

# DE WAARDE VAN ENIGE VRAGENLIJSTEN IN DE EERSTELIJN

**Gert Jan Kloens<sup>1</sup>, Dick P.H. Barelds<sup>2</sup>, Frans Luteijn<sup>2</sup> & Cas P.D.R.Schaap<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Ichthus Groep Katwijk*

<sup>2</sup> *Rijksuniversiteit Groningen, Klinische Psychologie*

## Samenvatting

In het huidige onderzoek worden enkele psychometrische eigenschappen van een aantal vragenlijsten binnen de eerstelijns onderzocht. Bij een groep van 525 eerstelijnspatiënten werden de NPV, NVM, SCL-90 en UCL afgenomen. Van deze vragenlijsten werden de intercorrelaties, interne consistenties en correlaties met nevenvariabelen vergeleken met bevindingen uit eerder onderzoek. Verder werden de gemiddelde scores van eerstelijnspatiënten vergeleken met de gemiddelde scores van bestaande normgroepen.

De resultaten uit het huidige onderzoek ondersteunen in grote lijnen de psychometrische eigenschappen van genoemde vragenlijsten in de eerstelijns. Verder blijken de gemiddelde scores van eerstelijnspatiënten af te wijken van die van bestaande normgroepen, waardoor een aparte normering voor eerstelijnspatiënten van genoemde vragenlijsten zinvol lijkt. Uit factoranalytisch onderzoek blijkt dat aan deze vier vragenlijsten zes factoren ten grondslag liggen: algemene psychopathologische klachten, negativisme/vijandigheid, introversie-extraversie, dogmatisme, probleemgerichte coping en emotiegerichte coping. Met deze factoren kunnen patiënten met verschillende As-1 diagnoses goed van elkaar te onderscheiden worden.

## Inleiding

Nadat de eerstelijnspsycholoog (ELP) in de zeventiger jaren in Nederland zijn entree maakte, heeft de eerstelijns psychologie een enorme groei en ontwikkeling gekend (Van Rooij, Doornik, Groenendaal & Verhaak, 1989). Was er aanvankelijk nog enige onduidelijkheid over de functie van een ELP, na formulering van een profiel door het NIP in 1984, de instelling van een kwalificatieregeling eerstelijnspsychologie door het NIP in 1993 en een herziening van deze regeling in 2001 is het beroep eerstelijnspsycholoog uitgekristalliseerd (zie ook Van Drunen, 1998; Schrijnemaekers, 1989). Parallel aan deze ontwikkeling nam het aantal eerstelijnspsychologen toe: momenteel zijn van de bij het NIP aangesloten psychologen (iets meer dan 10.000) ongeveer 1300 ingeschreven in een register voor eerstelijnspsychologen. Om in dit register ingeschreven te kunnen worden, dient een afgestudeerd psycholoog eerst een tweejarige beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog af te ronden, waarna een klein jaar werkervaring onder begeleiding in de eerstelijns vereist wordt.

De werkwijze en hulpverlening van een eerstelijnspsycholoog heeft een aantal specifieke kenmerken (NIP, 1993; NIP, 2001):

- a. laagdrempeligheid: er vindt geen selectie plaats op grond van cliënt-kenmerken; zowel kinderen, volwassenen en ouderen kunnen bij ELPen terecht. Hoewel cliënten in de praktijk vaak via huisartsen naar ELPen verwezen worden, is het mogelijk dat cliënten zichzelf bij een ELP aanmelden.;
- b. kortdurendheid: het aantal contacten bij een ELP is zelden meer dan 15, met een gemiddelde van 8 contacten.
- c. directe toegankelijkheid: een ELP-praktijk kent geen wachtlijsten en een eerste contact met een cliënt dient binnen drie dagen na aanmelding plaats te vinden;
- d. klachtgerichte en gestructureerde interventies;
- e. generalistische werkwijze: de interventies zijn niet schoolgebonden;
- f. doelgerichte en meestal geen langdurende diagnostiek: bijna altijd zal begonnen worden met een intake-interview, waarna de diagnostiek vaak uitgebreid wordt met testdiagnostiek.
- g. snelle verwijzing: zijn de problemen van een cliënt erg complex zodat uitvoerige, multidisciplinaire diagnostiek nodig is, zijn de problemen zeer ernstig (bv. psychose, suïcidegevaar) of vereisen de problemen een langdurige behandeling

(bv. persoonlijkheidsstoornissen), dan vindt er snelle verwijzing plaats naar tweedelijns instellingen of collegae.

- h. multidisciplinaire samenwerking: door de specifieke positie van ELPen is goede samenwerking met andere disciplines als huisartsen en maatschappelijk werkers van veel belang (Buitink, 2000).

De problemen waarvoor cliënten de hulp van ELPen inroepen, zijn (Buitink, 2000): relatieproblemen, werk-(burn-out) en studieproblemen, angst en depressieve klachten, identiteitsproblemen, rouwverwerking en opvoedings-, seksualiteits- en assertiviteitsproblemen. Het werkveld omvat in meerderheid de behandeling van cliënten met stemmingsstoornissen, relatieproblemen, aanpassingsstoornissen en angststoornissen. Uit het onderzoek van Verhaak et al. (1995) blijkt dat de eerstelijnscliënten qua leeftijd vooral uit dertig- tot vijftigjarigen bestaan, vaker vrouw zijn en relatief vaker middelbaar en hoger opgeleid zijn.

Voor een efficiënte diagnostiek (zie punt f) met behulp van tests zal in de eerstelijns vaak gebruik gemaakt worden van vragenlijsten: deze kosten weinig tijd om af te nemen en de scoring en interpretatie is relatief eenvoudig (afname en scoring is per computer mogelijk en ook geautomatiseerde interpretatie behoort binnenkort tot de mogelijkheden). Het is daarbij belangrijk over goed bruikbare en gevalideerde instrumenten te beschikken waarmee een bijdrage verkregen kan worden om te onderkennen wat er bij een cliënt aan de hand is, om te verklaren waarom er bepaalde klachten/problemen zijn of blijven en bijgevolg om een indicatie te krijgen hoe de problemen/klachten verholpen kunnen worden (zie verder Vertommen, Ter Laak & Bijttebier, 2002). Hiervoor is wetenschappelijk onderzoek naar de waarde van dergelijke instrumenten binnen de eerstelijns noodzakelijk. Daarnaast is onderzoek naar het effect van de behandelingen door eerstelijnspsychologen wenselijk (Buitink, 2000).

Met onderzoek (Barelds & Jonker, 2002; Bakker, 2001; Jonker, 2000; Luteijn, Starren & Van Dijk, 2000) naar de waarde van de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV) en de Nederlandse Verkorte MMPI (NVM) binnen de eerstelijns is inmiddels een begin gemaakt. Ten aanzien van de NPV bleek de interne structuur binnen de eerstelijns overeen te komen met die binnen andere praktijksettingen, was de convergerende en divergerende validiteit goed en is de NPV apart genormeerd voor eerstelijnscliënten. Ook met betrekking tot de NVM zijn de

eerste resultaten binnen de eerstelijns positief. Onderzoek met andere instrumenten die wel vaak gebruikt worden binnen de eerstelijns, ontbreekt tot op heden.

Tegen de achtergrond van het voorafgaande zal een uitgebreid onderzoek beschreven worden waarin de waarde van vier vragenlijsten bij een grote groep eerstelijnscliënten onderzocht wordt. Deze vragenlijsten zijn: de NPV, de NVM, de Symptom Checklist (SCL-90) en de Utrechtse Copinglijst (UCL). Achtereenvolgens zullen de volgende aspecten onderzocht worden:

- a. interne analyses per vragenlijst: de betrouwbaarheid, correlaties van de schalen met biografische variabelen en intercorrelaties. Ook zal nagegaan worden in hoeverre eerstelijnscliënten verschillen en overeenkomen met bestaande normgroepen. Bij de NPV en NVM betekent dit een gedeeltelijke kruisvalidatie van eerdere bevindingen;
- b. via relatieonderzoek tussen de lijsten bepaling van het gemeenschappelijk meetdomein;
- c. bepaling van de concurrent validiteit met beschikbare klinische variabelen.

## Methode

### *Proefgroep en procedure*

De proefgroep in het huidige onderzoek bestaat uit 525 patiënten die ten tijde van het onderzoek onder behandeling waren bij eerstelijnspsychologenpraktijken. Bij deze patiënten werd tijdens de intake een standaardbatterij vragenlijsten afgenomen, met daarin onder andere de NPV, NVM, UCL en SCL-90. Daarnaast werd aan de patiënten gevraagd om schriftelijk toestemming te geven deze gegevens te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek.

De uiteindelijke proefgroep van 525 patiënten bestaat voor 62.7% uit vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de proefgroep is 36.5 jaar (sd = 11.9, range 16-73). De meerderheid van de proefgroep is gehuwd (61.5%) en de meeste proefpersonen hebben kinderen (58.1%; m = 1.6, sd = 1.7, range 0-8). Verdere biografische gegevens van de proefgroep staan vermeld in Tabel 1.

Tabel 1. Enkele biografische gegevens van de proefgroep.

