

Beloop van de psychopathologie bij een experimentele dagbehandelingsgroep en een controlegroep

Berichten uit het Substitutieproject Drenthe (VII)

*door F.J. Nienhuis, R. Giel, H. Kluiters, M. Rüphan en
D. Wiersma*

Samenvatting

In het kader van een gerandomiseerd experiment ontving een experimentele groep patiënten met een opname-indicatie voor een APZ een opnamevervangende dagbehandeling. Onderzocht werd of het beloop van de psychopathologie van deze experimentele groep afweek van dat van een controlegroep, die een traditionele klinische behandeling ontving. Over een follow up-periode van twee jaar werd op drie meetmomenten (bij opname, na één en na twee jaar) het psychiatrische toestandbeeld onderzocht door middel van een interview. Dit gebeurde op het niveau van psychiatrische symptomen, psychologische functies en psychiatrische diagnoses. Naast deze discrete metingen werd het (continue) episodische beloop in kaart gebracht.

Beide groepen gingen in de follow up-periode in significante mate vooruit met betrekking tot de klachten bij opname. De mate van vooruitgang was bij beide groepen nagenoeg gelijk. Het episodisch beloop verschilde evenmin. Na twee jaar is ongeveer 40% van de onderzochte patiënten nog een psychiatrische casus, hetgeen een indicatie is van de ernst van de pathologie bij deze groep patiënten.

Inleiding

Het onderzoek van het Substitutieproject Drenthe, dat het karakter draagt van een gerandomiseerd experiment, wil onder andere een antwoord geven op de volgende vragen: wat bepaalt de haalbaarheid van opnamevervangende dagbehandeling (OVDB) en wat zijn de effecten van OVDB op het psychosociale functioneren bij patiënten met een opname-indicatie? In eerdere berichten werden doelstellingen (Wiersma 1988; Wiersma e.a. 1989), uitvoering (Van Veldhuizen, Wiersma en Ram 1988) en haalbaarheid (Kluiters e.a. 1990; Nienhuis e.a. 1991; Rüphan e.a. 1991) van dagbehandeling beschreven. De laatste twee berichten behandelden de relatie tussen de haalbaarheid van dagbehandeling en het niveau van het sociale functioneren en de psychopathologie vóór opname. In deze publikaties werd er al op gewezen dat haalbaarheid op zich een onvoldoende rechtvaardiging is voor een

nieuwe behandelingsvorm. Bij de toepassing van nieuwe behandelmethoden is immers de vraag naar de effecten op het psychosociale functioneren van de patiënt van een minstens zo groot belang. Ook in de meeste eerdere dagbehandelings(quasi-)experimenten wordt de psychopathologie als uitkomstmaat genoemd (Zwerling e.a. 1964; Herz e.a. 1971; Washburn e.a. 1976; Dick e.a. 1985; Creed e.a. 1990; Michaux e.a. 1972; Penk e.a. 1978; Fink e.a. 1978). Ondanks het gebruik van verschillende meetprocedures en -instrumenten blijkt er in de meeste studies geen verschil tussen experimentele en controlegroep te bestaan met betrekking tot de psychopathologie bij follow up. Alleen Washburn e.a. (1976) melden na de hele follow up-periode van twee jaar een verschil in 'subjective distress' ten gunste van de dagbehandelingsgroep. Naast het gebruik van verschillende meetinstrumenten staan ook de volgende factoren een directe vergelijking van de studies in de weg:

- Het ontbreken van een randomisatieprocedure (Michaux e.a. 1972; Fink e.a. 1978).
- Het ontbreken van een beginmeting (Zwerling e.a. 1965; Kris e.a. 1965; Fink e.a. 1978).
- Het ontbreken van een nameting met betrekking tot psychopathologie (Kris e.a. 1965).
- Het onderling variëren van de follow up-duur.
- Het gebruiken van geselecteerde populaties (Herz e.a. 1971; Washburn e.a. 1976; Dick e.a. 1985; Creed e.a. 1990; Creed e.a. 1991; Michaux e.a. 1972; Fink e.a. 1978; Penk e.a. 1978). Zie voor een overzicht Kluiter e.a. 1990.

Alleen Zwerling e.a. (1964) hebben een nagenoeg ongeselecteerde populatie gebruikt, maar in deze studie is het psychosociale functioneren nauwelijks kwantitatief onderzocht. De huidige studie is min of meer een replicatie van die van Zwerling, met name met betrekking tot het aspect van de haalbaarheid.

In dit artikel zal het beloop van de psychopathologie van de experimentele en de controlegroep van het Substitutieproject gedurende een follow up-periode van twee jaar met elkaar worden vergeleken. Voor de meting van het beloop worden zowel discrete (beginmeting met twee follow up-metingen) als continue (ziekte-episoden) maten gebruikt. Gelet op de genoemde uitkomsten van andere onderzoeken wordt de hypothese getoetst dat dit beloop voor beide groepen gelijk is. Gezien de ernst van de pathologie van de onderzochten zou dat een relatief gunstige uitkomst zijn. Het gaat immers om patiënten voor wie een klinische opname noodzakelijk geacht wordt. Dagbehandeling kan daarom risico's meebrengen, zoals een verhoogde kans op suïcide(pogingen) of een trager herstel danwel een frequentere terugval. Het eventueel uitblijven van zulke negatieve consequenties moet onzes inziens dus als een gunstige uitkomst worden gezien.

