

Evaluatie van eigen evolutie en therapeutische aanpak door patiënten in klinische groepspsychotherapeutische structuren

door *H. Van Coppenolle**, *R. Pierloot***
en *J. Wambeke****

Inleiding

Het evalueren van verandering en de daartoe bijdragende therapievormen bij psychiatrische patiënten is actueel. Beoordelingschalen steunend op gedragsobservatie of weergave van subjectief beleven worden min of meer succesvol gehanteerd. Hierbij worden omschreven aspecten van het psychisch functioneren op voorhand afgelijnd en in functie daarvan is de beoordelingschaal opgesteld. Dit biedt het voordeel dat de evolutie op deze domeinen op een gestandaardiseerde wijze kan beoordeeld en vergeleken worden. Daartegenover staat dat de keuze van deze domeinen door de onderzoeker min of meer onafhankelijk van de patiënt is vastgelegd en gelimiteerd.

Hoe de patiënt zelf globaal zijn evolutie beleeft komt hierbij niet aan de orde. Terecht kan opgemerkt worden dat globale formuleringen zoals 'verbetering' of 'verslechtering' wetenschappelijk moeilijk hanteerbaar zijn. Blijft niettemin het feit dat de patiënt bij de fenomenologische weergave van zijn beleven vanuit een dergelijk globale indruk vertrekt en slechts naderhand tot een grotere differentiëring van zijn ervaren komt. In een exploratorisch onderzoek (Wambeke, 1975) betreffende veranderingen bij patiënten in klinische groepspsychotherapeutische structuren hebben we beproefd aan te sluiten bij dit globaal fenomenologisch beleven van de patiënt. Hierbij werd aan de patiënt zelf overgelaten, uitgaande van de indruk van verbetering of verslechtering, de inhoud van de opgetreden veranderingen te formuleren. Deze formuleringen, door een open vraagstelling bekomen, bleken naderhand in een aantal categorieën gegroepeerd te kunnen worden (zie: Onderzoeksmethode).

Om tot een beoordeling te komen van de therapeutische effecten van bepaalde activiteiten of structuren worden meestal, op grond

Uit het Universitair Psychiatrisch Ziekenhuis 'St. Jozef', Kortenberg:

* diensthoofd Psychomotorische Therapie, buitengewoon docent aan de Universiteit Leuven; ** medisch directeur, professor aan de Universiteit Leuven; *** stagiair, Dienst Psychomotorische Therapie.

van theoretische inzichten, zekere te verwachten veranderingen vooropgezet. De waarde van de theoretische vooropzettingen kan dan getoetst worden door na te gaan in hoeverre deze veranderingen plaats gegrepen hebben bij patiënten die in dit bepaald therapeutisch gebeuren ingeschakeld waren. Hier ook is het de onderzoeker die bepaalt welke sectoren van verandering nagegaan worden, min of meer onafhankelijk van de globale waardering door de patiënt. Daarbij doet zich de moeilijkheid voor dat de werking van een bepaald therapeutisch ingrijpen meestal moeilijk kan geïsoleerd worden van een reeks andere invloeden die de patiënt terzelfdertijd ondergaat. Vastgestelde veranderingen kunnen eventueel aan andere elementen dan de vooropgestelde therapievorm worden toegeschreven. Bij patiënten die binnen een groepstherapeutische hospitalisatiestructuur in meerdere therapeutische activiteiten ingeschakeld zijn wordt het quasi onmogelijk de effecten van afzonderlijke therapievormen na te gaan.

