

OPVATTINGEN BINNEN SOCIAAL PSYCHIATRISCHE DIENSTEN EN PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN P.U.K.-SCHALEN REVISITED

door Dr. F. H. L. BEYAERT*

'...niemand die gedrag wil bestuderen zal eraan denken dat te doen op grond van publicaties. Hij zal veeleer dat gedrag *zelve* bestuderen door enquêteren, interviewen, analyseren van statistieken etc. Zo gauw het echter gaat om wat mensen *denken*, bestudeert men die gedachten niet daar waar zij optreden, maar alleen daar, waar zij vandaan komen'.

K. VAN HET REVE (*Holl. Maandblad* 258, mei 1969 - 3)

INLEIDING

Omdat uit diverse metingen soms overhaaste en voorbarige conclusies worden getrokken, krijgen klinici vaak (ten onrechte) het gevoel dat er maar beter niet gemeten kan worden.

Bij dit onderzoek, waarvoor ik op vrij grote schaal om medewerking vroeg, ben ik die barrière nogal eens tegengekomen. Ik hoop met het bekendmaken van de mij nu ter beschikking gekomen gegevens in ieder geval te bereiken, dat deze barrière voor andere onderzoeken verlaagd wordt. Intussen is een verzoek om een ingewikkelde en lange vragenlijst in te vullen, op zichzelf natuurlijk een aanslag op ieders (vrije) tijd. Het feit dat een 200 mensen bereid waren dit te doen geeft aan, dat er naast een zekere gereserveerdheid ten opzichte van dit soort onderzoeken ook een enorme bereidwilligheid bestaat om onderzoek omtrent het eigen werkterrein te stimuleren en te steunen. Het komt mij voor dat de behoefte het eigen werk te (laten) evalueren, nogal eens wordt onderschat. De medewerking blijkt als het erop aankomt toch zeer groot. De 200 respondenten wil ik graag hier bedanken. Ook de enkele 'weigerende' respondenten, die de moeite namen mij mee te delen waarom zij niet mee wilden doen, hebben mij geholpen.

ACHTERGROND VAN HET ONDERZOEK

Een artikel van HOGARTHY (1) bracht mij¹ op het idee het probleem van de validering van de P.U.K.-schalen (2) via een herhaling van dit onderzoek van Hogarth te attaqueren. In het onderzoek van Hogarth werd een aantal intra- en extra-murale werkers van en bij psychiatrische

* Uit de Prof. Dr. H. C. Rümke Kliniek, Rijks Universiteit te Utrecht. (hoofd Prof. Dr. J. H. Plokker; Chef de Clinique Dr. A. A. Fischer). Met medewerking van het Mathematisch Instituut, Rijks Universiteit te Utrecht (Prof. Dr. G. J. Leppink en Drs. W. Nijdam).

¹ Eigenlijk in eerste instantie mijn vrouw.

ziekenhuizen verzocht een vragenlijst in te vullen. De lijst was samengesteld uit 'sociale' en 'psychopathologische' gedragsomschrijvingen. Verwacht werd, en dat werd ook aangetoond: dat de extra-murale werkers meer gewicht zouden hechten aan de 'sociale' en gedragsomschrijvingen, terwijl de intra-murale werkers de 'psychopathologische' gedragsomschrijvingen belangrijker zouden vinden.

Een herhaling van dit onderzoek bood mij een kans enerzijds de opvattingen binnen de psychiatrische ziekenhuizen met die van de sociaal psychiatrische diensten te vergelijken en anderzijds om een stukje verder te komen met de validering van de P.U.K.-schalen. (De gedragsomschrijvingen van de P.U.K.-schalen zouden immers gebruikt kunnen worden als de 'sociale' gedragsomschrijvingen (2)).

