

## Summary

In the present studies the psychometric properties of six inventories were studied within the field of primary mental health care in the Netherlands.

In a first study, a group of 525 primary health care patients filled in the following Dutch instruments: the Dutch Shortened MMPI (NVM), the Dutch Personality Questionnaire (NPV), the Utrecht Coping List (UCL) and the Symptom Checklist-90 (SCL-90). The intercorrelations, internal consistencies and correlations with biographical variables of the scales of these inventories were compared with the results from prior research. Also, the scores of the primary health care patients on the scale were compared with those of existing norm groups.

The results of this study confirm the positive psychometric properties of the questionnaires in the primary health care. Since the mean scores of the primary mental health care patients deviate from the existing norm groups, a separate norm group for primary health care patients is necessary. A second order factor analysis on the 27 scales of the inventories results in six factors: general psychopathological symptoms, negativism/hostility, introversion-extraversion, dogmatism, problem directed coping and emotion directed coping. With these factors patients with different Axis-I-diagnosis could be discriminated.

An extra study in a sample of 278 primary mental health care patients confirm the results of the first study. The psychometric properties of the NVM, NPV, UCL and SCL-90 are positive. A second order factor analysis on the 27 scales of the questionnaires results in four factors: general psychopathological symptoms, negativism/hostility, introversion-extraversion and a defensive attitude. With these four factors patients with different Axis-I-diagnosis could be well discriminated.

The present study examines also some psychometric properties of the Dutch language version of the MMPI-2 in a sample of primary mental health care patients (N = 414). Results with regard to the internal structure of the MMPI-2 resembled, to some extent, results from previous studies. Relations with other questionnaires only partially support the validity of the MMPI-2 scales. Mean scores on the MMPI-2 scales for the present sample deviate substantially from the available norm scores.

Furthermore, the MMPI-2 was found to only weakly discriminate between patients with different DSM-IV Axis-I disorders. Based on the results from the present study, it was concluded that the MMPI-2 has little surplus value over other frequently used Dutch instruments like the Dutch Shortened MMPI (NVM), Dutch Personality Questionnaire (NPV), the Utrecht Coping List (UCL) and the Symptom Checklist-90 (SCL-90).

The present study examines also the predictive value of the some questionnaires regarding the effectiveness of treatment, in a sample of 278 primary mental health care patients. The large majority of both patients and therapists evaluated the outcome as positive. There is a surprisingly high degree of correspondence between clients' en therapists' ratings. For all diagnostic groups, the scores on the Symptom CheckList (SCL-90) drop substantially between intake and after therapy, and drop even further at follow-up. The therapy-results appear to be independent of therapeutic orientation. The Dutch Personality Questionnaire (DPQ), the Negativism, Severe Psychopathology and Somatisation Test (NPST) and Utrecht Coping List (UCL) are all predictive of psychoneurotic symptoms after therapy.

# Hoofdstuk I

## Inleiding

Een academisch opgeleide psycholoog die werkzaam is binnen de eerstelijns van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), neemt de positie in van een praktijkwetenschapper (scientist-practitioner). Het combineren van werkzaamheden in de eerstelijnspraktijk, in de vorm van de dienstverlening aan cliënten, en het op een transparante en deskundige wijze gebruiken van wetenschappelijke kennis, is datgene wat de praktijkwetenschapper typeert. Het optimaliseren en professionaliseren van het diagnostisch proces is een belangrijk onderdeel van de praktijkvoering. Het gebruik van betrouwbare en valide meetinstrumenten of vragenlijsten kan de eerstelijnspsycholoog (ELP) helpen tot een goede diagnose en indicatiestelling te komen. De vraag is welke van de in Nederland veelgebruikte vragenlijsten, Nederlandse Verkorte MMPI (NVM), Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV), Utrechtse Coping Lijst (UCL), Symptom Checklist (SCL-90) en herziene Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)<sup>1</sup> (Evers et. al., 2002), voor de ELP betrouwbaar en valide genoeg zijn om in de praktijk te kunnen worden gebruikt. De vraag is verder welke vragenlijsten de ELP, aanvullend aan een taxatiegesprek of intake, informatie over de klachten, persoonlijkheid en copingstrategie van de aangemelde cliënt verschaffen en welke vragenlijsten dat in mindere mate of in het geheel niet doen? Tevens bestaat het vermoeden dat het werkveld van de eerstelijnspsychologie in diagnostisch opzicht en demografisch opzicht specifieke problematiek en groepen mensen aantrekt, die mogelijk afwijkend is van de reguliere (poliklinische) psychiatrische populatie.

Op grond van bovenstaande argumentatie is het zinvol om onderzoek te verrichten naar de psychometrische eigenschappen van enkele veelgebruikte vragenlijsten in de eerstelijns. Juist de ELP zou in staat moeten zijn op grond van goede diagnostiek de juiste cliënt op de juiste (behandel)plek te krijgen (indicatiestelling). De ELP moet daarvoor in staat zijn om binnen een korte termijn op een zo effectieve, efficiënte en betrouwbaar mogelijke wijze zoveel mogelijk informatie te verkrijgen over de klachten en achtergronden van de cliënt. Het inzetten van vragenlijsten kan de ELP

---

<sup>1</sup> Voor een beschrijving van de vragenlijsten wordt verwezen naar de hoofdstukken IV, VI en VII.

helpen deze doelstelling te behalen. Op deze wijze zou de ELP kunnen fungeren als poortwachter voor de psychosociale problematiek in Nederland.

In het begin van deze eeuw stelde Buitink (2000) dat wetenschappelijk onderzoek naar de waarde van vragenlijsten of meetinstrumenten en effecten van behandelingen binnen de eerstelijns noodzakelijk is. Evers, Zaal & Evers (2002) stellen dat met name de psychometrische kwaliteit van tests nog veel te wensen over laat. Evers et al. (2002) vinden dat testgebruikers meer rekening moeten houden met kwaliteit bij hun keuze van tests. Daarnaast is onderzoek naar het effect van de behandeling door eerstelijnspsychologen wenselijk (het beantwoorden van de evaluatie-vraag), mede om tot kwaliteitsverbetering te komen (Buitink, 2000). In dit proefschrift wordt ook nader ingegaan op de evaluatie van behandelingen en de beschikbaarheid van bestaande onderzoeksresultaten. Er zijn voor de ELP geen richtlijnen beschikbaar voor de kortdurende en meestal doelgerichte diagnostiek (zie: hoofdstuk II). De meeste ELP-en blijken niet goed op de hoogte te zijn van de voor- en nadelen van het gebruik van vragenlijsten binnen het diagnostisch proces. Psychologen blijken onvoldoende op de hoogte van de kwaliteit van vragenlijsten (Evers, 2002). De bevindingen uit dit proefschrift zullen een aanzet geven tot een versterking in kwaliteit van diagnostiek, indicatiestelling en interventie.

Met onderzoek naar de psychometrische eigenschappen en aldus waarde van enige vragenlijsten in de eerstelijns, is inmiddels een begin gemaakt (Bakker, 2001; Barelds & Jonker, 2002; Barelds & Luteijn, 2003; Jonker, 2000; Luteijn, Starren & Van Dijk, 2000). Echter, een onderzoek bij grote cliëntgroepen en onderzoek met meerdere vragenlijsten of meetinstrumenten, waarbij ook de predictieve validiteit is onderzocht, ontbreekt tot op heden.

Tegen de achtergrond van het voorafgaande kunnen de doelstellingen voor het onderzoek over diagnostiek met vragenlijsten in de eerstelijns als volgt worden omschreven:

1. Het leveren van resultaten door middel van wetenschappelijk onderzoek over de psychometrische eigenschappen van enige vragenlijsten ten einde een efficiënte diagnostiek naar psychopathologie (klachten), persoonlijkheid en copingstrategie binnen de eerstelijns in Nederland mogelijk te maken;

2. Het leveren van een bijdrage aan de verdere ontwikkeling van vragenlijsten (normering, validiteit). Inmiddels zijn er onderzoeksgegevens gebruikt voor de normering 'eerstelijnscliënten' van enkele vragenlijsten (NPST, NPV, SCL-90).
3. Het leveren van een bijdrage aan de beschrijving van de karakteristieken van de eerstelijnscliënt ten behoeve van het verkrijgen van inzicht en daarmee het verbeteren van de eerstelijnszorg en het verkrijgen van een goede afbakening naar het tweede- en derde echelon van de Geestelijke Gezondheidszorg. De volgende vragen zijn daarbij van belang:

Welke cliënten melden zich aan bij de ELP;

Welke cliënten hebben baat bij hulp door de ELP;

Welke cliënten moeten op grond van de diagnostische bevindingen uit de vragenlijsten worden verwezen naar de meer specialistische zorg van de tweede- of derdelijn?