In ons onderzoek werd de evaluatie van toegepaste therapievormen ook benaderd vanuit het subjectief beleven van de patiënt. Hierbij wordt uitgegaan van de vaststelling dat patiënten spontaan de neiging hebben om veranderingen in hun toestand toe te schrijven aan bepaalde types van behandeling. De psychodynamisch georiënteerde onderzoeker zal geneigd zijn hierin naar afweer of verdedigingsmechanismen te zoeken. Blijft niettemin dat deze uitingen de uitdrukking zijn van een fenomenologisch ervaren dat op zichzelf als betekenisvol kan beschouwd worden. Van hieruit hebben we dan ook naar een antwoord gezocht op de vraagstelling naar de therapeutische betekenis van de verschillende onderdelen van de groepstherapeutische structuur waarmede de patiënten te maken hadden. Praktisch kwam dit erop neer dat de patiënt de drie therapievormen aanstipte die volgens zijn oordeel het meest hadden bijgedragen tot zijn verandering. Men kan zich de vraag stellen wat de waarde is van dergelijke gegevens steunend op de weergave van het subjectief beleven van de patiënt. Hierbij stelt zich een dubbel probleem. Vooreerst, correspondeert de weergave van patiënt met zijn werkelijk beleven? Zoals bij alle antwoorden op vragenlijsten moet met de invloed van een 'sociaal zelfbeeld' rekening gehouden worden (Vernon, 1963). Deze invloed is bezwaarlijk te evalueren. Om er toch enig zicht op te krijgen werden de formuleringen van subjectieve verandering voorgelegd aan een verplegende die de patiënten van dichtbij volgde; hierbij viel de betrouwbaarheidsbeoordeling vrij positief uit (zie: Onderzoeksmethode). Daarnaast blijft de vraag naar de waarde van het subjectief beleven bij de beoordeling van de eigen verandering en de hiertoe bijdragende factoren. De eenzijdigheid van de gegevens, overigens geldend voor elke wetenschappelijke benaderingsmethode, neemt niet weg dat informatie, uit deze bron afkomstig, als belangwekkend en complementair kan beschouwd worden tegenover vaststellingen met andere methodes verkregen.

Samenstelling van de onderzochte groep

De onderzochte patiënten verbleven minstens sinds 3 maanden in één van de drie groepspsychotherapeutische afdelingen van het Universitair Psychiatrisch Ziekenhuis 'St. Jozef' te Kortenberg. De differentiële opzet van deze afdelingen werd uitvoerig beschreven in een andere publikatie (Verhaest en Pierloot, 1974). We beperken ons hier tot een summier weergave van de voornaamste aspecten.

Een eerste afdeling, het groepspsychotherapeutisch dagcentrum, richt zich tot neurotische patiënten die actueel niet in staat zijn tot werk of studie, maar waarvan de interacties met hun familiale omgeving een voldoende opvang 's avonds en tijdens weekends waarborgen. Voldoende affectieve groeimogelijkheden en ten minste een middelmatige intelligentie worden vereist. De bedoeling is een min of meer diepgaande verandering van de persoonlijkheid te bereiken. Het programma behelst een volledig uurrooster van 's morgens 9.30 uur tot 's avonds 17.00 uur, van maandag tot en met vrijdag. Een tweede afdeling, de analytisch groepstherapeutische hospitalisatiesetting, is bedoeld voor neurotische patiënten bij wie een ambulante behandeling niet mogelijk is wegens een te grote ikzwakte en te sterke regressieve neigingen. Het zijn meestal jonge, intelligente patiënten, met een leeftijd variërend tussen de 18 en de 35 jaar, die nog heel wat groeimogelijkheden vertonen. Hier ook is de therapie op verandering van de persoonlijkheid afgestemd. Een derde afdeling betreft een meer orthopedagogisch opgezette groepstherapeutische hospitalisatiesetting, die afgestemd is op een meer oppervlakkige sociale aanpassing van de persoonlijkheid bij patiënten, waarbij de groeimogelijkheden meer beperkt zijn maar die toch voldoende aanspreekbaar zijn op emotioneel en verbaal vlak. Het betreft neurotische patiënten waarbij de karakterafweer vrij rigide geworden is, patiënten die pre-psychotisch zijn of een psychotische episode doorgemaakt hebben, jonge neurotische patiënten die wat minder intellectueel begaafd zijn en een meer uitgesproken neiging tot acting-out vertonen. Bovendien het type van afdeling waarin de patiënten verbleven werden als variabelen in acht genomen: geslacht, leeftijd en type van persoonlijkheidsafwijking. Deze laatste is gebaseerd op de categorisatie van de 'Personality Disorders' uit de Internationale Psychiatrische Classificatie (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, 1968). Waar de keuze van de patiënten toevallig had plaats gegrepen, bleek achteraf dat twee types, de 'schizoid' en de 'hysterical personality' elk 50% van de totale groep vertegenwoordigden. De verdeling van de diverse variabelen wordt weergegeven in tabel 1. Deze variabelen zijn niet onafhankelijk van elkaar. Men dient dan ook rekening te houden met intercorrelaties, die de invloed van een bepaalde variabele op de bekomen resultaten voor een zeker percentage medebepalen (De Jonge en Wielinga, 1963). Deze percentages bedroegen respectievelijk: persoonlijkheidsafwijking-geslacht: 28%; persoonlijkheidsafwijking-leeftijd: 23%; geslacht-