STAND VAN ZAKEN MET DE P.U.K.-SCHALEN VOOR DIT ONDERZOEK

Nadat in 1966 de P.U.K.-schalen bekendheid kregen en dankzij een toevallige gelukkige regeling van de universiteit beschikbaar konden worden gesteld aan alle belangstellende onderzoekers en gebruikers,² heeft bij mijn weten het volgende aan onderzoek plaatsgevonden: Na het gepubliceerde onderzoek van BURGER (3,4) betreffende de 'concurrent validity' van Graffel, W.A.V. en de P.U.K.-schalen, deed VAN ALTENA een grote hoeveelheid werk (5), waarvan de weerslag voorlopig nog slechts als scripties (stencils I.C.I.P., Utrecht) bestaat. Een bevredigende rangorde correlatie kon worden aangetoond tussen de 'Dolderse Schaal (7) en de P.U.K.-schalen (Spearman Rank 0,76). Omdat in het land de diverse gebruikers van P.U.K.-schalen inderdaad bereid waren de jaarkaarten voor onderzoek ter beschikking te stellen, was Van Altena in staat een factoranalyse en een iteratieve itemanalyse toe te passen met behulp van 300 'jaarkaarten'. De resultaten van dit onderzoek van VAN ALTENA kunnen hier als volgt worden samengevat: in de eerste plaats werd middels de iteratieve itemanalyse aangetoond, dat voor iedere schaal afzonderlijk aan de eis tot continuïteit voldaan is, of met andere woorden dat de P.U.K.-schalen inderdaad als ordinale schalen beschouwd mogen worden.³ De gewichten voor de verschillende niveaus in een variabele (per schaal) blijken echter soms maar weinig te verschillen en elders zeer veel; in 3 schalen werd bovendien een inversie vastgesteld. De empirische sleutel (naar aanleiding van het onderzoek van deze 300 jaarkaarten) wijkt dus op een aantal punten af van de 'apriori' (metrische) sleutel. Het verdient dan ook aanbeveling om bij wetenschappelijk onderzoek met de P.U.K.-schalen niet gebruik

² 1300 P.U.K.-schalen werden tot dusver door 150 instellingen en particulieren aangevraagd voor gebruik of onderzoek.

³ Zie par. 2 en 3 hoofdstuk 5 uit 'Gedragsbeoordeling in het Psychiatrisch Ziekenhuis. De P.U.K.-schalen voor gedragsbeoordeling' (2).

te maken van de simpele (apriori) opstelling van de scores (1t.m. 5, 6 of 7; totaalscore 21 t.m. 110), maar van een 'gewogen' score waarbij gebruik wordt gemaakt van de gegevens uit de iteratieve itemanalyse van Van Altena. Voor het praktisch gebruik (de alledaagse beoordeling van de sociale redzaamheid van een patiënt) lijkt het gebruikelijke optellen van de metrische scores verantwoord, omdat de veronderstelde ordinaliteit (de continuïteit van de items) van de schalen nu middels research werd bevestigd.

In de tweede plaats levert de factoranalyse van Van Altena de volgende gegevens. In mijn proefschrift (2) had ik de 21 P.U.K.-schalen geordend in 6 arbitraire en in ieder geval hypothetische hoofdgroepen. Bij de analyse van de 300 jaar kaarten blijken er voor de grootste (235) groep vrouwelijke patiënten 3 'onafhankelijke factoren' (methode der principale componenten) zichtbaar te worden en voor de kleinere (65) groep mannelijke patiënten 2 'onafhankelijke factoren'. Een groepering die in ieder geval afwijkt van de door mij aanvankelijk verwachte groepering. Er wordt zichtbaar een voor de gehele groep mannen en vrouwen geldende factor, die men 'sociaal rolgedrag' zou kunnen noemen. (De schalen: XI, IX, XII, X, XVI, XIII, XVIII en IXX). Vervolgens wordt voor de groep vrouwelijke patiënten een tweede factor zichtbaar, die men 'doelmatigheid en zelfstandigheid in het handelend omgaan met de dingen' zou kunnen noemen. De derde factor, die voor de groep vrouwelijke patiënten zichtbaar wordt zou men 'het begrijpelijk en verstaanbaar zijn van het gesprokene-communicatie' kunnen noemen. (Voor volledige gegevens zij hier verder verwezen naar 'De P.U.K.-schalen. Een instrument onderzoek' van Van Altena, juni 1969).

Intussen was in de Rümke Kliniek door Drs. Oudhof-Boone⁴ een onderzoek gaande over de verbale participatie van patiënten en therapeuten tijdens groepspsychotherapie. De resultaten van dit onderzoek werden door haar gerefereerd op een vergadering van de Ned. Ver. van Groepspsychotherapie. Belangrijk in verband met de P.U.K.-schalen is de significante rangorde correlatie die kon worden aangetoond tussen het vermogen tot (de mate van) verbaal participeren tijdens de groepspsychotherapie en de totaalscore van de P.U.K.-schalen (en nog duidelijker met de totaalscore van de schalen in de door Van Altena gevonden factor 'sociaal rolgedrag') ($P < 0,05$ en $P < 0,01$).