In dit proefschrift worden de resultaten beschreven van het onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van zes vragenlijsten, de Nederlandse Verkorte MMPI (NVM), de Negativisme, Ernstige Psychopathologie, Somatisering - Test (NPST), de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV), de Utrechtse Coping Lijst (UCL), de Symptom Checklist (SCL-90) en de herziene Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2), bij drie grote groepen eerstelijnscliënten uit verschillende eerstelijnspraktijken in Nederland. In 2000 is, op initiatief van de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN), onder psychologen aangesloten bij het NIP een enquête gehouden waaruit blijkt dat voor deze vragenlijsten behoren tot de top zeven van de meest gebruikte vragenlijsten of testen (Evers, et al., 2002). Uit deze enquête blijkt een klein aantal tests het overgrote deel van het testgebruik onder psychologen te representeren. Als men onderzoek doet naar de afnamefrequentie blijken deze vijf vragenlijsten of tests de gehele top vijf uit te maken. Alhoewel in deze NIP-enquête onder psychologen geen onderscheid is gemaakt voor eerstelijnspsychologen, kan men stellen dat de in dit proefschrift beschreven vragenlijsten een groot deel van feitelijk testgebruik onder psychologen en hoogstwaarschijnlijk ook onder ELP'en in Nederland vertegenwoordigen.

Achtereenvolgens zullen de volgende aspecten van de vragenlijsten onderzocht worden:

1. 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 NVM en NPV betekent dit een gedeeltelijke kruisvalidatie van eerdere bevindingen;
2. Via corratorieel onderzoek van de lijsten bepaling van het gemeenschappelijk meetdomein;
3. Bepaling van de validiteit aan de hand van beschikbare klinische variabelen;
4. Beschrijving van verschillen en overeenkomsten met eerder onderzoek;
5. Beschrijving van enkele resultaten van therapie.

Een gedeelte van de inhoud van dit proefschrift, de hoofdstukken II, IV, VI en VII, is in aangepaste versie verschenen in drie uitgaven van het tijdschrift Diagnostiek-Wijzer.

In het volgende hoofdstuk vindt een beschrijving plaats van de *setting* waarin het onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van enige veelgebruikte vragenlijsten heeft plaatsgevonden: de eerstelijnspsychologie in Nederland. In dit gedeelte worden de historische achtergronden, werkwijze en kenmerken van de eerstelijnspsychologie beschreven.

## Hoofdstuk II

### De eerstelijnspsychologie in Nederland

#### *2.1 Historische achtergronden en actuele situatie van de eerstelijnspsychologie*

Nadat de eerstelijnspsycholoog (ELP) in de zeventiger jaren in Nederland zijn entree maakte, heeft deze een enorme groei en ontwikkeling gekend (Van Rooij, Doornik, Groenendaal & Verhaak, 1989; Groen, 2000). 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). Wat begon met enkele lokale experimenten in Nederland is uitgegroeid tot een landelijk netwerk van ELP-en. De meeste ELP-en zijn vanaf 1987 aangesloten bij Regionale Organen voor Eerstelijnspsychologen (ROEP's). Het merendeel van de huisartsen in Nederland werkt nauw samen met een ELP. Veel cliënten komen vanuit deze eerstelijnssetting voor het eerst in contact met een psycholoog. De meeste cliënten hebben recentelijk relationele problemen of psychische klachten zoals angst- of depressieve klachten ontwikkeld en deze zijn niet zo ernstig dat een verwijzing naar de tweedelij (Riagg) of derdelijn (psychiatrie) noodzakelijk is. Het gaat bij verwijzing naar de tweede- of derdelijn om ernstige psychiatrische problemen, als een ernstige depressie of psychotische stoornis (Hoogduin & Derksen, 2000). 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 op dit moment eerst een tweejarige beroepsopleiding tot Gezondheidszorgpsycholoog af te ronden, waarna een klein jaar werkervaring onder begeleiding in de eerstelijns vereist wordt. De meeste ELP-en zijn inmiddels in het bezit van de BIG-registratie Gezondheidszorgpsycholoog.

De ELP dient zich verder te houden aan bestaande regels voor de praktijkvoering, die onder meer voorzien in afspraken over de behandelduur (gemiddeld acht sessies,

maximaal vijftien), samenwerking met huisartsen, registratie van verrichtingen middels een speciaal codeboek en intervisie.

De eerstelijnspsychologie is op dit moment volop in beweging. Een rapport van het College voor Zorgverzekeraars (CVZ) adviseert het kabinet en de Tweede Kamer om psychologische zorg in het ziekenfondspakket op te nemen. De Landelijke Vereniging van Eerstelijns Psychologen (LVE) heeft in 2003 haar eerste congres gehouden. De LVE heeft onlangs een stimuleringsprogramma ‘innovatie en kwaliteit’ gepresenteerd. In dit werkplan is een belangrijke plaats ingeruimd voor de stimulatie van wetenschappelijk onderzoek in de eerstelijns. Inmiddels wordt door de vakvereniging LVE steeds meer nadruk gelegd op het kunnen aantonen van kwaliteit van de hulpverlening binnen de eerstelijnspsychologie. Voor de ELP is een kwaliteitshandboek beschikbaar, waarin uitgangspunten voor de praktijkvoering en behandelingen zijn opgenomen. In 2006 is het kabinet voornemens de eerstelijns in haar geheel te reorganiseren en op het punt van de vergoeding van de ELP een beslissing te nemen. Op dit moment is de continuering en het uitdragen van het beleid van de LVE van groot belang gezien de afwezigheid van overheidsbeleid op het punt van de afbakening van zorg tussen de eerstelijns en andere echelons in de zorg en de onduidelijkheden over de toekomstige financiering van de Geestelijke Gezondheidszorg. Het niet opnemen van de ELP in het ziekenfonds zou volgens de beleidsmakers van de vakvereniging LVE kunnen leiden tot een stagnatie van de ontwikkelingen van de ELP in Nederland.

Een onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van enkele veel gebruikte vragenlijsten voor het meten van psychopathologische klachten, persoonlijkheid en coping, past zo binnen de doelstellingen van het werkplan van de LVE. Kwaliteit hangt ten slotte samen met een zorgvuldige en betrouwbare diagnostische methode. Wetenschappelijk onderzoek verschaft inzicht in de kenmerken van de eerstelijnscliënt. Met behulp van de bevindingen vanuit het diagnostisch onderzoek met vragenlijsten kan de ELP de cliënt zo goed mogelijk begeleiden of behandelen of doen behandelen (doorverwijzen naar specialistische zorg in de tweede- of derdelijns van de Geestelijke Gezondheidszorg). Met de karakteristieken over de (psychopathologische) klachten, persoonlijkheid en copingstrategie in de hand kan de ELP mogelijk op een evidence-based wijze bepalen of de cliënt geschikt is voor een kortdurende begeleiding of behandeling in de eerstelijnspraktijk. Niet alleen zou de cliënt moeten worden toegewezen aan de juiste behandelconditie, maar ook aan de

juiste behandelsetting. Middels dit onderzoek kan een eerste aanzet worden gegeven de eerstelijnszorg op een transparante wijze af te bakenen van de tweede- en derdelijnszorg. Deze juiste afbakening zou voor zowel de werkers als de beleidsmakers (overheid en zorgverzekeraars) een verbetering van de zorg kunnen bewerkstelligen.

