



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Onderzoek in de praktijk, lust of last?

Else de Haan*

Samenvatting

Onderzoek in de klinische praktijk is belangrijk, maar brengt veel problemen met zich mee. Het belang van de onderzoeker en dat van de patiënt en de therapeut komt niet altijd overeen. Er zijn veel praktische problemen te overwinnen en er spelen ten slotte soms ook ethische kwesties. Openheid en een cultuur waarin het ter discussie stellen van de eigen werkwijze en een kritische houding normaal zijn, kunnen gezien worden als de voordelen die dergelijk onderzoek met zich meebrengt.

De vraag of psychotherapie werkelijk helpt wordt al vele jaren gesteld. Al in 1952 publiceerde Eysenck een inmiddels beroemd geworden artikel, waarvan de conclusies zijn gebaseerd op 24 effectstudies (Eysenck, 1952). Hoewel veel therapiescholen zich deze vraag hebben gesteld, zijn het vooral de gedragstherapeuten geweest die op grote schaal gecontroleerd onderzoek hebben gedaan naar de effectiviteiten van hun therapie-methoden. Lange tijd was het gebruikelijk dit soort onderzoek niet bij patiënten op poliklinieken of bij RIAGGS te doen, maar bij studenten die bijvoorbeeld bang waren voor spinnen of slangen. Tegenwoordig wordt vrijwel al het effectonderzoek bij patiënten gedaan, niet alleen op universiteiten, maar ook, en steeds meer, in de gewone psychiatrische praktijk.

Wie ooit in een klinische setting onderzoek heeft gedaan weet echter dat op deze plaats weliswaar erg veel echte patiënten te vinden zijn, maar ook dat onderzoek juist daar veel moeilijkheden en tegenstrijdigheden met zich meebrengt. In dit artikel wordt een aantal van deze moeilijkheden en mogelijke oplossingen daarvan besproken.

Een voorbeeld

Toen het enthousiasme voor onderzoek op onze polikliniek steeds grotere vormen aannam, deed zich de mogelijkheid voor mee te doen aan een groot onderzoek naar de effectiviteit van het middel Buspiron. Dit was een revolutionair nieuw medicijn voor angst. Het versuift niet en werkt ook niet verslavend. De vraag die nu beantwoord moest worden was hoe de gebruikelijke middelen tegen angst, zoals Temesta en Seresta, het best konden worden omgezet in dit nieuwe wondermiddel. We hoefden weinig zelf te doen. Het protocol, meestal een heidens karwei, was al gemaakt, evenals de patiëntenboeken waarin alle vragenlijsten, checklisten en schema's per patiënt zijn opgenomen. Er volgden uitvoerige besprekingen met de betrokkenen, waarbij alle in en outs werden doorgenomen. Uit ervaring wisten we dat er meer dan genoeg patiënten zouden zijn die voor deze omzetting in aanmerking zouden komen. Waar zijn er niet veel patiënten met angstklachten én Temesta of Seresta? Toen begon het.

* DRS. E. DE HAAN is psycholoog en adjuncthoofd van de Psychiatrische Polikliniek Delft. Correspondentieadres: Polikliniek Psychiatrie, Reinier de Graafgasthuis, Reinier de Graafweg II, 2625 AD Delft. Dit artikel is een bewerking van de gelijknamige lezing op het Dth-congres van september 1991.

De intaker beoordeelde de eerste patiënten, de onderzoeker nam de vragenlijsten af, de patiënt werd uitvoerig lichamelijk onderzocht, en bij de apotheek van het ziekenhuis lagen de doosjes met pillen klaar. Sommige patiënten zouden in de experimentele fase hun eigen Temesta of Seresta slikken in combinatie met Buspiron, anderen zouden in plaats van Buspiron een placebo krijgen. Niemand wist of zijn pillen Buspiron of een placebo waren. De code was veilig opgeborgen bij één van de onderzoekers in het ziekenhuis, voor het geval er iets mis ging. De patiënten wisten natuurlijk waar het in dit onderzoek om ging. Zij wisten ook van die pillen van de apotheek. Meteen bij de eerste patiënt ging het al mis. 'Het klopt niet,' meldde deze ons, 'ik krijg een placebo, het staat op het doosje.' Op alle doosjes had de ziekenhuisapotheek voor het gemak 'verum placebo/Buspar' gezet om aan te geven dat dit de doosjes voor het Buspirononderzoek waren. Hoe dit ook aan de patiënten werd uitgelegd, steeds zorgde het voor nieuwe verwarring en ongeruste telefoontjes.