Voor de beschrijving van de dagbehandelingsconditie verwijzen wij naar Van Veldhuizen e.a. (1988).

Methode

Populatie – Het oorspronkelijke onderzoekscohort bestaat uit 103 experimentele (S) en 57 controle(K)patiënten. Allen waren aangemeld en geaccepteerd voor opname in een APZ. Ze waren afkomstig uit de regio rond de stad Assen. Voor de onderzoekspopulatie golden geen uitsluitingscriteria, met dien verstande dat alleen patiënten die werden aangemeld voor juridische expertise en patiënten met dementie niet werden betrokken in het onderzoek.

Om verschillende redenen die zijn beschreven in een eerder artikel werden niet alle patiënten persoonlijk onderzocht (Nienhuis e.a. 1991). Van de resterende 73 S- en 35 K-patiënten die wel konden worden geïnterviewd werden in de respectievelijke analyses alleen diegenen betrokken, van wie zogenaamde gepaarde metingen beschikbaar waren. Zo werden voor de bestudering van het beloop over een jaar alleen diegenen in de analyse betrokken, die zowel bij opname als na een jaar werden geïnterviewd ($N = 81$; 55 S, 26 K). Hetzelfde geldt voor de follow up na twee jaar ($N = 85$; 60 S, 25 K). Van de bij opname persoonlijk onderzochten kon dus 78% van de S- en 71% van de K-patiënten twee jaar gevolgd worden.¹ Voor deze groep patiënten ($N = 85$) werd nagegaan of ze met betrekking tot de diagnose en enkele sociodemografische kenmerken afweken van de niet in de analyse betrokken patiënten. De persoonlijk onderzochten bleken op slechts één der kenmerken significant af te wijken van de niet-onderzochten: bij patiënten die aan ten minste twee metingen hadden meegewerkt bleek het in meer gevallen (52%) om de eerste opname te gaan dan bij de niet-onderzochte patiënten (29%; $X^2 = 8.99$, D.F. = 3, $p = .03$). Voor een beschrijving van de sociodemografische kenmerken van de onderzochten verwijzen wij naar Nienhuis e.a. (1991). De onderzochte S- en K-patiënten bleken op geen van deze kenmerken van elkaar te verschillen.

Meting psychopathologie – In het volgende zullen Present State Examination, de onderzoeksdiagnose, de meetprocedure met betrekking tot de ziekte-episoden en de Classificatie van Intellectuele en andere Psychologische Stoornissen worden beschreven.

Voor het meten van de psychopathologie werd de *Present State Examination* (PSE) gebruikt (Wing, Cooper en Sartorius 1974). Met dit semi-gestructureerde interview worden psychiatrische symptomen in de maand voorafgaande aan het interview nagevraagd. Voor alle symptomen geldt dat ze in klinische mate aanwezig moeten zijn om te worden gescoord. Daarbij is de ernst te onderscheiden door een score 1 of

2 te geven.² De PSE bevat een sectie met neurotische symptomen, één met psychotische symptomen en een observatiesectie waarin het gedrag tijdens het interview wordt gescoord. Met behulp van een computerprogramma (Catego) wordt een aantal maten gegenereerd uit de PSE waarvan de volgende in dit onderzoek worden gebruikt:

1. *NSN: Niet-specifieke neurotische symptomen*. Dit is een somscore van klachten die niet specifiek zijn voor een psychiatrisch syndroom: bij voorbeeld gespannenheid van spieren, snel vermoeid zijn, spanningspijn.
2. *SNR: Specifieke neurotische symptomen*. Dit is een somscore van klachten die kenmerkend zijn voor een psychiatrisch syndroom: bij voorbeeld depressieve stemming, fobische klachten, paniekaanval.
3. *DAH (Delusions And Hallucinations)*: Somscore van alle psychotische belevingen (het horen van stemmen, grootheidswanen, waan dat gedachten worden uitgezonden).
4. *BSO (Behavior, Speech and Others)*: Gedragsstoornissen, spraakstoornissen en overige psychotische belevingen. Deze maat bestaat uit de som van de scores op de gedragsitems tijdens het interview. Het bevat items als: geobserveerde depressie, incoherente spraak, decorumverlies en dergelijke.