## 2.2 De werkwijze en kenmerken van de eerstelijnspsychologie

De werkwijze en hulpverlening van een eerstelijnspsycholoog heeft een aantal specifieke kenmerken (NIP, 1993; NIP, 2001; Groen, 2000):

- a. *Laagdrempeligheid*: Er vindt geen selectie plaats op grond van cliëntkenmerken; zowel kinderen, volwassenen als ouderen kunnen bij ELP-en terecht. Hoewel cliënten in de praktijk vaak via huisartsen naar ELP-en verwezen worden, is het mogelijk dat cliënten zichzelf bij een ELP aanmelden.;
- b. *Kortdurendheid*: Het aantal contacten bij een ELP is zelden meer dan vijftien, met een gemiddelde van acht;
- 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*: De werkwijze is in de regel klachtgericht en houdt rekening met het sociale systeem (gezin, werk) waarin de cliënt verkeert. De aanpak van de ELP is veelal ook gericht op ‘inzicht’ en ‘structuur’;
- e. *Generalistische werkwijze*: De interventies zijn niet schoolgebonden. Een ruime meerderheid van de ELP werkt vanuit een eclecticisch kader (meervoudige [deel-] behandelingsmethodieken of een (cognitief)gedragstherapeutische perspectief (Groen, 2000);
- f. *Doelgerichte en meestal geen langdurende diagnostiek*: Bijna altijd zal begonnen worden met een taxatie of intake-interview, waarna de diagnostiek vaak uitgebreid wordt met testdiagnostiek (o.a. de afname van vragenlijsten middels papier en pencil methode of middels computerafname). Met behulp van vragenlijsten verkrijgt de ELP in zeer korte tijd veel diagnostische informatie over de cliënt. In de eerstelijnspraktijk zijn over het algemeen de volgende stappen gemeengoed:

1. taxatiegesprek met de focus op de omschrijving van klachten, beloop van de klachten, gezinsachtergrond, werk en wonen en hulpvraag
2. afname vragenlijsten gericht op de klachten, persoonlijkheid en coping,
3. adviesgesprek en vaststelling behandelplan,
4. start kostdurende begeleiding of behandeling.

Men volgt hierbij aan de hand van een hypothesetoetsend model de diverse fasen van het diagnostisch proces (zie verder: hoofdstuk III );

- g. *Snelle verwijzing*: Zijn de problemen van een cliënt erg complex zodat uitvoerige, multidisciplinaire diagnostiek nodig is, zijn de problemen zeer ernstig (bijvoorbeeld psychose, suïcidegevaar) of vereisen de problemen een langdurige behandeling (bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornissen), dan vindt er snelle verwijzing plaats naar de tweedelij. Een totaal van 6% van de aanmeldingen in de eerstelijnspsychologenpraktijk wordt verwezen naar specialistische zorg (Groen, 2000);
- h. *multidisciplinaire samenwerking*: Door de specifieke positie van ELP-en is goede samenwerking met andere disciplines als huisartsen en maatschappelijk werkers van groot belang (Buitink, 2000; Groen, 2000). De meeste ELP-en werken nauw samen met een of meerdere huisartsen en beschikken over een hecht netwerk van relaties in het werkveld van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en Algemene Gezondheidszorg (AGZ);
- i. *vergoedingen van een beperkt aantal sessies door de zorgverzekeraar*: De sessies (range: 6 tot meer dan 12) bij de ELP worden overwegend vergoed door de zorgverzekeraar of het bedrijf waar men werkzaam is. Een aantal cliënten (23%) betaald de sessies zelf (Groen, 2000).

Door de directe toegankelijkheid en laagdrempeligheid is de ELP duidelijk onderscheiden van de andere echelons in de GGZ. De ELP werkt overwegend in een particuliere praktijk en is zelfstandig gevestigd. Inmiddels werkt er één ELP op 25.000-28.000 inwoners. De cliënten die een beroep doen op de ELP kunnen zich zonder een verwijzing van een huisarts aanmelden, al wordt het merendeel van de cliënten (73,4%) door een huisarts naar de ELP verwezen (Groen, 2000). Na doelgerichte diagnostiek kan binnen een korte periode (meestal twee weken) worden gestart met de behandeling. Juist deze diagnostiek kan worden beschouwd als een van de kerntaken van de ELP. Het primaat van de eerstelij is immers: wat in de eerstelij

behandeld *kan* worden, *moet* daar ook behandeld worden. Een verwijzing naar de tweede- of derdelijnszorg dient plaats te vinden indien de problematiek de mogelijkheden van de eerstelijns te boven gaat, bijvoorbeeld als het gaat om de noodzaak tot een 24-uurs beschikbaarheid van hulp of indien het gaat om (complexe) psychiatrische problematiek.

Een behandeling in de eerstelijns kan, in tegenstelling tot een psychotherapeutische of psychiatrische behandeling in de tweede of derdelijns, binnen een periode van twee tot drie maanden worden afgesloten. Als er sprake is van een snelle interventie, bijvoorbeeld in de vorm van een goede verwijzing door een huisarts, wordt een verergering van de klachten vaak voorkomen en is een verwijzing naar de meer specialistische zorg naar de tweede- of derdelijnszorg niet nodig. De nadelige gevolgen voor de cliënt en zijn directe omgeving (gezin en werk) worden door deze werkwijze dan ook vaak beperkt gehouden.

Indien er sprake is van ziekteverzuim, behoort een snelle reïntegratie naar de werkplek tot de mogelijkheden. Een effectieve werkwijze zou de instroom van mensen naar de WAO kunnen beperken. De kosten voor de cliënt, zorgverzekeraar en/of het bedrijf worden door deze werkwijze beperkt gehouden. De positie van de eerstelijnspsychologie in Nederland is dan ook uniek te noemen. Vooral de laatste tien jaar is de eerstelijnspsychologie uitgegroeid tot een wijdverbreide en algemeen geaccepteerde voorziening. De arbeidstevredenheid onder ELP-en is over het algemeen groot. In een Trimbosonderzoek in 2000 geeft 85% van de ELP-en aan in de toekomst zeker nog als psycholoog in de eerstelijns te willen blijven werken (Groen, 2000).

De problemen waarvoor cliënten de hulp van ELP-en inroepen, zijn (Buitink, 2000; Groen, 2000; Kloens et al., 2002; Kloens et al., 2003): 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. Persoonlijkheidsstoornissen worden in ongeveer 15% van de gevallen vastgesteld, somatische aandoeningen bij iets meer dan 10% (Groen, 2000). Uit het onderzoek van Verhaak, Friele & Chatrou (1995) en Groen (2000) blijkt dat de eerstelijnscliënten qua leeftijd vooral uit dertig- tot vijftigjarigen bestaan, vaker vrouw zijn en relatief

vaker middelbaar en hoger opgeleid zijn. De meerderheid van de eerstelijnscliënten zijn gehuwd en hebben kinderen.

In het volgende hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van het brede theoretische *kader* waarin zich het onderwerp van het proefschrift bevindt; de theoretische grondslagen van de psychodiagnostiek en het diagnostisch proces. De diverse fasen van het diagnostisch proces binnen de klinische psychologie en de plaats van de psychologische vragenlijsten worden beschreven.

## Hoofdstuk III

### De theoretische grondslagen van de psychodiagnostiek en het diagnostisch proces

#### 3.1 Algemene inleiding diagnostisch proces

Een van de kenmerken van de eerstelijnspsychologie is de *doelgerichte en meestal kortdurende diagnostiek*. In de richtlijnen voor de ELP wordt gesteld dat een grondige diagnostiek van de klachten en problemen van de cliënt voorwaarde is voor adequate kortdurende, hulpverlening. De klinische psychodiagnostiek wordt beschouwd als een professionele activiteit, die steunt op empirische kennis. Hypothesen over gedrag, cognities en emoties/ motivaties of sociale problemen worden getoetst aan de hand van een gefaseerd diagnostisch proces (Vertommen, Ter Laak & Bijttebier, 2002; Ter Laak & de Goede, 2003; de Bruyn, Ruijsenaars, Pameijer & van Aarle, 2003; de Raedt & Schacht, 2003).

Bijna altijd zal begonnen worden met een taxatie of intake-interview, waarna de diagnostiek vaak uitgebreid wordt met testdiagnostiek (Luteijn, Deelman & Emmelkamp, 1990). De eerstelijnspsycholoog (ELP) volgt hierbij aan de hand van een hypothesetoetsend model (HTM) de diverse fasen van het diagnostisch proces. Het HTM domineert als beschrijving van, en als voorschrift voor het diagnostisch proces (Ter Laak & de Goede, 2003). Het HTM voor het diagnostisch proces is aan het experimentele psychologische onderzoeksontwerp ontleend. Deze experimentele psychologie is van belang geweest voor de diagnostiek van individuele verschillen (Ter Laak & de Goede, 2003). Met behulp van getallen wordt uitgedrukt in hoeverre een cliënt een eigenschap bezit, bijvoorbeeld de persoonlijkheids-eigenschap extraversie. Wanneer meerdere eigenschappen worden uitgedrukt ontstaat een profiel van een persoon. Door het hanteren van voorschriften uit het diagnostisch proces kan de psycholoog uitspraken doen over dit profiel van de cliënt, waardoor deze zo goed mogelijk kan worden geholpen de problemen te verhelpen. Het biedt als het ware een raamwerk waarbinnen de ELP uitspraken kan doen over de klachten, de persoonlijkheid en de copingstrategie van de onderzochte cliënt. Deze uitspraken dienen betrouwbaar en valide te zijn, te meer omdat psychologische diagnostiek

verstreckende gevolgen kan hebben voor het alledaagse leven van mensen (Ter Laak & de Goede, 2003).