Eigen evolutie en therapeutische aanpak door patiënten

Tabel 1:

Verdeling van de verschillende variabelen in de onderzochte groep

geslacht	leeftijd	persoonlijkheids- afwijking	afdeling
mannen: 25	≤ 20 jaar: 17	schizoïed: 29	afd. I: 13
vrouwen: 33	21-30 jaar: 29	hysterisch: 29	afd. II: 21
	> 30 jaar: 12		afd. III: 24

n = 58

leeftijd: 12%; afdeling-geslacht: 13%; leeftijd-afdeling: 16%; persoonlijkheidsafwijking-afdeling: geen significante intercorrelatie.

Onderzoeksmethode

Aan de patiënten werd een vragenlijst voorgelegd bestaande uit drie delen. In een eerste deel diende op een 6-punt schaal het punt aangestipt dat overeenstemt met het ervaren van verbetering of verslechtering bij het vergelijken van de actuele toestand met deze bij opname. Als uitersten van de schaal gelden 'zich veel beter voelen' en 'zich veel slechter voelen'. Een nulpunt werd opzettelijk weggelaten om ontwijkende stellingenamen te vermijden. In het tweede deel werd gevraagd het zich beter of slechter voelen in een eigen formulering te verduidelijken. Het derde deel bestond in het aanstippen van de drie behandelingsvormen of activiteiten die, volgens de belevenis van de patiënt, het meest hadden bijgedragen tot de opgetreden verandering. Binnen de vermelde drie afdelingen namen de patiënten deel aan verschillende therapievormen en activiteiten, zoals groepspsychotherapie, psychomotorische therapie, creatieve therapie, volksdans, evolutiebespreking, onderhoud, psychodrama, creatieve lichaamsexpressie, groepsvergaderingen, contacten met de medepatiënten buiten de therapieën, enz. Hiervan werd een lijst opgemaakt waaruit een keuze moest gemaakt worden. Aangezien de programma's per afdeling toch enigszins verschillend zijn, konden de gegevens betreffende deze vraag enkel per afdeling verwerkt worden.

De vragenlijsten werden ingevuld in aanwezigheid van een neutrale onderzoeker (onbekend voor de patiënt). Op de eerste twee delen werd een betrouwbaarheidscontrole toegepast door de verplegenden, die al de activiteiten met de patiënten meevolgen en hen door en door kennen, een betrouwbaarheidsschaal te laten invullen, betreffende de vraag of wat de patiënt aangeeft al of niet overeenstemt met wat hij of zij in werkelijkheid beleeft. Zij scoorden 54 van de 58 patiënten als volledig betrouwbaar.

Het aantal patiënten dat zich beter of slechter voelt, wordt in absolute cijfers en in procenten weergegeven. De verduidelijkingen aangaande het zich beter of slechter voelen worden per thema (lichamelijke en psychische componenten) gegroepeerd en voor elk thema wordt het procent berekend. De significantie van mogelijke in-

vloeden der verschillende variabelen werd nagegaan met de χ^2 -toets. Van de aangeduide werkzame behandelingsvormen of activiteiten worden de procenten berekend en de significantie van de rangordening wordt onderzocht met behulp van de toets van COHRAN (Diagnostic and statistical Manual, 1968). Wegens het verschil in behandelingsvormen en activiteiten tussen de 3 afdelingen, worden deze gegevens per afdeling verwerkt.

