

Evaluatie van psychotherapie bij psychiatrische patiënten met behulp van vragenlijsten

door H. M. van der Ploeg*

1 Inleiding

Bij onderzoek van psychotherapie wordt, om de effectiviteit van bepaalde methoden te bepalen, het systematisch evalueren noodzakelijk acht ter aanvulling van subjectieve en casuïstische mededelingen omtrent succes en verbetering. Rachman (1972) geeft een uitgebreide samenvatting van evaluatie en follow-up publicaties en noemt verschillende mogelijkheden waarmee resultaten gemeten kunnen worden. Eén van de bruikbare methodieken is het afnemen van gestandaardiseerde vragenlijsten in een pre-post design: bij aanvang en beëindiging van een psychotherapie wordt hetzelfde pakket vragenlijsten aangeboden. Bolten (1968) vond dat bij patiënten in een neurosekliek de neuroticisme score (n-score) gemeten met de ABV (Wilde, 1963) bij opname doorgaans hoger was dan bij ontslag en dat de daling van de n-score correleerde met een 'verbeteringsschaal'. Tevens bestond er een kromlijnige relatie tussen de hoogte van de initiële n-score en de mate van verandering van deze score. Ook Barendregt (1961) veronderstelt dat verandering in n-score indicatief is voor herstel. Derhalve kan verwacht worden dat wanneer men patiënten die psychotherapeutisch behandeld worden, voor en na behandeling de ABV afneemt een verandering in n-score indicatief zal zijn voor verbetering. In welke mate een n-verandering verwacht kan worden, wordt alleen bij Bolten vermeld.

2 Methode

2.1 Procedure

Ter toetsing van deze veronderstelling en uit exploratieve overwegingen is in 1972 op de Psychiatrische Universiteitskliniek Leiden — Jelgersmakliniek te Oegstgeest — iedere patiënt (zie 3.1) die werd opgenomen, gevraagd kort na opname (maximaal twee weken) een tweetal persoonlijkheidsvragenlijsten — de Amsterdamse Biografische Vragenlijst (ABV) en de Habituele Aktie Bereidheid-

* Psycholoog, Psychiatrische Universiteitskliniek Leiden, Jelgersmakliniek, Oegstgeest (hoofd: prof. dr. J. Bastiaans).

test (HAB) (Dirken, 1970) – in te vullen. Aan alle patiënten, van wie aldus scores verkregen werden, is kort voor ontslag (doorgaans de laatste week van opname) gevraagd deze lijsten nogmaals in te vullen. De ABV is gekozen omdat daarmee wellicht resultaten verkregen kunnen worden welke vergelijkbaar zijn met die in ander onderzoek; de HAB is gekozen, omdat daarmee mogelijke wijzigingen in (habituële) actie-bereidheid, als indicatie voor verbetering van de patiënt, gemeten kunnen worden. Bij een gedeelte van deze patiënten (in het tweede halfjaar van 1972) is tevens een Klachtenvragenlijst (Van der Ploeg, 1972; bewerking van de Symptom Rating Test, Kellner en Sheffield, 1972) pre-post afgenomen. Deze vragenlijst meet somatische, depressieve, angst en insufficiëntieklachten (zoals in de week voorafgaand aan de invulling van de lijst werden ervaren).

2.2 ABV-scores

Met de ABV worden vier scores en zes toegevoegde reactie-scores (Wilde, 1970) verkregen. Deze vier scores zijn:

- N : neurotische labiliteit, psychoneurotische klachten;
- NS: neurotische labiliteit, functionele (lichamelijke) klachten;
- E : sociale extraversie;
- T : testattitude, zelf-defensieve versus zelf-kritische instelling bij de invulling van de vragenlijst.

De zes reactie-scores (omtrekt de wijze van test-invulling) zijn:

- MF : masculiniteit-feminiteit, het geven van antwoorden welke vaker door mannen resp. vrouwen gegeven worden;
- V ja : het geven van vulgaire, modale of populaire 'ja' antwoorden in reactie op vragen die door de meeste personen met 'ja' worden beantwoord;
- V nee: idem, met betrekking tot het geven van 'nee' antwoorden;
- V tot : het geven van vulgaire, modale of populaire antwoorden in totaal;
- SW : de neiging tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden;
- ?? : het geven van vraagtekenantwoorden.