### *3.2 Het diagnostisch scenario*

Het diagnostisch proces is een doelgerichte activiteit dat begint met de hulpvraag van de cliënt en eindigt met de verslaglegging van de resultaten van het diagnostisch onderzoek door de diagnosticus (Vertommen et al., 2002; Ter Laak & de Goede, 2003). De ELP analyseert in het eerste taxatiegesprek zowel de hulpvraag van de cliënt als, indien beschikbaar, de aanvraag van de verwijzer. Deze vragen van de cliënt en de verwijzer vormen het vertrekpunt binnen het diagnostisch proces. Daarnaast formuleert de ELP zelf ook vragen die naar voren komen tijdens het taxatiegesprek. Deze analyse leidt tot drie vragen:

1. Welke klachten of problemen zijn aanwezig? Is er een voorlopige diagnosestelling mogelijk?
2. Welke factoren veroorzaken de klachten of problemen en houden die in stand?
3. Welke behandeling is geïndiceerd voor deze cliënt?

De ELP stelt op basis van deze drie vragen een diagnostisch scenario op, dat een voorlopige theorie bevat over de cliënt, waarin beschreven wordt wat de problemen zijn van de cliënt en hoe ze verklaard kunnen worden. Het onderbouwen van deze voorlopige theorie vereist vijf diagnostische handelingen (Vertommen et al., 2002):

1. De voorlopige theorie wordt omgezet in concrete toetsbare hypothesen;
2. De ELP kiest een specifiek onderzoeks-instrumentarium (bijvoorbeeld vragenlijsten), dat een antwoord kan geven op de gestelde hypothesen;
3. De ELP doet voorspellingen over de uitkomsten of resultaten op dit instrumentarium, zodat men duidelijk en op voorhand weet wanneer men de hypothesen zal aanvaarden of verwerpen;
4. De ELP verzorgt de afname en verwerking van de instrumenten;
5. De ELP aanvaardt of verwerpt op grond van de resultaten op een beargumenteerde wijze de hypothesen.

Dit diagnostisch scenario leidt tot een conclusie op grond waarvan de ELP samen met de cliënt een keuze kan maken voor een plan van aanpak. Dit door Vertommen et al. (2002) omschreven diagnostische scenario met de vijf diagnostische handelingen komt in sterke mate overeen met het hypothesetoetsend model (HTM) voor diagnostiek van De Bruyn et al. (2003). Dit model voor diagnostiek, afgeleid van de empirische en regulatieve cyclus (zie verder: Ter Laak & de Goede, 2003) bevat zes stappen:

1. De diagnosticus richt zich op de klacht, zoals de cliënt die verwoord;
2. De beschrijving van het probleemgedrag, de probleembeleving en de context waarin deze plaatsvinden in concrete, feitelijke termen;
3. Het opstellen en selecteren van verschillende, onderling onafhankelijke hypothesen om het probleemgedrag en de probleemervaring te verklaren;
4. Het kiezen en afnemen van de instrumenten om de causale factoren uit de hypothesen te operationaliseren. Het terugkoppelen van de uitslag naar de hypothesen. Het verwerpen of aannemen van de afzonderlijke hypothesen. Het selecteren en integreren van de geaccepteerde hypothese(n) tot de diagnose;
5. Het formuleren van aanbevelingen voor de behandeling die het best past bij de diagnose;
6. Evaluatie.

Het HTM wordt in Nederland voorgeschreven als hét model voor diagnostisch onderzoek en verslaglegging (Ter Laak & de Goede, 2003). De meeste ELP-en zijn opgeleid met dit model. In het HTM nemen meetinstrumenten een belangrijke plaats in.

Andere vormen van diagnostiek (anders dan HTM) zijn minder gangbaar in de klinische psychologie en eerstelijnspsychologie in Nederland (Ter Laak & de Goede, 2003). We noemen hierbij:

1. De meer dialogische of hermeneutische benadering welke het speciale karakter van het gesprek centraal stelt;
2. De handelingsgerichte diagnostische modellen waarbij de nadruk ligt op de unieke persoon van de onderzochte en op de dialoog van de diagnosticus met die persoon (b.v. de diagnostische modellen voor kinderen in de pedagogiek);
3. De narratieve benadering waarbij het beschrijven en verklaren van problemen en gedragingen in de vorm van de analyse van een verhaal geschiedt.

Deze alternatieve modellen voor het HTM worden in Nederland nog uitgewerkt. Volgens theoretici kunnen deze alternatieven, onder andere de narratieve modellen, aan de HTM onderhevige foutenmarge verkleinen en de wijze van het verkrijgen van de juiste diagnose voor de diagnosticus natuurlijker en vertrouwder laten verlopen. In plaats van de centrale plaats van de 'logos' (rede, theorie) zou er meer plaats komen voor de mythos van het gesprek. De onderzochte, het subject zelf, komt centraler te staan.

### *3.3 De vijf basisvragen binnen het diagnostisch proces*

De meeste vragen van cliënten of verwijzers kunnen herleid worden tot vijf basisvragen (Vertommen et al., 2003). De ELP tracht binnen de vijf diagnostische handelingen (Vertommen) of zes fasen van het HTM (De Bruyn) de verschillende basisvragen professioneel en wetenschappelijk gefundeerd te beantwoorden. Het betreffen vragen om:

1. Te *onderkennen* wat er bij een cliënt aan de hand is: wat lukt nog en wat niet (meer)?
2. Te *verklaren* waarom er bepaalde klachten/problemen zijn of blijven;
3. Te *voorspellen* hoe de problemen van de cliënt zich in de toekomst verder ontwikkelen;
4. Een *indicatie* te krijgen hoe de problemen/klachten verholpen kunnen worden;
5. Te bepalen of de problemen afdoende verholpen zijn als gevolg van de interventie (*evaluatie*).

### *3.4 De plaats van vragenlijsten binnen het diagnostisch proces*

Voor een efficiënte diagnostiek met behulp van tests zal in de eerstelijns vaak gebruik gemaakt worden van vragenlijsten. Tests of vragenlijsten vormen samen met de observatie van de cliënt, het gesprek en de verwerking van anamnesegegevens de bronnen voor het psychologisch onderzoek, waarvan de test of vragenlijst de unieke

bijdrage is vanuit de (klinische) psychologie (Luteijn et. al., 1990). De voordelen van vragenlijsten zijn (Kooreman, 1997):

1. Vragenlijsten zijn efficiënt en goedkoop;
2. Vragenlijsten zijn betrouwbaar;
3. Vragenlijsten zijn reproduceerbaar;
4. De cliënt is aan het woord, met name bij vragenlijsten voor het meten van persoonlijkheid geeft de cliënt zonder tussenkomst van de psycholoog een beeld van zijn persoonlijkheid;
5. Vragenlijsten zijn objectief;
6. De scores op de vragenlijsten worden uitgedrukt in normen (bijvoorbeeld, normgroep voor eerstelijnscliënten).

Volgens Holi (2003) worden vragenlijsten in de klinische setting gebruikt om

1. Karakteristieken van individuen te screenen en te identificeren;
2. Als aanvulling op andere diagnostische methoden de onderzoeker te helpen bij het vinden van de juiste diagnose;
3. De onderzoeker te helpen klinische kenmerken te identificeren ten einde een keuze te kunnen maken voor behandeling (indicatiestelling);
4. Effecten van behandeling (voor- en nadelen) te bepalen (follow up metingen ten einde veranderingen in symptomatologie te bepalen; evaluatie; zie ook: hoofdstuk III);
5. Andere redenen, bijvoorbeeld het bepalen van de prognose of voor administratieve doeleinden.