Variabele	Antwoord	Aantal	Percentage
geslacht	vrouw	329	62.7%
	man	196	37.3%
burgerlijke staat	gehuwd	323	61.5%
	samenwonend	25	4.8%
	ongehuwd	147	28.0%
	gescheiden	26	5.0%
	weduwe/weduwenaar	4	0.8%
schoolopleiding	MAVO/LBO	245	46.7%
	HAVO/MBO	169	32.2%
	VWO/HBO	91	17.3%
	Universitair	20	3.8%

De huidige proefgroep komt qua verdeling van mannen en vrouwen en leeftijd goed overeen met wat gangbaar is binnen de eerstelijnspsychologie (Verhaak et al., 1995). De huidige proefgroep kent daarentegen relatief veel lager opgeleiden en wijkt daarmee iets af van wat gewoon is binnen de eerstelijnspsychologie (Verhaak et al., 1995).

Naast deze biografische gegevens werd de proefpersonen gevraagd aan te geven door wie ze verwezen waren naar de eerstelijnspraktijk. De meeste proefpersonen waren door de huisarts verwezen (36.6%) of hadden zichzelf uit eigen initiatief aangemeld (22.7%).

Daarnaast waren er nog proefpersonen die zich via een kennis of familielid (14.4%), via een kerkelijke instantie (11.0%), via een andere cliënt (8.3%), of via een andere instelling (4.9%) hadden aangemeld.

Van de patiënten waren tevens diagnoses bekend op As-1 van de DSM-IV (APA, 1994). Deze diagnoses werden vervolgens gegroepeerd tot acht verschillende hoofdclusters (zie Tabel 2).

Tabel 2. Diagnoses van de patiënten volgens DSM-IV.

Diagnose	Aantal	Percentage
relatie- en gezinsproblematiek	142	27.0%
depressie	151	28.8%
angstproblematiek	68	13.0%
aanpassingsproblematiek	87	16.6%
verslavingsproblematiek	16	3.0%
eetproblematiek	10	1.9%
seksuele problematiek	9	1.7%
impuls controle problematiek	10	1.9%
overige diagnoses	28	5.3%
niet bekend	4	0.8%
persoonlijkheidsproblematiek	356	67.8%

Uit Tabel 2 valt af te lezen dat de meerderheid van de patiënten zich heeft aangemeld met depressieve klachten (28.8%), relatie- en gezinsproblematiek (27.0%), aanpassingsproblemen (16.6%) en angstproblematiek (13.0%). Deze problemen zijn tevens de meest voorkomende problemen binnen de eerstelijnspsychologie (Buitink, 2000). Naast de diagnose op As-1 van de DSM-IV was van de patiënten tevens bekend of er eveneens sprake was van persoonlijkheidsproblematiek (DSM-IV, As-2). Bij de meerderheid van de patiënten bleek naast As-1 problematiek ook sprake te zijn van persoonlijkheidsproblematiek (zie Tabel2).

### *Instrumenten*

*Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst.* De NPV (Luteijn, Starren & Van Dijk, 2000) is de meest gebruikte persoonlijkheidsvragenlijst binnen het Nederlandse taalgebied. De NPV werd begin jaren '70 ontwikkeld met het idee om alle relevante persoonlijkheidseigenschappen te meten. Tegenwoordig wordt de NPV in allerlei verschillende praktijkgebieden gebruikt, zoals klinische psychologie, selectie en beroepskeuze. De NPV bestaat uit 132 items en één instructie-item, die worden gescoord op een driepuntsschaal (Juist-?-Onjuist). De NPV meet de volgende zeven persoonlijkheidseigenschappen: Inadequatie (IN; 21 items), Sociale inadequatie (SI; 15 items), Rigiditeit (RG; 25 items), Verongelijkheid (VE; 19 items), Zelfgenoegzaamheid (ZE; 16 items), Dominantie (DO; 17 items) en Zelfwaardering (ZW; 19 items). De NPV beschikt over goede psychometrische eigenschappen (Luteijn et al., 2000). Uit factoranalytisch onderzoek blijkt dat aan de NPV-schalen drie dimensies ten grondslag te liggen: Neuroticisme (hoog IN, laag ZW), Extraversie (laag SI, hoog DO) en Dogmatisme (hoog RG, VE en ZE; Barelds en Jonker, 2002; Luteijn et al., 1985, 2000). De NPV kent vijf verschillende normtabellen: algemeen (n = 8826), selectie (n = 4254), psychiatrie (n = 2602), eerstelijnspatiënten (n = 873) en somatische patiënten (n = 1001; zie Luteijn et al., 2000).

*Nederlandse Verkorte MMPI.* De NVM (Luteijn & Kok, 1985) is een persoonlijkheidsvragenlijst die bestaat uit 83 items die op een driepuntsschaal worden beantwoord (Juist-?-Onjuist). De NVM is een verkorting van de MMPI (die 567 items telt). De items van de NVM zijn niet overlappend verdeeld over de volgende vijf schalen: Negativisme (NEG; 22 items), Somatisering (SOM, 20 items), Verlegenheid (VERL; 15 items), Ernstige Psychopathologie (PSY; 13 items) en Extraversie (EX; 13 items). De NVM beschikt over redelijke psychometrische kwaliteiten en heeft

normtabellen voor de algemene bevolking (n = 809), psychiatrie (n = 894), en somatische patiënten (n = 455; Luteijn & Kok, 1985).

*Symptom Check List.* De SCL-90 (Arrindell & Ettema, 1986) is een multidimensionele klachtenlijst die vaak wordt gebruikt als meetinstrument voor de ervaren mate van psychopathologie en voor de evaluatie van behandelingen. De SCL-90 meet de mate waarin iemand gedurende de afgelopen week last heeft gehad van bepaalde psychische en lichamelijke klachten. De SCL-90 bestaat uit 90 items die worden beantwoord op een vijfpuntsschaal (1 = helemaal niet, 2 = een beetje, 3 = nogal, 4 = tamelijk veel, 5 = heel erg). De items van de SCL-90 zijn verdeeld over acht schalen: Angst (ANG; 10 items), Agorafobie (AGO; 7 items), Depressie (DEP; 16 items), Somatische Klachten (SOM; 12 items), Insufficiëntie van denken en handelen (IN; 9 items), Wantrouwen en Interpersoonlijke Sensitiviteit (SEN; 18 items), Woede-Hostiliteit (HOS; 6 items) en Slaapproblemen (SLA, 3 items). Daarnaast kan een totaalscore over alle 90 items worden berekend, Psychoneuroticisme (PSNEUR), waarmee het algehele niveau van psychisch en lichamelijk disfunctioneren kan worden aangeduid (Arrindell & Ettema, 1986). De SCL-90 heeft twee normtabellen: psychiatrie (n = 2118) en algemeen (n = 1009).

*Utrechtse Coping Lijst.* De UCL (Schreurs, Van de Willige, Brosschot, Tellegen & Graus, 1993) is een vragenlijst die meet hoe mensen over het algemeen met problemen omgaan. De UCL bestaat uit 47 items, die worden beantwoord op een vierpuntsschaal (1 = zelden of niet, 2 = soms, 3 = vaak, 4 = zeer vaak). De items van de UCL zijn niet overlappend verdeeld over de volgende zeven schalen: Actief aanpakken (7 items), Palliatieve reactie (8 items), Vermijden (8 items), Sociale steun zoeken (6 items), Passief reactiepatroon (7 items), Expressie van emoties (3 items) en Geruststellende gedachten (5 items). De UCL heeft normtabellen voor mannen (n = 1493) en vrouwen (n = 712), die weer zijn ingedeeld naar leeftijd. Daarnaast zijn er nog aparte normtabellen voor scholieren (n = 749) en studenten (n = 55)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Het aantal personen dat vermeld wordt in de normtabellen voor mannen en scholieren van de UCL corresponderen niet met de grootte van de normgroepen zoals beschreven in de tekst (Schreurs et al., 1993, pp.39).

## Resultaten

### Analyses per vragenlijst

#### NPV

Van de NPV werden allereerst de interne consistenties (Cronbach's alpha) en de intercorrelaties berekend. Deze werden vervolgens vergeleken met eerdere bevindingen (zie Tabel 3).

Tabel 3. Interne consistenties en intercorrelaties van de NPV-schalen.

	IN	SI	RG	VE	ZE	DO	ZW
IN	1.00	.51	.19	.51	.09	-.11	-.51
SI	.47	1.00	.23	.35	.22	-.40	-.42
RG	.24	.27	1.00	.36	.35	.04	.02
VE	.50	.36	.30	1.00	.40	.12	-.14
ZE	.09	.20	.28	.39	1.00	.10	.11
DO	-.18	-.42	-.08	.12	.19	1.00	.42
ZW	-.60	-.46	-.08	-.20	.05	.39	1.00
$\alpha$	.88	.86	.72	.81	.65	.74	.77
$\alpha^*$	.86	.86	.81	.78	.70	.74	.74

Linksonder eerstelijnspatiënten, rechtsboven handleiding NPV; \* mediaan alfa volgens de handleiding van de NPV.

