

Psychotherapeutische deeltijdbehandeling van persoonlijkheidsstoornissen: psychodiagnostische feedback, werkzaamheid en cliëntensatisfactie

J.A. SNIJDERS, A.M. HUIJSMAN, M.H. DE GROOT, J.J. MAAS EN
A. DE GREEF

ACHTERGROND Psychodiagnostische feedback kan een positief effect op behandeluitkomsten hebben, maar de generaliseerbaarheid hiervan voor de klinische praktijk is onbekend.

DOEL Op een afdeling psychotherapeutische deeltijdbehandeling voor persoonlijkheidsstoornissen werd onderzocht of er verschil optrad in behandelingsresultaten, door cliënten al of niet inzage te geven in hun scoreprofielen van onderzoeksvragenlijsten. Gelijktijdig werd een kwaliteitsonderzoek uitgevoerd.

METHODE Van de 111 cliënten die instroomden, waren er tijdens de vijfde behandelmaand (tweede meetmoment) nog 88 in behandeling. Aan de follow-up-meting, 6 maanden na ontslag, deden 74 cliënten mee. De verschillen in effect werden onderzocht op een schaal voor interpersoonlijk gedrag (Interpersonal Checklist, ICL-R,) de Utrechtse Copinglijst (UCL), een klachtenlijst (Symptom Checklist, SCL-90), en een sociale redzaamheidschaal (Social Adjustment Scale, SAS-R). De tevredenheid over het behandel aanbod werd met de De-Brey-schaal onderzocht.

RESULTATEN Het bleek dat er geen verschillen aantoonbaar waren tussen de experimentele groep en de controlegroep. Verdere analyses zijn uitgevoerd op de gehele cliëntenpopulatie. In een aanvullend kwaliteitsonderzoek zijn significante veranderingen vastgesteld met betrekking tot geobjectiveerde klachten, coping-stijlen en interpersoonlijke posities. Zestig procent van de cliënten is over het algemeen tevreden met de ontvangen hulp; 37% is zeer tevreden.

CONCLUSIE Psychodiagnostische feedback heeft geen effect op de behandeluitkomsten. Een hoge score voor de interpersoonlijke verbondenheid (affiliatie) is een goede voorspeller van het behandel effect. Een ruime meerderheid van de cliënten was tevreden over de verstrekte zorg. Een verband tussen behandeluitkomsten bij follow-up en de al of niet genoten nazorg werd niet geconstateerd.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44(2002)2, 71-81]

TREFWOORDEN affiliatie, deeltijdbehandeling, persoonlijkheidsstoornissen, testfeedback

Volgens de literatuur kan het verkrijgen van inzage in uitkomsten van psychologisch onderzoek de cliëntenparticipatie bij en het effect van een behandeling positief beïnvloeden. De ver-

strekke informatie wordt serieuzer genomen naarmate deze objectiever is en meer gerelateerd aan persoonlijkheidskenmerken, in plaats van aan klachten. Terugkoppeling is effectief als de cliënt deze in verband kan brengen met zijn huidige wijze van functioneren (Balance e.a. 1982; Halperin & Snyder 1979; Snyder e.a. 1982; Berg 1985). Over de generalisatiewaarde van deze effecten voor de klinische praktijk is nog weinig bekend. Om dit te onderzoeken werd het effect van wel of geen inzage onderzocht met betrekking tot de volgende relevante domeinen: klachtenpatronen; interpersoonlijk en sociaal functioneren; stijlen van omgaan met problemen (coping-stijlen); en cliëntensatisfactie. Het onderzoek werd uitgevoerd op een afdeling voor deeltijdbehandeling met een integratief psychotherapeutische, cliëntgerichte behandeloriëntatie in het Centrum voor Persoonlijheidsproblematiek van psycho-medisch centrum Parnassia te Den Haag.

De vraagstelling in dit effect- en kwaliteitsonderzoek was vierledig: (1) Gaat inzage in de scoreprofielen betreffende klachtenpatronen (SCI-90), coping-stijlen (UCL), interpersoonlijke posities (ICL-R) en sociale redzaamheid (SAS-R) gepaard met meer behandel-effect? (2) Zijn er veranderingen binnen de genoemde vier domeinen bij een behandelperiode van vijf maanden en bij een follow-up van zes maanden na de beëindiging van de deeltijdbehandeling? (3) Wat is de gerapporteerde mate van tevredenheid ten aanzien van het behandel aanbod? (4) Is er verschil in het behandel-effect tussen cliënten met of zonder vervolgbehandeling na de deeltijdbehandeling?

PATIËNTEN EN METHODE

Patiënten

Onderzoekspopulatie Vanaf maart 1996 tot november 1997 meldden 194 cliënten zich aan voor psychotherapeutische deeltijdbehandeling. Tijdens de intakeprocedure vielen 26 cliënten af wegens doorverwijzing of afzien van behande-

ling. De resterende 168 cliënten vroegen we, na goedkeuring van het onderzoek door de medisch-ethische commissie, toestemming om mee te werken aan het onderzoek. Wij verstrekten schriftelijke informatie over de onderzoeksdoelstelling en -procedure en vertelden dat loting zou bepalen of men al of niet in een controlegroep of in een experimentele onderzoeksgroep werd ingedeeld. Wel of niet deelnemen aan het onderzoek had geen gevolgen voor het behandel aanbod. Drieëndertig cliënten zagen af van deelname aan het onderzoek. Van de resterende 135 cliënten vielen er 24 uit binnen de eerste, zogenaamde proefmaand. De resterende 111 cliënten zijn ingestroomd in het onderzoek en werden bij instroom via loting aan de experimentele groep (n=56) of aan de controlegroep (n=55) toegewezen. Conform de tijdens de intake geschatte iksterkte en besproken behandelwensen werden de cliënten geplaatst in één van de drie behandelgroepen op een inzichtgevend behandelniveau of in één van de drie behandelgroepen op een ondersteunend behandelniveau (Snijders 2000).