Volgens Holi (2003) kunnen vragenlijsten voor de cliënt in vergelijking met ongestructureerde methoden van onderzoek de kwaliteit van de informatieverzameling verbeteren, het categoriseren en het rapporteren van de informatie vergemakkelijken. Nadelige aspecten van de afname van vragenlijsten kunnen de kosten of negatieve consequenties van mogelijk ondeugdelijke rapportage zijn. Toch blijven er aan vragenlijsten altijd nadelen verbonden, zoals het feit dat ook diagnostici mensen zijn en dus fouten kunnen maken. De taak van de diagnosticus is echter deze foutenmarge, bijvoorbeeld in de vorm van foreclosure (het voortijdig stoppen met het zoeken naar verschillende verklaringen voor het probleemgedrag), in het belang van het welzijn van de cliënt zoveel mogelijk te verkleinen.

De Nederlandse Verkorte MMPI (NVM), de Nederlandse Persoonlijheids-vragenlijst (NPV), de Utrechtse Coping Lijst (UCL), de Symptom Checklist (SCL-90) en de herziene Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2), zijn voorbeelden van vragenlijsten welke veel gebruikt worden in de eerstelijnspraktijk. De Negativisme-Psychopathologie-Somatisatie-Test (NPST) is de recente vervanger van de NVM. De afname van vragenlijsten kost weinig tijd en de scoring en interpretatie is relatief eenvoudig (afname en scoring is papier- of potloodtests of per computer mogelijk). Hiermee zijn juist de inzet van een beperkt aantal vragenlijsten voor de ELP bij uitstek geschikt om te gebruiken tijdens de fase van taxatie en intake of nameting (evaluatie). Tenslotte: de ELP moet voldoen aan de criteria van snelheid en doelgerichtheid (zie: hoofdstuk I). Het is daarbij belangrijk over goed bruikbare en gevalideerde instrumenten te beschikken waarmee een bijdrage verkregen kan worden de vijf basisvragen te beantwoorden.

Voor het beantwoorden van de onderkenningsvraag kan de ELP naast de gegevens uit het taxatiegesprek de uitslagen van de vragenlijst SCL-90, als multidimensionele klachtenlijst, gebruiken. Deze vragenlijst bestrijkt een belangrijk deel van de klachten die men bij de onderzochte cliënt kan aantreffen. De combinatie van de gegevens uit het taxatiegesprek en de SCL-90 kan een inschatting geven van de ervaren pathologie in de huidige onderzoekssituatie. (Wat is er aan de hand? Hoe ernstig zijn de klachten?). Men kan voor de verdere probleemanalyse en het beantwoorden van de onderkenningsvraag coping meten met de UCL (de Raedt & Schacht, 2003).

De onderzoeksmiddelen voor het beantwoorden van de verklaringsvraag zijn vragenlijsten die zich kunnen richten op verklaringsfactoren en hun inducerende of continuerende functie, zoals het functioneren van het sociale systeem, de copingstrategie of persoonlijkheidseigenschappen van de cliënt. De copingstrategie, bijvoorbeeld de mate waarin de cliënt steun zoekt bij andere mensen, kan bepaald worden met de UCL. De eigenschappen van de persoonlijkheid, bijvoorbeeld extraversie, negativisme of dogmatisme, kunnen met vragenlijsten als de NVM, NPST en NPV worden bepaald.

De predictievraag kan beantwoord worden door vragenlijsten die een substantiële predictieve validiteit bezitten (Vertommen et al., 2002). De NPV is voorbeeld van een vragenlijst met goede predictief valide eigenschappen (Luteijn, Starren & van Dijk, 2000). Ook de SCL-90 is een voorbeeld van een vragenlijst met mogelijkheden uitspraken te doen over het probleemgedrag in de toekomst. Het is bijvoorbeeld

mogelijk met de uitslag van deze vragenlijst een kansuitspraak te doen over het gevaar op suicide (item 15 van de vragenlijst) bij een depressieve of angstige cliënt. De evaluatie-vraag (In hoeverre zijn de problemen afdoende verholpen?) kan ook beantwoord worden door de afname van een SCL-90. Deze vragenlijst is bij uitstek geschikt voor de evaluatie van behandelingsresultaten (Arrindell & Ettema, 2003).

Na de interpretatie van de vragenlijsten aan de hand van de normgegevens en gegevens van de betekenis van de diverse schalen uit de handleidingen van de betreffende vragenlijsten, kan men dit verkregen materiaal vergelijken met de vooropgestelde toetsingscriteria ten aanzien van de gestelde hypothesen. Het opstellen van vooropgestelde toetsingscriteria zijn noodzakelijk om de interpretatiedrift van de psycholoog en oordeelsfouten te voorkomen. Men heeft aldus de plicht zich vooraf uit te spreken (Vertommen et al., 2002; Ter Laak & de Goede, 2003). Doet men dit niet, dan is de kans groot dat de ELP kan gaan ‘hineininterpretieren’ (Vertommen et al., 2002) als een bevestiging van de gestelde hypothese. Bijvoorbeeld indien de ELP als verklaringfactor de dogmatische persoonlijkheid van de cliënt wil onderzoeken en hij heeft bij de keus van de instrumenten besloten de NPV af te nemen, dan moet de ELP, voorafgaand aan de afname van de NPV, bepalen op grond van welke informatie er sprake is van een dogmatische persoonlijkheid. Hierbij is kennis van de wetenschappelijk onderzoek met de NPV onontbeerlijk.

Na het taxatiegesprek en de afname van vragenlijsten probeert de ELP te komen tot een samenvattende argumentatie, waarna hij overgaat tot de indicatie. Hierbij gaat het over de vraag of de cliënt een behandeling nodig heeft en zo ja, welke behandeling en hulpverlener en welke setting (eerste-, tweede of derdelijnszorg) het meest geschikt is voor deze cliënt met dit probleem (Vertommen et al., 2002). Na een (terug)rapportage van de conclusies door de ELP en de oriëntatie van het cliëntperspectief, wordt een keuze gemaakt uit een aantal aangeboden mogelijkheden. Hierbij dient men rekening te houden met de geschiktheidsvereisten voor behandelingen en behandelaars, de kennis over het relatieve nut van behandelingen en kennis over de aanvaarding van de indicatie door de cliënt (Vertommen et al., 2002).

De keuze van de juiste onderzoeksmiddelen is aldus een belangrijk onderdeel binnen het diagnostisch proces. Deze keuze wordt door de ELP overwegend bepaald door de aard van de (hulp of verwijzers)vraag, door efficiëntie-overwegingen, de kennis over de onderzoeksmiddelen en de betrouwbaarheid en validiteit van de

vragenlijsten. Voor informatie over de psychometrische eigenschappen van vragenlijsten of tests kan de ELP terecht in de Documentatie van tests en testresearch in Nederland (Evers, van Vliet-Mulder & Groot, 2000). Hierin vindt de ELP de testbeschrijvingen en testresearch van diverse vragenlijsten of tests met alle benodigde informatie over de testconstructie, kwaliteit van het testmateriaal, kwaliteit van de handleiding, normen, betrouwbaarheid en validiteit.

In het volgende hoofdstuk, hoofdstuk IV, wordt de methode van onderzoek aan de hand van de beschrijving van de diverse proefgroepen van eerstelijnscliënten en de gebruikte vragenlijsten beschreven.

## Hoofdstuk IV

### De resultaten van een eerste onderzoek bij 525 eerstelijnscliënten

In dit hoofdstuk wordt een onderzoek bij 525 eerstelijnscliënten uit diverse eerstelijnspraktijken in Nederland met de NPV, NVM, SCL-90 en UCL beschreven<sup>2</sup>. Het onderzoek bij deze proefgroep levert onderzoeksresultaten over de psychometrische kwaliteiten van de vragenlijsten NVM, NPV, UCL en SCL-90. Het onderzoek levert daarnaast een bijdrage aan de beschrijving van de karakteristieken van de eerstelijnscliënt. Zie verder voor een algemene inleiding en een beschrijving van de kenmerken en werkwijze van de eerstelijnspsycholoog de hoofdstukken I en II.