Tenslotte werd in een niet gepubliceerd onderzoek van Bonekamp een significante rangorde correlatie gevonden tussen gedragsvariabelen uit het onderzoek van bewegingstherapeuten van de school van VAN ROOZENDAAL (8) (9), en de totaalscore van de P.U.K.-schalen.

Met uitzondering van bepaalde aspecten uit het werk van Van Altena was er dus slechts sprake van een grote hoeveelheid gegevens, die in dezelfde, richting wezen, 'concurrent validiy'. Daarmee was niet meer

⁴ Het onderzoek werd aanvankelijk gestart door Mr. Drs. A. van Hilten.

aangetoond dan zo iets als: lengtegroei gaat gepaard met gewichtstoename, haargroei en nagelgroei.

Belangrijk is natuurlijk wel het feit, dat gegevens over iemands gedrag in een zeer bepaalde situatie (groepspsychotherapie) te maken blijken te hebben met gegevens over het gedrag van zo iemand in een geheel andere situatie (leefklimaat van een afdeling in een psychiatrisch ziekenhuis). Problematisch daarin, tenminste van researchstandpunt uit, is alleen het feit dat zowel de groepspsychotherapie als de structurering van het leefklimaat van de afdelingen in de Rümke Kliniek, door dezelfde therapeuten mede vorm kregen.

Belangrijk is ook dat de veronderstelde en, slechts gedeeltelijk langs omwegen bevestigde, ordinaliteit van de P.U.K.-schalen, via geheel andere weg een bevestiging vond.

Hoewel er dus thans veel meer aanwijzingen en een aantal concrete gegevens bestaan over de waarde van de P.U.K.-schalen als evaluatiemiddel binnen het psychiatrisch ziekenhuis en ter vergelijking van patiënten of groepen patiënten gedurende een bepaalde behandeling, waren en zijn er nauwelijks 'harde' gegevens over de voorspellende betekenis van een beoordeling met P.U.K.- (of andere (3)) schalen voor de kansen tot (her)inpassing van een patiënt in de maatschappij.

OPZET VAN HET ONDERZOEK

Zoals hierboven al aangegeven waren er twee bedoelingen:

1 — Inzicht krijgen in mogelijke verschillen van opvattingen tussen intra- en extra-murale werkers (psychiatrisch ziekenhuis en sociaal psychiatrische dienst) over een (voorlopig nog hypothetisch) bij hen bestaand concept betreffende 'geestelijke gezondheid'.

'Geestelijke gezondheid' als begrip is dan in een onderzoek als dit noodzakelijkerwijs gereduceerd tot een betrekkelijk statisch concept. De term 'geestelijke gezondheid' kan weliswaar evengoed vervangen worden door 'sociale redzaamheid' of door 'aangepast', maar bij de operationalisering daarvan zal steeds een bepaalde reductie plaatsvinden en een bepaalde inhoud aan het begrip gegeven worden. Steeds zal bij voorbeeld door een vragenlijstmethode, dat wil zeggen door de beperkende keuzemogelijkheden, alsmede door het ter beoordeling aanbieden van geïsoleerde gedragsomschrijvingen, een stuk samenhang en een stuk dynamiek verdwijnen. Steeds zal door de formulering ook een zeer bepaalde inhoud aan het begrip worden gegeven.

2 — Validering van de P.U.K.-schalen.

Ook hierbij moest met een vorm van reductie genoegen worden genomen. In plaats van te kunnen onderzoeken wat bij voorbeeld de predictieve validiteit zou zijn van een bepaalde P.U.K.-schaal totaalscore (met welke zekerheid men bijvoorbeeld een voorspelling op grond van de totaalscore zou kunnen doen over de toekomstige maatschappelijke

inpassing of welslagingskansen van een patiënt), moest ik ook hier de vraagstelling beperken. Ik kon slechts in dit onderzoek te weten komen wat meer en minder ervaren werkers in het sociaal psychiatrische en klinische veld daarover zouden 'denken', daarvan zouden 'vinden'.

DE VRAGENLIJST

De samenstelling van de vragenlijst was ook door deze dubbele opzet een arbitraire aangelegenheid, en een weergave van de methode die ik heb gevolgd lijkt onontbeerlijk voor de beoordeling van de gegevens uit de statistische bewerking.

