

ZELFBEOORDELINGSSCHALEN OP EEN GROEP ANOREXIA-NERVOSA PATIENTEN

door dr. E. J. ZWAAN, psycholoog

(uit de Researchafdeling van de Universiteitskliniek voor Psychiatrie,
Hoofd: Prof. Dr. J. H. Plokker)

Dat het belangrijk is de vooruitgang resp. achteruitgang van patiënten zorgvuldig in het oog te houden, zal wel niemand willen ontkennen. Het is niet alleen van belang voor de patiënt, maar ook voor de arts. Hij toch zal willen weten welke vormen van therapie het in dit bepaalde geval doen en welke niet. Verder is de vraag uit te breiden naar het waarom wel en waarom niet in dit bepaalde geval. Adequate afbakening van gevallen is een volgende stap. Dit alles is in de medische praktijk geïmpliceerd en dus niets nieuws. Al deze dingen dragen bij tot onze kennis van de therapie-indicatie.

Bij de evaluatie van psychotherapie is dit alles veel moeilijker. Dat waarop deze therapie gericht is, en dientengevolge ook de middelen en doeleinden van deze therapie zijn alle veel minder omschreven. De patiënt kan in het algemeen vooruitgaan zonder dat de psychotherapeutische doeleinden in engere zin bereikt worden, of andersom. Worden deze doeleinden geheel of ten dele bereikt, dan weet men weer niet of dit soms ook te danken is aan andere vormen van therapie die de patiënt krijgt. Misschien is de verbetering wel gewoon een functie van het tijdsverloop.

Het is dus, kort samengevat, ontzettend moeilijk vast te stellen of psychotherapie het gewenste en bedoelde resultaat heeft gesorteerd. Toen ons — de researchafdeling van deze kliniek — dan ook door Dr. Lafeber werd gevraagd of wij iets hadden om het verloop van de in het vorige referaat vermelde groepstherapie na te gaan, sloeg ons de schrik om het hart. Voor een dergelijke speciale groep is natuurlijk een kant en klaar instrument bij benadering niet voorhanden. Onze bemoeienis moet dan ook als zuiver exploratief worden aangemerkt, als een avontuur dat voornamelijk de moeite waard is om de poging, niet om het resultaat.

EXTERNE CRITERIA

Om te beginnen hebben wij het idee om het effect van alleen maar dat anderhalve therapie-uur in de week te meten direct laten schieten. We hebben gewoon enkele aspecten gesuggereerd waaraan men de verbetering gedurende deze zes maanden zou kunnen aflezen. Tekenens dus die op vooruitgang wijzen, bij voorkeur wanneer zij kwantitatief uit te drukken zijn. In aanmerking komen dan het gewicht, de frequentie waarmee patiënte de voorkeur geeft aan gewone voeding boven sonde-voeding, aan een inhoudsanalyse van de tijdens de

groepstherapie opgenomen gesprekken, het aantal initiatieven dat patiënte neemt (zoals het gaan naar de arbeidstherapie, wandelingen in de stad, zelf weer vragen naar school- of beroepsopleiding, enz.).

Bij een heel nauwkeurige registratie van deze zaken zou men eventueel nog wel kunnen zien in hoeverre verbetering volgt op het wekelijkse groepstherapie-uur. Over deze methode wijd ik echter niet uit, omdat hiervan geen systematisch gebruik gemaakt is.

DE ZELFBEOORDELINGSSCHALEN

Een andere mogelijkheid om optredende veranderingen te controleren bestaat uit de gesystematiseerde beoordeling. Een variant daarvan is de zelfbeoordeling, en daarmee begint ons avontuur.

De opzet was geïnspireerd op de methodiek van Shapiro.¹ Shapiro stelt voor elke patiënt een hypothese op voor de veranderingen in de zelfbeoordelingen die bij deze ene patiënt zullen optreden — in de loop van de tijd of als gevolg van de toegepaste therapie. Nu was het opstellen van een hypothese voor elke patiënt afzonderlijk in dit geval niet mogelijk. Om te beginnen waren de betrokken patiënten zichzelf niet zozeer een probleem, en van een strikt individuele levensproblematiek was geen sprake. Daarop kon de zelfbeoordelingslijst dus niet worden afgestemd.

Wel — en daarop was juist de groepstherapie gericht — zijn er volgens het klinisch-psychiatrisch gevoelen enkele algemene kenmerken. Er is behoefte zich te conformeren aan de normen die in het milieu van kracht zijn, zonder dat deze persoonlijk verwerkt zijn. Er is een behoefte afhankelijk te zijn en te blijven. Er zou zijn de angst volwassen te worden of te zijn, er zou zijn een afkeer van de zich opdringende lichamelijke rijping en van de nieuwe eisen die deze zou kunnen stellen.