#### 4.1 Methode

##### 4.1.1 Proefgroep en procedure

De proefgroep bestaat uit 525 cliënten die ten tijde van het onderzoek onder behandeling waren bij eerstelijnspsychologenpraktijken (Kloens et al., 2002). Meer dan dertig ELP-en uit 15 psychologenpraktijken verspreid over het hele land hebben onderzoeksgegevens geleverd. Alle ELP-en hadden ervaring in de eerstelijnspsychologie en werkten volgens de werkwijze zoals omschreven in hoofdstuk II. De onderzoeksgegevens zijn verzameld in de periode 1997 tot en met 2003. Bij deze cliënten werd tijdens de intake een standaardbatterij vragenlijsten afgenomen, met daarin onder andere de NPV, NVM, UCL en SCL-90. Daarnaast werd aan de cliënten gevraagd om schriftelijk toestemming te geven deze gegevens te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek.

De uiteindelijke proefgroep van 525 cliënten 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 4.1.

---

<sup>2</sup> Gepubliceerd in *Diagnostiek-Wijzer* (Kloens et al., 2002)

**Tabel 4.1. Enkele biografische gegevens van de proefgroep.**

Variabele	Categorie	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 sexe en leeftijd goed overeen met wat gangbaar is binnen de eerstelijnspsychologie (Verhaak et al., 1995; Groen, 2000). De huidige proefgroep kent daarentegen relatief veel lager opgeleiden en wijkt daarmee volgens Verhaak et al. (1995) iets af van wat gewoon is binnen de eerstelijnspsychologie. De verdeling naar schoolopleiding binnen het huidige onderzoek komt wel overeen met de gegevens uit een eerder Trimbos-onderzoek in de eerstelijns (Groen, 2000).

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 (38.7%) 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 cliënten waren tevens diagnoses bekend op As-1 van de DSM-IV (APA, 1994). Deze diagnoses werden vervolgens gegroepeerd tot acht verschillende hoofdclusters (zie Tabel 4.2).

**Tabel 4.2. Diagnoses van de cliënten volgens DSM-IV.**

<b>Diagnose</b>	<b>Aantal</b>	<b>Percentage</b>
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 4.2 valt af te lezen dat de meerderheid van de cliënten zich heeft aangemeld met depressieve klachten (28.8%), relatie- en gezinsproblematiek (27.0%), aanpassingsproblemen (16.6%) en angstproblematiek (13.0%). Deze problemen zijn de meest voorkomende problemen binnen de eerstelijnspsychologie (Buitink, 2000). Naast de diagnose op As-1 van de DSM-IV was van de cliënten tevens bekend of er eveneens sprake was van persoonlijkheidsproblematiek (DSM-IV, As-2). Bij de meerderheid van de cliënten bleek naast As-1 problematiek ook sprake te zijn van persoonlijkheidsproblematiek (zie Tabel 4.2).

## 4.1.2 Instrumenten

### 4.1.2.1 Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV)

De NPV (Luteijn, Starren & Van Dijk, 2000) is de meest gebruikte persoonlijkheidsvragenlijst binnen het Nederlandse taalgebied. De NPV werd begin jaren '70 ontwikkeld met als uitgangspunt om alle relevante persoonlijkheidseigenschappen te meten. Tegenwoordig wordt de NPV in verschillende praktijkgebieden gebruikt, zoals de 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, Evers et al., 2000). Uit factoranalytisch onderzoek blijkt dat aan de NPV-schalen drie dimensies of factoren ten grondslag te liggen: Neuroticisme versus emotionele stabiliteit (hoog IN, VE, laag ZW), Extraversie versus Introversie (laag SI, hoog DO) en Dogmatisme versus Vriendelijkheid (hoog RG, VE en ZE; Luteijn et al., 1985). De correlaties van NPV-schalen met enkele biografische gegevens laten zien dat:

1. Mannen hoger scoren op Dominantie (DO) dan vrouwen;
2. Hoger opgeleiden hoger scoren op Dominantie (DO) dan lager opgeleiden;
3. Ouderen scoren hoger op Rigiditeit (RG) dan jongeren;
4. Lager opgeleiden hoger scoren op Rigiditeit (RG), Verongelijkheid (VE) en Zelfgenoegzaamheid (ZE) dan hoger opgeleiden.

In Nederland is in de klinische psychologie met de NPV zeer veel predictief validiteitsonderzoek verricht. De resultaten gaan veelal in de verwachte richting en zijn soms verrassend te noemen door de sterkte van de gevonden verbanden. Wanneer deze verbanden worden uitgedrukt in regressie- of correlatiecoëfficiënten, dan ligt de meerderheid van die indices tussen de .40 en .60 (Luteijn et al., 2000). De volgende gerepliceerde resultaten worden gerapporteerd:

1. Patiënten, cliënten en gezonde personen met hoge scores op de neuroticismefactor zijn meer en vaker ziek (psychisch, psychosomatisch of lichamelijk), revalideren moeilijker en zullen daardoor meer (medische) zorg nodig hebben;
2. Hoge Sociale Inadequatie (SI)- scores gaan ook vaak samen met het ontwikkelen van psychische klachten;
3. Daarentegen zullen hoge Zelfwaardering (ZW)-scores vaak samengaan met toekomstig levensgeluk;
4. Ook een grotere gelijkheid van NPV-scores bij (samenwonende) partners gaat samen met meer levensgeluk;
5. Bij werknemers kunnen hoge Inadequatie (IN)-scores, Sociale Inadequatie (SI)-scores, Verongelijkheid (VE)-scores, Rigiditeit (RG)-scores én lage Zelfwaardering (ZW)-scores helpen bij het diagnostiseren van burnout;
6. Hoge scores op de factor Dogmatisme (hoge scores op de schalen Rigiditeit, Verongelijkheid en Zelfgenoegzaamheid) zijn in het algemeen een slecht voorteken voor het met succes volgen van therapie;
7. In het algemeen is te verwachten dat personen die hoog scoren op de dimensies of factoren Neuroticisme, Introversie en Dogmatisme meer psychische en lichamelijke klachten zullen krijgen, minder levensgeluk zullen kennen en moeilijker te helpen zullen zijn bij het oplossen van hun problemen (Luteijn et al., 2000).

De NPV kent vijf verschillende normtabellen: algemeen (n = 8826), selectie (n = 4254), psychiatrie (n = 2602), eerstelijnspatienten (n = 873) en somatische patienten (n = 1001; zie Luteijn et al., 2000). Voor het onderzoek van een beperkt aantal kenmerken van de persoonlijkheid is de NPV al met al een betrouwbaar en valide instrument (Luteijn et al., 2000). In vergelijking met andere in Nederland beschikbare persoonlijkheidsvragenlijsten is de NPV een goed alternatief (Evers et al., 2000).

De beoordeling van de COTAN van de NPV uit 2004 is goed tot voldoende.

#### *4.1.2.2 Nederlandse Verkorte MMPI (NVM)*

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 verkorte versie van de korte boekjesvorm van de MMPI (vorm c; 432 items). 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 (Barelds & Luteijn, 2003; Luteijn & Kok, 1985, Evers et al., 2000). De interne consistentie van de vijf schalen van de NVM is redelijk tot goed te noemen. De stabiliteit blijkt over langere tijdsintervallen bevredigend. Onderzoek bij psychiatrische patiënten, (psycho)somatische patiënten en personen uit de algemene Nederlandse bevolking laat de volgende resultaten zien:

1. Psychiatrische patiënten scoren op de Negativisme (NEG)-schaal en Ernstige Psychopathologie (PSY)-schaal hoger dan (psycho)somatische patiënten en personen in het algemeen;
2. Psychiatrische- en (psycho)somatische patiënten scoren hoger op de Somatisatie (SOM)-schaal in vergelijking met personen in het algemeen;
3. Psychiatrische patiënten scoren hoger dan (psycho)somatische patiënten op de Verlegenheid (VERL)-schaal en deze beide groepen mensen scoren hoger in vergelijking met personen in het algemeen;
4. De Verlegenheid (VERL)-schaal kan als een parallel-test van de Sociale Inadequatie (SI)-schaal van de NPV worden beschouwd.

