

Conceptuele organisatie in psychose en depressie

door *P.M.A.J. Dingemans, J.H. Dijkhuis, R. Stobberingh, H. van Engeland en R. Brunt*

Samenvatting

In dit onderzoek werd onderzocht:

- a. in hoeverre unipolaire depressieve en functioneel psychotische psychiatrische patiënten te onderscheiden zijn op de mate van conceptualisering;
- b. in hoeverre de mate en kwaliteit hiervan beïnvloed worden door het verloop;
- c. in hoeverre de gevonden verschillen beïnvloed worden door het gebruik van verschillende diagnostische criteria.

In het onderzoek werd een gedeeltelijke ondersteuning gevonden voor de stelling dat functioneel psychotische patiënten op een lager ontwikkelingsniveau functioneren met betrekking tot conceptuele organisatie in vergelijking tot een unipolaire depressieve controlegroep. Het gevonden verschil bleek echter mede afhankelijk te zijn van het gehanteerde classificatiesysteem.

Inleiding

De laatste jaren is door een aantal onderzoekers een psychopathogenetische theorie met betrekking tot psychosen ontwikkeld, welke in sterke mate steunt op de concepten uit de psychoanalytische theorie (Blatt 1974; Blatt en Wild 1976). De centrale aanname hiervan kan als volgt worden samengevat: '... schizofrenie kan het best begrepen worden als het gevolg van een stoornis in de vroege ontwikkeling van objectrepresentaties ...' (Blatt en Wild 1976, p. 15). Objectrepresentaties worden hierin gezien als mentale schemata van objecten zoals die in de realiteit worden waargenomen. Hierbij wordt teruggegrepen op de aanname dat een kind zich in een ongedifferentieerde toestand bevindt: binnen- en buitenwereld, zelf en niet-zelf, zouden nog niet onderscheiden kunnen worden.

Blatt veronderstelt dat een gestoorde ontwikkeling in de eerste levensjaren van belang is voor het ontstaan van een psychose op latere leeftijd. Psychose, en in het bijzonder schizofrenie, wordt door hem gedefinieerd als: '... boundary disturbances in schizophrenia primarily involve difficulties maintaining a separation between independent ob-

jects (including self-nonsel) and between internal and external events (between reality and fantasy)' (Blatt 1974, p. 371). Blatt en Wild (1976, p. 5) stellen: 'Without a boundary between the self and the world, there is no ego ... and everything fuses into a distinct mass of confusing stimuli ... Without separate objects there can be no concepts ...'. Verder veronderstellen zij dat de niet-paranoïde persoon een lagere conceptuele ontwikkeling heeft en dus aan grotere 'boundary defects' zou lijden. De dysfuncties in perceptie, cognitie en relaties worden daarmee teruggebracht tot 'grensdefecten' en onderverdeeld naar ernstig (niet-paranoïde psychose) en minder ernstig (paranoïde). Voor dit onderscheid hebben Johnson en Quinlan (1985) experimentele ondersteuning gevonden. Dit onderscheid van paranoïde versus niet-paranoïde psychosen is overigens door Magaro (1980, 1981, 1984) op grond van experimentele onderzoeksgegevens bekritiseerd. Volgens hem zou het hierbij niet gaan om twee vormen van een soort (psychose), maar om twee soorten psychosen waaraan een verschillend cognitief functioneren ten grondslag ligt. Een bespreking daarvan valt buiten het kader van dit artikel; wat ons hier interesseert is het vermeende lagere conceptuele organisatieniveau bij psychotische mensen in vergelijking tot een controlegroep.

Blatt heeft zijn theoretische uitgangspunten proberen te toetsen aan de hand van Rorschachresponsen. In een van zijn eerste onderzoeken werd geprobeerd het onvermogen in begrenzingscapaciteit (Blatt en Ritzyler 1974) te operationaliseren in contaminatie (vermenging van onafhankelijke percepties en concepten), confabulatie (een verloren gaan van het onderscheid tussen perceptie en associatie) en gefabuliseerde combinatie (het door elkaar lopen van onafhankelijke percepties; voor een uitgebreide definitie en bespreking van deze begrippen wordt verwezen naar Rapaport e.a. 1968). Hierbij zouden contaminatieduidingen een uiting zijn van ernstiger psychopathologie dan gefabuliseerde combinaties. Uit het onderzoek kwam naar voren dat met de ernst van de psychopathologische symptomatologie (de stoornis van de begrenzingscapaciteit) ook het aantal gestoorde mensrepresentaties toenam.

In een tweede onderzoek (Blatt e.a. 1976) maakte hij gebruik van een scoringssysteem, zich baserend op de ontwikkelingstheorieën van Werner (1948), waarbij mens- en quasi-mensduidingen op hun vormniveau, de mate van differentiatie, integratie en articulatie vergeleken konden worden. Vormniveau heeft te maken met de mate waarin duiding met die van de Rorschachkaart overeenkomt en wordt aangegeven met een F+ (komt overeen) en een F- (komt niet overeen). Hiervoor zijn verschillende standaarden ontwikkeld (Beck e.a. 1961). Differentiatie is de aard van de mensduiding (detail van quasi-mensduiding lopend tot duiding van een mensfiguur). Integratie wordt geoperationaliseerd als de wijze waarop het concept van het object geïntegreerd is in een context van actie en interactie met andere objecten. Hierin zijn het toekennen van motivatie, de mate van integratie van het object met de actie die het