Biografische gegevens Biografische gegevens zijn verzameld uit de intakeprocedure, uit gegevens over eerdere behandelingen in de ggz; uit gegevens over eventuele nazorg na deeltijdbehandeling, en volgens opgave cliënt bij de follow-up. De gemiddelde leeftijd van de 111 cliënten was 33 jaar (bereik van 18 tot 57 jaar). De onderzoeksgroep bestond voor 68% uit vrouwen (n=75) en voor 32% uit mannen (n=36). De opgegeven duur van de klachten was gemiddeld 10 jaar (vanaf 1 tot 40 jaar). Eenentwintig cliënten hadden in hun voorgeschiedenis een psychiatrische opname gehad met een gemiddelde duur van 18 dagen. Het gemiddeld aantal eerdere ambulante behandelingen bedroeg 1,85 met een gemiddelde duur van 9,9 maanden per behandeling. De gemiddelde GAF (Global Assessment of Functioning)-score van de DSM-IV in het jaar voorafgaande aan de deeltijdbehandeling bedroeg 55,7. Dit wijst op een disfunctioneren in beroepsmatig-

ge en sociale rollen, terwijl de cognitieve functies nog intact zijn. Het aantal maanden ziektewet voorafgaande aan de deeltijdbehandeling bedroeg gemiddeld 27 maanden, met een bereik van 0-98 maanden.

Op grond van klinische beoordeling kreeg 50% van de cliënten als eerste diagnose op as-I van de DSM-IV een affectieve stoornis en 41% een angststoornis. Afhankelijkheid van middelen (in remissie) werd bij 14,4% als tweede as-I-diagnose vastgesteld. Op as-II van de DSM-IV werd 75% van de cliënten gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven, dit op grond van comorbiditeit van persoonlijkheidstrekken in cluster B en C. Bij 6% werd een afhankelijke, bij 4% een obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd, terwijl bij 14% geen persoonlijkheidsstoornis of een uitgestelde diagnose werd vastgesteld. De geschatte intelligentie lag minimaal op gemiddeld niveau.

De gemiddelde behandelduur van de totale onderzoeksgroep tijdens hun deeltijdbehandeling, inclusief de vroege uitvallers, bedroeg 6,2 maanden. Van de 111 cliënten die aan het onderzoek deelnamen, waren na 5 maanden 88 cliënten (77% van de onderzoekspopulatie) nog in behandeling. Bij de follow-up-meting retourneerden 74 cliënten (66%) de hun nagezonden vragenlijsten.

Controle op randomisatie en uitval De gerandomiseerde toewijzing van cliënten aan de experimentele groep en controlegroep werd gecontroleerd door uitvoering van een MANOVA (multivariate variantieanalyse), enerzijds op demografische parameters en ziekteparameters, en anderzijds op de beginmetingen van de UCL, SCL-90 en ICL-R. De twee groepen verschilden niet significant in leeftijd, duur van de klachten, aantal eerdere 24-uursbehandelingen, duur van deze behandelingen, eerdere ambulante behandelingen, duur van de ambulante behandelingen of de totale behandelduur (Wilks $\lambda=0,94$; $p=0,53$). De verhouding mannen/vrouwen was in de

experimentele groep (18 mannen, 37 vrouwen) vrijwel gelijk aan die in de controlegroep (18 mannen, 38 vrouwen). De scores op de UCL, SCL-90 en ICL-R verschilden evenmin significant, maar vertoonden wel een trend (Wilks $\lambda=0,68$, $p=0,07$), die te herleiden valt tot kleine scoreverschillen op de schalen 'sociale steun' en 'expressie van emoties' van de UCL.

Daarnaast werden de groepen drop-outs (alleen de eerste meting) en completers (de groep van 74 cliënten die alle meetmomenten passeerde) met behulp van een MANOVA vergeleken met betrekking tot enerzijds de vragenlijstcores van de ICL-R, UCL en SCL-90 en anderzijds de demografische parameters en de ziekteparameters. Voor deze variabelen bleken de groepen niet significant te verschillen (Wilks $\lambda=0,69$, $p=0,42$; resp. Wilks $\lambda=0,96$, $p=0,95$).

Ook de groep van 14 cliënten waarvan alleen de follow-up-meting ontbrak, bleek niet te verschillen van de groep completers (Wilks $\lambda=0,69$ / $p=0,42$; Wilks $\lambda=0,96$ / $p=0,95$).

Meetmomenten

Onderzoeksopzet in meetmomenten Om overrapportage van klachten (Kazdin 1994) te beperken, vond de eerste meting in de derde behandelweek plaats. De tweede meting werd verricht in de vijfde behandelmaand en de derde meting vond zes maanden na afloop van de deeltijdbehandeling plaats.