Bovengenoemde maten worden meestal aangeduid als de vier *subscores*. Deze zijn een nadere specificatie van de aard van de pathologie. Verder worden gebruikt:

5. *Totaalscore*: Som van alle itemscores. Alle symptoomscores, zowel neurotisch als psychotisch, worden bij elkaar opgeteld. De totaalscore is een ongewogen somscore.
6. *ID (Index of Definition)*: Mate van waarschijnlijkheid dat er sprake is van een specifieke psychiatrische stoornis. De PSE-ID loopt van 1-8. In het algemeen wordt er een drempelwaarde gehanteerd van 5 (Wing, Mann, Leff e.a. 1978a). Een ID kleiner dan 5 betekent dan dat een specifieke psychiatrische stoornis niet waarschijnlijk is en boven de 5 wel. In de berekening van de ID (Wing en Sturt 1978b) wordt rekening gehouden met de klinische betekenis en de ernst van de gescoorde symptomen. De ID is dus op te vatten als een gewogen somscore en wordt door ons gebruikt als ernstmaat.

De PSE werd binnen een week na opname, één en twee jaar na opname afgenomen. De afname duurde gemiddeld ruim 1+ uur. Indien geen gesprek mogelijk was, werd alleen de observatiesectie ingevuld. Dit was alleen op het eerste meetmoment bij vier patiënten het geval.

De items van de PSE sluiten aan op het ICD-8 classificatiesysteem. In het onderhavige onderzoek werd echter de DSM-III (APA 1980) gebruikt. Naast de afname van de PSE werd daarom, indien opportuun, een aantal vragen gesteld, wat een as-I-diagnose volgens de DSM-III mogelijk maakte (Van den Brink, Koeter, Ormel e.a. 1989). De PSE

met aanvullende vragen, de CIPS en eventuele statusgegevens werden in een panel besproken. Dit panel bestond uit zeer ervaren diagnostici.³ Aan de hand van deze gegevens werd een *onderzoeksdiagnose* (DSM-III) geformuleerd. In geval van comorbiditeit werd de diagnose die het hoogst in de gebruikte hiërarchie (zie hieronder) staat, gebruikt. Voor analysedoeleinden werden de as-I-diagnoses ingedeeld in de volgende diagnostische categorieën en hiërarchie:

1. Verslavingen/misbruik: 303.90/91/92; 305.01/92
2. Niet-affectieve psychosen: 295.12/14/30/31/32/33/34/35/40/62/70/91/92; 297.90; 298.30/90
3. Affectieve psychosen: 296.24/34/44/54/64
4. Depressie en angst: 296.22/23/32/33/52; 300.00/02/22/23/30/40/90; 309.81
5. Overige: 294.80; 296.70; 300.13; 309.00/28/40; 310.10; 312.34/39; V61.10/80; V71.09

Ziekte-episoden – De follow up-metingen na één en twee jaar geven een indruk van het psychiatrische toestandsbeeld op dat moment. Hoewel de ingewonnen informatie steeds een maand van iemands psychische functioneren beslaat, is het min of meer een momentopname. Het zou kunnen zijn dat iemand net op het moment van het interview een slechte episode in een overigens goed jaar doormaakt of andersom. Weliswaar gelden deze omstandigheden voor zowel de experimentele als de controlegroep en staan ze een vergelijking van beide groepen niet in de weg. Toch is het van belang inzicht te krijgen in hoe het de patiënten tussen de meetmomenten is vergaan. Met name is van belang of de experimentele en de controlegroep van elkaar verschillen met betrekking tot het *aantal* en de *duur* van ziekte-episoden in de tussenliggende tijd. In dit onderzoek is geprobeerd deze ziekte-episoden van de onderzochten in kaart te brengen. De procedure was als volgt:

Op het eerste meetmoment (T₀) is een (DSM-III-)onderzoeksdiagnose gesteld. In principe werd met name deze stoornis twee jaar gevolgd. Op het tweede meetmoment na een jaar (T₁) werd aan de onderzochte gevraagd hoeveel maanden deze toestand vanaf T₀ had voortgeduurd. Hierbij werden steeds de DSM-III-criteria aangehouden. Indien vervolgens op T₁ sprake was van een andere stoornis, werd nagegaan sinds wanneer deze toestand bestond. Verder werd gevraagd of zich in de tussenliggende periode (na T₀ en T₁) een andere toestand had voorgedaan die voor T₁ was geëindigd. Deze procedure werd op het derde meetmoment na twee jaar (T₂) herhaald.

Zo kregen we een tamelijk volledig beeld van het aantal maanden waarin tijdens de follow up-periode sprake was van één of meerdere stoornissen volgens de DSM-III. In andere studies is op vergelijkbare wijze gewerkt (Keller e.a. 1987; v.d. Brink e.a. 1991; Brilman e.a., aangeboden).

Met de *Classificatie van Intellectuele en andere Psychologische Stoornissen* (CIPS; Hoek 1987) worden elf psychologische functies (zoals aandacht, geheugen, waken/slapen, psychomotoriek) beoordeeld op de mate waarin ze gestoord zijn. Beoordeling van deze functies vindt plaats aan de hand van gedragsobservaties. De CIPS bevat 54 items met ieder een interviewscore (ingevuld tijdens het interview) en een 4-weeksscore. Voor de 4-weeksscore wordt een informant geïnterviewd. Per functie wordt een globale score gegeven (van niet gestoord tot ernstig gestoord, schaalwaarde 0-4). Afname vond plaats bij opname, na één jaar en na twee jaar. De interviewscores werden na afname van de PSE ingevuld.