Uit Tabel 3 valt af te lezen dat de interne structuur van de NPV in de eerstelijns vrijwel identiek is aan die zoals gevonden in eerder onderzoek met de NPV (Luteijn et al., 2000). Ook de interne consistenties (Cronbach's alfa) komen sterk overeen met eerder onderzoek met de NPV. Deze resultaten bevestigen de interne structuur van de NPV in de eerstelijns.

Vervolgens werden de correlaties tussen de NPV-schalen en biografische variabelen uitgerekend (zie Tabel 4).

Tabel 4. Correlaties tussen de NPV-schalen en biografische variabelen.

	geslacht	leeftijd	schoolopleiding
IN	-.10*	-.16*	-.07
SI	-.02	.01	-.11*
RG	.09*	.18*	-.12*
VE	.10*	.03	-.11*
ZE	.29*	.13*	-.06
DO	.22*	-.11*	.13*
ZW	.16*	-.06	.07

\*  $p < .05$

De gevonden relaties tussen de biografische variabelen en de NPV-schalen lijken sterk op die uit eerder onderzoek bij eerstelijnspatiënten (Luteijn et al., 2000). Op basis van de hier gevonden correlaties lijkt binnen de eerstelijns een aparte normering voor mannen en vrouwen op zelfgenoegzaamheid (ZE) en dominantie (DO) wenselijk. In de normtabel voor eerstelijnspatiënten (Luteijn et al., 2000) is al rekening met deze sekseverschillen gehouden. De gevonden resultaten bevestigen in grote lijnen wat al eerder was gevonden met de NPV in de eerstelijns (Barelds & Jonker, 2002).

Vervolgens werden de gemiddelden en standaarddeviaties van de eerstelijnspatiënten op de NPV-schalen berekend en vergeleken met de gegevens van bestaande relevante normgroepen, namelijk de normgroepen algemeen, eerstelijns en psychiatrie uit de handleiding van de NPV (zie Tabel 5).

Tabel 5. Gemiddelden van de NPV-schalen (standaarddeviaties tussen haakjes).

	eerstelij	algemeen	eerstelij*	psychiatrie
IN	20.2 (10.4)	11.4 (7.9)	19.9 (10.3)	24.8 (9.7)
SI	13.7 (8.2)	10.4 (7.0)	13.3 (8.2)	16.1 (7.7)
RG	26.7 (7.8)	27.8 (7.7)	25.9 (8.0)	27.4 (8.5)
VE	17.6 (8.0)	17.4 (6.9)	18.0 (7.8)	20.8 (7.2)
ZE	9.1 (4.7)	12.1 (5.0)	9.7 (4.5)	11.7 (5.2)
DO	11.8 (6.5)	14.2 (5.9)	12.1 (6.2)	13.2 (6.5)
ZW	20.9 (7.5)	27.9 (5.9)	21.3 (7.4)	20.0 (7.1)

\* eerstelijnspatiënten volgens de handleiding van de NPV.

De gemiddelde NPV-scores van de huidige groep eerstelijnspatiënten komen sterk overeen met de scores van de normgroep eerstelij (Luteijn et al., 2000). De scores op inadequatie (IN) en sociale inadequatie (SI) liggen tussen de normgroep algemeen en psychiatrie in. Op rigiditeit (RG) is er amper verschil tussen de verschillende normgroepen, terwijl eerstelijnspatiënten op verongelijkheid (VE) ongeveer hetzelfde scoren als de normgroep algemeen. Verder scoren eerstelijnspatiënten iets lager op zelfgenoegzaamheid en dominantie dan de normgroep algemeen en psychiatrie. Tot slot valt op dat de gemiddelde score op zelfwaardering (ZW) bij eerstelijnspatiënten vooral sterk overeenkomt met de normgroep psychiatrie. Geconcludeerd kan worden dat de NPV-scores van eerstelijnspatiënten over het algemeen ergens tussen de normgroep algemeen en psychiatrie in liggen

#### *NVM*

Tevens werden de psychometrische kwaliteiten van de NVM geanalyseerd. Hiertoe werden allereerst de interne consistenties (Cronbach's alfa) en de intercorrelaties berekend. Deze werden vervolgens vergeleken met bevindingen uit eerder onderzoek (zie Tabel 6).

Tabel 6. Interne consistenties en intercorrelaties van de NVM-schalen.

	NEG	SOM	VERL	PSY	EX
NEG	1.00	.36	.30	.44	.07
SOM	.31	1.00	.29	.39	-.11
VERL	.28	.28	1.00	.16	-.29
PSY	.36	.31	.13	1.00	.02
EX	.09	-.18	-.32	.02	1.00
$\alpha$	.79	.84	.87	.72	.75
$\alpha^*$	.79	.85	.86	.73	.74

Linksonder eerstelijnspatiënten, rechtsboven handleiding NVM; \* mediaan alfa volgens de handleiding van de NVM.

Zowel de intercorrelaties tussen de NVM-schalen als de interne consistenties (Cronbach's alfa) zijn bij eerstelijnspatiënten vrijwel identiek aan de gegevens uit eerder onderzoek met de NVM. De interne consistenties van de NVM-schalen in het huidige onderzoek zijn allen goed te noemen en zijn vrijwel identiek aan de mediaan alfa's uit eerdere onderzoeken (Luteijn & Kok, 1985). Verder blijken er slechts matige verbanden te bestaan tussen de NVM-schalen.

Vervolgens werden de correlaties tussen de NVM-schalen en enkele biografische variabelen berekend (zie Tabel 7).

Tabel 7. Correlaties tussen de NVM-schalen en biografische variabelen.

	geslacht	leeftijd	schoolopleiding
NEG	-.05	-.21*	.03
SOM	-.12*	.11*	-.18*
VERL	-.06	-.02	-.03
PSY	.08	-.10*	-.07
EX	-.06	-.25*	.09*

\*  $p < .05$

Uit Tabel 7 blijkt dat er slechts enkele kleine verbanden tussen de NVM-schalen en de biografische variabelen zijn. Leeftijd hangt negatief samen met negativisme (NEG) en Extraversie (EX): jongere mensen scoren hoger op deze beide schalen dan oudere mensen. Dit is in overeenstemming met eerder onderzoek (Luteijn & Kok, 1985). Verder is er een negatief verband tussen somatisatie (SOM) en schoolopleiding: hoger opgeleiden scoren lager op somatisatie. Dit is eveneens in overeenstemming met eerder onderzoek. Op basis van de gegevens uit het huidige onderzoek lijkt het zinvol om in een normtabel voor eerstelijnspatiënten op de schalen NEG en EX een correctie voor leeftijd toe te passen.

Vervolgens werden de gemiddelden en standaarddeviaties op de NVM-schalen berekend en vergeleken met de gegevens van bestaande relevante normgroepen, te weten de normgroep algemeen en psychiatrie (zie Tabel 8).

Tabel 8. Gemiddelden van de NVM-schalen (standaarddeviaties tussen haakjes).

	eerstelijns	algemeen	psychiatrie
NEG	21.4 (8.3)	14.7 (7.7)	23.9 (9.6)
SOM	13.7 (9.1)	5.3 (5.3)	15.4 (9.6)
VERL	15.2 (8.7)	8.0 (6.4)	16.6 (8.4)
PSY	2.7 (3.5)	2.7 (2.7)	4.7 (4.6)
EX	11.9 (5.9)	17.1 (5.3)	14.0 (6.3)

De gemiddelde NVM-scores van de eerstelijnspatiënten verschillen duidelijk van die van de normgroep algemeen. Op negativisme (NEG), somatisatie (SOM) en verlegenheid (VERL) zijn de scores van eerstelijnspatiënten vergelijkbaar met die van de normgroep psychiatrie. Eerstelijnspatiënten scoren op genoemde schalen gemiddeld iets lager dan psychiatrisch patiënten. Op de schaal ernstige psychopathologie (PSY) zijn de scores van eerstelijnspatiënten juist vergelijkbaar met de normgroep algemeen. Psychiatrisch patiënten scoren op deze schaal gemiddeld hoger dan eerstelijnspatiënten. Op extraversie tenslotte (EX) wijken de scores van eerstelijnspatiënten af van bestaande normgroepen: eerstelijnspatiënten scoren lager op extraversie dan de normgroep algemeen en psychiatrie. De gevonden resultaten geven aan dat een aparte normering van de NVM voor eerstelijnspatiënten wenselijk

is, aangezien de scores van eerstelijnspatiënten afwijken van zowel de normgroep algemeen als de normgroep psychiatrie.

### *SCL-90*

Van de SCL-90 werden eveneens de interne consistenties (Cronbach's alfa) en de intercorrelaties berekend. Deze werden vervolgens vergeleken met eerdere bevindingen (zie Tabel 9).

Tabel 9. Interne consistenties en intercorrelaties van de SCL-90.

	ANG	AGO	DEP	SOM	IN	SEN	HOS	SLA
ANG	1.00	.70	.76	.70	.65	.62	.52	.46
AGO	.73	1.00	.58	.53	.55	.56	.43	.31
DEP	.70	.51	1.00	.61	.75	.74	.60	.49
SOM	.72	.56	.61	1.00	.58	.49	.45	.46
IN	.65	.49	.73	.57	1.00	.68	.56	.44
SEN	.54	.48	.67	.49	.59	1.00	.62	.34
HOS	.40	.30	.47	.34	.45	.50	1.00	.32
SLA	.47	.30	.50	.52	.43	.31	.16	1.00
$\alpha$	.91	.87	.93	.87	.86	.91	.78	.84
$\alpha^*$	.88	.86	.90	.86	.84	.92	.77	.73

Linksonder eerstelijnspatiënten, rechtsboven mediaan correlaties volgens de handleiding van de SCL-90; \* mediaan alfa volgens de handleiding van de SCL-90.