De uit 126 gedragsomschrijvingen bestaande Minnesota Hartford Personality Assay (11) werd door mij gebruikt om aan zes collegae (clinici) te vragen *die* gedragsomschrijvingen aan te strepen, die het meest te maken zouden hebben met 'ziekte' in de zin van psychopathologie. Ik koos *dé*ze lijst en niet een van de talrijke andere lijsten, omdat de omschrijvingen meer dan in enige andere mij bekende lijst in positieve bewoordingen zijn gesteld (de patiënt heeft, kan, is, enz., in plaats van: de patiënt kan niet, is geen, heeft niet, enz.), wat aansloot bij de formulering van de P.U.K.-schalen. De door tenminste drie collegae als psychopathologisch verschijnsel ('symptoom') beoordeelde gedragsomschrijvingen, werden in de uiteindelijke vragenlijst opgenomen (totaal 39 items uit de M.H.P.A.).

Verder bestond de vragenlijst uit alle 'hoogste' gedragsomschrijvingen van de P.U.K.-schalen (uitgezonderd schaal IV, waarvan de tekst van de 'hoogste' omschrijving luidt: 'Het bovenomschreven gedrag (1,2) wordt vrijwel niet waargenomen', die dus niet bruikbaar was). Er werden derhalve 20 'hoogste' gedragsomschrijvingen uit de P.U.K.-schalen in de vragenlijst opgenomen. (In de P.U.K.-schalen betekent een 'hoge' gedragsomschrijving: zo gewoon, zo normaal, zo gezond, zo aangepast etc. mogelijk).

Uit de P.U.K.-schalen werden ook genomen een aantal 'laagste' gedragsomschrijvingen van schalen, die o.a. zaten in de door Van Altena gevonden factor 'sociaal rolgedrag', (totaal 29 items uit de P.U.K.-schalen, 20 'hoge' en 9 'lage', waarvan 5 uit de factor 'sociaal rolgedrag'). De vraag daarbij was of de 'lage' en de 'hoge' items in hetzelfde cluster terecht zouden komen.

De Graffel-schalen (3,4) leverden vier gedragsomschrijvingen met betrekking tot arbeid en arbeidstherapie, omdat het aspect 'arbeid' of 'werken' in de P.U.K.-schalen slechts éénmaal expliciet aan de orde komt. Op dezelfde manier als bij de P.U.K.-schalen werden de 'hoogste' gedragsomschrijvingen gekozen.

Tenslotte heb ik negen gedragsomschrijvingen aan de vragenlijst toegevoegd, omdat ik meende dat een aantal aspecten van sexuele, agressieve en vrijetijdsontplooiing onvoldoende in de vragenlijst vertegen-

woordigd waren. (In de voor belangstellenden in de Rümke Kliniek verkrijgbare volledige lijst met items, is de herkomst van de items alsmede de deelname aan de middels statistische bewerking gevonden factoren aangegeven). De uiteindelijke lijst bevatte dus 81 items. Na de anderhalve bladzijde 'instructie' werd de respondent verzocht 81 maal aan te strepen wat hij vond van bij voorbeeld:⁵

25. Men weet van de patiënt dat hij zich verantwoordelijk voelt voor de goede gang van zaken. Men heeft ook het rustige gevoel, dat men wat aan hem zou kunnen overlaten, als dat eens nodig is.

AFGEZIEN VAN POSITIEF OF
NEGATIEF BIJ HET ZICH
HANDHAVEN IN DE

MAATSCHAPPIJ: P XI 5

1. nauwelijks van belang Q 2

2. van enig belang

3. belangrijk

4. zeer belangrijk

5. uitermate belangrijk

26. De patiënt heeft zeer korte psychotische perioden in welke hypochondrische ideeën, betrekkingsideeën, gevoelens van depersonalisatie in elkaar grijpen in een bijna waanachtige vorm.

AFGEZIEN VAN POSITIEF OF
NEGATIEF BIJ HET ZICH
HANDHAVEN IN DE

MAATSCHAPPIJ M 32

1. nauwelijks van belang geen

2. van enig belang Q

3. belangrijk

4. zeer belangrijk

5. uitermate belangrijk

Een ware aanslag op ieders interesse en uithoudingsvermogen! Om te kunnen nagaan of te verwachten vermoedheid de resultaten zouden beïnvloeden, werden er twee vragenlijsten gemaakt. Deze twee vragenlijsten waren identiek qua inhoud, maar de volgorde van de items was in zoverre verschillend, dat item nr. 1 in de andere vragenlijst item nr. 41 was. (Zo kon dus worden nagegaan of door vermoedheid significant meer gemakkelijk midden of uiteinden van de schaaltes werden gekozen in de tweede helft van de vragenlijst). De twee vragenlijsten zijn om en om verzonden.