Maar daar bleef het niet bij. Al bij het begin waren er maar weinig patiënten bij wie de omzetting probleemloos verliep. De meesten begonnen te klagen. Ze wilden hun oude pillen weer terug, omdat ze last hadden van de Buspiron. Eén patiënt kreeg de meest vreemdsoortige paniekaanvallen en weet dit aan de Buspiron, een ander sliep niet meer. Alles wat mis ging op dat moment in het leven van de betreffende patiënt werd geweten aan het nieuwe medicijn. Het gevolg was dat ook ons geloof in het middel daalde, in weerwil van eerder verschenen rapporten. En daarmee daalde ook de overtuigingskracht om mensen zover te krijgen dat ze meededen aan het onderzoek en het volhielden. Het Buspiron-project kwijnde weg en werd ten slotte afgeblazen. In plaats van zestig – wat het plan was – waren er negen mensen in het project behandeld. Buspiron wordt niet veel meer gebruikt op de polikliniek.

Er zijn heel wat kunstfouten gemaakt bij dit project. Ik zal daar later nog op terugkomen.

Het probleem van onderzoek in de praktijk is een prioriteiten- en belangenvraagstuk. Op lange termijn streven onderzoeker, behandelaar en patiënt misschien wel hetzelfde doel na – een goede behandeling – op korte termijn echter helemaal niet. De onderzoeker wil zoveel mogelijk weten, de patiënt wil zo snel mogelijk beter worden. Soms botsen deze belangen. Dit probleem komen we overal weer in een andere vorm tegen en roept ten slotte ook ethische vragen op. Eerst wil ik op de praktische problemen ingaan.

Problemen in de praktijk

De geschikte patiënten

Het onderzoeksmateriaal dat de klinische praktijk tot zo'n aantrekkelijke onderzoeksplaats maakt, is meteen zijn zwakte: de patiënten. Er zijn er veel met een dwangstoornis, nog veel meer met agorafobie, een paniekstoornis of een depressie. Er is onderzoeksmateriaal te over, maar op het moment dat besloten wordt de behandeling in het kader van een wetenschappelijk onderzoek te doen, lijken de patiënten van de aardbodem te zijn verdwenen. Ze blijken te oud, te jong of lichamelijk ziek, lijden aan nog een andere psychiatrische stoornis of verkiezen gesprekken over hun relaties boven een mooi exposureprogramma. Van de 51 volwassen patiënten die zich het laatste jaar op onze polikliniek aanmeldden met een dwangstoornis, konden er ten slotte slechts

29 in een onderzoek worden opgenomen. De rest viel uit omdat ze niet voldeden aan de inclusiecriteria.

Een onderzoeksvraag komt nooit uit de lucht vallen; er bestaat zoiets als een mode op dit gebied. In de vaktijdschriften verschijnen artikelen over een psychiatrische stoornis of over een speciale behandeling, er worden lezingen en workshops gegeven en dan opeens verrijzen er onderzoeksprojecten. Wanneer die mode al een tijdje bestaat kan het zijn dat patiënten van het ene project in het andere rollen. Zo was er een patiënt met agorafobie die in Utrecht in het Fevarin-onderzoek terecht was gekomen. De behandeling had geen effect gehad. Later bleek dat ze in de placebogroep had gezeten. Ze besloot nu dichterbij hulp te zoeken en meldde zich bij onze polikliniek. Ook bij ons liep op dat moment een onderzoeksproject voor agorafobici. Ze was een ideale agorafobiepatiënt en voldeed aan al onze inclusiecriteria, inclusief haar toestemming. Gelukkig voor haar voorzag ons protocol niet in een placebogroep of een controlewachtgroep. Anders was ze een dolende patiënt geworden die wanhopig op zoek naar genezing van de ene placebogroep in de andere rolt.