Resultaten

A De belevenis van verbetering of verslechtering

Van de totale groep ($n = 58$) zijn er 50 patiënten (86,2%) die zich verbeterd voelen en 8 (13,8%) die zich als verslechterd ervaren. Er is geen significante invloed van één der in acht genomen variabelen vast te stellen.

B De inhoud van de ervaren verandering

De formuleringen van de patiënten, zowel op verbetering als verslechtering slaande, konden gegroepeerd worden in een aantal categorieën. Gezien de patiënten meer dan één domein van verandering mochten aanduiden is het totaal van deze formuleringen groter dan het aantal patiënten. In tabel 2 en 3 wordt een overzicht gegeven van de aangeduide domeinen van verandering en de frequentie waarmede deze aangegeven werden.

Tabel 2:

Weergegeven domeinen van verandering en frequentie bij patiënten die zich als beter ervaren

domein van verandering	frequentie	
lichamelijke verbetering	8	6,11%
psychische verbetering		
– verbetering van storende symptomen	57	43,51%
– beter inzicht en kennis van eigen problematiek	17	12,98%
– beter verwerken van moeilijkheden	13	43,51%
– betere contactname		
– verbale communicatie	7	5,34%
– interacties met anderen	14	10,69%
– betere realiteitsbeoordeling	15	11,45%
	119	100 %

Tabel 3:

Weergegeven domeinen van verandering en frequentie bij patiënten die zich slechter ervaren

domein van verandering	frequentie	
lichamelijke verslechtering	4	16,66%
psychische verslechtering		
– verslechtering van storende symptomen	19	79,17%
– slechter inzicht en kennis van eigen problematiek	1	4,17%
	24	100 %

Eigen evolutie en therapeutische aanpak door patiënten

De in acht genomen variabelen hebben geen significante invloed op de door de patiënten aangegeven domeinen van verandering.

C De therapievormen of activiteiten waaraan de ervaren verandering wordt toegeschreven

Vermits sommige therapievormen niet door alle patiënten konden gekozen worden, omdat ze specifiek waren voor een bepaalde afdeling, werden de antwoorden op deze vraag per afdeling verwerkt. Daar de patiënten die zich als 'verslechterd' ervaren slechts een klein procent uitmaken en hun verwijzing naar hiervoor verantwoordelijke aspecten van de hospitalisatie niet op dezelfde wijze kan beoordeeld worden als deze van diegenen die 'verbetering' ervaren, werd alleen met deze laatste groep rekening gehouden.

1 — *Het groepspsychotherapeutisch dagcentrum.* In tabel 4 wordt weergegeven met welke frequentie deze patiënten ($n = 11$) aan een bepaalde activiteit of therapievorm de ervaren verandering toeschrijven.

Tabel 4:

Activiteiten of therapievormen waaraan de ervaren verandering wordt toegeschreven

activiteiten of therapievormen	frequentie
groepspsychotherapie	21,21%
medicatie	15,15%
psychomotorische therapie	15,15%
contacten met medepatiënten buiten de therapieën	15,15%
creatieve lichaamsexpressie	9,09%
creatieve therapie	9,09%
groepsvergaderingen	9,09%
evolutiebespreking	6,06%
onderhoud	—
	100 %

De variabelen leeftijd, geslacht en persoonlijkheidsafwijking beïnvloeden deze rangordening niet merkbaar. Daarbij kan noch voor de groep als geheel, noch per afzonderlijke variabele de significantie van deze rangordening aangetoond worden.

2 — *De analytisch groepspsychotherapeutische hospitalisatiesetting.* De frequentie waarmee deze patiënten ($n = 20$) aan zekere activiteiten of therapievormen de ervaren verandering toeschrijven wordt weergegeven in tabel 5.