De items van onze lijst zijn dan ook grotendeels op deze punten gecentreerd. Het gaat dus om de algemene psychische kenmerken van de anorexia nervosa voor zover deze in zelfuitspraken kenbaar kunnen worden. En dan weer speciaal met het oog op de wijzigingen die zich hierin in de loop der tijd zullen voordoen. Ook vanwege dit laatste punt, de wijzigingen gedurende de periode van toegepaste groepstherapie, hebben de items alle een 'sociaal' karakter, ze betreffen de patiënte zoals deze zich beleeft in en tegenover de groep.

Hoe gingen wij nu te werk? Uit een niet-specifieke vragenlijst van 80 zelfuitspraken werden er 12 gelicht die relevant leken voor de onderstelde problematiek van de anorexia-nervosa patiënten. Op voorhand werden deze twaalf items gecategoriseerd in rubrieken die men zou

¹ Het duidelijkst en uitvoerigst is deze methodiek weergegeven in 'A clinical approach to fundamental research with special reference to the study of the single patient' (P. Sainsbury & N. Kreitman: *Methods of psychiatric research*, hoofdstuk 12).

kunnen aanduiden met zelfvertrouwen (4 items), groepsconformisme (5 items) en afhankelijkheid van groepsappreciatie (2 items). Eén item had betrekking op het er al dan niet ouder willen uitzien.

Om nu te komen tot een bepaling van de *mate* waarin elke zelfuitspraak geldt voor de betrokken patiënten, splitsten wij elk item in drie uitspraken welke gradaties van de betrokken eigenschap weergeven. Zo werd het item „zich thuisvoelen in gezelschap” gesplitst in:

- a) Ik voel me *wel* thuis in gezelschap
- b) Ik voel me *niet zo gauw* thuis in gezelschap
- c) Ik voel me *eigenlijk nooit* thuis in gezelschap

Deze uitspraken werden twee aan twee aangeboden (drie combinaties dus) en de patiënte moest aangeven welk van de twee het meest betrekking had op de eigen persoon. Op deze wijze krijgt men namelijk de meest betrouwbare bepaling.

We kunnen nu de volgende scores verwachten:

- a>b, a>c, b>c: score 1²
- a<b, a>c, b>c: score 2
- a<b, a<c, b>c: score 3
- a<b, a<c, b<c: score 4

In beeld gebracht hebben de scores ten opzichte van de uitspraken de volgende posities:

a — — b — — c
1 2 3 4

Deze vier scores representeren nog maar de helft van het totale aantal mogelijke uitspraakvoorkeur-combinaties. Theoretisch zijn nog mogelijk de patronen waarbij a meer geldt dan b, terwijl ook c meer zou gelden dan b; of waarbij a meer geldt dan c, terwijl c weer meer zou gelden dan b. Een dergelijke voorkeur is evenwel inconsistent en doet volgorde en lijnligging van a, b en c geweld aan. Slechts de scores 1, 2, 3 en 4 zijn logisch betrouwbaar.

Nu kwamen er op het totale aantal van 576 score-bepalingen maar acht inconsistenties voor. Het systeem is dus bruikbaar.

De items. Op pagina 86 zijn de uit de 12 items resulterende 36 uitspraken in systematische rangschikking weergegeven. De lijst die aangeboden werd omvatte 36 paren uitspraken, en wel in random volgorde. Deze lijst werd individueel zes maal afgenomen gedurende een periode van zes maanden waarin de patiënten de groepstherapie ondergingen. De eerste afname vond plaats één maand nadat met deze therapie een aanvang was gemaakt.

² > geldt meer dan
< geldt minder dan

Het verloop over de zes afnamen — De verwachting was dat bij een gunstig verloop van het ziektebeeld het zelfvertrouwen zou toenemen en het groepsconformisme zou afnemen. In het licht van deze verwachting kunnen we de resultaten bezien van de patiënte uit en van het item uit.

a) Voor drie patiënten kon toeneming van zelfvertrouwen worden geconstateerd, voor één afneming. Wat het conformisme betreft, vier vertoonden in de loop van de zes maanden minder neiging zich te conformeren, twee vertoonden een tegengestelde tendens. Alles bijeengenomen indiceren drie patiënten in de beantwoording van de lijst duidelijke vooruitgang, één duidelijk achteruitgang. Deze resultaten weerspiegelen de psychiatrische beoordeling.

Over de groep patiënten als geheel kon geen significante vooruitgang worden gemeten. Dit zegt niet veel, omdat er maar acht deelnemers waren.

b) Nemen we de scores per item van alle patiënten over de eerste drie afnamen en vergelijken we die met de totale score van de laatste drie invullingen, dan blijkt voor de groep items de verschuiving in de verwachte richting significant te zijn. Houden we onze voorlopige etikettering even aan, dan kunnen we dus zeggen dat het scoreverloop wijst op toegenomen zelfvertrouwen en afgenomen conformisme.