Uit Tabel 9 blijkt dat de interne structuur van de SCL-90 in het huidige onderzoek sterk overeenkomt met de structuur zoals gerapporteerd in de handleiding van de SCL-90. Over het algemeen bestaan er vrij sterke verbanden tussen de schalen van de SCL-90, met name tussen angst en depressie en de overige schalen. Ook de interne consistenties van de SCL-90 in de eerstelijns zijn vergelijkbaar met die uit eerder onderzoek. Cronbach's alfa voor de totale SCL-90 was in het huidige onderzoek .97 (in eerder onderzoek was de mediaan alfa eveneens .97; Arrindell & Ettema, 1986). De gevonden resultaten ondersteunen de interne structuur van de SCL-90 in de eerstelijns.

Vervolgens werden de correlaties tussen de SCL-90 en enkele biografische variabelen berekend (zie Tabel 10).

Tabel 10. Correlaties tussen de SCL-90 en biografische variabelen.

	geslacht	leeftijd	schoolopleiding
ANG	-.07	-.02	-.14*
AGO	-.08	-.02	-.13*
DEP	-.12*	-.10	-.05
SOM	-.12*	.00	-.19*
IN	.00	-.06	-.06
SEN	-.11*	-.10*	-.05
HOS	-.03	-.18*	-.01
SLA	-.10*	.15	-.13*
PSNEUR	-.11*	-.07	-.12*

\*  $p < .05$

Er zijn slechts kleine correlaties tussen de biografische variabelen en de SCL-90, zoals al verwacht kon worden op basis van de handleiding (zie Arrindell & Ettema, 1986). Dit impliceert dat het voor een eventuele normering van de SCL-90 in de eerstelijns niet nodig is om te corrigeren voor biografische variabelen. De gevonden correlaties wijken niet duidelijk af van wat eerder is gevonden met de SCL-90.

Vervolgens werden de gemiddelden en standaarddeviaties van de eerstelijnspatiënten op de SCL-90 berekend en vergeleken met de gegevens van bestaande normgroepen (zie Tabel 11).

Tabel 11. Gemiddelden van de SCL-90 (standaarddeviaties tussen haakjes).

	eerstelij	algemeen	psychiatrie
ANG	20.8 (8.5)	13.9 (5.1)	26.0 (9.9)
AGO	10.6 (5.0)	8.4 (2.8)	14.0 (7.2)
DEP	38.9 (13.6)	22.5 (7.3)	41.9 (14.8)
SOM	22.4 (8.8)	17.8 (6.5)	26.6 (9.9)
IN	20.2 (7.5)	13.7 (4.9)	21.7 (8.2)
SEN	35.0 (11.8)	25.6 (7.9)	39.1 (15.4)
HOS	9.6 (3.6)	7.6 (2.4)	11.5 (5.3)
SLA	6.8 (3.5)	4.9 (2.6)	7.8 (3.7)
PSNEUR	164.3 (49.4)	123.9 (32.5)	206.0 (64.9)

De gemiddelde scores op de SCL-90 van de eerstelijnspatiënten liggen tussen de gemiddelde scores van psychiatrisch patiënten en de normale bevolking in. Op sommige schalen, met name DEP, IN en SEN liggen de gemiddelde scores van de eerstelijnsgroep vrij dicht bij de gemiddelde scores van de normgroep psychiatrie. Deze resultaten geven aan dat een aparte normering van de SCL-90 voor eerstelijnspatiënten zinvol zou kunnen zijn.

#### *UCL*

Ook van de UCL werden de interne consistenties (Cronbach's alfa) en de intercorrelaties berekend. Deze werden vervolgens eveneens vergeleken met eerdere bevindingen (zie Tabel 12).

Tabel 12. Interne consistenties en intercorrelaties van de UCL-schalen.

	ACT	PAL	VER	SOC	PAS	EXP	GER
ACT	1.00	.13	-.13	.17	-.10	.12	.27
PAL	-.08	1.00	.33	.26	.37	.34	.46
VER	-.19	.14	1.00	.03	.36	.17	.34
SOC	.20	.15	-.25	1.00	.17	.34	.20
PAS	-.31	.24	.31	.04	1.00	.32	.12
EXP	.01	.13	-.10	.22	.09	1.00	.22
GER	.37	.18	.03	.11	-.18	-.05	1.00
$\alpha$	.77	.70	.69	.88	.68	.65	.63
$\alpha^*$	.82	.76	.73	.75	.70	.64	.70

Linksonder eerstelijnspatiënten, rechtsboven handleiding UCL; \* alfa's bij NS-personeel (n = 1200).

De intercorrelaties van de eerstelijnsgroep wijken licht af van de correlaties zoals deze vermeld staan in de handleiding van de UCL. De correlaties tussen palliatieve reactie (PAL) en de overige schalen zijn lager dan in eerder onderzoek werd gevonden. Daarnaast wijken de correlaties tussen vermijden (VER) en sociale steun zoeken (SOC) en geruststellende gedachten (GER) af van eerder gevonden correlaties: in het huidige onderzoek blijkt VER negatief samen te hangen met SOC ( $r = -.25$  versus  $r = .03$  in eerder onderzoek met de UCL) en blijkt er geen verband te zijn tussen VER en GER ( $r = .03$  versus  $r = .34$  in eerder onderzoek met de UCL). Overwegend blijken er vrij kleine verbanden tussen de schalen van de UCL te bestaan. De interne consistenties (Cronbach's alfa) van de UCL in het huidige onderzoek zijn vergelijkbaar met eerder onderzoek en vallen allemaal binnen de normale range (zie Schreurs et al., 1993).

Vervolgens werden de correlaties tussen de UCL-schalen en enkele biografische variabelen berekend (zie Tabel 13).

Tabel 13. Correlaties tussen de UCL-schalen en enkele biografische variabelen.

	geslacht	Leeftijd	schoolopleiding
ACT	.06	.03	.14*
PAL	-.07	-.25*	.05
VER	.09	-.08	-.05
SOC	-.18*	-.14*	.10*
PAS	-.05	-.11*	-.03
EXP	-.03	-.05	.02
GER	-.14*	.04	-.09

\*  $p < .05$

De relaties tussen de biografische variabelen en de UCL-schalen wijken iets af van wat gebruikelijk is. Zo blijkt in de huidige onderzoeksgroep leeftijd negatief samen te hangen met PAL: ouderen zoeken minder snel afleiding dan jongeren. Verder wordt in het huidige onderzoek geen verband tussen leeftijd en actief aanpakken (ACT) gevonden. De overige verbanden tussen de biografische variabelen en de UCL-schalen komen sterk overeen met de gegevens uit eerder onderzoek. Over het algemeen kan geconcludeerd worden dat de UCL amper door biografische variabelen wordt beïnvloed. Op basis van de hier gepresenteerde gegevens lijkt het echter wel zinvol om in een eventuele normtabel voor eerstelijnspatiënten PAL te corrigeren voor leeftijd.

Tenslotte werden de gemiddelden en standaarddeviaties van de eerstelijnspatiënten op de UCL-schalen berekend en vergeleken met gegevens van de normgroep mannen en vrouwen (zie Tabel 14).

Tabel 14. Gemiddelden van de UCL-schalen (standaarddeviaties tussen haakjes).

	eerstelij	mannen	vrouwen
ACT	16.5 (3.7)	18.3 (3.5)	19.3 (5.1)
PAL	17.7 (4.1)	15.5 (3.6)	17.3 (6.1)
VER	17.1 (3.7)	14.8 (3.3)	15.2 (6.0)
SOC	13.5 (4.3)	11.3 (3.0)	14.5 (4.9)
PAS	15.3 (3.7)	10.7 (2.9)	10.9 (5.4)
EXP	6.3 (2.0)	6.2 (1.7)	6.4 (2.3)
GER	11.6 (2.7)	11.6 (2.5)	12.1 (3.8)

Uit Tabel 14 blijkt dat eerstelijnspatiënten op verschillende schalen anders scoren dan de normgroepen mannen en vrouwen van de UCL. Eerstelijnspatiënten scoren lager op actief aanpakken, en hoger op vermijden en passief reactiepatroon. De gegevens uit het huidige onderzoek geven aan dat een aparte normering van de UCL voor eerstelijnspatiënten zinvol zou zijn.

### Conclusies

In het eerste deel van de resultaten werden de NPV, NVM, SCL-90 en de UCL afzonderlijk geanalyseerd binnen een groep eerstelijnspatiënten. Naast de interne consistenties en de intercorrelaties van deze vier vragenlijsten werden tevens voor elk van deze vier vragenlijsten de correlaties met biografische variabelen en de gemiddelde schaalscores (met bijbehorende standaarddeviaties) berekend. Deze resultaten werden vervolgens met de resultaten zoals deze vermeld staan in de respectievelijke handleidingen vergeleken.