Analyse – Op de PSE-, CIPS- en de episodescoringen werden de volgende analyses gedaan:

Eerst werd getoetst of de S- en de K-groep tussen de meetmomenten in significante mate waren vooruitgegaan. Vervolgens werd de belangrijkste analyse gedaan, naar de eventuele verschillen tussen de groepen in de mate van vooruitgang. Alle analyses werden gedaan met de *repeated measures-techniek* (variantieanalyse). Ze is de meest geschikte methode voor ons type onderzoek, waarbij herhaalde metingen bij dezelfde patiënten worden gedaan en tegelijk twee behandelcondities worden vergeleken (O'Brien en Kaiser 1985; Ekstrom, Quade en Golden 1990). De analyses werden voor de hele S- en K-groep gedaan en vervolgens voor de S- en K-patiënten per diagnostische categorie. De analyses hebben betrekking op de verschillen tussen de To-scores en de scores op T1, respectievelijk T2. Het verschil tussen de groepen in gemiddelde duur van de episoden werd getoetst met een t-test.

Resultaten

Present State Examination (PSE) – In tabel 1 staan de gemiddelde waarden en tussen haakjes de standaarddeviaties van de PSE-maten op de drie meetmomenten. Voor de analyse To-T1 waren de gegevens van 55 S- en 26 K-patiënten beschikbaar, voor de To-T2-analyse die van 60 S- en 25 K-patiënten. Daarom staan bij To de twee gemiddelden van de betreffende patiëntengroepen. De vooruitgang tussen To en respectievelijk T1 en T2 is op alle maten significant (éénzijdig, 5% significantieniveau). Dat geldt voor zowel de S- als de K-groep. Opvallend is dat ook tussen T1 en T2 de scores nog dalen, zij het niet significant. Toch laat een gemiddelde Index of Definition op T2 van 4 (S) respectievelijk 3,6 (K) zien, dat de ernst van de pathologie na twee jaar nog aanzienlijk is.

Naast de toetsing van de verschillen tussen de meetmomenten is het verschil in vooruitgang tussen de groepen getoetst met de *repeated measures-methode*. Op geen der PSE-maten bleek in dit opzicht verschil te bestaan tussen de S- en K-groep. Met andere woorden: beide groepen

Tabel 1: Gemiddelde scores en standaarddeviaties op PSE-maten op To, T1, T2 van S- en K-groep

	S			K		
	To	T1	T2	To	T1	T2
DAH	2.7 (5.6)	1.4 (3.4)	—	3.2 (5.0)	.6 (2.2)	—
	2.6 (5.0)	—	1.3 (3.7)	3.5 (5.0)	—	.6 (1.5)
BSO	2.1 (2.6)	1.2 (2.0)	—	2.4 (2.5)	1.1 (1.4)	—
	2.2 (2.7)	—	1.4 (2.0)	2.6 (2.7)	—	.9 (1.4)
SNR	5.6 (4.0)	3.0 (4.2)	—	5.6 (3.8)	2.9 (3.1)	—
	5.3 (4.4)	—	2.2 (3.2)	5.2 (3.8)	—	2.2 (3.7)
NSN	12.2 (8.1)	6.9 (7.1)	—	11.8 (6.8)	6.0 (5.2)	—
	11.4 (8.3)	—	5.7 (6.5)	11.2 (7.3)	—	4.7 (6.9)
TOTAAL	22.6 (12.8)	12.5 (10.6)	—	23.0 (12.2)	10.6 (8.6)	—
	21.5 (12.6)	—	10.6 (11.5)	22.5 (12.7)	—	8.4 (11.0)
ID	6.1 (1.7)	4.5 (2.3)	—	6.2 (1.7)	4.0 (2.1)	—
	6.1 (1.7)	—	4.0 (2.1)	6.2 (1.7)	—	3.6 (2.3)

F-toets, * = significant verschil tussen S en K; $p < .05$

gingen in gelijke mate vooruit. Uit nadere analyses per diagnostische categorie kwamen evenmin verschillen naar voren.

CIPS—In tabel 2 zijn de gemiddelde CIPS-scores van de S- en K-groep op de drie meetmomenten weergegeven. Om dezelfde reden als bij de PSE zijn op To twee waarden vermeld. Het meest valt de hoge beginscore op bij stemming/affect (voornamelijk depressieve stemming). Verder zijn vooral de functies die betrekking hebben op slapen/waken, wil/motivatatie, driften en denken/spreken gestoord. De laagste scores werden gevonden op de functies 'intelligentie', 'geheugen' en 'bewustzijn'. De aanvangsscores, maar ook de T1- en T2-scores, van S- en K-groep zijn nagenoeg gelijk. De functies die tussen zowel To-T1 als tussen To-T2 vooruitgingen bij beide groepen waren: denken/spreken, reality testing, driften en wil/motivatatie. Overige functies verbeterden bij één der groepen of op één meetmoment (T1 of T2). Psychomotoriek en geheugen verbeterden bij géén van de groepen in significante mate.