De vragenlijst besloot met een aantal vragen betreffende de respondent (leeftijd, geslacht, functie, dienstjaren, religie, enz.).

WELKE RESPONDENTEN

Aan de Vereniging Sociaal Psychiatrisch Studiegezelschap vroeg ik in een brief om medewerking. Vooral ook dank zij de hulp van Van

⁵ De codeletters en getallen geven aan uit welke lijst het item genomen werd en aan welke factor (Q1, 2, 3 of 4) het item later bleek bij te dragen. Vanzelfsprekend was in de oorspronkelijk rondgestuurde vragenlijst ook niet de herkomst van de items vermeld.

P XI 5 betekent P.U.K.-schaal nr. XI de 5e omschrijving uit die schaal. M 32 betekent het 32e item uit de Min. Hartf. pers. As.

Staveren werd binnen dit gezelschap een graad van enthousiasme bereikt, waardoor het onderzoek kon beginnen met een redelijke kans van slagen. In ieder geval bleken een aantal hoofden van S.P.D.'s bereid tot medewerking. Dat betekende dus voor deze S.P.D.-teamleiders het enthousiasmeren van medewerkers, wat gezien de lange vragenlijst enerzijds en de overstelpende dagelijkse werkzaamheden anderzijds, een bijzonder zware en vaak ondankbare taak moet zijn geweest.

Vervolgens werd aan een tiental psychiatrische ziekenhuizen om medewerking verzocht. Dit gebeurde soms 'officieel' via de geneesheer-directeur, andermaal via mij bekende in dat ziekenhuis werkzame mensen. Ook voor hen was het enthousiasmeren van respondenten waarschijnlijk een zwaar en ondankbaar werk.

DE RESULTATEN

Resultaten zijn methodisch gesproken slechts bereikbaar langs de weg van het bevestigen of weerleggen van hypothesen. De volgende hypothesen werden door mij vóór het onderzoek geformuleerd:

1 — Er bestaat een algemeen concept bij de 200 respondenten over wat 'ziek' is en wat 'gezond', respectievelijk 'onaangepast' en 'aangepast'.

2 — De vermoeidheid van de respondent speelt geen duidelijke rol. Van de 200 beantwoorde vragenlijsten zijn er 100 uit serie 1 en 100 uit serie 2. Er is geen systematisch verschil te ontdekken in de antwoordtendenties van de twee series (eerste helft vergeleken met de tweede helft). Dus niet meer uitersten of midden-antwoorden in de tweede helft en niet meer lukraak of toevalsantwoorden in de tweede helft.

3 — de 150 respondenten uit de S.P.D.'s hechten meer gewicht aan sociaal gedrag (P.U.K.-schalen en Graffelschalen) en zullen dit 'belangrijker' scoren. De 50 respondenten uit de klinieken hechten meer gewicht aan psychopathologie (selectie uit Min. Hartf. Pers. Ass.) en zullen dat 'belangrijker' scoren.

4 — De respondenten uit de S.P.D.'s zullen in het algemeen over alle items 'lager' scoren (minder belangrijk) dan hun klinische collega's.

5 — (a) De jongere respondenten (beneden 35 jaar) zullen over de hele linie lager scoren dan de oudere.

(b) De stedelijke S.P.D.'s zullen over de gehele linie lager dan de provinciale scoren.

(c) De antwoorden van de jongere respondenten (beneden 35 jaar) uit de verschillende groeperingen met toch meer dan drie jaar ervaring zullen in het algemeen minder uiteenlopen dan de antwoorden van de oudere.

6 — De factor 'sociaal rolgedrag' zoals gevonden bij de factoranalyse van 300 beoordelingen van de patiënten met P.U.K.-schalen, zal zich eveneens als factor aftekenen in de antwoorden van de 200 respondenten. Deze items zullen duidelijker nog dan de gezamenlijke P.U.K.-

schalen en Graffelschalen items de tendens tonen, dat zij door de S.P.D. medewerkers belangrijker worden geacht dan door de P.Z. medewerkers.

7 — Naarmate de P.Z. respondenten jonger zijn, tenderen zij meer naar beantwoording zoals S.P.D. respondenten.