In het algemeen kan worden opgemerkt dat de gevonden samenhangen met biografische variabelen niet erg hoog zijn en zo ze al significant zijn, zelden waarden boven de .30 bereiken (Luteijn & Kok, 1985). Een onderzoek van Barelds & Luteijn (2003) in de algemene bevolking laat zien dat de sterkste verbanden worden gevonden voor leeftijd en opleidingsniveau. Jongeren scoren hoger op Negativisme (NEG) en Extraversie (EX), terwijl lager opgeleiden hoger scoren op Somatisatie (SOM) en Ernstige Psychopathologie (PSY). Nader onderzoek (Barelds & Luteijn, 2003) van de relaties met neventests laat zien dat Negativisme (NEG) vooral sterk samenhangt met verschillende maten voor neuroticisme, onder andere gemeten met de NPV. Somatisering blijkt vooral sterk samen te hangen met de Somatisatie-schaal van de SCL-90. De validiteit van de NVM-schaal Verlegenheid wordt in sterke mate ondersteund door de sterke verbanden met de verschillende maten voor Extraversie, onder andere gemeten met de NPV.

De NVM dekt in combinatie met de NPV als persoonlijkheidsvragenlijst voldoende persoonlijkheidsdimensies in een klinische setting en ten aanzien van de volledige MMPI is de NVM, in psychometrische zin, een aanzienlijke verbetering (Luteijn & Kok, 1985). De NVM heeft normtabellen voor de algemene bevolking (n = 809), psychiatrie (n = 894), en somatische patiënten (n = 455; Luteijn & Kok, 1985).

De beoordeling van de COTAN van de NVM is goed tot voldoende, behalve voor de criteriumvaliditeit (onvoldoende; geen onderzoek in handleiding).

De NVM is in januari 2004 door de uitgeverij uit de handel genomen en vervangen door de NPST (zie hoofdstuk VII).

#### *4.1.2.3 Utrechtse Coping Lijst (UCL)*

De UCL (Schreurs, Van de Willige, Tellegen & Brosschot, 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:

1. Actief aanpakken (ACT; 7 items);
2. Palliatieve reactie (PAL; 8 items);
3. Vermijden (VER; 8 items);
4. Sociale steun zoeken (SOC; 6 items);
5. Passief reactiepatroon (PAS; 7 items);
6. Expressie van emoties (EXP; 3 items);
7. Geruststellende gedachten (GER; 5 items).

De UCL beschikt over matige tot redelijke psychometrische kwaliteiten (Evers et al., 2000). De interne consistentie van de schalen van de UCL is redelijk tot goed (Schreurs et al., 1993). De stabiliteitscoëfficiënten zijn redelijk hoog hetgeen erop wijst dat met de UCL-schalen redelijk stabiele eigenschappen gemeten kunnen worden. De UCL-schalen nemen een tussenpositie in tussen 'trait' en 'stait' maten, wat overeenkomt met de theoretische opvatting over coping als een bepaalde

persoonlijkheidsstijl (Schreurs et al., 1993). Onderzoek naar de samenhangen met biografische variabelen (Schreurs et al., 1993) laat zien dat:

1. Vrouwen in vergelijking met mannen vaker gebruik lijken te maken van de copingstrategieën sociale steun en afleiding zoeken, zoals gemeten kan worden met de UCL-schalen Sociale steun (SOC) en Palliatieve reactie (PAL);
2. Mannen scoren relatief hoger op de schaal Actief aanpakken (ACT), al blijken mannen op latere leeftijd problemen gemiddeld minder actief aan te pakken dan mannen op jongere leeftijd;
3. Oudere mannen blijken ook meer gebruik te maken van Geruststellende gedachten (GER) als coping;
4. Vrouwen blijken op latere leeftijd gemiddeld vaker de copingstrategieën Palliatieve reactie (PAL), Vermijden (VER), Passief reactiepatroon (PAS) en Geruststellende gedachten (GER) te hanteren in vergelijking met jongere vrouwen;
5. Personen met een relatief lage opleiding hebben een gemiddeld lagere score op de schalen Actief aanpakken (ACT) en Sociale steun (SOC).

Onderzoek naar verbanden van enkele schalen van de UCL met neventests laat zien dat de schaal Actief aanpakken (ACT) een positief verband kent met zelfwaardering en adequaat functioneren en een negatief verband kent met neuroticisme en depressieve- en insufficiëntie- gevoelens. Een hogere score op de UCL-schaal Palliatieve reactie (PAL) gaat samen met hogere scores voor angst, inadequatie, neuroticisme en psychopathologie. Vermijden (VER) gaat samen met gevoelens van (sociale) inadequatie, een lage zelfwaardering, meer angst en psychisch en lichamelijk onwelbevinden. Passief reactiepatroon (PAS) gaat samen met een sterk ervaren psychopathologie als state, zoals gemeten met de SCL-90. Onderzoek naar de predictieve validiteit laat zien dat de UCL-schalen beschouwd kunnen worden als indicatoren van psychische gezondheid; een actieve manier van omgaan met problemen en gebeurtenissen lijkt superieur aan een reactieve passieve wijze van coping.

De UCL heeft normtabellen voor mannen (n=1493) en vrouwen (n=712), die weer zijn ingedeeld naar leeftijd. Daarnaast zijn er aanvullend aparte normtabellen voor scholieren (n=749) en studenten (n=55)<sup>3</sup>.

De beoordeling van de COTAN van de UCL uit 1994 is goed tot onvoldoende. Alleen voor de normen is een onvoldoende beoordeling gegeven.

#### 4.1.2.4 *Symptom CheckList (SCL-90)*

De SCL-90 is een multidimensionele klachtenlijst die vaak wordt gebruikt als meetinstrument voor de ervaren mate van psychopathologie (als toestandsbeeld) en voor de evaluatie van interventies (Arrindell & Ettema, 2003). De SCL-90 meet de mate waarin iemand gedurende de afgelopen week last heeft gehad van bepaalde psychische en lichamelijke klachten. De SCL-90 kent een afnametijd van ongeveer twintig minuten. De vragenlijst is geschikt voor afname van iedereen van twaalf jaar en ouder die testbaar is en de Nederlandse taal goed beheerst.

De items van de SCL-90 zijn afkomstig uit diverse vragenlijsten, onder andere de Hopkins Symptom Checklist (HSCL), waarna de definitieve vaststelling heeft plaatsgevonden in 1973 door Derogatis, de auteur van de HSCL. De SCL-90 bestaat in zijn huidige versie uit 90 items die worden beantwoord op een vijfpuntsschaal (1 = helemaal niet, 2 = een beetje, 3 = nogal, 4 = tamelijk veel, 5 = heel erg). De vragenlijst bestrijkt een belangrijk deel van de klachten die men zowel bij psychiatrische patiënten al bij eerstelijnscliënten kan aantreffen. De items van de SCL-90 zijn verdeeld over acht schalen:

1. Angst (ANG; 10 items);
2. Agorafobie (AGO; 7 items);
3. Depressie (DEP; 16 items);
4. Somatische Klachten (SOM; 12 items);
5. Insufficiëntie van denken en handelen (IN; 9 items);
6. Wantrouwen en Interpersoonlijke Sensitiviteit (SEN; 18 items);

---

<sup>3</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).

7. Woede-Hostiliteit (HOS; 6 items);
8. Slaapproblemen (SLA, 3 items).

Daarnaast kan een totaalscore over alle 90 items worden berekend, die de algemene mate voor het psychoneurotische- somatisch niet-welbevinden (Psychoneuroticisme; PSNEUR) weergeeft. De SCL-90 heeft in de huidige herziene uitgave zes normgroepen. Naast normscores voor poliklinische psychiatrie patiënten (n = 5658) en de gewone bevolking (n = 2368) zijn er thans ook normscores beschikbaar voor cliënten uit eerstelijnspsychologen-praktijken (n = 600), patiënten uit huisartsenpraktijken (n = 925), klinisch verslaafden (n = 1570) en patiënten die ambulant in behandeling zijn voor chronische benigne pijn (n = 2458).

De SCL-90 beschikt over goede psychometrische kwaliteiten (Arrindell & Ettema, 2003; Evers et al., 2000). De Nederlandse schaalindeling van de SCL-90 blijkt over de tijd heen als invariant geconfirmeerd (Arrindell & Ettema, 2003). De schalen hebben grotendeels een goede interne consistentie ( $> .80$ ), waarbij die van de schalen Depressie, Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit én Psychoneuroticisme uitmuntend zijn te noemen ( $> .90$ ). De stabiliteit van de schalen is hoog. De SCL-90 is niet of nauwelijks gevoelig voor achtergrondvariabelen als leeftijd, geslacht en schoolopleiding.

De beoordeling van de COTAN van de SCL-90 uit 1988 is voldoende tot goed.