Al die onderzoeken maken de spoeling dun en de bereidheid van de patiënt eraan mee te werken wordt steeds geringer.

Vooral als het om medicamenteuze behandelingen gaat zijn huisartsen in de regel veel eerder overtuigd van de heilzame werking dan wij. Terwijl wij moeizaam een onderzoeksprotocol uitdenken, hebben zij het middel al vele malen voorgeschreven. Het eerdergenoemde agorafobieproject werd geteisterd door de Anafranil- en Fevarinmode. Er kwam maandenlang vrijwel geen patiënt zonder zo'n pil. Al die tijd konden wij geen patiënt in ons onderzoek opnemen, omdat het gebruik van die medicijnen een exclusie criterium was. De laatste tijd hebben niet meer de patiënten met agorafobie, maar die met een dwangstoornis deze medicijnen. Het maakt ze allemaal ongeschikt voor ons onderzoeksproject.

Het is niet ongebruikelijk om door middel van televisieprogramma's of artikelen in bijvoorbeeld de Libelle ruchtbaarheid te geven aan onderzoeksprojecten. Deze berichten worden gretig gevolgd en zijn voor veel mensen aanleiding zich bij het zich profilerende instituut aan te melden. Het is een goede methode om voldoende patiënten te krijgen voor onderzoek. Maar de methode kan zich ook tegen je keren. Niet alleen mensen met het aan de orde zijnde probleem, maar juist ook anderen reageren op het televisieprogramma of artikel. Zo levert aandacht in de media voor het feit dat in onze polikliniek dwangstoornissen worden behandeld, naast patiënten met een dwang ook altijd een hele serie patiënten met andere stoornissen op: schizofrenie, waanstoornis en natuurlijk stoornissen in de impulscontrole. Een enkele patiënt meldt zich zelfs aan met 'dwangmatig' alcoholgebruik.

Maar ook patiënten met de juiste diagnose zijn vaak niet de eenvoudigsten. Zij hebben vaak vele mislukte behandelingen achter de rug. Hun klachten bestaan al zeer lang en soms is hun hele leven erop ingesteld. Wanneer we even teruggaan naar het Buspirononderzoek, dan is dit één van de eerste oorzaken waardoor het is misgegaan. De eerste patiënten in het onderzoek waren mensen die al op onze eigen polikliniek in behandeling waren. Natuurlijk waren dit niet de patiënten bij wie de behandeling voorspoedig verliep. Bij die mensen werd het gebruik van tranquillizers gewoon gestaakt.

Het waren de moeilijke mensen die lang in therapie waren en die om de een of andere reden het gebruik van Seresta of Temesta niet konden staken.

Meedoen aan een onderzoek

Er kan geen wetenschappelijk onderzoek plaatsvinden zonder de expliciete toestemming van de betrokken patiënt. Er dient een 'informed consent' getekend te worden waarin het doel van het onderzoek en de praktische gang van zaken uit de doeken wordt gedaan. Vaak moeten daarin ook voor patiënten minder prettige regelingen verteld worden, zoals bijvoorbeeld het bestaan van een wachtgroep naast de experimentele groepen. De patiënt loopt met andere woorden kans voorlopig helemaal niet behandeld te worden, maar slechts twee keer een aantal vragenlijsten in te moeten vullen. Ook het feit dat het lot bepaalt welke behandeling de patiënt krijgt spreekt weinig mensen aan. De meeste schrikken van het woord lot of loting; dat is iets voor een spelletje en niet voor een serieuze zaak als een behandeling in het ziekenhuis. Slechts weinig mensen weten dat toeval ook een grote rol speelt wanneer er geen onderzoek wordt gedaan, en als verontschuldiging spreekt het niemand aan.