8 — In tegenstelling tot de resultaten uit het USA-onderzoek (Hogarty) is er geen duidelijk verschil tussen de wijze waarop de vrouwelijke en mannelijke respondenten scoren.

Ondanks de bereidwilligheid van de statisticus Nijdam konden maar weinig van deze hypothesen bevestigd worden. Om precies te zijn:

— bij de factoranalyse werden vier factoren gevonden; in zekere zin mag daardoor worden aangenomen dat er inderdaad een algemeen 'concept' over 'geestelijke gezondheid c.q. aangepastheid' bestaat in de hoofden van de werkers in dit gebied (hypothese 1);

— hoewel er enig verschil kon worden gevonden in antwoordtendenties tussen de eerste helft en de tweede helft van de vragenlijst, was dit zo gering dat het bij de verdere bewerking verwaarloosd mocht worden (hypothese 2);

— alle andere hypothesen konden niet bevestigd worden, behalve hypothese 8 (er was inderdaad geen duidelijk verschil tussen de vrouwelijke en mannelijke respondenten).

De conclusie is derhalve de volgende:

Of: dit onderzoek was (deze manier van onderzoeken is) niet geëigend om de veronderstelde verschillen in opvatting tussen de groepen respondenten aan het licht te brengen,

óf: de veronderstelde verschillen in opvatting bestaan niet.

Interessant is in dit verband wel, dat de ervaring van de statisticus (Nijdam: 'Als je niks vindt, komt er toch altijd wel iets van religie uit') leidde tot een nagaan van een significante correlatie in deze richting. Inderdaad kon die samenhang gevonden worden. Op een of andere wijze contrasteren de opvattingen van de groep gereformeerden en rooms-katholieken enerzijds met de groep niet kerkelijken, ned. hervormden en remonstranten anderzijds.

Voor het werk belangrijker resultaten echter, werden verkregen door de factoranalyse.

De verwachting was dat de 'psychopathologische' gedragsomschrijvingen gezamenlijk aan één factor zouden bijdragen en de sociale gedragsomschrijvingen (P.U.K.- en Graffelschalen) aan een andere factor. Er ontstonden echter vier onafhankelijke clusters. Inderdaad bevonden vrijwel alle gedragsomschrijvingen uit de P.U.K.- en Graffelschalen zich in één cluster (factor Q2) terwijl géén van de 'psychopathologische' gedragsomschrijvingen daaraan bijdroegen. (Alle 'hoge' gedragsomschrijvingen van P.U.K.- en Graffelschalen en twee van de mij toegevoegde omschrijvingen betreffende vrijetijdsbesteding).

Verrassend was echter dat 'psychopathologie' in een drietal clusters bleek te zijn opgesplitst. Het eerste cluster (factor Q1) bleek te zijn samengesteld uit 'psychopathologische' gedragsomschrijvingen die in meerdere of mindere mate angst of agressie inboezemen in een interactie bij voorbeeld autoriteitsconflicten, impulsiviteit, lichamelijke angstverschijnselen, ernstige fobieën, stelen, ruziezoeken, ongebreidelde agressie, homosexualiteit, leugenachtigheid, echte wanen, oppositionaliteit, schulden maken, rigide dwangverschijnselen, onverzorgd uiterlijk, 'uitspelen' van anderen, het uitspreken van angsten, en het zeer eisend staan ten opzichte van anderen).

Het tweede cluster (factor Q3, de eigenlijke tweede factor was de reeds genoemde 'sociale') van 'psychopathologische' gedragsomschrijvingen bleek te bestaan uit omschrijvingen die in een interactie veel indifferenter zijn: 'niet mijn probleem' (bij voorbeeld derealisatiegevoelens, waanachtige gedachten, vreemd woordgebruik, eenzaam isolement, inslaapmoeilijkheden, autisme, gevoelsarmoede, Sperrungen, bizarre ideeën, almachtsideeën, vertraagde gedachtengang, vluchtige dwanggedachten en depersonalisatiegevoelens).

Het derde cluster (factor Q4 dus) van de 'psychopathologische' gedragsomschrijvingen omvatte slechts vier items. Deze items waren afkomstig uit de P.U.K.-schalen, alle vier 'laagste' gedragsomschrijvingen, die het meest duidelijk het 'schizofrene' (withdrawal in de angelsaksische literatuur) gedrag aangeven.