uitvoert en de mate van integratie met een ander object belangrijk. Articulatie is de mate waarin de duiding beschreven wordt in termen van perceptuele attributen (grootte, fysieke structuur, kleding, houding) en functionele karakteristieken (sekse, leeftijd, rol, specifieke identiteit). In het onderzoek, waarin 'ernstiggestoorde' adolescenten met een groep 'jong volwassenen' werden vergeleken, kwam naar voren dat de psychotische adolescenten een significant groter aantal mensduidingen hadden van een lager ontwikkelingsniveau (dus meer duidingen van quasi-mens aard en vervormde figuren die niet gemotiveerde, ongerijmde en kwaadaardige actie ondernamen of passief waren). Deze duidingen van de psychotische patiënten waren echter van een goed vormniveau (F+). De andere duidingen van de psychotische patiënten hadden een slecht vormniveau (F-), doch bleken een hoger ontwikkelingsniveau te hebben dan de duidingen van een normale controlegroep. Dus: 'Psychotic patients had a significantly greater number of developmentally more advanced responses, responses that were undistorted, intact, functionally articulated, integrated, and benevolent, than did normals, but only on inaccurately perceived responses'. (Blatt e.a. 1976, p. 102).

Naar aanleiding van dit onderzoek werd het volgende geconcludeerd: '... our data suggest that there are at least two dimensions in the psychotic experience. First, when contact with conventional reality is maintained, the psychotic individual functions at a developmentally lower level and perceives and experiences the world as distorted, malvolent and destructive. The second dimension indicates that psychotic patients have a greater proclivity for experiencing the world unrealistically but that within these unrealistic experience they are able to function at developmentally higher levels and experience the world as kind and benevolent' (Blatt en Wild 1976, p. 371). Samenvattend, concludeerden Blatt e.a. (1976): '... schizophrenic patients experience the world as chaotic, confused, fragmented, and destructive and that they seek comfort and solace in thoughts of blissful satisfaction in a highly stable fantasy world in which there is order, predictability, and organization. In actual interactions, schizophrenic patients feel bombarded by stimulation and flooded by sensations and ideas' (p. 105).

Ritzler e.a. (1980) vond met dezelfde onderzoeksopzet als die van Blatt c.s. bijna identieke onderzoeksresultaten bij vergelijkbare onderzoekspopulaties. Geen relatie werd aangetoond met premorbiditeit en paranoïdie. Ritzler concludeerde: '... the results are interpreted as evidence supporting the explanation that the psychotic individual cannot effectively utilize existing ego-potential for higher levels of integrated and organized behavior. Instead, the greater ego resources are absorbed in the unrealistic fantasy and symptomatic behavior that interfere rather than facilitate effective adaptation' (Ritzler e.a. 1980, p. 53). Naast Blatt en Ritzler hebben weinig onderzoekers zich met voornoemde materie bezig gehouden; ook niet in Nederland, waar over onderzoek met de Rorschach nauwelijks gesproken wordt.

De eerste overweging voor de opzet van dit onderzoek was als volgt. De onderzoeksbevindingen van Blatt en Ritzler waren voor ons intrigerend in de context van de discussie over zogenaamde 'symptom-' versus 'vulnerability linked symptomatology' (Zubin en Spring 1977). Hierin wordt gediscussieerd over de vraag of bepaalde onderzoeksbevindingen symptoomgebonden zijn (en dus alleen in de acute fase van een decompensatie optreden), dan wel aanwijzingen geven voor een kwetsbaarheid of vatbaarheid voor een psychose (en derhalve ook buiten de periode van de decompensatie voorkomen). Het belang van deze discussie is gelegen in de idee dat als men 'psychose kwetsbaarheidsmaten' op het spoor is, daarmee de mogelijkheid tot vroegtijdig ingrijpen en dus preventie gegeven is, in tegenstelling tot 'symptoomgebonden' maten. Om een uitspraak te kunnen doen over de stelling dat een bevinding symptoom- in plaats van kwetsbaarheidsgebonden is, is een longitudinale onderzoeksopzet nodig. Dat blijken Blatt en Ritzler, noch anderen, echter gedaan te hebben (cross-sectioneel onderzoek is de hoofdmoot van psychiatrisch onderzoek) en het lag derhalve voor de hand dat wij, als eerste overweging, een herhaalde meting (longitudinaal) zouden moeten uitvoeren om hierover een uitspraak te kunnen doen. Immers een lage graad van conceptuele organisatie zou bij het opklaren van een psychose kunnen verbeteren (en verwijzen naar 'symptom linked pathology') of gelijk blijven (en verwijzen naar 'vulnerability linked' symptomen).

Een tweede overweging bij dit onderzoek was te bezien of wij in een Nederlandse setting met acuut opgenomen psychiatrische patiënten tot dezelfde onderzoeksbevindingen zouden kunnen komen als Blatt en Ritzler, die voor hun onderzoek vooral chronisch-psychotische patiënten onderzochten.

Een derde overweging die aan dit onderzoek ten grondslag lag, was de wens de afhankelijke variabelen op verschillende wijzen (vergelijking van groepen op verschillende classificatiecriteria) te analyseren, om zo een uitspraak te kunnen doen over het effect van manipulatie van de onafhankelijke (classificatiecriteria) op de afhankelijke variabelen (niveau van conceptuele organisatie).

De vraagstellingen waarop getracht werd in dit onderzoek een antwoord te geven luiden als volgt:

1. Zijn er verschillen tussen functioneel psychotische en unipolair depressieve psychiatrische patiënten aanwijsbaar in duidingen op de Rorschach die de hypothese ondersteunen dat de eerste groep op een lager conceptueel organisatieniveau functioneert dan de tweede?

2. Zal het conceptueel ontwikkelingsniveau van de bovengenoemde diagnostische groeperingen in het verloop van de psychiatrische opname (differentieel) verbeteren?

3. Heeft het gebruik van verschillende soorten classificatiecriteria als groeperingsfactor invloed op de uitkomsten van de voornoemde vraagstellingen?

