (mede) verklaard worden door selectie-bias. Immers, in dit onderzoek zijn alleen cliënten betrokken met een verwijzing voor individuele behandeling. Cliënten die worden toegewezen aan groepstherapie of relatie/gezinstherapie hebben geen aandeel gehad in het onderzoek.

Ook is het niet duidelijk hoeveel cliënten deelname aan het onderzoek geweigerd hebben. Dit kan eveneens leiden tot bias. Het verdient aanbeveling in een vervolgonderzoek alle cliënten in het onderzoek te betrekken die aan de afdeling psychotherapie en de afdeling sociale psychiatrie worden toegewezen.

Over de meetinstrumenten merken we op dat deze niet altijd voldoende betrouwbaar zijn.

Ook is de validiteit niet volledig onderzocht. Het valt te overwegen bij vervolgonderzoek gebruik te maken van vragenlijsten die op voldoende betrouwbaarheid en validiteit kunnen bogen.

Vooralsnog blijft de vraag onbeantwoord waarom de groepen in slechts geringe mate van elkaar verschillen, iets wat sommige andere onderzoeken wel laten zien. Wellicht spelen andere factoren een rol bij de indicatiestelling, die de invloed van de hier bestudeerde factoren overschaduwen.

Zo leidt het tot onduidelijkheid dat er aan de ene kant in de onderzoeksliteratuur regelmatig een tendens wordt gemeld om psychotherapiecliënten positiever te beoordelen dan andere cliënten (Garfield, 1978; De Jong, 1987), maar aan de andere kant zijn er weer bevindingen dat cliënten die bij de therapeuten positief overkomen een grotere kans maken om geaccepteerd te worden voor psychotherapie (Jones, 1974; De Waal, 1987). De meervoudige interpreteerbaarheid en de contextgebondenheid in het indicatiestellingsproces beperkt hier de toepassing van eenduidige criteria.

Wanneer, zoals in dit onderzoek, geen verschillen aantoonbaar blijken tussen psychotherapie- en sociale-psychiatriecliënten dient dit consequenties te hebben voor het

beleid in de toewijzing van zorg aan cliënten. Daarbij spelen, naast eerder genoemde criteria, ook en vooral andere, pragmatische criteria een rol.

Zoals ook elders heeft de indicatiestellingsfase binnen de organisatiestructuur van de RIAGG Midden Limburg een welomschreven statuut. In deze klassieke werkwijze is het denkbaar dat individuele spreekuurhouders zich laten leiden door veelal theorie- en beroepsgebonden probleemdefiniëringen en therapievoorstellen. Het gaat dan vooral om de vele procedures, technieken en werkvormen die binnen de verschillende theoretische richtingen ontwikkeld zijn en die door hun representanten, elk op hun eigen wijze, van toepassing worden geacht in het indicatiestellingsproces. Ook het gedachtengoed dat op afdelingsniveau bestaat om vanuit de eigen afdeling vrijwel alle doelgroepen te kunnen bedienen zal vooral in het zogenaamde grijze gebied ertoe bijdragen dat de beslisregels voor meerdere uitleg vatbaar zijn.

In een pleidooi voor trapsgewijze diagnostiek en indicatiestelling binnen de RIAGG Zeeland beschrijft Rijnders (1995) een zeer pragmatisch uitgangspunt bij toewijzing van zorg. Hij doet dit op basis van een gedifferentieerde visie op klachten, waarbij de nadruk is komen te liggen op het vermogen van cliënt en therapeut om via een proces van onderhandelen tot een gemeenschappelijke theorie over de klacht te komen en op basis daarvan een behandeldoel en behandeltraject te formuleren.

Van Audenhove (1995) pleit in dit verband voor indicatiestelling over de scholen heen, waarbij meer nog dan de beslisregels voor indicatiestelling, de vraag van belang is hoe deze variabelen in het beslissingsproces aan bod moeten komen.

Hiermee komt de klassieke werkwijze niet te vervallen, en ook niet de traditionele opvatting als zouden diagnostische en biografische gegevens en gegevens over verwijzing en protoprofessionalisering belangrijke factoren zijn voor de indicatiestelling. Zij komen eerder in een ander daglicht te staan. Wanneer de functie van de therapeutische rationale en technieken meer in het middelpunt komt van dit besluitvormingsproces ligt het voor de hand dat vervolgonderzoek zich moet richten op variabelen die hierin een belangrijke plaats hebben. Het gaat dan om voorkeuren en verwachtingen van de cliënt, het informeren van de cliënt, het samenwerkingsverband tussen cliënt en therapeut en consensus over hulpverleningsvorm en hulpverlener.