Tussen de groepen bestaat slechts in zeer geringe mate een verschil in de mate van vooruitgang tussen To en T1. Alleen in de categorie 'verslaving/misbruik van middelen' gaat de S-groep op de functie slapen/waken meer vooruit dan de K-groep ($p = .04$). In dezelfde categorie gingen de K-patiënten met betrekking tot de functie 'wil/motivatatie' significant meer vooruit dan de S-patiënten ($p = .05$).

Tabel 2: Gemiddelde scores en standaarddeviaties van de CIPS-functies op To, T1 en T2 van S- en K-groep

	S			K		
	To	T1	T2	To	T1	T2
Intelligentie	.3 (.8) .3 (.8)	.2 (.7) —	— .1 (.5)	.3 (.8) .3 (.8)	.2 (.7) —	— .2 (.6)
Bewustzijn	.2 (.6) .3 (.6)	.1 (.3) —	— .1 (.5)	.2 (.5) .3 (.7)	.1 (.5) —	— .1 (.3)
Slapen/ waken	1.8 (1.5) 1.7 (1.5)	.6 (1.0) —	— .7 (.9)	1.6 (1.3) 1.5 (1.3)	1.0 (1.0) —	— .9 (1.1)
Aandacht	.9 (1.1) 1.0 (1.1)	.6 (1.0) —	— .7 (.9)	1.1 (1.2) .9 (1.2)	.5 (.9) —	— .5 (.7)
Geheugen	.5 (.9) .5 (.9)	.2 (.6) —	— .2 (.5)	.3 (.6) .3 (.6)	.1 (.4) —	— .3 (.6)
Denken/ spreken	1.6 (1.1) 1.7 (1.1)	1.1 (1.2) —	— 1.1 (1.2)	1.8 (1.3) 1.9 (1.2)	1.0 (.9) —	— 1.0 (1.1)
Reality testing	1.2 (1.3) 1.3 (1.4)	.8 (1.3) —	— .6 (1.2)	1.2 (1.2) 1.3 (1.2)	.5 (.7) .3 (.6)	— —
Driften	1.6 (1.2) 1.6 (1.1)	.6 (.8) —	— .6 (.9)	1.3 (1.3) 1.3 (1.3)	.6 (1.0) —	— .5 (.9)
Wil/ motivatie	1.7 (1.2) 1.7 (1.2)	.9 (1.1) —	— .9 (.9)	1.5 (1.4) 1.5 (1.4)	.8 (.9) —	— .8 (1.1)
Stemming/ affect	2.5 (1.1) 2.5 (1.1)	1.4 (1.2) —	— 1.2 (1.1)	2.0 (.7) 2.0 (.7)	1.5 (1.0) —	— 1.4 (1.2)
Psycho- motoriek	1.2 (1.1) 1.2 (1.2)	.5 (.8) —	— .6 (.9)	1.1 (1.2) 1.2 (1.2)	.5 (.9) —	— .6 (.9)

F-toets, * = significant verschil tussen S en K; $p < .05$

Episoden – In tabel 3A staat voor S- en K-patiënten het gemiddeld aantal maanden waarin sprake was van een psychiatrische stoornis volgens de DSM-III, in dezelfde diagnostische categorie als waarin de onderzoeksdiagnose op To is gegeven (hierna 'eigen categorie' genoemd). Deze gemiddelden geven aan hoe succesvol de twee behandelvormen waren in het behandelen van de toestand waarmee de patiënt werd opgenomen.

Alleen in de categorie 'verslaving/misbruik van middelen' werd een significant verschil gevonden in de gemiddelde duur van de episoden (t-test, tweezijdig; $p = .025$): de duur van de episoden was bij de S-patiënten gemiddeld korter dan bij de K-patiënten. Gemiddeld over alle diagnostische categorieën duurden voor de S-patiënten de episoden

Tabel 3: Gemiddeld aantal maanden met stoornis in 2 jaar follow-up-periode

A Per diagnostische categorie

Diagnostische categorie	S	N	K	N
Verslaving/misbruik v. middelen*	6.0 (8.8)	7	19.6 (4.0)	3
Niet-affectieve psychosen	12.0 (11.3)	27	9.0 (10.2)	9
Affectieve psychosen	6.6 (9.9)	5	3.8 (5.6)	4
Angst en depressie	9.6 (8.9)	16	8.7 (11.6)	6
Overige	4.6 (9.1)	8	4.0 (9.8)	6
Gemiddeld over alle categorieën	9.5 (10.2)	63	8.4 (10.0)	28

B Ongeacht diagnostische categorie

Totaal aantal maanden met stoornis	11.0	63	10.8	28
------------------------------------	------	----	------	----