De experimentele groep kreeg van de eerste en tweede meting binnen een week inzage in de uitslagen. De individuele behandelaar besprak met zijn cliënt de uitslagen van de onderzoeksvragenlijsten. De eerste meting diende als geobjectiveerde weergave van de 'startpositie' van de cliënt: zijn klachtenpatroon, interpersoonlijke omgangsstijlen, sociaal functioneren en typerende coping-stijlen. Met behulp van deze informatie stelde de cliënt zijn individuele behandeldoelen vast. Aan de hand van de tweede meting kwamen, met uitzondering van de gegevens over de interpersoonlijke posities, de nog 'zwakke

plekken' en 'sterke kanten' in het profiel ter sprake. De controlegroep kreeg na de eerste en tweede meting geen inzage in de resultaten, evenmin als hun behandelaars. Na de follow-up-meting kregen alle cliënten een totaaloverzicht van de drie meetmomenten toegezonden. Desgewenst werd dit in een persoonlijk onderhoud toegelicht.

Meetinstrumenten

De Interpersoonsvragenlijst (Interpersonal Checklist, ICL-R) De ICL-R (De Jong, Van den Brink & Jansma 2000) levert 10 scores op voor interpersoonlijke gedragspatronen. Zes van de subschalen zijn voldoende tot goed betrouwbaar (interne itemconsistentie: Cronbach's alpha 0,70 tot 0,85); vier subschalen vertonen minder interne consistentie (Cronbach's alpha 0,56 tot 0,66). De posities op de dimensies dominantie en interpersoonlijke verbondenheid (de positieve of negatieve 'affiliatie') worden eveneens gemeten. De hertestbetrouwbaarheid en validiteit zijn voldoende tot goed.

De Utrechtse Copinglijst (UCL) De UCL (Schreurs e.a. 1993) geeft via zeven subschalen informatie over uiteenlopende coping-stijlen. De betrouwbaarheid van de subschalen is redelijk tot goed (0,74 tot 0,79), met uitzondering van twee matig consistente subschalen (0,55 tot 0,60). De hertestbetrouwbaarheid is redelijk hoog en de validiteit is goed.

De Klachtenlijst (Symptom Checklist, SCL-90) De SCL-90 (Arrindel & Ettema 1986) heeft 8 subschalen. De totaalscore van deze schaal wordt als maat voor psychoneuroticisme beschouwd. De betrouwbaarheid van de subschalen is goed (variërend van 0,78 tot 0,90) evenals de hertestbetrouwbaarheid.

De Social Adjustment Scale (SAS-R) De SAS-R (Weissman 1996) geeft een indicatie van de mate van sociale redzaamheid in familieverband, werk, sociale contacten en in de eigen thuissitua-

tie. Van de vertaling van deze oorspronkelijk Amerikaanse betrouwbare en valide vragenlijst zijn de betrouwbaarheid en validiteit voor Nederlandse populaties onbekend.

De satisfactieschaal (De Brey 1983). Met deze betrouwbare (>0,85), factorzuivere en valide schaal kan de tevredenheid over de verkregen behandeling via een tiental items gemeten worden. Deze schaal is in de tweede en derde meting toegepast.

De DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) De DSM-classificatie (American Psychiatric Association 1994) is toegekend zoals genoteerd in de ontslagbrief en gebaseerd op consensus met de behandelende psychiater en klinisch psycholoog.

RESULTATEN

Onderzoek naar verschillen tussen de experimentele groep en de controlegroep Nagegaan werd of de experimentele groep en de controlegroep verschillen in de aard en mate van verandering als gemeten met de drie voornoemde vragenlijsten.

Met behulp van MANOVA's (herhaalde metingen) werd per instrument het scoreverloop op de schalen geanalyseerd. Voor de UCL was geen groepseffect aantoonbaar (Wilks $\lambda=0,89/p=0,33$), evenmin als voor de SCL-90 (Wilks $\lambda=0,92/p=0,81$) of de ICL-R (Wilks $\lambda=0,81/p=0,20$). Voor deze drie instrumenten was er evenmin een interactie-effect te constateren tussen groepslidmaatschap en meetmoment (UCL: Wilks $\lambda=0,86/p=0,79$; SCL-90: Wilks $\lambda=0,74/p=0,43$; ICL-R: Wilks $\lambda=0,87/p=0,51$).

Typering van het gemiddelde cliëntenprofiel met beginmetingsvariabelen Aangezien er geen verschillen tussen de experimentele groep en de controlegroep aantoonbaar waren, en evenmin tussen drop-outs en completers, zijn de verdere analyses uitgevoerd op de gehele cliëntenpopulatie (zowel de cliënten uit de experimentele groep als uit de controlegroep). De gemiddelde cliënt

valt, uitgaande van de aanvangsgegevens (zie de figuren 1, 2 en 3) als volgt nader te typeren.

Op de SCL-90 (figuur 1) vertoont de cliënt, vergeleken met de normaalwaarden, een hoge angst- en depressiescore, naast een uitschieter naar boven op insufficiëntie en sensitiviteit.

Uitschieters op de UCL (figuur 2) zijn de lage score voor het actief aanpakken van problemen en de hoge score op het passief reageren op problemen. Op de ICL-R (figuur 3) is de uitschieter naar beneden het geringe competitieve en leidend beïnvloedende interpersoonlijke gedrag, terwijl anderzijds kritisch wantrouwend en teruggetrokken verlegen gedrag hoog scoort.