Het is beter de experimentele periode, de periode waarin de behandeling volgens protocol gedaan dient te worden te bestempelen als een eerste fase in de therapie, waarna andere therapievormen mogelijk zijn.

Soms is het bestaan van een onderzoeksproject al zo bekend dat patiënten vooraf op de hoogte zijn. Behandeld worden in het kader van een beroemd onderzoek geeft een extra cachet, hetgeen kennelijk de pijn van loting, wachtgroepen en placebobehandeling verzacht of zelfs in de schaduw zet. De eerdergenoemde patiënte met agorafobie reisde vele malen naar Utrecht om in het kader van het door de Fobieclub Nederland sterk aangeprezen Fevarin-onderzoek behandeld te worden. Toen bleek dat ze al die tijd een neppil had geslikt, was ze niet verontwaardigd of boos. Ze begreep waarom ze niet beter was geworden en zocht opgewekt elders hulp. Ook toen overal in Nederland gynaecologen al progesteron voorschreven ter behandeling van een postpartumdepressie, waren er toch nog steeds vrouwen die liever naar dokter Loendersloot in Wageningen gingen. Hij was de gynaecoloog die ooit met deze behandeling begonnen was en door vele tijdschriften was geïnterviewd. De lange wachttijden en de reis naar Wageningen namen deze vrouwen graag op de koop toe.

In het beroemde onderzoek van Sloane et al. (1975) naar de verschillen in effect tussen analytisch georiënteerde psychotherapieën en gedragstherapie werd ook een zogenoemde wachtlijstconditie ingesteld. Patiënten uit deze conditie kregen een intake-gesprek, zo nu en dan een telefoontje van een onderzoeksassistent en na verloop van vier maanden moesten zij opnieuw vragenlijsten invullen en vertellen hoe het met hen ging. Zij kregen geen echte therapie, maar toch verbeterde er een groot aantal. Zevenenzeventig procent voelde zich over het algemeen beter en bij bijna de helft waren de klachten verminderd. Sloane en zijn collega's noemen als verklaringen het langdurige intake-gesprek met de mogelijkheid over de problemen te praten, de telefonische contacten met een 'warme', vriendelijke onderzoeksassistent én het feit dat de patiënten wisten dat ze deelnamen aan een prestigieus, door de universiteit gesponsord researchproject.

We kunnen hieruit de conclusie trekken dat het alleen al om die reden belangrijk is een prestigieus onderzoeksinstituut te worden. De patiënten zouden dan immers niets liever willen dan in het kader van een onderzoek daar behandeld worden. Bovendien knappen zij alleen al daarvan aanzienlijk op. Een meer directieve conclusie is dat je alvast moet handelen alsof je al een prestigieus onderzoeksinstituut hebt, en dat je enthousiast moet praten over de belangwekkende behandelingen, over patiënten die beter werden en over het feit dat de beste therapeuten bij dit project zijn ingeschakeld. Om dezelfde reden is het aan te raden de intake te laten doen door een van de onderzoekers – iemand die belang heeft bij het slagen van het onderzoek.

Soms wordt deelnemen aan een onderzoek voor patiënten heel aantrekkelijk gemaakt. De gebruikelijke wachttijd voor een poliklinische behandeling, die, nogal eens kan uitlopen, geldt voor hen niet. Kiezen zij voor het onderzoek, dan zijn ze vrijwel direct aan de beurt.

De protocollaire behandeling

Wanneer een patiënt dan uiteindelijk in het onderzoek zit beginnen de problemen eigenlijk pas goed. Meestal worden er voor de te onderzoeken behandelingen protocollen gemaakt. Hierin wordt per zitting min of meer exact beschreven welke handelwijze gevolgd dient te worden. In één opzicht lijken alle protocollen op elkaar: zij gaan ervan uit dat de patiënt en de therapeut voor de tijd die de protocollaire behandeling beslaat in een soort vacuüm leven, zonder invloeden van buiten, zonder stakingen van het openbaar vervoer, zonder sneeuwstormen en zonder familieleden die doodgaan. De werkelijkheid is anders. Veelvoorkomende verstoringen van het protocol zijn:

- Vakanties, zowel van de patiënt als van de therapeut. Deze vakanties vallen vaak niet samen.
- De huisarts geeft de patiënt psychofarmaca terwijl het onderzoek loopt. Dit is niet altijd te voorkomen met een vermelding van het onderzoek in de brief na de intake.
- Patiënten regelen een therapie ernaast, bijvoorbeeld nadat zij een nieuw artikel in de Libelle hebben gelezen.
- De patiënt komt niet op zijn afspraak.
- De patiënt registreert niet, of vult vragenlijsten niet in.
- De patiënt vertelt pas bij een later bezoek dat hij eigenlijk liever eerst over zijn relatieproblemen wil praten.
- Er komt een crisis in het gezin van de patiënt waarover eerst gesproken dient te worden.

Eigenlijk zou in ieder protocol moeten staan hoe bij dergelijke verstoringen gehandeld moet worden. Wanneer moeten we de patiënt beschouwen als een 'drop-out'? Hoe lang en hoe vaak kan er over iets anders dan over het oorspronkelijke probleem gepraat worden? Wanneer in artikelen over de resultaten van onderzoek, ook deze vragen aan bod komen, is het misschien mogelijk voor dit soort zaken een meer algemeen aanvaard beleid te ontwikkelen.

Therapeuten

In de meeste gevallen is de onderzoeker niet degene die de behandelingen uitvoert. Dit kan voor heel wat problemen zorgen. Op de universiteit voeren studenten de behandelingen uit. Zij hebben nog niet veel therapie-ervaring. In een behandelinstituut zijn het al of niet geregistreerde psychotherapeuten die gewend zijn zelfstandig te werken en naast de behandelingen in het kader van het onderzoek ook nog heel wat andere behandelingen dienen uit te voeren. Zij hebben belangen die in feite niets met de wetenschap te maken hebben. Zij moeten patiënten behandelen en het liefst zo goed mogelijk. Dat betekent soms dat zij naar gelang de situatie hun behandelplan bijstellen, een ander gespreksonderwerp kiezen, medicijnen voorschrijven of een opname regelen. Hun patiënten, ook die uit het onderzoek, moeten de spreekkamer tevreden verlaten. De eisen die het onderzoeksprotocol stelt komen niet altijd overeen met de eisen die naar hun mening gedictieerd worden door de beste behandeling. Ik zeg met opzet 'naar hun mening'. In ieder onderzoek hoort het welzijn van de patiënt voorop te staan wanneer er beslissingen genomen worden over het al of niet voortgaan met de geprotocolleerde behandeling. De ervaring leert echter dat de ene therapeut het welzijn veel eerder in geding acht dan de andere. Een behandelaar die het nut van een onderzoek niet inziet zal eerder besluiten tot stoppen dan een die dat belang wel ziet. En niemand weet wie de juiste conclusie trok.

Tussen het zonder problemen protocollair behandelen en de overduidelijke noodzaak om een patiënt de onderzoeksprocedure niet langer te laten volgen, zit een breed gebied. Helaas bewegen we ons vaak in dat niemandsland waarin iedere keer weer opnieuw beslissingen genomen moeten worden.

Van de therapeut wordt bij een onderzoek veel extra werk gevraagd:

- zich houden aan het behandelprotocol;
- extra informatie inwinnen die met de behandeling op zich niets te maken heeft;
- zorgen dat de patiënt op de juiste tijd weer een afspraak maakt voor een meting;
- zelf vragenlijsten invullen;
- op voorgedrukte formuliertjes allerlei scores invullen, iedere zitting weer, zoals lijsten die de depressie, de dwang of de bijwerkingen van medicijnen meten.