T-test, * = significant verschil tussen S en K; $p < .05$

binnen de eigen categorie 9.5 maanden en voor de K-patiënten 8.4 maanden. In tabel 3B is te zien dat in beide condities de patiënten gedurende ongeveer elf maanden een stoornis hadden, als ook de stoornissen buiten de eigen categorie worden meegeteld. Tabel 4 laat de verdeling van beloopstypen over de behandelcondities zien. De verdelingen van de S- en K-groep verschilden niet significant van elkaar ($X^2 = 2.46$, D.F. = 3, $p = .48$). Het percentage patiënten bij wie binnen twee weken na opname herstel optrad bij de stoornis binnen de eigen categorie is bij beide groepen vergelijkbaar. Worden ook stoornissen in andere categorieën meegeteld, dan blijkt dat 13% van de S-patiënten en 7% van de K-patiënten in het geheel geen as-I-stoornis meer heeft na de eerste opnamedag. Bij éénvierde van de S-patiënten en éénvijfde van de K-patiënten trad in de follow up-periode geen herstel op in de toestand waarmee ze werden opgenomen.

Conclusie en discussie

Uit de hier gepresenteerde data blijkt dat het gaat om een populatie met ernstige psychopathologie. De door ons gevonden gemiddelde subscores (DAH, BSO, SNR, NSN) bij opname zijn vergelijkbaar met de scores die Creed e.a. (1990) vonden bij een groep patiënten, die te ernstig werd bevonden om in aanmerking te komen voor een randomisatieprocedure in een dagbehandelingsexperiment. Na twee jaar zijn 26 S-patiënten (43%) en 10 K-patiënten (40%) nog een psychiatrische casus ($ID > 4$). Bij 27% van de S- en 18% van de K-patiënten duurde de ziekte-episode 24 maanden (de hele follow up-periode). Gedurende elf maanden (S-patiënten), respectievelijk 10.8 maanden (K-patiënten) was sprake van een DSM-III-stoornis. Daarbij komt dat de DSM-III-

Tabel 4: Beloopsvormen van ziekte-episoden

A Binnen eigen diagnostische categorie	S (N = 63)	N	K (N = 28)	N
1. Snel herstel (episode < 2 weken na opname)	30%	19	36%	10
2. Eenmalige episode (> 2 weken, < 24 maanden)	28%	18	39%	11
3. Intermitterend (> 1 episode in 24 maanden)	15%	9	7%	2
4. Chronisch (episode 24 maanden)	27%	17	18%	5
B Ongeacht diagnostische categorie				
Percentage patiënten zonder een episode na opname, ongeacht categorie	13%	8	7%	2

X₂ (geen significant verschil tussen S en K)

criteria strikt zijn toegepast. Het aantal maanden waarin sprake was van (veelal ernstige) psychopathologie, zonder te voldoen aan de criteria van een as-I-diagnose, was groter dan de genoemde gemiddelden.

Beide groepen gingen op alle PSE-maten significant vooruit tussen de beginmeting en de beide follow up-metingen. Dit geldt ook voor het grootste gedeelte van de psychologische functies, zoals gemeten met de CIPS. Zelfs tussen T₁ en T₂ daalden de meeste PSE- en CIPS-maten. Tussen de experimentele en de controlegroep bestond nauwelijks verschil in de mate van vooruitgang op de PSE, noch op de CIPS. Deze uitkomst bevestigt onze hypothese. Wat betreft het continue aspect van het beloop (ziekte-episoden) werd in de categorie 'verslaving/misbruik van middelen' een gemiddeld kortere duur van de ziekte-episoden bij de S-patiënten gevonden. Het verschil wordt vooral verklaard door een groter percentage patiënten met alcoholafhankelijkheid binnen deze categorie in de K-groep. Een dergelijke scheve verdeling is gelet op de kleine aantallen niet verwonderlijk.

Het percentage patiënten met één episode in de follow up-periode was in de K-conditie weliswaar groter, maar de duur van de episode was in de S-conditie korter (S 6.6 maanden, K 8.6 maanden). Geen van beide verschillen waren significant. De vraag blijft waarom twee verschillende behandelmodaliteiten kennelijk weinig uitmaken voor het beloop van de psychopathologie. We zullen een aantal mogelijke verklaringen proberen te geven.

Ten eerste is de S-groep niet homogeen met betrekking tot de mate van dagbehandeling die is gerealiseerd. Een deel van de S-groep is nagenoeg niet in dagbehandeling geweest en is in dat opzicht vergelijkbaar met de K-groep. Voor zover het beloop samenhangt met de aard van de zorg, worden de verschillen tussen de groepen daardoor minder groot. Op de discrete maten (PSE en CIPS), noch op het episodisch beloop blijkt het beloop echter significant te verschillen tussen de dag-

behandelingsgroepen (I dagbehandeling gerealiseerd, II gedeeltelijk gerealiseerd, III niet gerealiseerd, zie verder Kluiters e.a. 1990). De heterogeniteit van de S-groep met betrekking tot gerealiseerde dagbehandeling lijkt dus geen goede verklaring te zijn.