In het algemeen wordt de interne structuur van alle vier vragenlijsten bevestigd door de resultaten van het huidige onderzoek. De intercorrelaties en interne consistenties van alle vier vragenlijsten zijn overwegend goed vergelijkbaar met eerdere onderzoeken. Ook met betrekking tot de correlaties met de biografische variabelen worden weinig afwijkende resultaten gevonden in vergelijking met eerdere onderzoeken. Deze resultaten ondersteunen het gebruik van deze vragenlijsten binnen de eerstelijns.

Met betrekking tot de gemiddelde scores op de schalen van deze vier vragenlijsten valt op dat eerstelijnspatiënten op alle vragenlijsten afwijkend scoren in vergelijking met de algemene bevolking. Overwegend vallen de gemiddelde scores van eerstelijnspatiënten op de NPV, NVM en SCL-90 tussen de gemiddelde scores van de algemene bevolking en die van psychiatrisch patiënten in. Het lijkt derhalve zinvol om voor deze vragenlijsten een aparte normering te maken voor eerstelijnspatiënten. De NPV (Luteijn et al., 2000) heeft inmiddels al een aparte normtabel voor eerstelijnspatiënten (zie ook Barelds & Jonker, 2002). De gegevens uit die normtabel worden door de resultaten uit het huidige onderzoek ondersteund.

### Relaties tussen de vragenlijsten

Om de verschillen en overeenkomsten tussen de NPV, NVM, SCL-90 en de UCL te onderzoeken, werden eerst de correlaties tussen de schalen van deze vier vragenlijsten berekend. Daarnaast werd met behulp van factoranalyse bepaald welke onderliggende factoren gemeten kunnen worden met genoemde vragenlijsten.

#### *Correlaties*

De schalen van de vier vragenlijsten werden allemaal met elkaar gecorreleerd. Om overlap in de hier te rapporteren resultaten te voorkomen worden de correlaties in drie tabellen gerapporteerd (zie Tabellen 15-17). In Tabel 15 staan de correlaties tussen enerzijds de NPV en anderzijds de NVM, SCL-90 en UCL. In Tabel 16 staan de correlaties tussen enerzijds de NVM en anderzijds de SCL-90 en UCL, terwijl in Tabel 17 de correlaties tussen de SCL-90 en de UCL vermeld worden. De multiële correlaties tussen een schaal en de overige vragenlijsten staan eveneens in Tabel 15-17 vermeld. De multiële correlaties in Tabel 16 en 17 geven aan in welke mate de genoemde schalen door de overige vragenlijsten, de inclusief NPV (Tabel 16) of inclusief NPV en NVM (Tabel 17) worden voorspeld.

Tabel 15. Pearson correlaties tussen enerzijds de NPV en anderzijds de NVM, SCL-90 en UCL.

	NVM					SCL-90								UCL							
	neg	som	verl	psy	ex	ang	ago	dep	som	in	sen	hos	sla	act	pal	ver	soc	pas	exp	ger	R <sup>2</sup>
in	.59*	.54*	.46*	.33*	-.10*	.55*	.42*	.68*	.51*	.64*	.63*	.52*	.31*	-.38*	.19*	.26*	-.08	.72*	.14*	-.18*	.71*
si	.28*	.33*	.81*	.16*	-.46*	.32*	.35*	.37*	.27*	.36*	.44*	.17*	.22*	-.28*	-.05	.35*	-.24*	.45*	-.07	-.12*	.75*
rg	-.06	.25*	.21*	.17*	-.15*	.25*	.26*	.19*	.25*	.22*	.22*	.09	.11*	-.12*	-.03	.10*	-.10*	.20*	.03	-.05	.20*
ve	.42*	.34*	.31*	.46*	-.09*	.26*	.27*	.30*	.31*	.30*	.54*	.32*	.13*	-.15*	.07	.20*	-.19*	.33*	.22*	-.5	.44*
ze	.06	.05	.06	.18*	-.09*	.04	.07	-.02	.07	.01	.08	.10*	-.04	.06	-.03	.24*	-.25*	-.01	.15*	-.02	.24*
do	.08	-.11*	-.46*	.10*	.34*	-.16*	-.15*	-.19*	-.08	-.17*	-.13*	.09	-.14*	.37*	.07	-.19*	.09	-.22*	.28*	.12*	.42*
zw	-.37*	-.36*	-.41*	-.11*	.37*	-.32*	-.30*	-.49*	-.31*	-.51*	-.38*	-.28*	-.24*	.45*	.02	.20*	.11*	-.54*	.00	.31*	.54*

\* p < .05

Tabel 16. Pearson correlaties tussen enerzijds de NVM en anderzijds de SCL-90 en de UCL.

	SCL-90								UCL							
	ang	ago	dep	som	in	sen	hos	sla	act	pal	ver	soc	pas	exp	ger	R <sup>2</sup>
neg	.28*	.19*	.48*	.31*	.41*	.52*	.48*	.15*	-.13*	.23*	.27*	-.01	.51*	.21*	-.10*	.55*
som	.60*	.46*	.53*	.79*	.49*	.43*	.27*	.54*	-.15*	.08	.06	-.11*	.45*	.06	-.05	.70*
verl	.25*	.22*	.34*	.19*	.33*	.38*	.12*	.16*	-.30*	-.03	.35*	-.19*	.39*	-.10*	-.12*	.72*
psy	.22*	.22*	.25*	.18*	.21*	.48*	.33*	.08	-.03	.14*	.09	-.01	.26*	.11*	-.04	.33*
ex	-.14*	-.23*	-.18*	-.16*	-.19*	-.10	-.02	-.22*	.17*	.23*	-.10*	.21*	-.19*	.09	.16*	.39*

\* p < .05

Tabel 17. Pearson correlaties tussen de SCL-90 en de UCL.

	act	pal	ver	soc	pas	exp	ger	R <sup>2</sup>
ang	-.16*	.23*	.17*	.02	.58*	-.01	-.03	.52*
ago	-.15*	.17*	.20*	-.01	.43*	-.03	-.01	.36*
dep	-.28*	.17*	.23*	-.03	.69*	.02	-.15*	.59*
som	-.12*	.17*	.11*	-.04	.48*	.05	.00	.67*
in	-.29*	.17*	.28*	-.12*	.59*	.00	-.16*	.51*
sen	-.18*	.17*	.25*	.01	.61*	.12*	-.03	.60*
hos	-.18*	.17*	.10*	.02	.45*	.38*	-.07	.44*
sla	-.08	.04	.06	-.05	.34*	-.08	.02	.34*
R <sup>2</sup>	.31*	.17*	.28*	.19*	.64*	.26*	.15*	

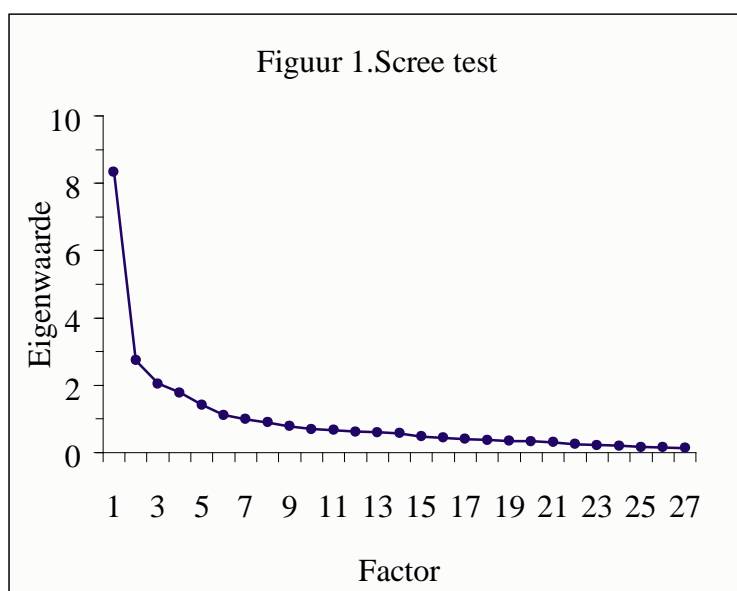
\* p < .05

Overwegend steunen de gevonden correlaties de validiteit van de verschillende schalen. De resultaten komen redelijk goed overeen met de gegevens uit eerder onderzoek. Opvallend is dat zelfgenoegzaamheid van de NPV en alle schalen van de UCL, met uitzondering van de schaal passief reactiepatroon, vrij kleine correlaties hebben met de schalen van de andere vragenlijsten. Als wordt gekeken naar de percentages verklaarde variantie (R<sup>2</sup>) dan valt op dat de NVM het beste wordt voorspeld (gemiddeld 53.8%), gevolgd door de SCL-90 (gemiddeld 50.4%), de NPV (gemiddeld 47.1%) en tenslotte de UCL (gemiddeld 28.6%). Vooral de UCL lijkt schalen te bevatten die niet goed kunnen worden voorspeld met de overige vragenlijsten. Verder worden de NPV-schalen rigiditeit en zelfgenoegzaamheid, de NVM-schalen ernstige psychopathologie en extraversie en de SCL-90 schalen agorafobie en slaapproblemen niet erg goed voorspeld door de andere vragenlijsten. Samenvattend kan geconcludeerd worden dat alle vragenlijsten unieke variantie bevatten en dat geen van deze vragenlijsten door een van de andere vragenlijsten vervangen kan worden. Verder lijkt coping weinig te maken te hebben met persoonlijkheid en algemene psychopathologische klachten.