De rangordening voor de groep in zijn geheel is significant op het .001 niveau. Dezelfde rangordening wordt verkregen wanneer men de gegevens ordent volgens de variabelen geslacht en persoonlijkheidsstoornis. Bij de rangschikking volgens de variabele leeftijd verkrijgt men een afwijking van deze rangordening bij de leeftijds-

Tabel 5:

Activiteiten of therapievormen waaraan de ervaren verandering wordt toegeschreven

activiteiten of therapievormen	frequentie
gesprekken met de psychiater of therapeut	23,33%
groepspsychotherapie	21,66%
psychomotorische therapie	11,66%
contacten met de medepatiënten buiten de therapieën	10 %
evolutiebespreking	10 %
creatieve lichaamsexpressie	8,83%
ontspanning	5 %
creatieve therapie	1,66%
bereiden van maaltijden voor de groep	1,66%
medicatie – groepsvergaderingen – ochtendvergaderingen en onderhoud van kamers	–
	100 %

groepen 21-30 jaar en > 30 jaar. De meest opvallende verschillen met de leeftijdsgroep van ≤ 20 jaar, die wél de ordening van de totale groep volgt, worden weergegeven in tabel 6.

Tabel 6:

Versillen tussen leeftijdsgroepen, betreffende de frequentie waarmee de verandering aan bepaalde therapievormen of activiteiten toegeschreven wordt

activiteiten of therapievormen	percentueel verschil in frequentie met groep ≤ 20 jaar	
	groep 21-30 j.	groep > 30 j.
gesprekken met psychiater of therapeut	- 15,72%	- 7,78%
psychomotorische therapie	–	+ 12,22%
creatieve lichaamsexpressie	–	- 10 %
creatieve therapie	–	+ 11 %
ontspanning	+ 6,19%	–
groepspsychotherapie	- 4,29%	–

3 – De orthopedagogische groepspsychotherapeutische hospitalisatiesetting. De frequentie waarmee deze patiënten ($n = 19$) aan zekere activiteiten of therapievormen de ervaren verandering toeschrijven wordt weergegeven in tabel 7.

De rangordening voor de groep in zijn geheel is significant op het .01 niveau. Dezelfde rangordening wordt verkregen wanneer men de gegevens ordent volgens de variabelen geslacht en persoonlijkheidsstoornis. Bij de rangschikking volgens de variabele leeftijd, bekomt men afwijkingen van deze rangordening bij de leeftijdsgroepen ≤ 20 jaar en > 30 jaar. De meest duidelijke verschillen met de leeftijdsgroep van 21-30 jaar die wél de ordening van de totale groep volgt, worden weergegeven in tabel 8.

Eigen evolutie en therapeutische aanpak door patiënten

Tabel 7:

Activiteiten of therapievormen waaraan de ervaren verandering wordt toegeschreven

activiteiten of therapievormen	frequentie
psychomotorische therapie	21,05%
contacten met de medepatiënten buiten de therapieën	17,54%
gesprekken met psychiater of therapeut	14,03%
medicatie	10,55%
evolutiebespreking	7,01%
creatieve therapie	7,01%
psychodrama – rollenspel – psychohygiëne	7,01%
ontspanning	5,26%
creatieve lichaamsexpressie	1,75%
groepsvergaderingen	1,75%
ochtendvergaderingen	1,75%
bereiden van maaltijden voor de groep	1,75%
onderhoud van kamers	—
	100 %

Tabel 8:

Verschillen tussen leeftijdsgroepen betreffende de frequentie waarmee de verandering aan bepaalde therapievormen of activiteiten toegeschreven wordt

activiteiten of therapievormen	percentueel verschil in frequentie met groep 21-30 jaar	
	groep ≤ 20 j.	groep > 30 j.
medicatie	– 12,12%	+ 4,54%
psychomotorische therapie	– 4,55%	+ 3,79%
creatieve lichaamsexpressie	—	+ 8,33%
creatieve therapie	– 9,09%	—
ontspanning	—	– 6,06%
gesprekken met psychiater of therapeut	—	– 6,82%
ochtendvergaderingen	—	+ 8,33%
contacten met de medepatiënten buiten de therapieën	+ 6,82%	—
bereiden van maaltijden voor de groep	+ 8,33%	—