Methodie

Proefpersonen – Er deden 51 personen (30 mannen en 21 vrouwen) aan dit onderzoek mee (van wie er uiteindelijk 49 voor analyse overbleven) met een gemiddelde leeftijd van 36.25 (s.d. 11.08, range: 19-59), leeftijd bij eerste opname was gemiddeld 32.68 (s.d. 11-10, range: 18-59), gemiddeld aantal psychiatrische opnames was 1.9 (s.d. 1.22, range: 1-6), totale gemiddelde opnameduur over alle opnames, met uitzondering van de huidige, van 6.14 maanden (s.d. 5.72, range: 1-24 maanden) en een gemiddeld intellectueel niveau van 102.20 (s.d. 15.42, range: 75-144). De indicatie voor deelname van de patiënt aan dit onderzoek was de aanwezigheid bij psychiatrische opname van functioneel psychotische of depressieve (unipolaire) symptomen (Silbermann 1971). De tijd tussen de opname en het eerste psychologische onderzoek was gemiddeld 15.48 dagen (s.d. 7.40); het aantal dagen tussen het eerste psychologische onderzoek en het herhalingsonderzoek was gemiddeld 34.62 (s.d. 13.52; zie verder: 'procedure voor testafname').

Instrumenten – In dit onderzoek ging het vooral om de herhaalde afname en scoring van de volledige Rorschach. Deze laatste is opgenomen in een batterij tests, welke routinematig op de afdeling bij patiënten wordt afgenomen (zie: procedure). De afname van de Rorschach was volgens de gebruikelijke standaardprocedure. Het vormniveau (F-/F+) werd bepaald aan de hand van het systeem van Beck (Beck e.a. 1961). De scoring van menselijke en quasi-menselijke duidingen werd gedaan volgens het systeem van Blatt (Blatt e.a. 1976). De gehele afname- en scoringsprocedure werd voorafgaande aan het onderzoek dusdanig geoefend, dat van een gelijkvormige testafname en scoring van met name de Rorschach-responsen gesproken kan worden. Het testonderzoek met de Rorschach werd in alle gevallen met audioband opgenomen en gebruikt bij de scoring van de protocollen. Het niveau van intellectueel functioneren werd gemeten met de Groninger Intelligentie Test (GIT, verkorte versie). Het testonderzoek werd verder aangevuld met gegevens betreffende medicatie en klinische status. Deze laatste werd op twee manieren bepaald: met de Present State Examination (PSE; Wing e.a. 1974) en de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Overall 1974). Van beide werden de Nederlandse vertalingen gebruikt.

Procedure voor testafname en gegevensverzameling – De testprocedure op de afdeling is er een waarbij het niveau van gestructureerdheid van hoger naar lager gaat. Hierbij wordt gestart met onderzoek naar intellectueel functioneren (WAIS, GIT), onderzoek naar organiciteit (Benton, tekeningen, Bourdon Wiersma, Memory for Design, Trailmaking e.d.), vragenlijsten met betrekking tot persoonlijkheid (ABV, NVM, NPV) die worden aangevuld met de Vier Platen Test, Thematische Apperceptie Test (TAT) en Rorschach. Daarbij worden de gebruikelijke standaard-

procedures in acht genomen (voor de Rorschach, zie o.a. Rapaport, 1946). Aan deze testopzet ligt de gedachte ten grondslag dat mensen met acute psychiatrische symptomatologie, met name psychotische, een verhoogd risico lopen wederom te decompenseren als het psychodiagnostische proces niet met de nodige structuur en begeleiding wordt uitgevoerd.

In het onderhavige onderzoek werd voornoemde procedure gehandhaafd met uitzondering van de afname van tests betreffende het intellectueel functioneren (verkorte GIT) deze werd op het eind van de opname (bij de tweede afname van de Rorschach) afgenomen. Deze gang van zaken werd gemotiveerd vanuit de gedachte dat patiënten dan meer op ware (premorbid) niveau getest zouden kunnen worden dan in de tweede week van opname.

In de eerste week van opname werden alle nieuw opgenomen patiënten gescreend op het aanwezig zijn van psychotische en depressieve symptomatologie (CHAM-systeem, Silbermann 1971). Criteria voor uitsluiting van deelname aan onderzoek waren organische symptomatologie, decompensatie als gevolg van druggebruik, onvoldoende Nederlandse taalvaardigheid om zich mondeling te kunnen uitdrukken, leeftijd lager dan 15. De overblijvende patiënten stemden erin toe deel te nemen aan het onderzoek. In de eerste week van opname werd elke aan het onderzoek deelnemende patiënt geïnterviewd met de Present State Examination (PSE, Wing e.a. 1974) door een getraind interviewer en werd door hem ook een indicatie voor psychologisch testen gesteld. De PSE's werden gescoord volgens het CATEGO-systeem op een microcomputer. De PSE-afname had betrekking op de maand voorafgaande aan de opname. De interviewer wist niet bij voorbaat tot welke van de twee onderzoeksgroepen (depressief of psychotisch) de patiënt behoorde; het psychologisch testonderzoek werd uitgevoerd door twee onderzoeksassistenten die geen weet hadden van de diagnostische gegevens van de PSE. Als de patiënt in de tweede week van opname klinisch testbaar was, werd de onderzoeksprocedure gestart, anders werd met de procedure gewacht. Tevens werden demografische en medicatiegegevens verzameld.

De (gediplomeerde B-)verpleegkundige (van de behandelafdeling waar de patiënt verbleef) en de behandelende arts (assistent-psychiater) werden, op het moment dat de patiënt aan het onderzoek deelnam, een observatieversie van de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-O), respectievelijk een interview-BPRS uitgereikt met de vraag de klinische symptomen te beoordelen.