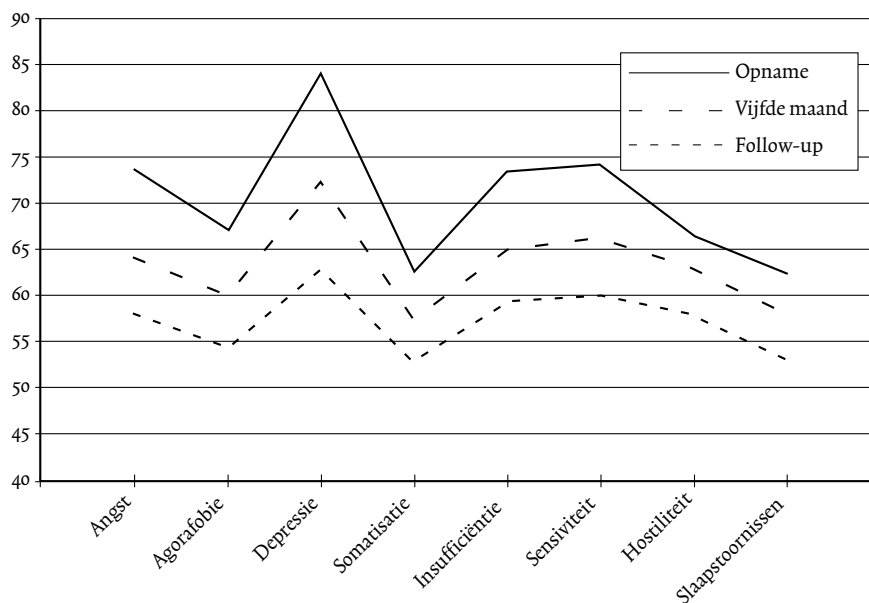
Onderzoek naar veranderingen bij de 'completers' tijdens de behandeling Er was sprake van een significante verandering van de schaalscores van de UCL (Wilks $\lambda=0,60/p=0,000$), de SCL-90 (Wilks $\lambda=0,60/p=0,000$) en de ICL-R (Wilks $\lambda=0,49/p=0,000$) op het tweede en derde meetmoment ten opzichte van de beginscores. Post-hoc univariate F-tests laten zien dat, met uitzondering van de schalen 'palliatieve coping' en 'geruststelling',

alle UCL-scores een significante verschuiving tonen. Datzelfde geldt voor alle schalen van de SCL-90. Met uitzondering van de schalen 'leidend beïnvloedend', 'aanvallend agressief' en 'gezellig', geldt de verandering ook voor alle schalen van de ICL-R (zie tabel 1).

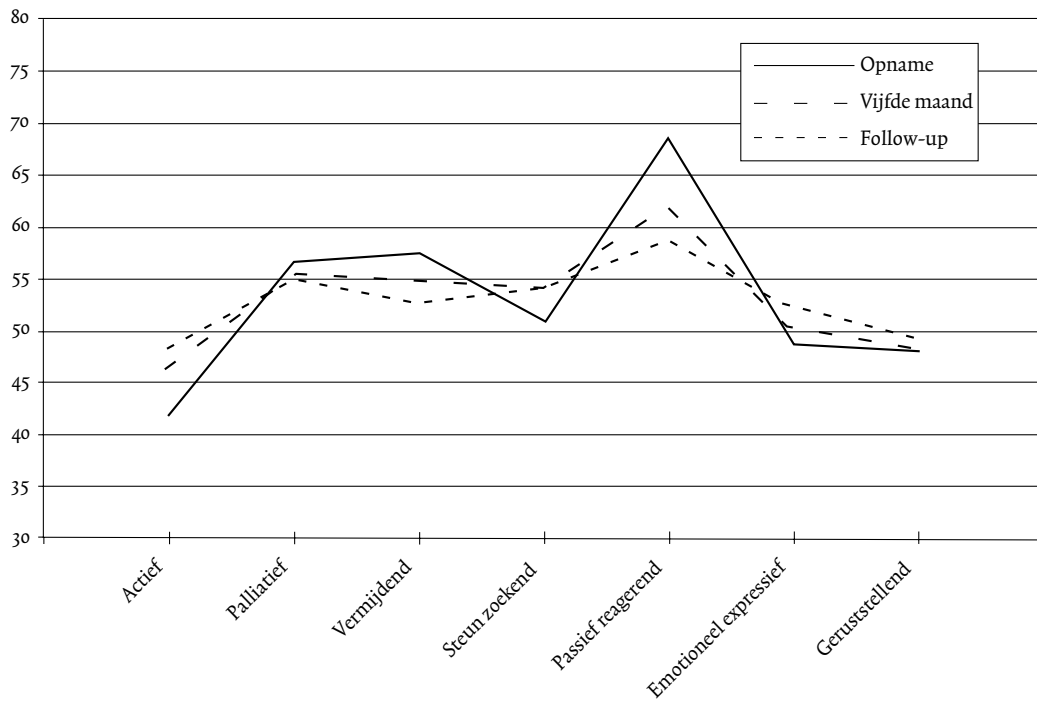
Uitgaande van de afname van de psycho-neuroticismescore van de SCL-90 kan ten tijde van de tweede en de derde meting worden gesproken van een matig, respectievelijk sterk effect (Cohen's $d'=0,56$, respectievelijk $0,95$).