### **Psychotherapy versus socio-psychiatric support. An investigation into the differences between clients referred for psychotherapeutic treatment and clients referred for socio-psychiatric support**

This paper reports on an investigation carried out at a regional institute for ambulant mental health care. The research question was concerned with sociodemographic and socioeconomic differences and differences with respect to personality, problems and psychopathology, between clients referred for psychotherapy (P) and clients referred for social psychiatric help (SP). No significant differences were found between the groups. The variables education ( $P >> SP$ ), consultations before being referred to the institute ( $P < SP$ ) and received mental health care previously ( $P < SP$ ) showed a trend toward significance.

### **Literatuur**

1. Abraham, R.E., & Kuipers, G.H. (1981). Indicaties voor psychotherapie – het ontwikkelen van een behandelingsplan. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 4, 203–221.
2. Arrindel, W.A., & Ettema, H. (1981). Dimensionele structuur, betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse bewerking van de Symptom Checklist (SCL-90). *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*, 36, 77–103.
3. Audenhove, Ch. van (1995). Indicatiestelling in de psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 21, 182–193.

4. Bats, G., Cassee, A.P., Gazendam, B., Slot, N.W., & Beenen, F. (1979). Psychologische testvariabelen als predictoren voor indicatie bij psychotherapie. *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*, 34, 331–346.
5. Beekers, R.J.M. (1982). *Interpersoonlijke vaardigheidstherapieën voor kansarmen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
6. Beenen, F. (1979). Indicatiestelling voor psychotherapie; deskundige logica of deskundologica? *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*, 34, 23–38.
7. Brinkgreve, C., Onland, J.H., & Swaan, A. de (1979). *Sociologie van de psychotherapie. Deel I: de opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf*. Utrecht/Amsterdam: Het Spectrum.
8. Garfield, S.L. (1978). Research on client variables in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
9. Grauwenkamp, F.J., & Peters, F. (1982). Kenmerken van cliëntpopulaties en hun psychotherapeutische behandeling. (Interne publicatie RIAGG Midden Limburg).
10. Jones, E. (1974). Social class and psychotherapy: a critical review of research. *Psychiatry*, 37, 307–320.
11. Jong, A.J. de (1987). *Intake voor psychotherapie, inleiding tot behandelen*. Meppel/Amsterdam: Boom.
12. Kienhorst, C.W.M., Bout, J. van den, & Broese van Groenou, M.I. (1987). Meet de Rational Behavior Inventory (RBI) rationaliteit of affect? *Gedragstherapie*, 20, 51–60.
13. Kuylaars, M.M.P.F. (1988). *Prognostische verwachting*. Doctoraalscriptie Maastricht.
14. Lange, M. (1984). *Drie vormen van behandeling in de GGZ*. Proefschrift. Lisse: Swets & Zeitlinger.
15. Ouborg, M.J. (1985). *Relatie tussen intake-gegevens, therapie-indicatie en behandelresultaat*. Proefschrift Groningen.
16. Ouborg, M.J. (1988). *Klinische psychodiagnostiek en psychotherapie*. Proefschrift Groningen.
17. Reder, P., & Tyson, R. (1980). Who receives psychotherapy? A study of demographic and other patient characteristics. *International Journal of Social Psychiatry*, 26, 58–68.
18. Rijnders, P.B.M. (1995). Zuinig met zorg in de toekomst. Een pleidooi voor trapsgewijze diagnostiek en indicatiestelling in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 21, 429–433.
19. Schrameyer, F. (1978). Salariëring in de ambulante geestelijke gezondheidszorg: een overzicht. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 33, 780–782.
20. Stufkens, A., & Smit, M. (1985). Indicatiestelling in een ongebruikelijk kader. De introductie cursus psychotherapie als intakeprocedure. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 11, 25–43.
21. Velden, K. van de, & Vreeken, T. (1977). Twee notities over de opzet van een maatschappelijk relevante RIAGG in Rotterdam. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 32, 720–722.
22. Waal, W.J. de (1987). *De drempel van de instituutpsychotherapie*. Proefschrift.
23. Winkel, J. van, & Kuylaars, I. (1990). Initiële therapieverwachting in relatie tot resultaat en proces van gedragstherapie. *Directieve Therapie*, 10, 250–257.