Een volgende mogelijkheid is dat de door ons gekozen indeling in diagnostische categorieën eventuele verschillen tussen S- en K-groep binnen zo'n categorie niet aan het licht brengt, terwijl een andere indeling een dergelijk verschil mogelijk wel zou laten zien. Aangezien echter tussen de hele S- en K-groep (ongeacht diagnostische categorie) ook geen verschillen blijken te bestaan, lijkt deze verklaring evenmin erg waarschijnlijk.

Verder richt geen der beide behandelcondities zich méér dan de ander op het verminderen van de psychopathologie. Dat blijkt onder andere uit het medicatiebeleid dat niet significant verschilt tussen de experimentele en de controlegroep (Kluiters, publikatie in voorbereiding). Het behandelen van een psychiatrische stoornis is binnen het medisch model altijd aan de orde, maar de S-behandeling is daarnaast meer sociaal-psychiatrisch georiënteerd en richt zich onder andere op het behouden en versterken van het sociale netwerk (Van Veldhuizen e.a. 1988). Eventuele verschillen tussen de groepen zijn daarom eerder op het gebied van het sociale functioneren te verwachten (zie Rüphan e.a. 1991). Bovendien zijn de patiënten 'slechts' twee jaar gevolgd. Dat is voor velen een episode uit een veelal langer durende ziektegeschiedenis. Om effecten te bepalen van een veranderde behandelattitude, is mogelijk een langere follow up-periode nodig.

Ten slotte is het mogelijk dat de, vaak ernstige, stoornissen een tamelijk autonoom beloop hebben, waarbij medicatie en de factor 'tijd' belangrijker zouden kunnen zijn dan hun verdere aanpak. Deze verklaring lijkt voorsnede de meest plausibele.

Dat er geen wezenlijke verschillen in beloop tussen beide groepen werden gevonden, mag onzes inziens als positieve uitkomst worden gezien (zie inleiding), te meer daar andere negatieve effecten zijn uitgebleven. Van het oorspronkelijke cohort (N = 160) pleegden 2 S-patiënten suïcide: de één had op het moment van opname een obsessief-compulsieve stoornis en was ten tijde van de suïcide in een overgangsfase van de gesloten afdeling naar dagbehandeling. Deze suïcide is door de behandelstaf uitgebreid geëvalueerd, waarna de conclusie luidde dat er geen relatie kon worden gelegd tussen de behandel aanpak en het plegen van de suïcide; de andere patiënt had bij opname een vitale depressie en pleegde pas enkele maanden na ontslag suïcide. Het lijkt al met al niet aannemelijk dat de suïcides kunnen worden gezien als een (in)direct gevolg van de Substitutie aanpak. Dit wordt nog eens ondersteund door het gegeven dat op de, in het kader van het project opgerichte, afdeling voor dagbehandeling 'de Es', sinds de oprichting 5 jaar geleden geen suïcides zijn voorgekomen.

Het aantal suïcidepogingen, hoewel zeer wisselend in ernst, was evenredig verdeeld over de beide groepen (5 S-patiënten, 3 K-patiënten). Uit deze cijfers blijkt evenmin een verhoogd risico op calamiteiten in de S-behandeling.

Uit andere analyses blijkt dat er geen absolute contra-indicaties voor de haalbaarheid van dagbehandeling bestaan (Kluiter e.a., aangeboden). Gelet op deze uitkomsten, lijkt er veel voor te zeggen deze vorm van zorg te overwegen bij patiënten die anders in 24-uurs behandeling zouden komen. Zeker vanuit de positie van de patiënt gezien, die recht heeft op de 'most unrestrictive environment possible' (Geller e.a. 1990).

Noten

1. Door de medewerking van informanten konden de ziekte-episoden van nog eens zes patiënten worden vastgelegd (N = 91).
2. 0 = niet in klinische mate aanwezig, 1 = matig of minder dan 50% van de maand in ernstige mate aanwezig, 2 = meer dan 50% van de maand in ernstige mate aanwezig.
3. Het panel bestond uit prof. dr. R. Giel, psychiater, dr. C.J.A.J. Slooff, psychiater, dr. W. v.d. Brink, psychiatrisch epidemioloog en de eerste auteur.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1980), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (derde uitg.). American Psychiatric Association, Washington D.C.
- Brien, R.G. O', en M.K. Kaiser (1985), MANOVA method for analyzing repeated measures designs: An extensive primer. *Psychological Bulletin* 97, 316-333.
- Brilman, E.I., e.a. (aangeboden), Omvang en lange-termijnbeloop van psychische stoornissen in de huisartspraktijk.
- Brink, W. v.d., e.a. (1989), Psychiatric diagnosis in an outpatient population. A comparative study of PSE-CATEGO and DSM-III. *Archives of General Psychiatry* 46, 369-372.
- Brink, W. v.d., e.a. (1991), Mental health intervention programs in primary care: the scientific basis. *Journal of Affective Disorders* 21, 273-284.
- Creed, F., e.a. (1990), Randomised controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment. *British Medical Journal* 300, 291-295.
- Creed, F., e.a. (1991), Randomised controlled trial of day and inpatient psychiatric treatment. 2. Comparison of two hospitals. *British Journal of Psychiatry* 158, 183-189.
- Dick, P., e.a. (1985), Day and full time psychiatric treatment: a controlled comparison. *British Journal of Psychiatry* 147, 246-250.
- Ekstrom, D., D. Quade en R.N. Golden (1990), Statistical analysis of repeated measures in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry* 47, 770-772.
- Fink, E.B., R. Longabaugh en R. Stout (1978), The paradoxical underutilization of partial hospitalization. *American Journal of Psychiatry* 135, 713-716.
- Geller, J.L., W.H. Fisher en J.L. Wirth-Cauchon (1990), Second-generation deinstitutionalization, I: The impact of Brewster v. Dukakis on state hospital case mix. *American Journal of Psychiatry* 147, 982-987.