Bij de ABV wordt gebruik gemaakt van percentiel-scores, welke variëren tussen 1 en 100, met 50 als gemiddelde; de ruwe scores zijn, afhankelijk van leeftijd en sekse van de patiënt, omgezet in scores, welke genormeerd zijn aan de hand van een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking. Een lage percentiel-score betekent dat het kenmerk bij de patiënt weinig voorkomt, een hoge score dat het kenmerk in grote mate aanwezig is.

2.3 HAB-score

Met de HAB worden ruwe scores verkregen, welke een indicatie zijn voor de mate van bereidheid van een persoon om zich in te zetten, zowel op mentaal als op lichamelijk gebied. Een lage score geeft een geringe actie-bereidheid aan en een hoge score een grote mate van bereidheid om zich in te zetten. De scores kunnen theoretisch liggen tussen 1 en 50.

2.4 Bewerking

Bij de bewerking van de resultaten is geen rekening gehouden met degene die de behandeling heeft uitgevoerd en de soort behandeling. Aangezien diverse therapeuten (in hoofdzaak een vijftiental artsassistenten) met diverse therapievormen (onder meer psychotherapie, individueel en in groepen, gedragstherapie, sociotherapie, creatieve therapie en medicamenteuze therapie) de betreffende patiënten hebben behandeld, mag men aannemen dat deze factoren in de totale steekproef at random verdeeld zijn. Het verschil in n-scores is nagegaan, en uit exploratieve overwegingen zijn de overige scores met elkaar vergeleken. Op deze wijze zijn tevens ABV en HAB 'normeringsgegevens' verkregen van een 'jaargang' in een psychiatrische kliniek opgenomen en ontslagen patiënten.

3 Resultaten

3.1 Steekproef

In 1972 werden in de kliniek 167 patiënten voor behandeling opgenomen. Van 136 van deze (hoofdzakelijk neurotische) patiënten is binnen 2 weken na opname een geldige ABV en HAB verkregen. De relatief kleine steekproef bij opname is ontstaan door een aantal factoren zoals: analfabetisme, niet-nederlandstaligheid, slechte lichamelijke of geestelijke conditie en weigeringen van de patiënt, alsmede een aantal heropnamen, waardoor geen opnamegegevens verkregen werden. Observatie- en rapportage-opnamen zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Bij slechts 90 van deze 136 patiënten is kort voor ontslag een geldige ABV en HAB verkregen. Het niet zien van patiënten bij ontslag was vooral een gevolg van het niet tijdig doorgeven van het geplande ontslag, 'tegen advies' vertrokken patiënten, vertrek of ontslag binnen één maand na opname, weigeringen, en overplaatsingen. Het aantal mannen en vrouwen in de opname- en ontslagsteekproef (zie tabel 3.1) blijkt statistisch niet van elkaar en van de opnamepopulatie te verschillen (χ^2 -toets, Spitz, 1965).

Tabel 3.1:
Aantallen patiënten 1972

	opname populatie	opname steekproef	ontslag steekproef
totaal	167	136	90
mannen	97	81	50
vrouwen	70	55	40

3.2 Opnamen (n = 136)

In tabel 3.2 zijn de ABV- en HAB-gegevens vermeld van de 136 patiënten die bij opname getest zijn, alsmede leeftijd bij opname en hospitalisatieduur. Uit deze tabel blijkt dat patiënten kort na opname zeer hoog (9e deciel) neurotisch label antwoorden (zowel N als NS). De reactie-scores, welke hoog negatief gecorreleerd zijn

met de neuroticisme-score, zijn overeenkomstig verlaagd (voornamelijk 2e en 3e deciel). De sociale extraversie-score ligt duidelijk beneden het gemiddelde (4e deciel). De HAB-score ligt onder het door Dirken genoemde gemiddelde van industriearbiders. Overigens is deze HAB-score vrijwel identiek aan het gemiddelde van 108 tweedejaars studenten geneeskunde (ongepubliceerd onderzoek door Van der Ploeg en Faverey, 1973).