Vier weken na het eerste psychologische onderzoek werd de procedure betreffende de afname van de Rorschach herhaald, waarbij de patiënt geïnstrueerd werd de herhaalde afname van de test vooral niet te beschouwen als een geheugenonderzoek. Tevens werden de BPRS'en opnieuw ingevuld door de verpleegkundigen en de artsen, en gegevens verzameld betreffende medicatie.

Procedure voor testscoring – Alle verbatim geprotocolleerde Rorschachafnames werden door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar gescoord op de dimensies zoals die door Blatt c.s. (1976) beschreven zijn en van voorbeelden zijn voorzien in hun handleiding. Hierbij werd gebruik gemaakt van de audiobanden met de opgenomen Rorschachafnames en de gestandaardiseerde formulieren voor plaats- en detailaanduiding van de respons op de betreffende Rorschachkaart. De aldus verkregen gegevens werden op hun onderlinge vergelijkbaarheid (betrouwbaarheid) gecontroleerd. Voor de analyse van de Rorschachresponsen (als afhankelijke variabelen) werd uitgegaan van twee soorten operationalisaties; de maximum- en de minimummethode. Een patiënt scoorde in de maximummethode alleen als er overeenstemming tussen de beoordelaars was. Wanneer de patiënt door slechts een beoordelaar werd gescoord, werd de patiënt in de analyse als niet-scorend in de betreffende categorie beschouwd. Bij de minimummethode werd slechts een score van een van de beide beoordelaars als voldoende beschouwd om in de desbetreffende categorie te scoren. Bij de presentatie van de resultaten zal telkens worden vermeld of deze bereikt zijn volgens de maximum- dan wel de minimummethode.

De afhankelijke variabelen – De afhankelijke variabelen (Rorschachdimensies volgens het Blatt-systeem geoperationaliseerd, zie tabel 1) werden op drie manieren gegroepeerd en verder geanalyseerd:

1. volgens de PSE/CATEGO-diagnose (verkregen op grond van het PSE-interview welke betrekking had op de maand voorafgaande aan de opname);
2. de FOULDS-index (gebaseerd op de PSE en geoperationaliseerd volgens De Jong 1984);
3. de psychosefactorschaalscore van de BPRS welke werd ingevuld door de verpleegkundigen bij de eerste testafname.

Strikt genomen is de BPRS een symptoom-observatieschaal welke niet past in een gebruikelijk classificatiesysteem. We kozen toch voor deze symptoommaat als indelingscriterium om daarmee dichter op de acute symptomatologie van de patiënt te meten dan met de PSE en de Foulds-index welke beide laatsten uitgaan van de symptomatologie van een maand voorafgaande aan het onderzoek. In dit onderzoeksverslag zullen we ons beperken tot een weergave en bespreking van de onderzoeksresultaten welke werden verkregen met het gebruik van de Present State Examination (PSE). Voor lezing van een uitgebreider onderzoeksverslag wordt verwezen naar Dingemans e.a. (1986).

Op grond van de met behulp van CATEGO gescoorde PSE's (49 afnames, 295.3: 15 (schizofrenie); 296.2: 28 (endogene depressie); 297.9: 4 (paranoïde psychose) en 300.4: 2 (neurotische depressie) kon een indeling gemaakt worden in twee groepen: psychosen (ICD: 295 en 297, n = 19) en depressies (ICD: 296 en 300; n = 30). De gemiddelde PSE-symptoomtotaalscore was 39.24 (s.d. 15.18) en de gemiddelde 'caseness' (de

mate van zekerheid, welke op een schaal van 1 tot 8 wordt aangegeven, dat er inderdaad sprake is van psychiatrische symptomatologie) was 7.16 (s.d. 1.08).

Resultaten

Allereerst werd de mate van overeenkomst tussen de twee beoordelaars op hun onafhankelijk van elkaar uitgevoerde Rorschach-scores onderzocht. Voor scoring van de Rorschach werd het systeem van Blatt e.a. (1976) gebruikt. Dit scoort alleen de 'menselijke'- of 'quasi-menselijke' duidingen op verschillende dimensies. Hoewel Blatt e.a. slechts een omvattende maat voor percentage-overeenkomst tussen twee onafhankelijke scorers van de Rorschach geven (gemiddelde overeenkomst in 90% van de gevallen), besloten wij de overeenkomst tussen de twee beoordelaars per scoringscategorie te onderzoeken met andere statistieken om hiermede de invloed van kansovereenkomst te minimaliseren. Hiervoor werden alle Rorschachprotocollen (van de eerste en de tweede methode) samen genomen. De resultaten van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zijn in tabel 1 opgenomen.

Uit de analysegegevens van tabel 1 komt weliswaar naar voren dat de mate van overeenkomst met die van Blatt vergelijkbaar is ($r = .90$ in beide gevallen), doch dat een verdere inhoudelijke analyse van de verschillende dimensies vraagt om een verdere verbetering van definities en toevoeging van scoringsvoorbeelden, met name de articulatiecategorie. Daarbij moet echter ook in de gaten gehouden worden dat sommige scoringscategorieën weliswaar een lage mate van overeenkomst laten zien die niet direct op onbetrouwbaarheid hoeven te duiden (vanwege het feit dat ze weinig of niet gescoord worden, zoals bij voorbeeld de quasi-menselijke detailcategorie, voor een discussie van dit probleem zij hierbij verwezen naar het zogenaamde 'base rate'-probleem bij het bepalen van betrouwbaarheid. Hiervoor hebben Spitznagel & Helzer (1985) recentelijk een oplossing bedacht in de vorm van de zogenaamde Y-statistiek.