Bespreking en conclusies

Uit deze resultaten blijkt dat de grote meerderheid van de onderzochte patiënten een belevenis van verbetering weergeeft. Deze verbetering wordt nagenoeg exclusief op het vlak van het psychisch functioneren gesitueerd. Aspecten van dit psychisch functioneren die naar een meer fundamentele rijping verwijzen (beter inzicht, beter verwerken van moeilijkheden, betere contactname en realiteitsbeoordeling) bekomen hierbij nog een zeker overwicht tegenover de verbetering van symptomen. Dit stemt op een bijna verrassende wijze overeen met de therapeutische opzet van deze types

van psychiatrische behandeling. Hierbij rijst vanzelfsprekend de vraag in hoeverre een zekere 'indoctrinering' door de heersende cultuur van een afdeling bij het weergeven van deze belevenissen een rol speelt. Variabelen zoals leeftijd, gediagnosticeerde persoonlijkheidsafwijking, type van afdeling (met verschillend opgezette therapeutische programma's) blijken op de richting of aard van de weergegeven belevenis van verandering geen significante invloed te hebben. Dit confronteert ons met de vraag in hoeverre differentiatie op deze domeinen, waaraan bij de keuze van een therapie setting en het formuleren van specifieke therapeutische doelstellingen bij een bepaalde patiënt vaak heel wat aandacht besteed wordt, wel zulk een doorslaggevende betekenis hebben.

In twee van de drie onderzochte afdelingen schrijven de patiënten significant verschillende waarden toe aan de diverse therapievormen of activiteiten in het tot stand brengen van de ervaren verandering. Gestructureerde therapievormen (groepspsychotherapie, gesprekken met psychiater, psychomotorische therapie, enz.) worden in het algemeen duidelijk belangrijker geacht dan omkaderende activiteiten zoals afdelingsvergaderingen, ontspanning, onderhoud, bereiden van maaltijden. Contacten met medepatiënten worden tussenin gesitueerd (10 à 17% volgens de afdeling). In de analytisch groepspsychotherapeutische setting worden globaal de verbale contactnamen als belangrijkste weergegeven terwijl in de orthopedagogische groepspsychotherapeutische hospitalisatie setting de non-verbale therapievormen (vooral de psychomotorische therapie) een hogere quotering krijgen. In deze laatste afdeling wordt ook aan medicatie en contacten met medepatiënten een grotere betekenis toegekend. Dit stemt vrij treffend overeen met de gedifferentieerde opzet van deze afdelingen. Komt deze zo goed over of liggen ook hier de antwoorden van de patiënten in de lijn van een op de afdeling heersende cultuur?

Voor de rangordening van therapievormen en activiteiten in verband met hun belang voor de ervaren verandering blijken de variabelen geslacht en gediagnosticeerde persoonlijkheidsafwijking geen significante invloed te hebben. De leeftijdscategorie draagt wel bij tot enkele verschuivingen tegenover de algemene trend. Jongere patiënten hechten minder belang aan medicatie (in de orthopedagogische setting); enigszins oudere patiënten minimaliseren de gesprekken met de psychiater en benadrukken de psychomotorische en creatieve therapie (in de analytisch groepstherapeutische setting). De intercorrelaties met andere variabelen (leeftijd - geslacht 12%, leeftijd - persoonlijkheidsafwijking 23%) moeten er ons toe aanzetten deze vaststellingen vooralsnog kritisch afwachtend te bekijken. Deze conclusie geldt overigens voor de totale opzet die in de eerste plaats als een exploratorische contactname met de complexe problematiek van het beleven van therapeutische verandering moet gezien worden.

Literatuur

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd Ed. (1968), *Am. Psych. Ass.*, Washington.
- Jonge, H. de en G. Wielinga (1963), *Statistische methoden voor psychologen en sociologen*, Wolters, Groningen.
- Verhaest, S. en R. Pierloot (1974), Vormen van klinische groepspsychotherapie, *T. Geneesk.* 30, 1125.
- Vernon, P. E. (1963), *Personality assessment: a critical survey*, Social Science paperbacks, London.
- Wambeke, J. (1975), *Onderzoek naar de beleving van psychiatrische patiënten in de sociotherapie ten opzichte van hun evolutie, verschillende therapievormen en bewegingssituaties*. Niet gepubliceerde licentiaatsverhandeling, Departement voor lichamelijke opvoeding, K.U.L.