De vergelijking met een controlegroep — Om meer dan één reden is een controlegroep onontbeerlijk. Zonder de resultaten van een controlegroep weet men niet welke betekenis aan de patiëntenscores moet worden toegekend. Uitsluitend het inzicht van de onderzoeker die de scores op face value waardeert zou dan de norm zijn. In de tweede plaats is vergelijking met een controlegroep noodzakelijk om de *veranderingen in de scores* te kunnen evalueren. Niet alleen is het belangrijk om te weten of deze scores zich gaan bewegen in de richting van de resultaten der controlegroep, het is ook gewichtig te weten aan welke schommelingen zo'n controlegroep zelf onderhevig is, bij aangenomen goede psychische gezondheid. In de derde plaats kan het nieuwverkrege materiaal dienen om na te gaan of onze voorlopige etikettering wel houdbaar blijkt. Met andere woorden: zijn er wel correlaties tussen de items waar wij die verwacht hadden?

Als controlegroep dienden 30 eerstejaars pedagogiek-studenten die in leeftijd en intelligentie vrij aardig overeenkwamen met onze patiënten. Voor deze groep berekenden wij het gemiddelde en de standaarddeviatie per item. Vergelijking van deze gemiddelden met de gemiddelden die wij bij de eerste afname op onze 8 patiënten verkregen, geeft het volgende: op vijf items liggen deze gemiddelden meer dan een standaarddeviatie uit elkaar! Vergeleken met de controlegroep voelden de patiënten zich minder thuis in gezelschap, konden

zij moeilijker overweg met anderen, gaven zij meer aan anderen toe, vonden ze het vervelender veel aandacht te krijgen, zagen zij er liever jonger uit dan zij waren.

Dit alles ligt in de lijn van de klinische verwachting. Bezien wij nu de zesde afname, dan blijkt dat de gemiddelde score op al deze vijf items een belangrijk stuk verschoven is in de richting van de controlegroep. Dat het algehele beeld in de richting van de controlegroep verschuift, blijkt ook hieruit dat het profiel van de scores meer gaat lijken op dat van de controlegroep. Rangcorrelatie volgens Spearman tussen controlegroep en eerste afname patiënten .40, tussen controlegroep en zesde afname .73 (significant op 1% niveau), hetgeen meer is dan de correlatie tussen eerste en zesde afname onderling.

Voegt men nu alle resultaten bijeen, dan lijkt het er waarschijnlijk een beetje op of we een soort meetinstrument voor psychische vooruitgang in handen hebben gehad. Wel dienen we te bedenken dat de norm hierbij niet was gelegen in strikte externe criteria, maar in een a priori oordeel resp. in de resultaten van een controlegroep.

Dan doet zich nog de vraag voor naar de waarde van onze voorlopige bundeling in zelfvertrouwen en conformisme. Correlatierekening toegepast op de controlegroep leert inderdaad dat de meeste van deze items binnen de onderstelde groepen zelfvertrouwen en conformisme in nauw verband met elkaar staan. Maar ook is er een vrijwel even hoge negatieve correlatie tussen de zgn. conformisme-items enerzijds en de zgn. zelfvertrouwen-items anderzijds, zodat we dit gehele conglomeraat beter kunnen aanduiden met een woord als 'sociale onbevangenheid (of: gretigheid)'. In dit verband kunnen we beter de dimensie van de conformisme-items omkeren en spreken van non-conformisme, welke positief correleert met zelfvertrouwen. Dat het conglomeraat een sociale betekenis heeft blijkt o.a. hieruit, dat het zelfvertrouwen-item 'ik kan er goed tegen als ze me niet aardig vinden' er niet bij hoort; evenmin het nonconformistische 'het liefst gedraag ik me anders dan de anderen'. Eén item correleert zelfs tegengesteld aan de oorspronkelijke verwachting: 'Ik vind het naar om alleen te zijn' behoort ertoe, en niet 'ik vind het prettig om alleen te zijn'. Deze correcties op de verwachting verstevigen het idee dat het cluster een sociaal karakter heeft. Dat het aan de andere kant niet alles plooibaarheid is binnen dit cluster, dat het woord onbevangenheid dus wel op zijn plaats is, tonen de drie overgebleven 'non-conformistische' items voldoende aan. Deze items zijn: 'de anderen hebben bijna nooit gelijk', 'ik geef bijna nooit aan anderen toe' en 'ik houd me in het algemeen aan mijn eigen standpunt'.