De afhankelijke Rorschachvariabelen met betrekking tot vormniveau, differentiatie, articulatie en integratie – zoals geoperationaliseerd door Blatt c.s. – werden met drie verschillende groepeeringsfactoren (PSE-Catego, Foulds-index, BPRS-psychosefactorschaal) geanalyseerd. De analyses waren in alle gevallen voor de groepeeringsfactoren identiek en werden in een multivariaat design (MANCOVA, BMDP/4V-programma) met herhaalde meting op verschillende factoren (meting 1 en 2) en met de diverse co-variaten (beoordelingen door verpleegkundigen en psychiater) geanalyseerd. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen de maximum- en minimummethode; tevens werden de analysegegevens uitgesplitst naar vormniveau (F+ en F-) en mate van differentiatie, articulatie en integratie. Hierbij moet het volgende worden aangetekend. In een exploratieve analyse van de onder-

zoeksgegevens bleek dat er geen correlatieel verband was tussen leeftijd, niveau van intellectueel functioneren, neuroleptische medicatie en de afhankelijke (Rorschach) variabelen. Derhalve hebben we er van af

Tabel 1: Scoringsdimensies op de Rorschach en de mate van overeenkomst tussen twee beoordelaars voor de beide Rorschach-afnames.

DIMENSIES	K ¹	P ²	D ³	Var. ⁴
A. <i>Vormniveau</i>	.77	.75	.55	2.7
B. <i>Differentiatie</i>	.85			
1. Mensduiding		.93	-.37	1.1
2. Quasi-mensduiding		.64	-.04	1.1
3. Menselijk detail		.75	-.37	2.8
4. Quasi-menselijk detail		.02	.0	.0
C. <i>Articulatie</i>				
C1 Perceptuele karakteristieken	.47			
1. Grootte of structuur		.50	1.0	2.5
2. Kleding of haarstijl		.87	-.08	0.9
3. Lichaamshouding		.60	.18	.9
C2 Functionele karakteristieken	.55			
4. Sekse		.89	.59	1.4
5. Leeftijd		.36	-.04	.6
6. Rol		.72	-.04	.7
7. Specifieke identiteit		.18	-.21	.6
D. <i>Integratie</i>				
D1 Motivatie van de actie	.58			
1. Ongemotiveerde activiteit		.86	.02	.9
2. Reactieve motivatie	.09	-.16	.5	
3. Intentionele motivatie		.68	.06	.1
D2 Object-Actie integratie	.63			
1. Fusie van object en actie		.02	.0	.0
2. Incongruente integratie		.42	.04	.3
3. Nonspecifieke integratie		.75	-.14	1.2
4. Congruente integratie		.17	-.22	1.1
D3 Integratie van de interactie met een ander object				
A. Aard van de interactie	.56			
1. Actief-passief		.02	-.02	.01
2. Actief-reactief		.06	-.12	.4
3. Actief-actief		.72	-.49	1.1
4. Passief-passief		.22	-.39	.8
B. Inhoud van de interactie	.69			
1. Goedaardig		.49	-.25	.6
2. Kwaadaardig		.69	-.45	-.24

- N.B. 1. Kappa-coëfficiënt voor overeenkomst.
 2. Pearson Product Moment (PPM) voor overeenkomst.
 3. Gemiddelde verschilscore.
 4. Gemiddelde variantie: geeft indicatie voor de mate van verschillen tussen beoordelaars.
 5. De PPM tussen de beide beoordelaars op alle Rorschach-categorieën bij de eerste meting was: $r = .85$; bij de tweede meting: $r = .94$; voor beide metingen: $r = .90$ (alle met een p-waarde: $.001$). De Kappa-waarde voor de twee beoordelaars op de Rorschach-categorieën voor beide afnames was: $K = .60$.

gezien om deze co-varianten in de analyse mee te nemen; daarentegen zijn de BPRS-scores van psychiater en de verpleegkundige, evenals de totaalscore van de BPRS wel als co-varianten meegenomen in de analyses.

Allereerst de vergelijking van de minimum- en de maximummethode (tabel 2): De analyseresultaten met betrekking tot de geoperationaliseerde maximum- en minimummethode laten zien dat de maximummethode de diagnostische groepen, en dan met name bij het gebruik van de PSE-CATEGO-criteria, relatief het beste differentieert.

De vraagstellingen die aan dit onderzoek ten grondslag liggen waren:

1. bestaat er een verschil in conceptueel ontwikkelingsniveau als twee diagnostische groepen met elkaar vergeleken worden;
2. zal het conceptueel organisatieniveau van de diagnostische groepen in het verloop van de psychiatrische opname verbeteren; en
3. zal het gebruik van de verschillende classificatiecriteria invloed hebben op het beantwoorden van de vraagstellingen.

Uit de analyses kwam naar voren dat de BPRS-psychosefactorschaal de diagnostische groepen niet, de Foulds-index slecht en de PSE-Catego-criteria matig differentieerde op de afhankelijke (Rorschach) variabelen. In dit onderzoek werd derhalve enig bewijs gevonden voor de stelling dat het gebruik van verschillende classificatiecriteria de uitkomsten van onderzoeksanalyses beïnvloedt. De antwoorden op de vragen (1 en 2) naar verschillen tussen diagnostische groepen op afhankelijke variabelen moeten derhalve in de context van deze bevinding geplaatst worden (vraag 3). Deze bevinding onderstreept de zorg met betrekking tot het veelvuldige en wisselende gebruik van classificatiecriteria in psychiatrisch onderzoek, welke onderzoeksresultaten moeilijk vergelijkbaar maken (voor een bespreking hiervan wordt verwezen naar Dingemans e.a. 1986). Uitgaande van de PSE-Catego-criteria bij het beantwoorden van vraag 1 kan het volgende worden opgemerkt. Met betrekking tot het vormniveau (tabel 2) werden er geen statistisch significante verschillen tussen de diagnostische groepen aangetoond op het aantal F- en F+ duidingen, hoewel de verschillen wel in de verwachte richting gingen (meer F- duidingen voor psychotische en meer F+ duidingen voor depressieve patiënten). Er was een lichte tendens tot toename over de afnames te constateren bij de beide diagnostische groepen van zowel F- als wel F+ duidingen. Deze bevinding was tegen de verwachting: wij verwachtten in het verloop van de opname een toename van de F+ en een afname van de F- duidingen. De beschreven 'maximale' methode bleek in een aantal gevallen de diagnostische groepen beter te onderscheiden dan de 'minimale' methode. De PSE-Catego-criteria differentieerden de diagnostische groepen volgens de maximummethode op de mate van differentiatie (mens- en quasi-mensduidingen) en integratie: depressieve patiënten scoorden significant meer mens- of quasi-mens-