Tabel 3.2:
Opnamegegevens (n = 136)

variabele	gemiddelde	standaard deviatie
ABV N	86,2	20,1
NS	83,3	20,4
E	38,5	33,2
T	41,0	29,7
MF	21,1	22,4
V ja	32,1	29,3
V nee	17,2	19,6
V totaal	16,7	20,4
SW	23,5	26,6
??	52,5	27,0
HAB-test	24,2	8,9
leeftijd (jaren)	40,1	12,8
hospitalisatieduur (dagen)	153	108

3.3. Toetsingsgroep opname-ontslag (n = 90)

De uiteindelijke toetsingsgroep bestaat uit de 90 patiënten, die zo-

Tabel 3.3:
Opname- en ontslaggegevens van 90 identieke patiënten

variabele	opname		ontslag		toetsing*	
	gemidd.	st. dev.	gemidd.	st. dev.	t =	p = ≤
ABV N	86,5	19,5	78,6	27,4	- 2,835	.005
NS	82,5	21,7	71,7	27,6	- 3,738	.0005
E	39,9	33,7	42,4	32,0	+ 1,051	—
T	39,8	28,7	43,6	30,6	+ 1,896	.05
MF	21,7	22,7	28,4	28,0	+ 2,152	.025
V ja	35,2	30,3	41,9	29,4	+ 2,363	.025
V nee	17,0	18,5	26,2	26,0	+ 3,899	.0005
V tot	18,3	22,0	26,8	25,9	+ 3,609	.0005
SW	23,9	26,9	32,4	30,3	+ 3,468	.0005
??	49,8	26,1	49,0	26,5	- 0,271	—
HAB-test	24,7	8,9	25,3	8,7	+ 0,611	—
Leeftijd (jaren)	39,7	12,4	—	—	—	—
Hospita- lisatieduur (dagen)	173	104	—	—	—	—

* t-toets voor gecorreleerde steekproeven, Spitz.

wel bij opname als bij ontslag een ABV en HAB invulden. In tabel 3.3 zijn de gegevens van opname en ontslag, alsmede de toetsingsgegevens vermeld. Inspectie van de resultaten van de toetsing toont aan dat bij ontslag de scores der patiënt significant gedaald zijn wat betreft N en NS (bij de functionele klachten is de daling meer uitgesproken). Er treedt een significante stijging op bij de T, MF, Vja, Vnee, Vtot en SW scores. Doordat de reactie-scores (doorgaans aanzienlijk) negatief gecorreleerd zijn met de neuroticisme scores is de stijging m.b.t. de MF, Vja, Vnee, Vtot en SW grotendeels verklaard. Het is opvallend dat noch op de sociale extraversie-schaal, noch bij de HAB significante veranderingen zijn gemeten bij de groep patiënten. Nadere inspectie van de resultaten op de E-schaal toonde aan dat bij opname het merendeel van de scores hetzij erg laag, hetzij erg hoog was. Bij ontslag was er een aanzienlijke tendens in de richting van het gemiddelde opgetreden. Hierdoor is echter in het totaal-gemiddelde nauwelijks verandering opgetreden.

Wanneer de *gemiddelde scores* nader bezien worden, valt het op dat de N en NS daling in de gehele groep niet al te groot is. Het blijkt dat uit de opnamescore de ontslagscore min of meer voorspeld kan worden. De correlaties per variabele zijn zeer significant (zie tabel 3.4).

3.4 Correlaties per variabele (opname met ontslag)

In tabel 3.4 zijn de correlaties vermeld per variabele van de opname met de ontslagscores. Het blijkt dat deze correlaties zeer significant zijn en dat met name bij de E-, HAB-, T-, SW-, V- en ??-scores hoge waarden bereikt worden.

Tabel 3.4:

Opname met ontslag correlaties (n = 90)

variabele	N	NS	E	T	MF	V ja	V nee	V tot	SW	??	HAB
correlatie											
opname met ontslagscore	.40	.40	.74	.79	.33	.60	.54	.58	.67	.61	.72
signifi-											
cantie p <	.001	.001	.001	.001	.005	.001	.001	.001	.001	.001	.001