## Factoranalyse

Om te onderzoeken welke onderliggende factoren kunnen worden gemeten met de schalen van de NPV, de NVM, de SCL-90 en de UCL werd een Principale Componenten Analyse (PCA) met Varimax rotatie uitgevoerd op alle schalen van deze vier vragenlijsten (met uitzondering van de totale SCL-90 score). Als criteria voor het aantal factoren dat werd behouden werden respectievelijk het Kaiser criterium (eigenwaarde > 1), de Scree test (knikcriterium) en psychologische interpretatie gehanteerd.

In totaal werden zes factoren gevonden met een eigenwaarde groter dan 1, die samen 64.6% van de totale variantie verklaren. De Scree test was veel minder duidelijk over het aantal factoren: op basis van subjectieve interpretatie kon worden besloten om minimaal voor een 1-factor en maximaal voor een 6-factoren oplossing te kiezen (zie Figuur 1). Op basis van psychologische interpretatie bleek echter dat een 6-factoren oplossing het beste te interpreteren was. Derhalve werd besloten tot het behouden van zes factoren (zie Tabel 18).



Tabel 18. Geroteerde factorstructuur van de NPV, NVM, SCL-90 en de UCL  
(absolute ladingen  $\geq .30$ ; primaire factorladingen cursief).

NPV	Factor						h <sup>2</sup>
	I	II	III	IV	V	VI	
IN	.46	.63	.31				.76
SI			.78				.80
RG			.31	.58			.51
VE		.45		.65			.67
ZE				.78			.67
DO			-.73	.31			.69
ZW	-.31	-.32	-.44		.50		.66
<u>NVM</u>							
NEG		.80					.68
SOM	.78						.68
VERL			.81				.75
PSY		.48		.37			.39
EX			-.49		.32		.54
<u>SCL-90</u>							
ANG	.83						.78
AGO	.68						.57
DEP	.69	.47					.76
SOM	.85						.77
IN	.64	.42					.68
SEN	.45	.61					.69
HOS		.64					.57
SLA	.71						.53
<u>UCL</u>							
ACT			-.31		.60		.54
PAL		.45			.47		.48
VER		.33	.31			-.63	.64
SOC				-.30	.32	.72	.72
PAS	.47	.58	.35				.70
EXP		.40				.54	.59
GER					.77		.60
variantie	18.5%	14.7%	11.3%	7.8%	7.0%	5.3%	

De eerste factor heeft primaire factorladingen van alle SCL-90 schalen met uitzondering van SEN en HOS en verder een primaire factorlading van de SOM schaal van de NVM. Deze factor kan dan ook worden geïnterpreteerd als *Algemene Psychopathologische klachten*. Deze factor is grotendeels een SCL-90 factor. Op

basis van de zeer hoge intercorrelaties van de SCL-90 kon al verwacht worden dat een factor met daarin veel van de SCL-90 schalen gevonden zou worden. Patiënten met algemene psychopathologische klachten hebben lichamelijke klachten als hoofdpijn, rugpijn, misselijkheid en slaapproblemen en psychoneurotische klachten als zenuwachtigheid, somberheid, angstigheid en gespannenheid. Ook kunnen psychische klachten en problemen zich gemakkelijk vertalen in allerlei lichamelijke kwalen.

De tweede factor heeft primaire factorladingen van de NVM-schalen negativisme en ernstige psychopathologie, de NPV-schaal inadequatie, de SCL-90 schalen interpersoonlijke sensitiviteit en hostiliteit en de UCL-schaal passief reactiepatroon. Deze factor kan worden geïnterpreteerd als *negativisme/vijandigheid*. Deze patiënten ervaren veel spanningen en gevoelens van frustratie en boosheid en hebben een negatieve en ontevreden houding naar de directe omgeving. Bovendien heeft men de neiging anderen te wantrouwen. Deze personen hebben de neiging zowel in gedachten, gevoelens en gedrag, emoties als woede, geïrriteerdheid en vijandigheid gemakkelijk te uiten. Daardoor loopt men meer dan gemiddeld kans in ruzies of geschillen betrokken te worden.

Factor III, met primaire factorladingen van sociale inadequatie, dominantie (beide NPV), verlegenheid en extraversie (beide NVM), kan worden geïnterpreteerd als *introversie- extraversie*. Deze factor wordt alleen met de twee persoonlijkheidsvragenlijsten (NPV en NVM) gemeten. Patiënten met een hoge score op de schalen sociale inadequatie en verlegenheid en een lage score op de schalen dominantie en extraversie zijn verlegen en geremd. Men voelt zich vaak incompetent in contacten met anderen en men is sociaal angstig. In een groep staat men vaak aan de zijlijn en men is geneigd zich afhankelijk op te stellen en problemen en confrontaties uit de weg te gaan. Patiënten met een lage score op de schalen sociale inadequatie en verlegenheid en een hoge score op de schalen dominantie en extraversie zijn open, vlot, spontaan, sociabel en niet verlegen. Men heeft een grote behoefte aan het leggen en onderhouden van sociale contacten. In gezelschap is men actief en prominent aanwezig. Men heeft vaak behoefte aan afwisseling en spanning in het leven. Deze patiënten worden vaak gezien als grillig, impulsief en overheersend.

De vierde factor heeft primaire factorladingen van de NPV-schalen rigiditeit, verongelijkheid en zelfgenoegzaamheid en kan worden geïnterpreteerd als *dogmatisme*. Deze factor bestaat alleen uit NPV-schalen en wordt ook vaak in

factoranalytisch onderzoek met de NPV gevonden (Luteijn et al., 2000). Deze patiënten zijn erg op zichzelf en hebben de overtuiging niets te hebben aan de kennis, kunde en hulp van andere mensen. Men verkeert in de veronderstelling dat anderen weinig goeds in de zin hebben en dat je voortdurend op je hoede moet zijn. Men is vaak teleurgesteld in anderen en men kent veel wrok. Deze personen zijn inflexibel en hebben veel moeite om eenmaal gekozen oplossingsstrategieën en gewoonten los te laten. Anderen zien deze personen vaak als egoïstisch, intolerant en ongeduldig.

De vijfde factor uit Tabel 18 heeft primaire factorladingen van de UCL-schalen geruststellende gedachten, actief aanpakken en palliatieve reactie en de NPV-schaal zelfwaardering. Deze factor kan worden geïnterpreteerd als *probleemgerichte coping*. Patiënten met een probleemgerichte copingstijl zijn personen die geneigd zijn bij problemen de situatie rustig van alle kanten te bekijken, de zaken op een rijtje te zetten en doelgericht, actief en met vertrouwen te werk te gaan om de problemen op te lossen. In problematische situaties zullen deze personen overwegend rationeel reageren.

De laatste factor tenslotte heeft primaire factorladingen van de UCL-schalen sociale steun zoeken, vermijden en expressie van emoties en kan dan ook worden geïnterpreteerd als *emotiegerichte coping*. Patiënten met een emotiegerichte copingstijl zijn personen die op een actieve wijze anderen opzoeken om de problemen te bespreken. Men zal doorgaans hulp vragen en men is in staat de emoties en zorgen naar anderen te uiten als men zich in een stressvolle situatie bevindt. De factoren vijf en zes zijn beide factoren die vrijwel exclusief met de UCL worden gemeten.

Overwegend zijn de communaliteiten ( $h^2$ ) van de schalen vrij hoog, dat wil zeggen dat van de meeste schalen vrij veel variantie wordt verklaard door deze 6-factoren oplossing. Vooral de NVM-schaal ernstige psychopathologie (PSY) heeft een relatief lage communaliteit en komt dan ook minder sterk naar voren in de huidige 6-factoren oplossing.

## Conclusies

Om de onderlinge verbanden en overeenkomsten tussen de vier in het huidige onderzoek gebruikte vragenlijsten binnen de eerstelijns te onderzoeken werden eerst de correlaties en multiële correlaties tussen de verschillende vragenlijsten berekend.

Daarna werd met behulp van factoranalyse bepaald welke onderliggende factoren met behulp van deze vier vragenlijsten gemeten kunnen worden. De correlaties tussen de vragenlijsten steunen in het algemeen de validiteit van de verschillende instrumenten. Enkele schalen blijken niet zo goed te kunnen worden voorspeld door de andere vragenlijsten. Met name schalen van de UCL lijken informatie te bevatten die niet met de andere vragenlijsten wordt gemeten. Ook enkele schalen van de NPV (met name RG en ZE), de NVM (PSY en EX) en de SCL-90 (AGO en SLA) lijken aspecten te meten en die niet goed met de andere vragenlijsten gemeten kunnen worden.