Bij een multivariate toetsing (Wilks $\lambda=0,79/p=0,000$) over drie subschalen van de SAS-R, te weten 'vrije tijd', 'omgang met familie/partner' en 'omgang met kinderen' is een significante scoreverandering in de tijd waarneembaar. Dit effect is bij univariate F-toetsing (post-hoc) te herleiden tot een significante verandering op de 'vrijtijdschaal'. Dit betekent dat de cliënten zich sociaal ondernemender gedroegen. Bij deze analyse op de SAS-R kon alleen gebruik worden gemaakt van de scores van 54 cliënten. Voor deze cliënten waren zowel bij de voor- als nametingen de drie SAS-R-domeinen 'vrije tijd', 'omgang met

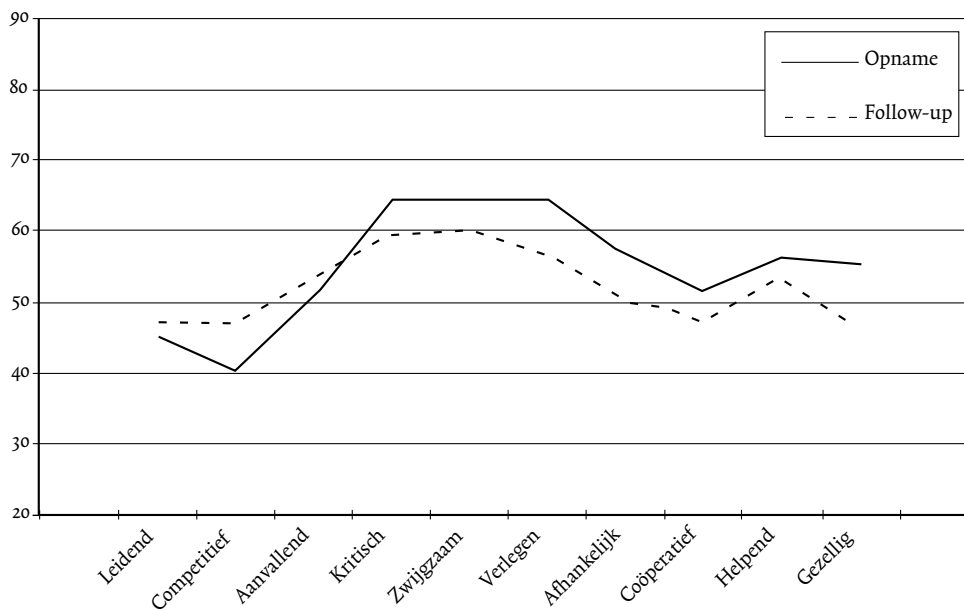
FIGUUR 1 Klachtenlijst (Symptom Checklist, SCL-90): profiel in T-scores, berekend op basis van normaalwaarden (Arrindell e.a. 1986); voor 3 meetmomenten (gemiddelde 50; standaarddeviatie 10).



FIGUUR 2 Utrechtse Copinglijst (UCL); profiel in T-scores, berekend op basis van normaalwaarden (Scheurs e.a. 1988); voor 3 meetmomenten (gemiddelde 50; standaarddeviatie 10)



FIGUUR 3 Interpersoonsvragenlijst (Interpersonal Checklist, ICL-R); profiel in T-scores, berekend op basis van normaalwaarden (De Jong e.a. 2000); voor 2 meetmomenten (gemiddelde 50; standaarddeviatie 10)



TABEL 1 Gemiddelde scores en standaarddeviaties voor de Utrechtse Copinglijst (UCL), de klachtenlijst (Symptom Checklist, SCL-90) en de Interpersoonsvragenlijst (Interpersonal Checklist, ICL-R)

Utrechtse Copinglijst (UCL)					
n = 73	OPNAME (SD)	VIJFMND (SD)	FOLLOW-UP (SD)	F (univ.)	p
Actief	15,49 (4,07)	17,38 (4,02)	17,90 (3,90)	20,70	0,000
Palliatief	19,19 (3,83)	18,38 (3,53)	18,38 (3,27)	1,80	0,16
Vermijdend	18,27 (3,95)	16,92 (3,62)	16,00 (3,51)	17,11	0,000
Steun zoekend	12,62 (4,31)	13,69 (3,81)	13,70 (3,63)	4,02	0,020
Passief reagerend	17,40 (3,29)	15,08 (4,12)	14,07 (4,08)	23,20	0,000
Emotioneel expressief	5,97 (1,80)	6,32 (1,46)	6,62 (1,52)	4,09	0,019
Geruststellend	11,29 (2,56)	11,21 (3,01)	11,49 (2,62)	0,67	0,510
Klachtenlijst (SCL-90)					
n = 72	OPNAME (SD)	VIJFMND (SD)	FOLLOW-UP (SD)	F (univ.)	p
Angst	25,00 (7,93)	21,46 (8,44)	18,10 (7,58)	22,54	0,000
Agorafobie	12,92 (5,71)	11,17 (5,74)	9,67 (3,94)	8,91	0,000
Depressie	48,42 (12,65)	39,29 (14,04)	32,18 (14,62)	37,74	0,000
Somatisatie	24,44 (7,67)	22,63 (8,41)	19,82 (7,36)	11,27	0,000
Insufficiëntie	24,89 (7,16)	20,86 (7,80)	18,32 (6,60)	33,09	0,000
Sensitiviteit	44,01 (13,99)	37,82 (13,36)	33,63 (12,40)	22,60	0,000
Hostiliteit	11,40 (4,40)	10,56 (4,51)	9,47 (3,83)	8,04	0,000
Slaapproblemen	8,00 (3,34)	7,03 (3,72)	5,86 (2,99)	10,92	0,000
Neuroticisme	217,97 (52,49)	187,61 (60,34)	161,72 (55,38)	32,24	0,000
Interpersoonsvragenlijst (ICL-R)					
n = 66	OPNAME (SD)	FOLLOW-UP (SD)	F (univ.)	p	
Leidend	6,49 (2,87)	7,03 (2,69)	3,22	0,077	
Competitief	4,38 (2,45)	5,74 (2,39)	16,47	0,000	
Aanvallend	7,44 (2,95)	7,99 (2,42)	3,26	0,075	
Kritisch	9,27 (2,65)	8,11 (3,00)	9,82	0,003	
Zwijgzaam	7,24 (3,33)	5,96 (2,83)	17,93	0,000	
Verlegen	10,24 (3,21)	7,62 (3,37)	53,55	0,000	
Afhankelijk	8,06 (2,86)	6,52 (2,41)	20,55	0,000	
Coöperatief	8,27 (2,90)	7,15 (2,40)	13,03	0,001	
Helpend	10,42 (3,31)	9,68 (3,10)	5,57	0,021	
Gezellig	7,39 (3,04)	7,96 (2,63)	2,40	0,129	
Dominantie*	-5,55 (10,36)	1,30 (9,88)			
Affiliatie*	4,46 (11,23)	2,32 (8,87)			