3.5 Correlaties bij opname en bij ontslag

In tabel 3.5 is de correlatie-matrix bij opname en bij ontslag weer-gegeven. De intercorrelaties van de ABV-variabelen zijn door- gaans van gelijkwaardige aard als die vermeld door Wilde (1970) betreffende een neurotische steekproef. De ontslagcorrelaties zijn vrijwel zonder uitzondering hoger dan de opnamecorrelaties. Lange hospitalisatieduur lijkt het best *voorspeld* te worden door resp. een gering gebruik van vulgaire, of populaire ABV antwoorden, jonge leeftijd, lage SW, lage E en hoge N-score. Patiënten die lang verbleven in de kliniek hebben bij ontslag resp. een lage SW-, V-

en E-score, een hoge N- en NS-score, alsmede een lage MF- en HAB-score, en een jonge leeftijd. Samengevat: patiënten die bij opname een lage V-, SW- en E-score, alsmede een hoge N-score op de ABV verkrijgen (in samenhang met een jonge leeftijd), maken een goede kans lang in de psychiatrische kliniek te verblijven. In samenhang met een lang verblijf bestendigt dit patroon zich en blijken de correlatiewaarden op deze variabelen bij ontslag aanzienlijk gestegen.

In het volgende (zie 3.6) zal worden nagegaan in hoeverre deze (lineaire) relatie met de, als een maat voor het effect van psychotherapie op te vatten, hospitalisatieduur, geldig is. Luborsky (1962) veronderstelt namelijk dat de mate van 'ziekte' en het effect van psychotherapie waarschijnlijk niet-lineair gerelateerd zijn, doch dat een curvi-lineaire relatie, gelijkend op een omgekeerde U-curve, bestaat.

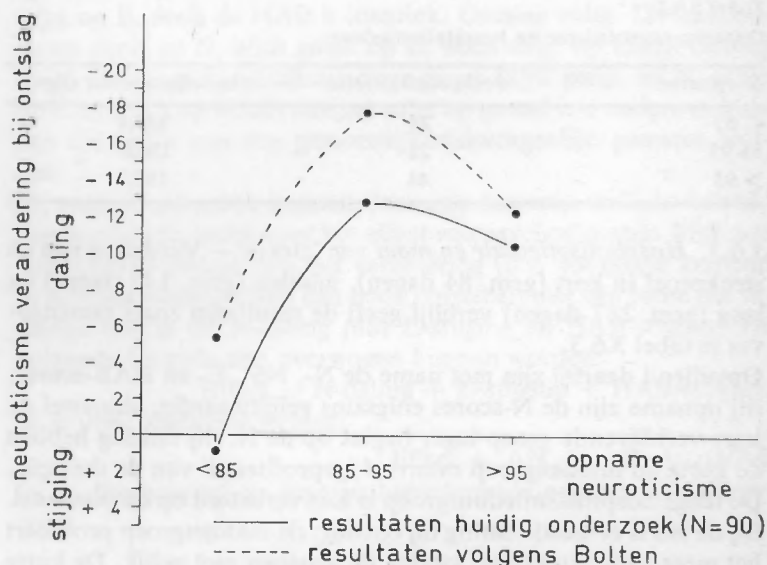
3.6 Relatie tussen maat van 'ziekte' en psychotherapie resultaat

3.6.1. *Replicatieonderzoek* — Bolten heeft in zijn steekproef de door Luborsky naar voren gebrachte theorie nader getoetst. Hij concludeert dat er een niet-lineaire relatie bestaat tussen de mate van ziekte bij het begin van de behandeling (opname-neuroticisme score) enerzijds en het effect van psychotherapie (de hoeveelheid neuroticisme daling of stijging bij ontslag) anderzijds.

Wanneer in ons onderzoek dezelfde criteria gehanteerd worden als door Bolten, ontstaat een vergelijkbaar resultaat.

In tabel 3.6.1 zijn deze resultaten samengevat en in figuur 1 zijn deze grafisch weergegeven.

Figuur 1



3.6.2. *Curvi-lineaire relatie met hospitalisatieduur* — Wanneer tevens gelet wordt op de duur van het verblijf in de kliniek (als maat

voor het resultaat van psychotherapie), dan is de kromlijnige relatie niet meer aanwezig. Patiënten met een relatief lage opname N verblijven korter dan de twee andere groepen (zie tabel 3.6.2). Het lijkt echter wel zinvol de hospitalisatieduur, die van multiple factoren afhankelijk is, nader te bezien. Indien prognostisch iets gezegd zou kunnen worden over een mogelijke therapieduur in een psychiatrische kliniek, wordt daarmee een belangrijke stap gezet in de richting van een empirisch gefundeerde indicatiestelling. Om dit na te gaan en omdat de sub-steekproefgrootte in ons onderzoek (de patiënten zijn ingedeeld volgens de criteria van Bolten) niet even groot is, zijn de patiënten in drie groepen van gelijke grootte verdeeld op grond van hun uiteindelijke hospitalisatieduur (kort, midden en lang verblijf, $n = 30$). In het volgende worden de resultaten hiervan besproken.