Wanneer het te veel is zullen sommige behandelaren klagen, velen zullen echter hun eigen oplossingen kiezen. Voor zover ik weet zijn er nooit systematisch gegevens verzameld over hoe vaak behandelaren de regels van het protocol ontduiken. Bij sociaal-psychologisch onderzoek is dit wel gedaan. Azrin et al. (zie Hoogstraten, 1988) deden een onderzoek waarbij ze de proefleiders zeer moeilijke en vrijwel onmogelijke opdrachten gaven. Het bleek dat een vrij groot deel van de proefleiders niets zei en het experiment uitvoerde en daarbij de experimentele procedure gewoon veranderde of de data zelf verzoon. De proefleiders van Azrin waren niet de enigen. Hoogstraten (1988) schrijft een heel hoofdstuk over de oplossingen die onderzoekers en vooral ook proefleiders en onderzoeksassistenten verzinnen, wanneer zij niet aan de eisen van het onderzoek kunnen voldoen. Ook hijzelf heeft ervaring met dergelijke oplossingen: 'Uit de tijd dat ik werkzaam was bij enkele bureaus voor marktonderzoek herinner ik mij dat frequentietabellen die niet op precies 100% uitkwamen, weinig kans maakten genade te vinden in de ogen van de projectleider. Een hernieuwde analyse van de vele honderden vragenlijsten was in de regel ondenkbaar; in alle eenzaamheid bracht een assistent-projectleider de vereiste correctives aan.'

Het is voorstelbaar dat een overbelaste psychotherapeut die te veel lijsten moet invullen en te veel vragen moet stellen daar zijn eigen oplossingen voor zoekt.

Zo bekeken is het een wonder dat er ooit nog een aardig onderzoek in de klinische praktijk wordt verricht. Hoe komt het dat het soms toch goed gaat? Welke factoren spelen hierbij een rol? Zoals hierboven al is gezegd: de behandelaar heeft een ander belang dan de onderzoeker. Als belangrijkste regel zou ik willen stellen dat ervoor gezorgd moet worden dat de therapeuten, op welke manier ook, belang hebben bij het onderzoek. Het onderzoek moet voor hen niet alleen een last zijn, het moet hen ook wat opleveren. Ik noem enkele mogelijkheden.

- Er is belangstelling voor de onderzochte vraagstelling of methode. Als we teruggaan naar het Buspiron-onderzoek, dan zien we dat ook hier een fout lag. In onze polikliniek is er vooral belangstelling voor psychotherapie en in veel mindere mate voor medicamenteuze therapie. Buspiron was een nieuw middel, ook voor ons. We hadden er geen ervaring mee. Er was bereidheid om ermee te werken, maar niemand gloeide van belangstelling. Ook was niemand overtuigd van de werkzaamheid van het middel.
- Het is mogelijk iets nieuws te leren: een nieuwe behandelmethode, de behandeling van een ingewikkelde klacht.
- Het is mogelijk supervisie te krijgen van een belangwekkend persoon.
- De supervisie draagt bij aan de registratie tot bijvoorbeeld gedragstherapeut.
- De onderzoeker is een collega van dezelfde instelling. Voor een collega, op voorwaarde dat deze aardig gevonden wordt, wordt meer gedaan dan voor iemand van buiten.
- Er vindt veelvuldig supervisie en gevalsbespreking plaats.
- Het feit dat het onderzoek gedaan wordt moet overal bekend zijn, zodat er vaak over gepraat wordt.
- Het is duidelijk dat het instituut of de instelling het onderzoek belangrijk vindt, zodat meedoen een eer is in plaats van een last.
- De afspraken met andere instellingen zijn helder en duidelijk. Het feit dat de apotheek voor het gemak 'verum placebo/Buspar' op alle doosjes had gezet, was de eerste stap naar mislukking van het Buspiron-project.
- Er is een voortdurende en haast overdreven controle op het invullen van vragenlijsten en het doen van vervolgmetingen. Het beste is iemand hiermee apart te belasten, die 'tot misselijkmakens toe' de therapeuten vraagt hun zaken te regelen.
- Ook aan de meest banale voorwaarden is voldaan. Zo is er bijvoorbeeld een ruimte waarin de testgegevens in de zogenaamde patiëntenboeken kunnen worden opgeslagen, en liggen de nog in te vullen vragenlijsten in voldoende hoeveelheden klaar.