Buiten het hier aangegeven cluster staan de items 'ik kan er absoluut niet tegen als ze me niet aardig vinden', 'het liefst gedraag ik me net als de anderen' en 'ik zie er graag leuk uit'. De verschillen tussen patiënten en controlegroep zijn voor deze items gering, en de veran-

dering die de patiënten in de loop der maanden hierop vertonen is verwaarloosbaar. Voor de hier bedoelde meting zijn zij dus van weinig belang gebleken. Om economische redenen zou men hen voortaan kunnen laten schieten.

Voorts blijken de items 'zich thuis voelen in gezelschap' en 'overweg kunnen met anderen' vrijwel identiek te zijn, zodat ook hier één van de twee kan vervallen.

Resten twee principiële vragen die ik hier zeer in het kort afdoe. Ten eerste de specificiteit van de gebezigde uitspraken voor het psychisch beleven van juist de anorexia-nervosa patiënten. Zouden andere ziektebeelden misschien niet soortgelijke scores en veranderingen daarin vertonen? Brengt wellicht de situatie van als ziek beschouwd en behandeld worden (denk bijv. aan het item 'het vervelend vinden veel aandacht te krijgen') dit al niet met zich mee? Onderzoek op andere patiënten zou hierop het antwoord moeten geven.

Ten slotte de vraag of de patiënt wel bereid en in staat is zijn psychische toestand waarheidsgetrouw kenbaar te maken. Hierover zou veel te zeggen zijn, wat ik nu niet doe. Maar de resultaten die ik hier aan u mocht mededelen, suggereren toch wel een voorzichtige bevestiging.

ZELFBEOORDELINGSSCHALEN ANOREXIA NERVOSA

zelfvertrouwen

- Ik voel me wel thuis in gezelschap
- Ik voel me niet zo gauw thuis in gezelschap
- Ik voel me eigenlijk nooit thuis in gezelschap

- Anderen vinden mij bijna altijd aardig
- Anderen vinden mij soms wel aardig
- Nooit vinden anderen mij echt aardig

- Ik kan er goed tegen als ze me niet aardig vinden
- Ik kan er niet zo goed tegen als ze me niet aardig vinden
- Ik kan er absoluut niet tegen als ze me niet aardig vinden

- Ik kan makkelijk overweg met anderen
- Ik kan niet zo makkelijk overweg met anderen
- Ik kan moeilijk overweg met anderen

groepsconformisme

- Ik vind dat de anderen meestal gelijk hebben
- Ik twijfel er vaak aan of de anderen wel gelijk hebben
- De anderen hebben bijna nooit gelijk

- Meestal geef ik aan anderen toe
- Soms geef ik aan anderen toe
- Ik geef bijna nooit aan anderen toe

Ik laat mijn eigen standpunt heel gauw varen
Vaak vind ik het moeilijk mijn eigen standpunt vast te houden
Ik houd me in het algemeen aan mijn eigen standpunt

Het liefst gedraag ik me net als de anderen
Ik heb er geen bezwaar tegen me anders te gedragen dan de anderen
Het liefst gedraag ik me anders dan de anderen

Ik vind het naar om alleen te zijn
Ik vind het niet zo prettig om alleen te zijn
Ik vind het prettig om alleen te zijn

afhankelijkheid van groepsappreciatie

Ik zie er graag leuk uit
Ik vind het er niet zo veel toe doen hoe ik er uit zie
Het interesseert me niets hoe ik er uit zie

Ik vind het wel fijn veel aandacht te krijgen
Ik vind het er niet zo veel toe doen of ik veel aandacht krijg of niet
Ik vind het nogal vervelend veel aandacht te krijgen

er ouder willen uitzien

Ik zie er graag ouder uit dan ik ben
Ik vind het er niet zo veel toe doen hoe oud ik er uit zie
Ik zie er graag jonger uit dan ik ben

SUMMARY

During a 6 months period of group therapy, 8 female anorexia-nervosa patients in the age range of 15-35 years were presented with a list of self-statements selected from a general (Q-sort) questionnaire. The 12 items chosen expressed a certain degree (or lack) of self-confidence, of group conformity, and of wishes to look nice and younger than the actual age.

Each item contained three statements, expressing the three degrees of the item concerned, two of them being presented at a time (three possible combinations). The subject had to choose whether one or the other statement applied better to her present state. This procedure resulted in (self)ratings from 1 to 4 for each item. The list of statements was given once a month.

In the course of the six presentations, the ratings moved in the predicted direction (more self-confidence, less group conformity), especially for those patients that improved most, according to clinical judgment. Moreover, comparison with the results of a control group (30 female students in child psychology) showed an increasing similarity in this period. Firstly, the mean scores per item changed considerably in the direction of the item means for this control group. Secondly, the patients' profile score of the item means, having a Spearman rank correlation coefficient of .40 with the control group for the first presentation, raised to .73 (significant at 1% level) for the sixth presentation.

As far as this investigation goes, six out of the twelve items seem appropriate to indicate some aspects of mental improvement.