Tabel 3.6.1:

Neuroticismeverandering

N-opname	N	
	N-verandering bij ontslag (gemiddeld)	N-verandering bij ontslag volgens Bolten
< 85	+ 0,9	— 5,3
85-95	— 12,8	— 17,7
> 95	— 10,3	— 12,2

Patiënten met een 'gemiddelde' hoeveelheid neuroticisme bij opname vertonen de meeste winst en verbetering (gemeten met N-daling) ten opzichte van de groep die met relatief lage of hoge N-scores de therapie aanvangt.

Tabel 3.6.2:

Opname-neuroticisme en hospitalisatieduur

N-opname	steekproef-grootte	hospitalisatieduur (dgn)
< 85	24	140,4
85-95	22	180,0
> 95	44	180,3

3.6.3. *Hospitalisatieduur en maat van 'ziekte'* — Verdeling van de steekproef in kort (gem. 84 dagen), midden (gem. 147 dagen) en lang (gem. 287 dagen) verblijf geeft de resultaten zoals samengevat in tabel 3.6.3.

Opvallend daarbij zijn met name de N-, NS-, E- en HAB-scores. Bij opname zijn de N-scores enigszins gelijkwaardig, alhoewel de kort verblijvende groep lager begint op de N. Bij ontslag hebben de korte en middengroep evenveel 'geprofiteerd' van de therapie. De lange hospitalisatiegroep is niet verbeterd op de N-schaal. Bij de NS is er steeds daling bij ontslag; de middengroep profiteert het meest. Bij extraversie starten de groepen niet gelijk. De korte verblijfsgroep vertoont de meeste sociale extraversie. Bij ontslag heeft de korte groep een nóg hogere score op de E-schaal. De mid-

Evaluatie van psychotherapie met behulp van vragenlijsten

Tabel 3.6.3:

Hospitalisatieduur-splitsing en vragenlijstcores (gemiddelden en verschillen)

	n = 30 kort			n = 30 midden			n = 30 lang		
	opn.	ontslag	versch.	opn.	ontslag	versch.	opn.	ontslag	versch.
N	79,6	67,8	- 11,8	92,3	79,3	- 13,0	87,7	88,7	+ 1,0
NS	78,3	67,2	- 11,1	83,4	66,9	- 16,5	85,8	81,1	- 4,7
E	45,1	54,1	+ 9,0	41,7	41,9	+ 0,2	32,9	31,1	- 1,8
T	46,0	50,6	+ 4,6	31,7	42,9	+ 11,2	41,6	37,4	- 4,3
MF	22,5	37,6	+ 15,2	19,5	30,6	+ 11,1	23,0	16,9	- 6,1
V ja	40,2	52,0	+ 11,9	39,2	39,8	+ 0,6	26,3	33,8	+ 7,5
V nee	23,1	37,1	+ 14,0	13,2	26,9	+ 13,6	14,7	14,6	- 0,1
V tot	24,4	39,7	+ 15,3	17,0	25,9	+ 8,9	13,6	14,8	+ 1,2
SW	32,6	47,4	+ 14,8	20,5	31,4	+ 10,9	18,6	18,5	- 0,2
? ?	51,5	42,1	- 9,4	44,9	52,2	+ 7,3	53,1	52,7	- 0,4
HAB	26,8	26,8	+ 0,0	23,5	25,9	+ 2,4	23,9	23,1	- 0,8

den- en lange groep zijn nauwelijks gewijzigd. Op de HAB (die met E positief gecorreleerd is) heeft de middengroep bij ontslag wél zijn vooruitgang geboekt, en heeft deze de waarde van de korte hospitalisatieduurgroep bereikt.