Uit de factoranalyse bleek dat een oplossing met zes factoren het beste te interpreteren was. Deze factoren bleken geïnterpreteerd te kunnen worden als (I) algemene psychopathologische klachten, (II) negativisme/vijandigheid, (III) introversie-extraversie, (IV) dogmatisme, (V) probleemgerichte coping en (VI) emotiegerichte coping.

Algemene psychopathologische klachten is voornamelijk een SCL-90 factor, introversie-extraversie wordt door de NPV en NVM gemeten, dogmatisme alleen door de NPV en probleemgerichte en emotiegerichte coping vrijwel alleen door de UCL. Geconcludeerd kan worden dat ofschoon er duidelijk overlap bestaat tussen de verschillende vragenlijsten, alle vragenlijsten een unieke bijdrage leveren aan het diagnostische proces en geen van allen voldoende vervangen kunnen worden door de andere vragenlijsten.

#### Relaties met klinische variabelen

Om te onderzoeken in welke mate de vier vragenlijsten uit het huidige onderzoek groepen patiënten met verschillende diagnoses van elkaar kunnen onderscheiden werden factorscores berekend voor de 6 factoren uit Tabel 18. Vervolgens werd op deze 6 factorscores en de PSY-schaal van de NVM (omdat deze schaal slecht wordt vertegenwoordigd door de huidige 6-factorstructuur) een MANOVA gedaan met de DSM-IV diagnose op As-1 en As-2 (zie Tabel 2) als onafhankelijke variabelen.

Er werd een significant multivariaat hoofdeffect gevonden voor DSM-diagnose op As-1 [ $F = 1.84, p < .001$ ]. Dit wil zeggen dat de groepen met verschillende As-1 diagnoses significant van elkaar verschillen met betrekking tot genoemde variabelen. Er werd geen significant multivariaat hoofdeffect gevonden van As-2 diagnose ( $F = ns$ ) en eveneens geen significant interactie-effect tussen As1 en As-2 diagnose. Dit

wil zeggen dat er geen verschil is tussen patiënten met en zonder persoonlijkheidsstoornis op de 6 factorscores en de PSY-schaal van de NVM, ongeacht de As-1 diagnose.

Een univariaat hoofdeffect van DSM-diagnose op As-1 werd gevonden op alle scores, met uitzondering van factor VI, emotiegerichte coping. Verder maken alle andere scores significant onderscheid tussen de verschillende groepen. In Tabel 19 staan de gemiddelde scores van de verschillende groepen op de 6 factoren en de PSY-schaal vermeld.

Tabel 19. Gemiddelde scores op de 6 factoren (x 100) en de PSY schaal.

DSM-diagnose	I	II	III	IV	V	VI	PSY
relatie en gezin (n = 142)	- 41.5	-20.2	-29.9	10.3	13.2	7.7	2.6
depressie (n = 151)	24.6	20.8	6.7	-11.5	-27.3	-7.7	2.7
angst (n = 68)	47.9	-27.7	22.1	-3.7	42.3	3.9	2.8
aanpassing (n = 87)	1.3	-9.6	25.3	-11.1	-5.9	-1.1	1.8
verslaving (n = 16)	- 65.0	71.0	-29.0	67.2	-28.1	-47.5	5.2
eetproblematiek (n = 10)	20.2	33.1	56.3	-5.9	25.0	3.3	3.8
seksuele probl. (n = 9)	- 93.5	-35.4	-49.2	-5.0	-42.8	-30.6	2.1
impuls controle (n = 10)	- 13.4	122.9	-37.1	124.6	-19.4	81.5	5.9
anders (n = 28)	41.6	18.2	0.8	-7.9	21.8	7.8	3.2
F	7.4	4.3	3.2	2.5	3.1	1.2	2.7
p	< .001	< .001	< .01	< .05	< .01	ns	< .01

Noot: I = algemene psychopathologische klachten, II = negativisme/vijandigheid, III = introversie-extraversie, IV = dogmatisme, V = probleemgerichte coping, VI = emotiegerichte coping.

Uit Tabel 19 blijkt dat factor I, algemene psychopathologische klachten, vooral onderscheid maakt tussen personen met seksuele problemen, relatieproblemen en verslavingsproblematiek enerzijds en depressie, angst en eetproblematiek anderzijds, waarbij de laatste drie veel meer algemene psychopathologische klachten ervaren dan de eerste drie. De tweede factor, negativisme/vijandigheid, onderscheidt vooral patiënten met verslavingsproblematiek en impuls controle problematiek van de andere groepen. De tweede factor onderscheidt tevens personen met een depressie of eetproblematiek van personen met relationele problemen, een angststoornis of

seksuele problemen. Verder blijkt uit Tabel 19 dat vooral personen met eetproblemen erg introvert scoren (factor III), terwijl patiënten met seksuele problemen, impuls controle problematiek, relationele problemen en verslavingen overwegend extravert scoren.

Op dogmatisme (factor IV) blijken de groepen impuls controle en verslavingsproblematiek veel hoger te scoren dan de andere groepen. Personen met relationele problemen zijn iets meer dogmatisch dan mensen met een depressie, angststoornis, aanpassingsstoornis, eetproblematiek of seksuele problemen. De vijfde factor, probleemgerichte coping maakt met name onderscheid tussen personen met een angststoornis (hoge scores) en personen met seksuele problemen (lage scores). Personen met seksuele problemen, impulscontrole problemen, verslavingsproblemen, depressieve klachten en in mindere mate aanpassingstoornissen gaan in tegenstelling tot personen met een angststoornis, relationele problemen en eetproblemen op een meer actieve en rationele wijze met stressvolle situaties om. De zesde factor, emotiegerichte coping, maakt geen significant onderscheid tussen de diagnosegroepen terwijl ernstige psychopathologie (PSY) onderscheid maakt tussen patiënten met verslavings- en impuls controle problematiek en in mindere mate eetproblematiek en de overige groepen.

## Conclusies

Om te onderzoeken in welke mate de zes factoren die ten grondslag blijken te liggen aan de vier vragenlijsten in het huidige onderzoek groepen patiënten van elkaar kunnen onderscheiden, werd met behulp van variantieanalyse onderzocht in hoeverre de groepen patiënten met verschillende diagnoses van elkaar verschillen op deze zes factoren. Daarnaast werd onderzocht in hoeverre de PSY-schaal van de NVM onderscheid kan maken tussen groepen patiënten.

Uit de variantieanalyse blijkt dat er geen verschil is tussen patiënten met of zonder persoonlijkheidsproblematiek (As-2). Wel blijken er duidelijke verschillen te zijn tussen de groepen patiënten met verschillende As-1 diagnoses. Er worden significante verschillen tussen de groepen gevonden op alle variabelen, met uitzondering van de zesde factor, emotiegerichte coping. Vooral patiënten met impuls controle problematiek en verslavingsproblematiek scoren duidelijk afwijkend van de overige groepen patiënten.

Als we een typering van de diverse groepen patiënten met een verschillende As-I maken, zien we het volgende: personen met relationele- en gezinsproblemen zijn mensen met weinig algemene psychopathologische klachten. Deze overwegend extraverte personen voelen zich tijdens de intake niet gespannen, labiel of depressief. Deze patiënten zijn niet boos en ontevreden. Wel is men over het algemeen in enige mate dogmatisch te noemen. Personen binnen deze groep kunnen zowel van een niet-probleemgerichte copingstijl als wel een emotiegerichte copingstijl gebruik maken. Personen met een diagnose depressie hebben last van gespannenheid, somberheid, somatische klachten en gevoelens van angst. Deze enigszins introverte en niet dogmatische personen (het minst van alle diagnostische groepen) zijn boos en kennen een enigszins ontevreden houding naar de directe omgeving. De copingstijl is probleemgericht.

Personen met een angststoornis zijn overwegend introvert. Men heeft veel last van psychosomatische klachten (van alle diagnostische groepen hebben deze mensen de meeste algemene psychopathologische klachten). Men is niet boos of ontevreden naar anderen. De copingstijl is niet probleemgericht, maar passief (het minst probleemgericht van alle diagnostische groepen). Personen met de diagnose aanpassingsstoornis zijn in enige mate introvert en niet dogmatisch. De klachten zijn veelal licht van aard. Men is niet boos of ontevreden naar anderen. Deze diagnostische groep personen hebben de laagste gemiddelde score op de PSY-schaal van de NVM.

Personen met verslavingsproblematiek zijn extravert en hebben een zeer negatieve en wantrouwende houding naar de directe omgeving. Ondanks de afwezigheid van algemene psychopathologische klachten zijn binnen deze groep wel personen met allerlei afwijkende gedachten en belevingen, mogelijk zelfs psychotische verschijnselen. Deze personen zijn zeer dogmatisch. De copingstijl is probleemgericht en niet emotiegericht (het minst emotiegericht van alle diagnostische groepen). Personen met eetproblematiek zijn overwegend zeer introvert (het meest van alle diagnostische groepen) en kennen een boze en ontevreden houding naar anderen. Tijdens de intakefase zijn er psychosomatische klachten. De copingstijl is overwegend niet probleemgericht, maar passief.

Personen met seksuele problemen rapporteren tijdens het onderzoek geen psychosomatische klachten (het minst van alle diagnostische groepen). Men is overwegend zeer extravert (het meest van alle diagnostische groepen) en niet boos of

wantrouwend naar de directe omgeving (het minst van alle diagnostische groepen). De copingstijl is actief en probleemoplossend (het meest van alle diagnostische groepen). Men zoekt echter geen sociale steun.