Tabel 2: Mancova van het vormniveau (F- en F+) van de Rorschachvariabelen ingedeeld volgens PSE-Catego-criteria

	niet-psychose				psychose				
	X		SD		X		SD		
Tussengroeps (T)									
F+ Maximaal	5.45		2.76		3.87		3.44		
F+ Minimaal	3.85		1.95		2.94		2.63		
F- Maximaal	2.30		2.89		1.40		1.52		
F- Minimaal	.85		1.23		.63		1.03		
le afname									
2e afname									
Binnen afnames (B)									
F+ Maximaal	3.92		3.06		4.69		3.58		
F+ Minimaal	2.92		2.44		3.47		2.52		
F- Maximaal	1.31		1.31		2.00		2.51		
F- Minimaal	.44		.77		.94		1.29		
Tussen groepen over afnamen (TxB)									
	niet-psychose				psychose				
	afname		afname		afname		afname		
	1		2		1		2		
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	
F+ Maximaal	4.90	3.14	6.00	2.36	3.54	3.00	4.19	3.87	
F+ Minimaal	3.50	2.17	4.20	1.75	2.69	2.54	3.19	2.74	
F- Maximaal	1.60	1.43	3.00	3.80	1.19	1.27	1.61	1.75	
F- Minimaal	.50	.71	1.20	1.55	.42	.16	.85	1.19	
Multivariate variantie-analyse met co-varianten									
	T			B			TXB		
	F	DF	p	F	DF	p	F	DF	p
F+ Maximaal	1.94	1.31	NS	2.40	1.31	.13	.92	1.31	NS
F+ Minimaal	.86	"	"	2.23	"	.14	.00	"	"
F- Maximaal	2.31	"	.14	2.94	"	.09	2.55	"	.12
F- Minimaal	.37	"	"	2.85	"	.10	1.32	"	"

N.B. 1 Bij exploratief onderzoek bleken leeftijd, IQ, neuroleptische medicatie niet te correleren met de afhankelijke variabelen en werden derhalve weggelaten als co-varianten in de uiteindelijke analyse. De BPRS welke door de behandelend arts en de verpleegkundigen (en de BPRS-totaalscore van de verpleegkundige, per testsessie ingevuld) werden als co-varianten behandeld.

Tabel 3: Mancova van de Rorschachvariabelen (maximummethode), ingedeeld volgens PSE-Catego-criteria.

	niet-psychose		psychose						
	X	SD	X	SD					
Tussengroeps (T)									
Differentiatie	8.39	4.39	5.33	4.79					
Articulatie	1.21	.56	1.20	.73					
Integratie	9.39	5.32	5.83	4.95					
Binnen afnames (B)									
	1e afname		2e afname						
Differentiatie	5.37	4.12	6.86	5.45					
Articulatie	1.25	.73	1.16	.65					
Integratie	5.49	4.95	6.63	5.44					
Tussen groepen over afnamen (TxB)									
	niet-psychose afname				psychose afname				
	1		2		1		2		
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	
Differentiatie	7.33	4.09	9.44	4.67	4.69	3.99	5.96	5.49	
Articulatie	1.17	.69	1.26	.44	1.28	.74	1.13	.72	
Integratie	9.56	5.20	9.22	5.74	5.92	4.86	5.73	5.14	
Multivariate variantie analyse met co-varianten									
	T			B			TxB		
	F	DF	P	F	DF	P	F	DF	P
Differentiatie	4.27	1,30	*	2.42	1,30	NS	.87	1.30	NS
Articulatie	.11	„	NS	.02	„	„	.25	„	„
Integratie	5.67	„	*	.23	„	„	.00	„	„

N.B.

1. *: $p < 0.5$

2. De co-varianten waren: BPRS (psychiater), BPRS (verpleging), BPRS (verpleging totaalscore).

3. De afhankelijke variabelen werden in een multivariaat variantie-analytisch design (Mancova) als volgt vergeleken: Tussen de diagnostische groepen (T); over de afnamen (B) en tussen de groepen over de afnamen (TxB).

Table 4: Mancova van de Rorschachvariabelen, ingedeeld volgens PSE-Categoricriteria (minimummethode)

	niet-psychose		psychose							
	X	SD	X	SD						
Tussengroeps (T)										
Differentiatie	5.50	1.93	3.68	3.34						
Articulatie	.90	.58	.88	.68						
Integratie	5.69	4.00	3.20	3.80						
		1e afname		2e afname						
Binnen afnames (B)										
Differentiatie	3.70	2.79	4.55	3.46						
Articulatie	.86	.68	.91	.64						
Integratie	4.03	3.35	.358	4.54						
		niet-psychose afname		psychose afname						
		1	2	1	2					
		X	SD	X	SD					
Tussen groepen over afnamen (TxB)										
Differentiatie	5.13	1.81	5.88	2.10	3.24	2.92	4.12	3.72		
Articulatie	.73	.64	1.08	.49	.90	.70	.85	.68		
Integratie	6.25	4.20	5.12	3.98	3.32	2.77	3.08	4.67		
Multivariate variantie analyse met covarianten										
		T			B			TXB		
		F	DF	p	F	DF	p	F	DF	p
Differentiatie	2.76	1.28	.11	1.33	1,28	NS	.00	1.28	NS	
Articulatie	.30	„	NS	1.75	„	„	.83	„	„	
Integratie	3.58	„	.07	2.52	„	.12	.03	„	„	