Men zou kunnen spreken van het volgende patroon: *wanneer een patiënt minder klaagt én meer sociaal extravert of meer actiebereid antwoordt, zal hij ontslagen kunnen worden.* Pas wanneer aan beide voorwaarden (N-verandering én E- of HAB-verandering) is voldaan, volgt ontslag. De korte verblijfsduur groep daalt op N en stijgt op E, doch de HAB is identiek. Ontslag volgt. De middengroep daalt op N, blijft gelijk op E, doch stijgt op HAB: ontslag volgt. De lange hospitalisatieduur groep blijft gelijk op N, gelijk op E en gelijk op HAB; ontslag volgt op grond van andere criteria dan die welke met een persoonlijkheidsvragenlijst gemeten worden.

Bij verder onderzoek kunnen deze drie factoren wellicht betrokken worden als index voor het effect van psychotherapie. Men zou zich kunnen voorstellen dat verbetering (b.v. tot uiting komend in de hospitalisatieduur) dan hoog correleert met een score die samengesteld is uit N-daling plus E-stijging en HAB-stijging. De volgende formule zou overwogen kunnen worden:

Effect = N-daling + E-stijging + HAB-stijging,
of in meer algemene termen:

$$\text{Effect} = \Delta N + \Delta E + \Delta \text{HAB}$$

In de discussie zal op deze evaluatieformule nader worden ingegaan.

4 Klachtenvragenlijst

4.1 Opname en ontslag gemiddelden

Kellner en Sheffield (1972) ontwikkelden de Symptom Rating Test (SRT). Bij de verkorte versie kan een patiënt door middel van een kruisje zelf aangeven in welke mate hij de afgelopen week last of hinder heeft ondervonden van een 30-tal klachten. Deze klachten kunnen in vier groepen verdeeld: somatische, depressieve, angst- en insufficiëntie-klachten(resp. S, D, A en I). Door de huidige auteur is de verkorte versie van de SRT vertaald en bewerkt. De indeling van de klachten in de sub-schalen is identiek aan de door Kellner en Sheffield gehanteerde indeling. De S- en I-schaal bevatten ieder 7 klachten, de D- en A-schaal 8. Per klacht kan de patiënt, afhankelijk van de mate waarin hij de afgelopen week last of hinder heeft gehad van de klacht, een score van 1-4 behalen. De range van de S- en I-schaal is derhalve 7-28; bij de D- en A-schaal is de range 8-32. De totaalscore (T) is de som van de vier sub-scores (range 30-120). In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de ruwe scores. In tabel 4.1.1 zijn de gemiddelden bij opname en ontslag alsmede de uitkomsten van toetsing van de verschijscores van 41 patiënten vermeld.

Tabel 4.1.1:
Klachtenvragenlijst gemiddelden (n = 41)

variabele	opname		ontslag		toetsing*	
	gem.	s.d.	gem.	s.d.	t =	p <
T totaal-score	70,4	16,7	54,6	18,6	— 5,69	.0005
S somatisch	13,6	4,5	10,6	4,0	— 4,42	.0005
D depressie	20,0	5,5	14,7	5,8	— 5,30	.0005
A angst	20,5	5,7	16,0	6,0	— 4,90	.0005
I insufficiëntie	16,3	4,7	13,0	4,6	— 4,18	.0005

*t-toets voor gecorreleerde steekproeven, Spitz.

Op *alle* schalen blijken de in de afgelopen week ervaren klachten aan het eind van de behandeling duidelijk gedaald te zijn. De correlaties van de opnamescores met de ontslagscores per variabele blijken wel significant te zijn, doch de hoogte van de significantie is lager dan bij de ABV- en HAB-scores (zie tabel 4.1.2).

Tabel 4.1.2:
Correlaties opname/ontslag klachtenvragenlijst (n = 41)

variabele	T	S	D	A	I
correlatie	.51	.49	.37	.51	.42
significantie p <	.005	.005	.005	.005	.005

Wanneer de correlaties tussen de sub-schalen binnen een testafname nader bezien worden, valt het op dat de D-, A- en I-schalen

relatief hoog met elkaar correleren. Bij ontslag zijn de correlaties zonder uitzondering hoger dan bij opname. Correlatie van de klachtenvragenlijstscores met ABV en HAB geeft een gering aantal significanties. De N en NS correleren redelijk met de totaalscore en een aantal sub-schalen. De E en HAB correleren niet of nauwelijks met de klachtenvragenlijst.