Dit opsplitsen in clusters is interessant en kan aanleiding zijn voor veel boeiende speculaties. Het is bij voorbeeld interessant, dat de identieke tekst: 'De patiënt zoekt heterosexuele (in het andere item: homoseksuele) contacten', tot gevolg heeft dat het ene item (homoseksuele) bijdraagt aan de factor Q1 (1969) en het andere item (heterosexuele) in geen van de clusters voldoende (.40 of meer) vertegenwoordigd is. Opmerkelijk is ook dat het item 'de patiënt heeft zelfmoordneigingen' evenmin aan een cluster deelneemt, zoals ook het item dat een omschrijving geeft van zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengen, niet aan een van de vier clusters bijdroeg. Blijkbaar bestaat over deze laatste items geen communis opinio, terwijl men zou kunnen verwachten als het ging over 'ernstig ziek', dat deze items gerangschikt zouden zijn binnen de factor Q1.

Bij al dit soort beschouwingen moet men zich natuurlijk wel afvragen of de inhoud dan wel de vorm (bij voorbeeld lange zin of korte formulering) van het item doorslaggevend is geweest, een vraag die op zichzelf weer een nieuw onderzoek zou vergen. Bovendien werd aan de respondenten gevraagd om te antwoorden met het oog op "het zich handhaven in de maatschappij". Blijkbaar verdraagt de 'maatschappij' sommige gedragingen niet, andere wel, terwijl over weer andere gedragingen geen eensluidende mening bestaat, volgens de 200 respondenten uit het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.

In ieder geval lijkt toch de conclusie gerechtvaardigd dat er naast het 'sociale rolgedrag' tenminste twee soorten 'psycho-pathologisch' gedrag onderscheiden worden als men zich afvraagt of iemand zich in onze maatschappij kan handhaven. Een onderscheiding die dwars door de klinische ziektebeelden, entiteiten en syndromen heenloopt. Een onderscheiding die hoofdzakelijk bepaald is door de interactionele consequenties van meer of minder 'ziekelijk' gedrag.

Het is een wat magere conclusie omdat mijns inziens iedereen dat altijd al gedacht had. De opsplitsing in geïsoleerde gedragsomschrijvingen maakte bovendien dat (gedeeltelijk?) voorkomen werd dat de respondent gebruik maakte van zijn middels ervaring verkregen opvattingen over 'samenhangen' (syndromen, ziektebeelden of andere voorspelling mogelijk makende samenhangen). Geïsoleerd omschreven is angstaanjagend gedrag natuurlijk altijd een slechte kans tot herinpassing in onze maatschappij, en geeft niet angstaanjagend gedrag een betere kans. Wat bij een 'ontslag' echter altijd gevraagd wordt is een voorspelling op grond van eventueel (idealiter) zelfs zeer zuiver te registreren intramuraal interactioneel gedrag. Ten behoeve van die voorspelling zijn tal van constructies gebouwd (en worden steeds nieuwe gebouwd) over de samenhangen tussen geregistreerd gedrag (onder *bepaalde* omstandigheden) en te verwachten gedrag (onder *andere* omstandigheden). Daarbij kan de aandacht blijkbaar van intra- naar extrapsychische theoretische modellen verschuiven.

Achteraf is het wat mij betreft de vraag of dit onderzoek veel heeft bijgedragen tot de oplossing van het dagelijks probleem, want dat een 'ernstig zieke' weinig angstaanjagende patiënt de samenleving beter bevalt dan een 'nauwelijks zieke', veel angstaanjagender patiënt, wisten we toch al wel.

Blijft nog wel de vraag waarom alle 'hoge' (goed sociaal ingepast) gedragsomschrijvingen uit P.U.K.- en Graffelschalen in één cluster terecht kwamen naast al die andere gedragsomschrijvingen, die iets met deviant of ziekelijk gedrag te maken hebben. Het is verleidelijk om dan te denken in termen van 'goed' (sociaal aangepast/braaf) en 'slecht' (beangstigend/agressief/stout/ziek), indifferent (mij een zorg) en interessant ('gek' voor voor psychologen), maar dat is natuurlijk een speculatie. Dat beoordelingsschalen omtrent sociaal gedrag vrijwel steeds onderling samenhangen is al menigmaal aangetoond. Dat er een zekere onafhankelijkheid bestaat binnen het concept waarmee alle werkers in het veld van de geestelijke volksgezondheidszorg opereren tussen 'sociaal gedrag' enerzijds en 'ziekelijk of deviant gedrag' anderzijds, lijkt nu aannemelijk. Dat voor iedereen (voor zover de steekproef representatief was) in de dagelijkse praktijk het psychopathologisch gedrag eigenlijk ook gerangschikt wordt op grond van de interactionele betekenis van dat gedrag, was een verrassing. In ieder geval was er vooraf geen hypothese daaromtrent die getoetst kon worden.