* berekend op basis van de scores op de verschillende kenmerken

SD = standaarddeviatie

Univariate F-toetsen, herhaalde metingen

Verschillen in steekproefgrootte duiden op missing values

familie' en 'omgang met kinderen' in hun sociale leven van toepassing.

Onderzoek naar de betrouwbaarheid van de herstelscore Een kritisch punt in dit onderzoek is de mate waarin de herstelscore betrouwbaar is en de bevindingen zijn te herleiden tot kanskapitalisatie. Om dit te controleren is een schatting gemaakt van de betrouwbaarheid van de verschillcores (Van den Brink & Mellenbergh 1998). Uitgaande van de in de handleiding van de SCL-90 vermelde Cronbach's alpha, de standaarddeviaties van voor- en nameting(en) en de correlaties daartussen, bleek de betrouwbaarheid zeer bevredigend te zijn. De betrouwbaarheid van de verschillcores (ρ_{DD}) tussen de voormeting en de tweede meting, respectievelijk de follow-up-meting, was $>0,90$.

Onderzoek naar voorspellende variabelen voor behandel succes Om te beoordelen of er voorspelers identificeerbaar waren voor behandel succes dan wel klachtenreductie, werden multipele regressieanalyses uitgevoerd. De klachtenreductie werd daartoe geoperationaliseerd als het percentage verandering in de globale psychoneuroticismescore van de SCL-90 op het moment van de tweede en derde meting ten opzichte van de beginmeting. Op deze wijze konden twee herstelscores worden berekend, welke achtereenvolgens als criterium werden gebruikt.

De eerste serie van potentiële voorspellers betrof de eerder genoemde demografische parameters en de ziekteparameters, aangevuld met sekse, groepslidmaatschap (controlegroep versus experimentele groep) en een door de intaker ingeschatte dichotome variabele 'iksterkte' (plaatsing in een ondersteunende of in een meer inzichtgevende behandelgroep). Deze combinatie leverde geen bruikbaar regressiemodel op (multipele $R=0,33/F=0,89/p=0,55$). Datzelfde gold voor een tweede serie potentiële voorspellers bestaande uit de UCL-schalen en de van de ICL-R-schalen afgeleide variabelen affiliatie en dominantie (multipele $R=0,31/F=0,93/p=0,50$). Eenzelfde regressieanalyse met de tweede her-

stel-score als criterium leverde evenmin significante voorspellers op voor demografische parameters en ziekteparameters (multipele $R=0,39/F=1,12/p=0,36$). Wel bleek de combinatie van UCL-schalen en de ICL-affiliatie- en -dominantiescores (multipele $R=0,50/F=2,28/p=0,03$) een significante voorspeller van het behandel effect te zijn. Met name de schalen 'affiliatie', 'dominantie' en 'vermijding' leveren hier een unieke bijdrage. De variabele affiliatie heeft een positief gewicht (een hogere score gaat gepaard met meer vooruitgang), terwijl de variabelen dominantie en vermijding een negatief gewicht hebben (minder vooruitgang naarmate de scores hoger zijn). Bij nadere analyse bleek dat hoogscoorders op de affiliatiedimensie de grootste klachtenreductie vertoonden, ongeacht hun positie op de dominantiedimensie.

Relatie met vervolgbehandeling na deeltijd Er bleek geen verband te bestaan tussen de reductie van psychoneuroticisme op het tweede of derde meetmoment ($t_2=-1,05$, $df=70$, $p=0,30$; $t_3=-0,56$, $df=69$, $p=0,58$) en het wel of niet genoten hebben van nazorg.

Onderzoek naar de tevredenheidsaspecten Onafhankelijk van de klachtenreductie werd ook de mate van tevredenheid geëvalueerd. Het materiaal hiervoor bestond uit de antwoorden op de vijf items uit de satisfactielijst van De Brey (1983) die betrekking hebben op het behandelaanbod.

Van de respondenten vond 89% 'de kwaliteit' van de ontvangen hulpverlening goed tot uitstekend. Ruim 86% meent in het algemeen, variërend van wel tot zeer zeker, 'het soort hulp waarop men hoopte' te hebben ontvangen. Ruim 70% geeft te kennen dat de hulpverlening 'aan de meeste of alle wensen heeft voldaan'. Volgens 39% heeft de hulpverlening wel wat 'geholpen om beter met de eigen problemen om te gaan'; voor 59% heeft de hulp in dit opzicht aanzienlijk geholpen. Zestig procent meldt over het algemeen 'tevreden te zijn met de ontvangen hulp' en 37 procent laat weten 'zeer tevreden' te zijn.