4.2. Klachtenvragenlijst en hospitalisatieduur

Wanneer de verdeling van de hospitalisatieduur, zoals toegepast bij de bespreking van de ABV-resultaten, ook gehanteerd wordt voor de klachtenvragenlijstscores, ontstaat een boeiend profiel (zie tabel 4.2). De totaalscore bij opname is voor alle drie groepen niet significant verschillend. Ook de opnamescores op de sub-schalen zijn relatief identiek. Bij ontslag blijkt dat de korte verblijfsduur groep de minste klachten heeft. De lange verblijfsduur groep heeft dan de meeste klachten.

Tabel 4.2:

Hospitalisatieduur en klachtenvragenlijstgemiddelden

	kort n = 12		midden n = 13		lang n = 16	
	opname	ontslag	opname	ontslag	opname	ontslag
T	65,2	44,3	72,3	52,2	72,6	64,1
S	12,4	9,8	14,2	10,5	14,1	11,4
D	19,0	12,0	19,8	13,1	20,8	18,0
A	18,5	12,4	21,2	15,2	21,4	19,4
I	15,3	10,2	17,2	12,8	16,3	15,3

Het verschil in (ontslag) totaalscore van kort-lang en midden-lang verblijf is significant. De curvi-lineaire relatie die bij de ABV-scores wel kon worden aangetoond, lijkt bij inspectie van deze gegevens niet aanwezig. Hoe langer men in de kliniek verbleef des te hoger zijn de scores op de ontslag-klachtenvragenlijst. De relatie van deze scores en de verblijfsduur lijkt lineair.

De bij 3.6.3 voorgestelde 'index voor effect' lijkt hiermee te kunnen worden aangevuld met een score omtrent daling van klachten (gemeten in de afgelopen week). De formule luidt dan:

$$\text{Effect} = \Delta N + \Delta E + \Delta \text{HAB} + \Delta T \text{ klachten.}$$

In verder onderzoek zal de waarde van deze operationalisering van een index voor therapie-resultaat nader moeten worden bestudeerd.

5 Discussie

De resultaten van dit ten dele exploratieve onderzoek zijn gebaseerd op een 'selectie' van een jaargang opgenomen patiënten. Analyse van leeftijd, sekse, en scores op de persoonlijkheidsvragenlijsten bij opname geeft geen verschil tussen de groep die bij ontslag wél en de groep die niet gezien is. Alleen de hospitalisatie-

duur van de groep die bij ontslag niet gezien werd, is beduidend korter; hetgeen een gevolg is van een aantal factoren ('tegen advies' ontslag, ontslag en poliklinische behandeling, en overplaatsingen). Samengevat mag worden aangenomen dat de uiteindelijke toetsingsgroep ($n = 90$) min of meer representatief is voor de gehele bij opname geteste groep.

Tussen de opname- en de ontslagscores op de persoonlijkheidsvragenlijsten bestaan relatief geringe verschillen. Indien essentiële wijzigingen zouden zijn opgetreden in samenhang met de behandeling en het verblijf in de kliniek, dan had verwacht mogen worden dat deze verschillen grotere waarden hadden bereikt. Alhoewel met de Klachtenvragenlijst 'klachten van de afgelopen week' zijn gemeten, is het opvallend hoe sterk soms de gelijkenis is van opname- en ontslagprofiel. De mogelijkheid dat geheugenfactoren bij het invullen een rol gespeeld hebben, mag worden verwaarloosd. Beantwoording van de lijsten bij opname vond doorgaans plaats in een periode waarin veel onderzoek (b.v. lichamelijk, psychiatrisch en EEG) werd verricht. Tevens werd benadrukt om de huidige situatie en visie weer te geven. Een aantal patiënten zal het invullen van de vragenlijsten hebben aangegrepen om aan te geven in welke mate zij hulp behoeften. Dat het zogenaamde 'Hello-Goodbye'-effect (benadrukken van 'ziekte' bij begin van de behandeling en ontkenning van 'ziekte' bij beëindiging van de therapie) invloed op de uiteindelijke resultaten heeft gehad, lijkt niet waarschijnlijk, aangezien ook bij ontslag zowel de antwoordtendentie om 'gezonder' als de tendentie om 'zieker' te antwoorden is waargenomen. Verwacht mag worden dat de verschillende antwoordtendenties in de gehele steekproef waarschijnlijk at random verdeeld zijn.