De ethische kwestie

Als we alle moeilijkheden bezien en de energie die het kost om ze op te lossen, moeten we ons dan niet afvragen of het allemaal wel zin heeft? Wat levert het ons op behalve een publikatie en wellicht een stap van een honderdste milimeter voorwaarts op de weg van de wetenschap?

Aan de vrijwilligheid waarmee patiënten meedoen aan onderzoek kan getwijfeld worden. Al of niet meedoen wordt nooit gepresenteerd als een gelijkwaardige keuze tussen A en B. Nee zeggen tegen het onderzoek betekent degene die het vraagt teleurstellen. In

sommige instituten betekent nee zeggen een langere wachttijd, in andere misschien een minder ervaren therapeut. De patiënt wordt – weliswaar met zachte hand – in de richting van het onderzoek geduwd.

Voor behandelaren is er ook een keerzijde van de medaille. Hun weigering om mee te doen aan het onderzoek kan betekenen dat ze er niet meer echt bijhoren. Zij missen de interessante besprekingen, hun status gaat achteruit. Zij missen de trein der vooruitgang.

Met andere woorden, de manieren om patiënten en behandelaren te enthousiasmeren hebben (willen ze effectief zijn) ook een schaduwzijde. Wanneer mensen ertoe gebracht kunnen worden mee te doen aan een onderzoek en zich aan het protocol te houden, kunnen zij er ook toe gebracht worden zich aan *slechte* protocollen te houden. Iedereen kent zo langzamerhand het onderzoek waarbij een zogenaamde proefleider een zogenaamde proefpersoon steeds krachtiger elektrische schokken moest geven en dit ook deed, ook al hoorde hij het geschreeuw en het gejammer van de proefpersoon. Zeker is dat als het belang van het onderzoek voor degene die er aan meedoen groter wordt, de kans toeneemt dat zij zich aan de regels houden, ook wanneer die regels ethisch niet door de beugel kunnen. De Medisch-ethische Commissie – een commissie die de ethische aspecten van onderzoeksprotocollen beoordeelt – biedt niet altijd uitkomst bij dit probleem. Deze commissie beoordeelt slechts het protocol en niet de naleving of de nadere invulling ervan.

Aan de andere kant is het de vraag in hoeverre dergelijke uitwassen nu specifiek voor onderzoek zijn. Methodes als imaginaire confrontatie, waarbij de patiënt door een aantal behandelaren wordt vastgehouden en deze behandelaren zelfs niet schromen om op de patiënt te gaan zitten, worden buiten de onderzoekscontext toegepast. Nog steeds gaan psychotherapeuten met hun patiënten naar bed, nog steeds worden patiënten onbeschoft behandeld. We moeten constateren dat we niet blind kunnen varen op de goede inborst van artsen en psychotherapeuten, of ze nu wel of geen onderzoek doen.

Daar waar onderzoek wordt gedaan wordt netter gewerkt. Er wordt meer besproken en er ontstaat een cultuur waarin het normaal is om de eigen werkwijze ter discussie te stellen. Er ontwikkelt zich een wetenschappelijke houding waarbij meer openheid bestaat voor veranderingen. Naast een honderdste millimeter vooruitgang op de weg der wetenschap, en wellicht wat persoonlijke roem, kan dit laatste misschien tot de lusten gerekend worden die al die lasten draaglijk maken.

Abstract

Research in clinical practice is important, but brings also many problems. The interest of the researcher is not always the same as that of the patient and the therapist. Many practical problems are to be solved. Sometimes there are also ethical questions. Openness, a culture

of discussing ones own procedures and a critical mind, can be conceived as the benefits of this kind of research.

Referenties

- Barber, Th.X. (1976). *Pitfalls in human research*. New York: Pergamon.
- Barber, Th.X. & M.J. Silver (1968). Fact, fiction and the experimenter bias effect. *Psychological Bulletin*, 70, 1-29.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Hoogstraten, J. (1989). *De machteloze onderzoeker*, Meppel: Boom.
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J. & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.