- N.B.
1. De co-varianten waren: BPRS (psychiater), BPRS (verpleging), BPRS (verpleging totaalscore).
 2. De afhankelijke variabelen werden in een multivariaat variantie-analytisch design (Mancova) als volgt vergeleken: Tussen de diagnostische groepen (T); over de afnamen (B) en tussen de groepen over de afnamen (TxB).

duidingen die ook significant meer geïntegreerd waren dan die van de groeppsychotische mensen.

Dit was overeenkomstig de verwachting. De mate van articulatie was voor de beide groepen ongeveer gelijk. De genoemde verschillen en overeenkomst veranderden ook niet significant over de afnames.

Met betrekking tot vraag 2 kan het antwoord kort zijn. Hoewel in twee gevallen statistisch significante verschillen werden gevonden tussen de diagnostische groepen met betrekking tot de mate van differentiatie en integratie, en niet met betrekking tot vormniveau en articulatie, werden er geen afname-effecten (ook geen interactie-effecten) met betrekking tot de afhankelijke variabelen gevonden. Het antwoord op de vraag of er tijdens de klinische opname statistisch significante veranderingen in en tussen de diagnostische groepen zouden gaan optreden moet derhalve ontkennend luiden.

Discussie

De afhankelijke Rorschachvariabelen met betrekking tot vormniveau, differentiatie, articulatie en integratie – zoals geoperationaliseerd door Blatt c.s. – werden met drie verschillende indelingscriteria (PSE-Catego, Foulds-index, BPRS-psychosefactorschaal) geanalyseerd. De analyses waren in alle gevallen identiek. Uit deze analyses kwam naar voren dat de BPRS-psychosefactorschaal de diagnostische groepen niet, de Foulds-index slecht en de PSE-Categocriteria matig differentieerde op de afhankelijke (Rorschach) variabelen. In dit onderzoek werd derhalve enig bewijs gevonden voor de stelling dat het gebruik van verschillende classificatiecriteria de uitkomsten van onderzoeksanalyses beïnvloedt. Mogelijk heeft deze bevinding te maken met de homogeniteit van de diagnostische groepen die verkregen wordt volgens de verschillende criteria. Deze lijkt voor de PSE groter dan voor de Foulds-index, respectievelijk de psychoseschaal van de BPRS. De antwoorden op de vragen (1 en 2) naar verschillen tussen diagnostische groepen op afhankelijke variabelen moeten derhalve in de context van deze bevinding geplaatst worden (vraag 3).

De betrouwbaarheid van het scoringssysteem van Blatt c.s. dat wij hanteerden was van hetzelfde niveau als wat Blatt rapporteerde. Nadere analyse van deze gegevens leerde dat verschillende scoringscategorieën verbetering c.q. aanvulling behoeven, met name de articulatiecategorie.

In dit onderzoek werd slechts een gedeeltelijke bevestiging gevonden voor de theorieën van Blatt c.s. betreffende het conceptuele organisatie-niveau in de vergelijking van functioneel psychotische versus depressieve patiënten. De verschillen deden zich voor, als de PSE-Categocriteria werden gehanteerd, op het terrein van differentiatie en integratie en niet, zoals ook verwacht op het terrein van vormniveau en articulatie, hoewel moet worden aangetekend dat de verschillen in de verwach-

te richtinggingen. Dat er op een tweetal aspecten geen tussengroepsverschillen, en op alle aspecten van het onderzochte conceptualiseringsniveau geen statistisch significante verschillende afname-effecten gevonden werden is waarschijnlijk aan een aantal factoren te wijten.

Op de eerste plaats werden in dit onderzoek, in de psychose-categorie, vooral functioneel psychotische patiënten van het paranoïde type onderzocht, waarvan aangenomen wordt en ook experimenteel bewijs voorhanden is, dat zij op een hoger conceptueel organisatieniveau functioneren (meer F+ duidingen) dan niet-paranoïde (meer F- duidingen, die ook bij het opklaren van het klinische beeld verminderen) psychotische patiënten (zie Magaro 1981, 1984) voor een integrale bespreking hiervan; voor eigen onderzoek dat deze opvatting ondersteunt zij verwezen naar Dingemans e.a. 1983). Het aantal niet-paranoïde psychotische patiënten was te klein om een vergelijkend onderzoek naar het onderscheid paranoïde-niet-paranoïde zinvol te maken.

Op de tweede plaats bleek bij de tweede Rorschachafname een deel van de patiënten reeds met ontslag uit de kliniek te zijn gegaan, waardoor de herhaalde afname moest komen te vervallen en er zowel in de psychotische als wel in de depressieve groep relatief weinig mensen overbleven om de gevonden groepsverschillen over de afnames statistisch significant te maken (klein aantal degrees of freedom voor berekening van de kritische F-waarde). Een tweede overweging hierbij zou kunnen zijn dat het scoringssysteem van Blatt c.s. niet sensitief genoeg is om veranderingen in duidingen over een periode van 30 dagen op te pikken (Blatt 1983; persoonlijke mededeling). In een vergelijking van het onderzoek van Blatt en Ritzler met het onderhavige onderzoek moet tevens opgemerkt worden dat zij vooral gewerkt hebben met chronisch-psychotische (schizofrene) patiënten en dat in ons onderzoek vooral acuut psychiatrische patiënten werden onderzocht. Daardoor kan er een interferentie zijn opgetreden tussen de acute psychiatrische symptomatologie en de uitvoer van de opdracht. In dit kader moet bij voorbeeld worden opgemerkt dat bij de eerste Rorschach-afname een aantal patiënten gespannen of angstig reageerde (zowel psychotische als wel depressieve patiënten) op de aankondiging dat de afname op audioband zou worden opgenomen.