- Herz, M.I., J. Endicott, R.L. Spitzer en A. Mesnikoff (1971), Day versus inpatient hospitalization: A controlled study. *American Journal of Psychiatry* 127, 107-118.
- Hoek, H.W. (1987), Psychiatrisch onderzoek met de CIPS. De classificatie van intellectuele en andere psychologische stoornissen bij chronische psychiatrische patiënten. Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen.
- Keller, M.B., e.a. (1987), The longitudinal interval follow up evaluation: A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry* 44, 540-548.
- Kluiter, H., e.a. (1990), Haalbaarheid van dagbehandeling voor de opnamepopulatie van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 32, 625-639.
- Kluiter, H., e.a. (aangeboden), Predicting feasibility of day-treatment for unselected patients in need of admission; results from a randomized trial.
- Kris, E.B. (1965), Day Hospitals. *Current Therapeutic Research* 7, 320-323.
- Michaux, M.H., e.a. (1972), Day and full-time psychiatric treatment: a controlled comparison. *Current Therapeutic Research* 14, 279-292.
- Nienhuis, F.J., e.a. (1991), Haalbaarheid van Opnamevoorkomende Dagbehandeling in relatie tot de psychopathologie bij opname. Berichten uit het Substitutieproject Drenthe (IV). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 7, 463-476.
- Penk, W.E., H.L. Charles en T.A. Van Hoose (1978), Comparative effectiveness of day hospital and inpatient psychiatric treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46, 94-101.
- Rüphan, M., e.a. (1991), Haalbaarheid van Opnamevervangende Dagbehandeling in relatie tot sociale beperkingen bij opname. Berichten uit het Substitutieproject Drenthe (V). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 7, 477-489.
- Tholen, F., H.W. Hoek en R. Giel (1988), Assessing impairments in the mentally disabled. *International Journal of Mental Health* 16, 4, 60-74.
- Veldhuizen, J.R. van, D. Wiersma en L.M. Ram (1988), Opname-vervangende dagbehandeling in ontwikkeling. Een bericht uit het Substitutieproject Drenthe. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 1, 3-18.
- Washburn, S., e.a. (1976), A controlled comparison of psychiatric day treatment and inpatient hospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 44, 665-675.
- Wiersma, D. (1986), Psychological impairments and social disabilities: on the applicability of the ICIDH to psychiatry. *Rehabilitation Medicine* 8, 3-7.
- Wiersma, D., en A. de Jong (1989), Psychological impairments and social disabilities of chronic mental patients.
- Wiersma, D. (1988), Notitie inzake criteria ter bepaling van het welzijn van het Substitutieproject Drenthe. Projectbureau Assen, maart 1988.
- Wing, J.K., S.A. Mann, J.P. Leff en J.M. Nixon (1978a), The concept of a 'case' in psychiatric population surveys. *Psychological Medicine* 8, 203-217.
- Wing, J.K., en E. Sturt (1978b), The PSE-ID-CATEGO system: a supplementary manual. Institute of Psychiatry, Londen.
- Wing, J.K., J. Cooper en N. Sartorius (1974), The measurement and classification of psychiatric symptoms. Cambridge University Press, Cambridge.

Summary: The course of psychopathology in an experimental day treatment group and a control group

The course of the psychopathology of an experimental day treatment group, accepted for admission in a psychiatric hospital, was compared with that of a control group, receiving standard clinical care. In a follow up period of two years the subjects were interviewed three times: at entry into the study, and after one and two years. The interview comprised information about psychiatric symptoms, psychological functions and psychiatric diagnoses. Apart from these discrete assessments, an effort was made to map spells of illness throughout the follow up period (continuous assessment).

At entry the groups did not differ in terms of psychopathology. At follow up both groups had improved significantly with respect to symptomatology and impairment in psychological functioning. The extent to which the groups improved did not differ significantly. The average length of spells of illness was similar for the experimental and the control group. During the two year follow up period, on average the patients suffered from a well defined (DSM-III) disorder during 11 months. The fact that about 40% of them was still a psychiatric case after 2 years, further underscores the severity of their pathology.

F.J. Nienhuis, H. Kluiter en M. Rüphan zijn als psycholoog, R. Giel is als psychiater en D. Wiersma als socioloog verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie, RU Groningen, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-12-1991.