CONCLUSIE

De vierledige vraagstelling bij dit onderzoek leidt tot de volgende conclusies: (1) Inzage in de scoreprofielen ging niet gepaard met een beter behandel-effect. (2) De veranderingen binnen de domeinen van klachtenpatronen, interpersoonlijk functioneren, sociaal functioneren en coping-stijlen bleken zowel voor de experimentele groep als voor de controlegroep significant bij een behandelperiode van vijf maanden. Deze verandering zette zich voort tot de follow-up van zes maanden na de behandeling. (3) De gerapporteerde tevredenheid over het behandelaanbod was hoog. (4) Er viel geen verschil aan te tonen tussen cliënten die al dan niet een vervolgbehandeling kregen.

DISCUSSIE

Geen meerwaarde bij terugkoppeling Een eenmalig individueel overleg over behandel-doelen met behulp van informatie over (de betekenis van) de (sub)schaalscores levert mogelijk onvoldoende blijvend effect op. Ook met iedere cliënt uit de controlegroep is, zonder kennisname van de testgegevens, een individueel behandelplan met behandel-doelen overeengekomen. Mogelijk kan een cliënt uit de controlegroep zich meer herkennen in een oorspronkelijk persoonlijk geformuleerd behandel-doel. Een andere verklaring kan zijn dat de behandelinhoudelijke opzet voldoende transparant gericht is op behandel-doelen.

De resultaten nader toegelicht De angst- en depressieklachten verbleken tijdens de deeltijd-behandeling. Met uitzondering van de schalen 'palliatieve coping' en 'geruststelling' op de UCL is er een significante verandering in de wijze waarop de completers de problemen bij de kop pakken. Men is actiever, minder vermijdend, vraagt meer sociale steun en uit zich emotioneel expressiever. Op de ICL-R-schaal zijn een significante toename in competitief gedrag en een significante afname in kritisch, verlegen en afhank-

kelijk gedrag gevonden; deze drie subschalen zijn echter intern laag consistent. Verder valt op dat het betrouwbaarder gemeten coöperatieve gedrag meer begrensd is en het verantwoordelijke, helpende gedrag meer genormaliseerd blijkt.

De affiliatiescore en de betrouwbaarheid van de verschillcores Hoogscorders op de affiliatiedimensie van de ICL-R vertoonden de grootste klachtenreductie, ongeacht hun positie op de dominantiedimensie. Deze constatering ligt in de lijn van de bevindingen die Horvath & Symonds (1991) en Horowitz e.a. (1993) rapporteren uit onderzoek naar het verband tussen hechtingsstijlen en de kans van slagen bij kortdurende psychodynamische psychotherapie. De bevindingen van laatstgenoemde onderzoekers over de voorspellende waarde voor uitvalsgedrag van een hoge dominantiescore werden in het hier beschreven onderzoek niet gevonden. Een verklaring hiervoor kan liggen in andere contra-indicaties, andere setting-gerelateerde verwijzingspatronen, of de door deeltijd meer gestructureerde behandelingscontext.


Twee opvallende ontbrekende verschillen Er is geen verschil geconstateerd tussen de behandel-effecten van de twee behandelniveaus (inzichtgevend versus ondersteunend). Een verklaring kan zijn dat op beide behandelniveaus de programmering van doelgerichte onderdelen voor driekwart inhoudelijk gelijk is. Op beide behandelniveaus wordt gestreefd naar meer competitieve interpersoonlijke opstelling en actievere probleemoplossing.

Een tweede opvallende bevinding is het ontbrekende verschil tussen de groepen cliënten die wel of geen vervolgbehandeling hebben gehad. De vraag of een vervolgbehandeling op een korte termijn van zes maanden geen meerwaarde oplevert, dan wel dat de gebruikte onderzoeksvragenlijsten niet voldoende sensitief zijn om hierin verschillende effecten te vinden, kan pas beantwoord worden met nader onderzoek.

Beperkingen in de onderzoeksopzet Hoewel bij

de voormetingen en biografische data geen verschil werd gevonden tussen de completers en eerdere uitvallers, zijn de in dit onderzoek gevonden verschuivingen vooral representatief voor cliënten die een psychotherapeutisch behandelaanbod in deeltijd doorliepen, dat voldeed aan hun verwachtingen. Bij de interpretatie van de bevindingen moet rekening worden gehouden met een mogelijke vertekening in de scores door artefacten als het 'hello.....goodbye-effect' en het gegeven dat enkele van de scores gebaseerd zijn op subschalen met een matige interne consistentie. De 'hello-goodbye-effecten' zijn verminderd door de eerste afname te verrichten in de derde behandelweek.

Een kritisch punt in dit onderzoek was de betrouwbaarheid van de herstelscores. Deze bleek in dit onderzoek bevredigend te zijn. Aanvullend onderzoek, al of niet met gerandomiseerde vergelijkingscondities, kan nader inzicht geven in de validiteit van de bevindingen over de werkzaamheid van een multimodale behandeling bij de hier beschreven doelgroep. Voorts kan onderzoek met een langere follow-up-termijn meer valide inzichten verschaffen in de waarde van vervolgbehandeling.