Bij de analyse van de ontslagresultaten is uitgegaan van de absolute daling of stijging in ABV- en HAB-scores. Ook bij de voorgestelde evaluatie-index wordt gebruik gemaakt van gewogen of ruwe scores. Het lijkt waarschijnlijk dat dit een artefact met zich mee brengt, aangezien de door Wilder (1962) geformuleerde 'wet van de initiële waarden' ook van toepassing lijkt te zijn op scores van een persoonlijkheidsvragenlijst. Bijvoorbeeld een lage score bij opname heeft een goede kans te stijgen, in tegenstelling tot een hoge score bij aanvang. Nadere statistische analyse, waarbij rekening gehouden wordt met de uitgangswaarde bij opname, lijkt geïndiceerd. De voorgestelde evaluatie-index is bij een kleine groep poliklinische patiënten nader getoetst. Er blijkt dan een verband te bestaan tussen subjectieve verbetering en de 'evaluatie-index'. In het onderhavige onderzoek is getracht ook meer subjectieve informatie te verbinden met de objectieve testcores. Het met behulp van een jury-procedure analyseren van het in ontslagbrieven gestelde, bleek niet zinvol, aangezien in het merendeel van de ontslagbrieven beperkte uitspraken omtrent verbetering werden gedaan. De terminologie varieerde doorgaans tussen matig verslechterd, onveranderd en matig verbeterd; alhoewel in het merendeel van de gevallen positieve wijzigingen bij de patiënt op het een of

andere niveau werden benadrukt. Bij verder onderzoek naar het effect van psychotherapie lijkt het gebruik van persoonlijkheidsvragenlijsten slechts beperkt zinvol. Meer specifieke en meer flexibele meetinstrumenten verschaffen de mogelijkheid informatie te verkrijgen, welke beter weergeeft wat binnen een psychotherapie bereikt kan worden.

Samenvatting

Een groep psychiatrische patiënten is bij opname en ontslag psychologisch getest met behulp van de ABV-, de HAB-test en een klachtenvragenlijst, waardoor het effect van de psychotherapeutische behandeling kon worden nagegaan. Er werd aangetoond dat een kromlijng verband bestaat tussen de maat van ziekte bij opname en het psychotherapie-resultaat. De duur van de behandeling bleek samen te gaan met een maat voor neuroticisme, extravertie, en een klachtenscore. In de discussie is een index voor het meten van het effect van psychotherapie voorgesteld.

Literatuur

- Barendregt, J. T., 1961, *Research in psychiodiagnostics*. Mouton & Co, Den Haag.
- Bolten, M. P., 1968, Prediction of psychotherapeutic success, *Proceedings of the 16th Int. Congress of Applied Psychology*, Amsterdam.
- Dirken, J. M., 1970, *De vragenlijst voor habituele aktiebereidheid*, Wolters-Noordhoff, Groningen.
- Kellner, R. en B. F. Sheffield, 1972, *Abridged Manual of the Symptom Rating Test*, University of Liverpool (ongepubliceerd).
- Luborsky L., 1962, The patients personality and psychotherapeutic change, in: H. H. Strupp en L. Luborsky, *Research in psychotherapy*, Washington.
- Van der Ploeg, H. M., 1972, *De klachtenvragenlijst, Bewerking van de Symptom Rating Test door Kellner en Sheffield* (ongepubliceerd).
- Van der Ploeg, H. M. en H. A. Faverey, 1973, *Vragenlijst onderzoek bij studenten* (ongepubliceerd).
- Rachman, S., 1972, *The effects of psychotherapy*, Pergamon Press, Oxford.
- Spitz, J. C., 1965, *Statistiek voor psychologen, pedagogen, sociologen*, Noord-Hollandsche Uitgeversmaatschappij, Amsterdam.
- Wilde, G. J. S., 1963, *Neurotische labiliteit gemeten volgens de vragenlijst-methode*, F. van Rossen, Amsterdam.
- Wilde, G. J. S., 1970, *Neurotische labiliteit gemeten volgens de vragenlijst-methode*, F. van Rossen, Amsterdam, tweede vermeerderde druk.
- Wilder, J., 1962, Basimetric approach (The law of Initial Value) to biological rhythms, *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 98, 1211-1220.