SUMMARY

The conclusions of the investigation of Hogarthy (1) a.o. could not be confirmed in an investigation with the same issues in the Netherlands. In the replication of this experiment, done with an inventory of 81 items (Minn. Hartf. Pers. Ass., P.U.K. rating scales, Graffel rating scales), responded by 200 intra- or extramural mental health workers (social workers, psychiatrists, psychologists or nurses), conceptual differences between the intra- and extramural workers could not be demonstrated, as was the case in the Hogarthy investigation. Interesting and tempting for further research were nevertheless other results.

Statistical analysis revealed four clusters. The first factor consisted of items with an evident psychopathological signature. In contrast to the third factor consisting of items with the same evident psychopathological signature, the items of the first factor were those loaded with anxiety, aggression and nuisance in the interaction. In the third factor items were clustered that could be named indifferent in the interaction (e.g. depersonalization). The second factor consisted exclusively of items out of the P.U.K. rating scales and the Graffel rating scales, both social adjustment rating scales frequently used in the Netherlands. The fourth factor (only four items) concerned the psychopathological 'withdrawal' of schizophrenic behaviour.

Revealing is, that in the concept of mental health workers in the Netherlands about 'mental health' there exist at least three prominent clusters.

First of all the anxiety arousing psychopathological behaviour, secondly the social adjustment, thirdly the indifferent (in the interaction) psychopathological behaviour. This clustering of behavioural items in the concepts of mental health workers appears to be completely independent of theories concerning psychopathological entities of causalities, when mental health workers are asked to judge about the possibilities of a psychiatric patient to reintegrate in society.

LITERATUUR

- 1 Hogarthy, G. E., 'Discharge in the components of casework judgment.' *Soc. Casework* 47 (March 1966), pp. 165-71.
- 2 Beyaert, F. H. L., *Gedragsbeoordeling in het psychiatrisch ziekenhuis. De P.U.K.-schalen voor gedragsbeoordeling*. Leiden: Stenfert Kroese (1966), 144 blz.
- 3 Burger, A. W., *Metrische aspecten van een klinische aangepastheidsschaal*. Amsterdam: Rossen (1968), 119 blz. Proefschrift Nijmegen.
- 4 Burger, A. W., 'De superioriteit van de synthetische beoordelaar.' *Voor- drachtenreeks Ned. Ver. Psychiaters in dienstverband*, 8 (1966), nr. 28, pp. 167-173.
- 5 Altena, K. v., *Een analyse van enige sociaal-psychologische verschijnselen op een psychiatrische afdeling*. Scriptie. Utrecht (1966), 11 blz.
- 6 Altena, K. v., *Sociale aanpassing en de psychiatrische patiënt. Een onderzoek naar de instrumentale kwaliteiten van de P.U.K.-schalen en enkele opmerkingen over theoretische achtergronden en research*. Stageverslag en doctoraal scriptie. Utrecht (oktober 1968-oktober 1969), 16 blz.
- 7 Groen, K. & R. H. Houwink, *De Dolderse schaal. Een methode ter bepaling van de sociale redzaamheid en de sociale informatie*. Groningen: Wolters (1966), 61 blz.
- 8 Roozendaal, N. P. van, *Een methode van bewegingsonderzoek in de psychiatrische inrichting*. Doctoraal scriptie. Leuven: Katholieke Universiteit (1967), 113 blz.
- 9 Roozendaal, N. P. van, *De prognostische waarde van een bewegingsonderzoek bij een groep psychiatrische patiënten*. Proefschrift Leuven (1969), 160 blz.

- 10 Ellsworth, R. B., L. Foster, B. Childers a.o., 'Hospital and community adjustment as perceived by psychiatric patients, their families and staff'. *Journal consulting clinical psychology monogr.*, 32 (Oct. 1968), pp. 1-41.
- 11 Glueck, B. C., Current Personality Assessment Research'. *Int. Psychiat. Clin.* 3 (1966), 205-222.