 De auteurs bedanken de cliënten uit de psychotherapeutische deeltijdbehandeling van het Centrum voor Persoonlijkhedenproblematiek van psycho-medisch centrum Parnassia te Den Haag voor hun deelname aan het onderzoek.

LITERATUUR

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e druk). Washington DC: American Psychiatric Association.

Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCIL-90. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Balance, W.D.G., Bringmann, W.G., & Leenaars, A.A. (1982). Variables affecting subjects' endorsements of psychological test results. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 23, 243-248.

Berg, M. (1985). The feedback process in diagnostic psychological

testing. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 49, 52-69.

Brey, J.H.C. de (1983). A cross-national validation of the client satisfaction questionnaire. *Evaluation and Program Planning*, 6, 395-400.

Brink, W.P. van den, & Mellenbergh, G.J. (Red.) (1998). *Testleer en testconstructie*. Amsterdam: Boom.

Butcher, J.N. (1992). Introduction to the special section: providing psychological test feedback to clients. *Psychological Assessment*, 4, 267.

Halperin, K.H., & Snyder, C.R. (1979). Effects of enhanced psychological test feedback on treatment outcome: therapeutic implications of the Barnum effect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 140-146.

Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., & Bartolomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 549-560.

Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

Jong, C.A.J. de, Van den Brink, W.P., & Jansma, J.A.M. (2000). *ICL-R. Handleiding bij de vernieuwde Nederlandse versie van de Interpersonal Checklist (ICL)*. Sint Oedenrode: Novadic.

Kazdin, A.E. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4de druk) (pp. 19-72). New York: Wiley & Sons.

Schreurs, P.J.G., Van de Willige, G., Brosschot, J. F., e.a. (1993). *De Utrechtse Copinglijst: UCL; herziene handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Snyder, C.R., Ingram, R.E., Handelsman, M.M., e.a. (1982). Desire for personal feedback: who wants it and what does it mean for psychotherapy? *Journal of Personality*, 50, 316-330.

Snijders, J.A. (2000). Geïntegreerde psychotherapie in deeltijdbehandeling. In W. Trijsburg e.a. (Red.), *Handboek integratieve psychotherapie, deel V* (pp. 10/1-10/30). Leusden: De Tijdstroom.

Weissman, M.M. (1996). The social adjustment scale. In L. McDowell & C. Newell (Red.), *Measuring Health* (2e druk) (pp. 155-165). Oxford: Oxford University Press.

AUTEURS

J.A. SNIJDERS is klinisch psycholoog-psychotherapeut en werkzaam bij de psychotherapeutische deeltijdbehandeling van het Centrum voor Persoonlijkhedenproblematiek in Parnassia, psycho-medisch centrum, Den Haag.

A.M. HUIJSMAN is (neuro)psycholoog-psychodiagnosticus en statistisch onderzoeker, werkzaam bij de Robert Fleury Stichting, Leidschendam.

M.H. DE GROOT is klinisch psycholoog, werkzaam bij de afdeling Parnassia Research Centre, Parnassia, psycho-medisch centrum, Den Haag.

J.J. MAAS is klinisch psycholoog-psychotherapeut, werkzaam bij de afdeling psychotherapeutische deeltijdbehandeling van het centrum persoonlijkheidsproblematiek in Parnassia, psycho-medisch centrum, Den Haag.

A. DE GREEF is psychiater-psychotherapeut en was ten tijde van het schrijven van dit artikel werkzaam bij de afdeling psychotherapeutische deeltijdbehandeling van het centrum persoonlijkheidsproblematiek in Parnassia, psycho-medisch centrum, Den Haag; nu werkzaam bij RIAGG Haagrand, Voorburg.

Correspondentieadres: Oude Haagweg 353, 2552 ES Den Haag.

Srijdige belangen: dit onderzoek werd mede mogelijk dankzij een subsidie van de Stichting Steun te Bennekom.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-12-2000.

SUMMARY

Personality disorders in psychotherapeutic day treatment: psychological test feedback, effect and client satisfaction – J.A. Snijders, A.M. Huijsman, M.H. de Groot, J.J. Maas, A. de Greef –

BACKGROUND Although psychological test feedback may influence treatment outcome, the generalization of this principle to clinical settings is unknown.

AIM An investigation is reported on the controlled influence of test feedback on treatment outcome in a group of out-patients with personality disorders in a ward for psychotherapeutic day treatment.

METHOD At pre-test, 111 patients entered the investigation, 88 were still present in the fifth month (post-test) and 74 patients participated with the follow-up. Dependent variables included self-report checklists concerning interpersonal styles (Interpersonal Checklist, ICL-R), coping mechanisms (Utrechtse Copinglijst, UCL), symptoms (Symptom Checklist, SCL-90), social adjustment (SAS-R) and client satisfaction (De-Brey-schaal). At the same time, an additional quality investigation was carried out.

RESULTS The positive effect of test feedback reported in the literature could not be replicated. An additional quality investigation showed significant changes in symptoms, as well as in interpersonal styles, coping mechanisms and social adjustment. In general, 60% of the clients generally is content on the received treatment; 37% is very content.

CONCLUSION Psychodiagnostic feedback has no effect on treatment outcome. A high affiliation score is a good predictor of treatment outcome. Satisfaction of the clients about the treatment was rather high. There is no relation between effects at follow-up and aftercare.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 2, 71-81]

KEYWORDS affiliation, day treatment, personality disorders, test feedback