Personen met impulscontroleproblemen zijn overwegend extravert en zeer dogmatisch (het meest van alle diagnostische groepen). Men is op zichzelf. Deze personen kennen een zeer negatieve, vijandige en wantrouwende houding naar anderen (het meest van alle diagnostische groepen). Binnen deze groep zijn er mensen met afwijkende gedachten en belevingen, mogelijk zelfs psychotische verschijnselen (de hoogste gemiddelde score op de PSY-schaal van de NVM). De copingstijl is actief en met name emotiegericht (het meest van alle diagnostische groepen).

## Discussie

In het huidige onderzoek werd de waarde van enkele vragenlijsten, de NPV, de NVM, de SCL-90 en de UCL, binnen eerstelijnspsychologenpraktijken onderzocht. Eerst werden de psychometrische eigenschappen van deze vragenlijsten binnen de eerstelijns onderzocht. Overwegend blijken de psychometrische eigenschappen van alle vragenlijsten goed overeen te komen met resultaten uit eerder onderzoek. Wel blijken eerstelijnspatiënten op alle vragenlijsten afwijkend te scoren in vergelijking met bestaande normgroepen, wat een aparte normering voor eerstelijnspatiënten wenselijk maakt. De NPV heeft inmiddels een aparte normering voor de eerstelijns. In Appendix A zijn zeer voorlopige normtabellen voor de NVM, SCL-90 en UCL in de eerstelijns opgenomen. De normering is overeenkomstig de normering van de NPV (zie Luteijn et al., 2000). Er is geen correctie voor biografische gegevens toegepast.

Aan de schalen van de vier vragenlijsten in het huidige onderzoek blijken verder 6 factoren ten grondslag te liggen, te weten: algemene psychopathologische klachten, negativisme/vijandigheid, introversie-extraversie, dogmatisme, probleemgerichte coping en emotiegerichte coping. De factor algemene psychopathologische klachten is voornamelijk een SCL-90 factor. De factor introversie-extraversie wordt door de NPV en NVM gemeten, dogmatisme alleen door de NPV en probleemgerichte en emotiegerichte coping vrijwel alleen door de UCL.

Ofschoon uit het huidige onderzoek blijkt dat er duidelijke overlap bestaat tussen de verschillende vragenlijsten, blijken alle vier de vragenlijsten een unieke bijdrage te

leveren aan het diagnostische proces. De zes factoren blijken verder verschillende groepen patiënten goed van elkaar te onderscheiden. Opvallend is wel dat personen met of zonder persoonlijkheidsproblematiek niet verschillend van elkaar scoren op de zes factoren. Dit kan te maken hebben met het feit dat men tijdens het onderzoek alleen heeft aangegeven of de persoon persoonlijkheidsproblematiek heeft, zonder een nadere specificering binnen de diverse clusters van As-II van de DSM te geven. Ten aanzien van de AS-I diagnoses van de DSM blijken met name de patiënten met verslavingsproblematiek en impulscontrole problematiek afwijkend te scoren in vergelijking met de andere groepen. Binnen deze diagnostische groepen bestaat in vergelijking met de andere groepen meer ernstige psychopathologie, zijn de personen meer dogmatisch, wantrouwend, boos en vijandig. Mogelijk zijn dit de moeilijk te behandelen personen. Nader predictief onderzoek zal hier uitkomst over moeten geven. Opvallend is de hoge score van personen met impulscontrole problemen op de factor emotiegerichte coping. Een hypothese is dat deze score met name wordt veroorzaakt door een sterke expressie van de gevoelens van boosheid en woede en in mindere mate wordt veroorzaakt door het zoeken van steun bij anderen. Nader onderzoek binnen deze specifieke groep patiënten is nodig om hier uitsluitsel over te geven. Een nadeel betreft het geringe aantal personen binnen de groepen van de verslavingsproblematiek en impulscontrole problematiek. Nader onderzoek bij grotere groepen, wellicht ook binnen andere settings in de geestelijke gezondheidszorg, is wenselijk. Deze aanbeveling geldt ook voor de patiëntgroepen seksuele problemen en eetproblemen. Opvallend in dit onderzoek is de grote groep van de personen met relatieproblemen. Een aanvullend onderzoek met de in dit onderzoek gebruikte vragenlijsten voor persoonlijkheid, coping en klachten, aangevuld met een vragenlijst welke de kwaliteit van relaties meet, kan meer zicht geven op de kenmerken van deze groep personen.

## Literatuur

- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90: handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bakker, I. (2001). *Persoonlijkheidsmeting en kwaliteit in de eerstelijnspsychologie*. Groningen: intern verslag RUG.
- Barelds, D. P. H. & Jonker, A. (2002). De NPV in de eerstelijns. *Diagnostiek-wijzer*, 5, 28-34.
- Buitink, J.A. (2000). *De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief*. Rotterdam: Phoenix & Den Oudsten.
- Drunen, P. van (1998). De opmars van de eerstelijnspsychologie: van buitenbeentje tot gevestigde beroepsgroep. *De Psycholoog*, 21, 520-522.
- Jonker, A. (2000). *De NPV in eerstelijnspsychologenpraktijken*. Groningen: intern verslag RUG.
- Luteijn, F. & Kok, A.R. (1985). *Herziene NVM handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Luteijn, F., Starren, J. & Van Dijk, H. (1985). *Eerste herziene NPV handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Luteijn, F., Starren, J. & Van Dijk, H. (2000). *Tweede herziene NPV handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- NIP (1993). *Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologie*. Amsterdam: NIP.
- NIP (2001). *Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologie*. Amsterdam: NIP.
- Rooij, R. van, Doornik, R., Groenendaal, L. & Verhaak, P. (1989). Psychologen in de eerstelijns. *De Psycholoog*, 12, 611-615.
- Schrijnemakers, V.J.J. (1989). *De psychologie en de eerstelijns*. Utrecht: ELP.
- Schreurs, P.J.G., Willige, G. van de, Brosschot, J.F., Tellegen, B. & Graus, G.M.H. (1993). *Herziene handleiding UCL*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Verhaak, P., Friele, R. & Chatrou, M. (1995). Wie bezoekt de eerstelijnspsycholoog? *De Psycholoog*, 18, 138-142.
- Vertommen, H., Ter Laak, J. & Bijttebier, P. (2002). Het diagnostisch proces. *Diagnostiek-wijzer*, 5, 4-16.

Appendix A. Voorlopige normtabellen voor de NVM, SCL-90 en UCL in de eerstelijns.

**NVM**

	NEG	SOM	VERL	PSY	EX
zeer hoog	36-	30-	29-	10-	22-
hoog	28-35	22-29	24-28	4-9	18-21
boven gemiddeld	25-27	17-21	18-23		15-17
gemiddeld	18-24	10-16	12-17	1-3	9-14
beneden gemiddeld	14-17	5-9	6-11		6-8
laag	8-13	2-4	2-5	0	2-5
zeer laag	-7	-1	-1		-1
M	21.4	13.7	15.2	2.7	11.9
Sd	8.3	9.1	8.7	3.5	5.9
standaardmeetfout	3.8	3.6	3.1	1.9	3.0

**SCL-90**

	ANG	AGO	DEP	SOM	IN	SEN	HOS	SLA	PSNEUR
zeer hoog	37-	21-	63-	39-	33-	56-	17-	14-	274-
hoog	28-36	14-20	51-62	29-38	27-32	45-55	12-16	10-13	231-273
boven gemiddeld	23-27	12-13	43-50	26-28	23-26	39-44	11	8-9	173-230
gemiddeld	18-22	8-11	35-42	19-25	17-22	32-38	8-10	5-7	157-172
beneden gemiddeld	13-17		26-34	15-18	13-16	24-31	7	4	131-156
laag	11-12	-7	19-25	13-14	10-12	19-23	6	3	106-130
zeer laag	-10		-18	-12	-9	-18	-5	-2	-105
M	20.8	10.6	38.9	22.4	20.2	35.0	9.6	6.8	164.3
Sd	8.5	5.0	13.6	8.8	7.5	11.8	3.6	3.5	49.4
standaardmeetfout	2.6	1.8	3.6	3.2	2.8	3.5	1.7	1.4	8.6

### UCL

	ACT	PAL	VER	SOC	PAS	EXP	GER
zeer hoog	23-	24-	23-	21-	22-	9-	16-
hoog	20-22	21-23	20-22	17-20	18-21	8	14-15
boven gemiddeld	18-19	20	19	15-16	17		13
gemiddeld	15-17	16-19	15-18	12-14	13-16	5-7	10-12
beneden gemiddeld	14	15	14	10-11	12		
laag	11-13	11-14	11-13	7-9	9-11	-4	7-9
zeer laag	-10	-10	-10	-6	-8		-6
M	16.5	17.7	17.1	13.5	15.3	6.3	11.6
Sd	3.7	4.1	3.7	4.3	3.7	2.0	2.7
standaardmeetfout	1.8	2.2	2.1	1.5	2.1	1.2	1.6