Tevens bleek bij de tweede afname dat een aantal patiënten zich de duidingen bij de eerste afname herinnerden en vervolgens de duidingen van de eerste afname veranderden, aanvulden of uitbreidden, of, als gevolg hiervan, de duidingen niet verder specificeerden; een en ander in tegenstelling tot de uitdrukkelijke vermelding het onderzoek niet als een geheugentest op te vatten. Deze zouden misschien te ondervangen zijn geweest als de tijdsperiode tussen de eerste en tweede Rorschachafname langer was geweest, hoewel een dergelijke procedure waarschijnlijk een nog grotere experimentele morbiditeit van de subjecten met zich had meegebracht. Vervolgonderzoek bij acuut opgenomen psychiatrische patiënten zou niet in de tweede week maar mogelijk in de derde of

vierde week van opname moeten geschieden; herhalingsonderzoek (2e afname) zou een langere tussenperiode dan een maand moeten omvatten. De registraties van de afnames op audiobanden moeten in ieder geval bij de patiënten duidelijk aangekondigd en begeleid worden. Deze procedureverbeteringen zouden van dienst kunnen zijn bij een adequater beantwoording van de vraag in hoeverre de Rorschachresponsen, als operationalisering van de mate en kwaliteit van conceptuele organisatie, een aanwijzing zouden kunnen geven voor 'symptom' versus 'vulnerability' gebonden variabelen.

Met dank aan J. van Zielst, P. Kalshoven, A. Wallace en J. Stouthamer voor gedeeltelijke verzameling van de data.

Literatuur

- Beck, S.M., A.G. Beck, E.E. Levitt en H.B. Molish (1961), *Rorschach's Test 1: Basic processes*. 3e herz. ed., Grune en Straton, New York.
- Blatt, S.J. (1974), Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Blatt, S., en B. Ritzler (1974), Thought disorder and boundary disturbance in psychosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42, 370-381.
- Blatt, S.J., en C.M. Wild (1976), *Schizophrenia, a developmental analysis*. Academic Press, New York.
- Blatt, S.J., B. Brenners, J.C. Schimek en M. Glick (1976), Normal development and pathological impairment of the concept of the object on the Rorschach. *Journal of Abnormal Psychology* 85, 364-373.
- Dingemans, P., L. Space en R. Cromwell (1983), Repertory grid, consistency, and schizophrenia. In: *Personal Construct Theory and Application*. J. Adams-Webber en J. Mancuso (eds.). Academic Press, Toronto, p. 265-284.
- Dingemans, P., J.H. Dijkhuis, R. Stobberingh, H. van Engeland en R. Brunt (1986), Rorschachduidingen als operationalisatie van conceptuele organisatie in psychose en depressie. *Experimenteel Psychologisch Geschrift*. RU Utrecht.
- Foulds, G.A. (1965), *Personality and Personal Illness*. Tavistock, Londen.
- Foulds, G.A. (1976), *The Hierarchical nature of Personal Illness*. Academic Press, Londen.
- Johnson, D.R., en D.M. Quinlan (1985), Representational boundaries in role portrayals among paranoid and non-paranoid schizophrenic patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 4, 498-506.
- Jong, A. de (1984), *Over psychiatrische invaliditeit. Een theoretische en empirische verkenning naar het verband tussen psychiatrische ziekte en sociaal gedrag*. Academisch Proefschrift, RU Groningen.
- Magaro, P.M. (1980), *Cognition in schizophrenia and paranoia: the integrations of cognitive processes*. Lawrence Earlbaum, Hillsdale, N.J.
- Magaro, P.M. (1981), The paranoid and the schizophrenic: The case for distinct cognitive style. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 632-661.

- Magaro, P.M. (1984), Psychosis and schizophrenia. In: *Theories of schizophrenia and psychosis. Vol. 31. Nebraska Symposium on Motivation*. A. Dienstbier, W. Spaulding en J. Cole (eds.), University of Nebraska Press, Lincoln en Londen.
- Overall, J.E. (1974), The brief psychiatric rating scale in psychopharmacology research. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 7, 67-78.
- Rapaport, D.M.M. Gill en R. Schafer (1946), *Diagnostic psychological testing. Vol. 2. Year Book*, Chicago.
- Rapaport, D., M.M. Gill en R. Schafer (1968), *Diagnostic psychological testing. (herz. ed.)*, International Universities Press, New York.
- Ritzler, B.A., D. Zambianco, D. Harder en M. Kasky (1980), Psychotic patterns of the concept of the object on the Rorschach test. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 46-55.
- Silbermann, R.M., (1971), *A classification of psychiatric states*. Excerpta Medica, Amsterdam.
- Spitznagel, E.L., en J.E. Helzer (1985), A proposed solution to the base rate problem in the Kappa statistic. *Archives of General Psychiatry*, 42, 725-729.
- Werner, H. (1948), *Comparative Psychology of Mental Development*. International Universities Press, New York.
- Wing, J.K., J.E. Cooper en N. Sartorius (1974), *Measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge University Press, Londen.
- Zubin, J., en B. Spring (1977), Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

De auteurs zijn respectievelijk klinisch psycholoog, verbonden aan de Universiteit van Amsterdam; hoogleraar klinische psychologie en psychotherapie; hoogleraar methoden en technieken; hoogleraar kinderpsychiatrie en student functioneel, verbonden aan de Universiteit van Utrecht.