## 4.2 Resultaten

### 4.2.1 De analyses per vragenlijst

#### 4.2.1.1 De analyse van de 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 4.3).

**Tabel 4.3. Interne consistenties en intercorrelaties van de NPV-schalen.**

	<b>IN</b>	<b>SI</b>	<b>RG</b>	<b>VE</b>	<b>ZE</b>	<b>DO</b>	<b>ZW</b>
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
A	.88	.86	.72	.81	.65	.74	.77
$\alpha^*$	.86	.86	.81	.78	.70	.74	.74

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

Uit Tabel 4.3 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 4.4).

**Tabel 4.4. Correlaties tussen de NPV-schalen en biografische variabelen.**

	<b>Geslacht</b>	<b>leeftijd</b>	<b>schoolopleiding</b>
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 eerstelijnscliënten (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 eerstelijnscliënten (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 eerstelijnscliënten 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 4.5).

**Tabel 4.5. Gemiddelden van de NPV-schalen (standaarddeviaties tussen haakjes).**

	<b>eerstelijns</b> (dit onderzoek)	<b>algemeen</b>	<b>eerstelijns*</b>	<b>psychiatrie</b>
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)

\* eerstelijnscliënten volgens de handleiding van de NPV.

De gemiddelde NPV-scores van de huidige groep eerstelijnscliënten komen sterk overeen met de scores van de normgroep eerstelijns (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 eerstelijnscliënten op verongelijkheid (VE) ongeveer hetzelfde scoren als de normgroep algemeen. Verder scoren eerstelijnscliënten iets lager op zelfgenoegzaamheid en dominantie dan de normgroep algemeen en psychiatrie. Tot slot valt op dat de gemiddelde score op zelfwaardering (ZW) bij eerstelijnscliënten vooral sterk overeenkomt met de normgroep psychiatrie. Geconcludeerd kan worden

dat de NPV-scores van eerstelijnscliënten over het algemeen ergens tussen de normgroep algemeen en psychiatrie in liggen

#### 4.2.1.2 De analyse van de 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 4.6).

**Tabel 4.6. 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 eerstelijnscliënten, 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 eerstelijnscliënten 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 onderling.

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

**Tabel 4.7. Correlaties tussen de NVM-schalen en biografische variabelen.**

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

\*  $p < .05$

Uit Tabel 4.7 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 eerstelijnscliënten 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 4.8).

**Tabel 4.8. Gemiddelden van de NVM-schalen (standaarddeviaties tussen haakjes).**

	<b>eerstelij</b>	<b>algemeen</b>	<b>psychiatrie</b>
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 eerstelijnscliënten verschillen duidelijk van die van de normgroep algemeen. Op negativisme (NEG), somatisatie (SOM) en

verlegenheid (VERL) zijn de scores van eerstelijnscliënten vergelijkbaar met die van de normgroep psychiatrie. Eerstelijnscliënten scoren op genoemde schalen gemiddeld iets lager dan psychiatrisch patiënten. Op de schaal ernstige psychopathologie (PSY) zijn de scores van eerstelijnscliënten juist vergelijkbaar met de normgroep algemeen. Psychiatrisch patiënten scoren op deze schaal gemiddeld hoger dan eerstelijnscliënten. Op extraversie (EX) tenslotte wijken de scores van eerstelijnscliënten af van bestaande normgroepen: eerstelijnscliënten scoren lager op extraversie dan de normgroep algemeen en psychiatrie. De gevonden resultaten geven aan dat een aparte normering van de NVM voor eerstelijnscliënten wenselijk is, aangezien de scores van eerstelijnscliënten afwijken van zowel de normgroep algemeen als de normgroep psychiatrie.

#### 4.2.1.3 De analyse van de 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 4.9).

**Tabel 4.9. 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 eerstelijnscliënten, rechtsboven mediaan correlaties volgens de handleiding van de SCL-90;

\* mediaan alfa volgens de handleiding van de SCL-90.

Uit Tabel 4.9 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 4.10).

**Tabel 4.10. 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 enkele lege 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 eerstelijns-patiënten op de SCL-90 berekend en vergeleken met de gegevens van bestaande normgroepen (zie Tabel 4.11).

**Tabel 4.11. Gemiddelden van de SCL-90 (standaarddeviaties tussen haakjes).**

	<b>eerstelij</b>	<b>algemeen</b>	<b>psychiatrie</b>
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 eerstelijnscliënten liggen tussen de gemiddelde scores van psychiatrisch patiënten en de normale bevolking in. Op sommige schalen, met name Depressie (DEP), Insufficiëntie (IN) en Sensitiviteit (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 eerstelijnscliënten zinvol is.

#### *4.2.1.4 De analyse van de 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 4.12).

**Tabel 4.12. 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 eerstelijnscliënten, rechtsboven handleiding UCL; \* alfa's bij NS-personeel (n = 1200).

De intercorrelaties van de eerstlijnsgroep 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 de schalen vermijden (VER) en sociale steun zoeken (SOC) en geruststellende gedachten (GER) af van eerder gevonden correlaties: in het huidige onderzoek blijkt de schaal Vermijden (VER) negatief samen te hangen met de schaal sociale steun (SOC  $r = -.25$  versus  $r = .03$ ) in eerder onderzoek met de UCL. Er blijkt geen verband te zijn tussen Vermijden (VER) en Geruststellende gedachten (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 4.13).

**Tabel 4.13. Correlaties tussen de UCL-schalen en enkele biografische variabelen.**

	<b>geslacht</b>	<b>leeftijd</b>	<b>schoolopleiding</b>
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 gevonden wordt. Zo blijkt in de huidige onderzoeksgroep leeftijd negatief samen te hangen met de schaal Palliatieve reactie (PAL): ouderen zoeken minder snel afleiding dan jongeren. Verder wordt in het huidige onderzoek geen verband tussen leeftijd en de schaal 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 eerstelijnscliënten de schaal Palliatieve reactie (PAL) te corrigeren voor leeftijd.

Tenslotte werden de gemiddelden en standaarddeviaties van de eerstelijnscliënten op de UCL-schalen berekend en vergeleken met gegevens van de normgroep mannen en vrouwen (zie Tabel 4.14).

**Tabel 4.14. Gemiddelden van de UCL-schalen (standaarddeviaties tussen haakjes).**

	<b>eerstelij</b>	<b>mannen</b>	<b>vrouwen</b>
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 4.14 blijkt dat eerstelijnscliënten op verschillende schalen anders scoren dan de normgroepen mannen en vrouwen van de UCL. Eerstelijnscliënten 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 eerstelijnscliënten zinvol is.

#### *4.3 De conclusies van de analyses per vragenlijst*

In het eerste deel van de resultaten werden de NPV, NVM, SCL-90 en de UCL afzonderlijk geanalyseerd binnen een groep eerstelijnscliënten. 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 de zinvolheid van het gebruik van deze vragenlijsten binnen de eerstelijns.

Met betrekking tot de gemiddelde scores op de schalen van deze vier vragenlijsten valt op dat eerstelijnscliënten op alle vragenlijsten afwijkend scoren in vergelijking met de algemene bevolking. Overwegend vallen de gemiddelde scores van eerstelijnscliënten 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 eerstelijnscliënten. De NPV (Luteijn et al., 2000) heeft inmiddels al een aparte normtabel voor eerstelijnscliënten (zie ook Barelds & Jonker, 2002). De gegevens uit die normtabel worden door de resultaten uit het huidige onderzoek ondersteund.

#### *4.4 De 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.

##### *4.4.1 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 4.15-4.17). In Tabel 4.15 staan de correlaties tussen enerzijds de NPV en anderzijds de NVM, SCL-90 en UCL. In Tabel 4.16 staan de correlaties tussen enerzijds de NVM en anderzijds de SCL-90 en UCL, terwijl in Tabel 4.17 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 4.15-4.17 vermeld. De multiële correlaties in Tabel 4.16 en 4.17 geven aan in welke mate de genoemde schalen door de overige vragenlijsten, inclusief NPV (Tabel 4.16) of inclusief NPV en NVM (Tabel 4.17) worden voorspeld.

**Tabel 4.15. Pearson correlaties tussen enerzijds de NPV en anderzijds de NVM, SCL-90 en UCL.**

	NVM					SCL-90								UCL							R <sup>2</sup>
	NEG	SOM	VERL	PSY	EX	ANG	AGO	DEP	SOM	IN	SEN	HOS	SLA	ACT	PAL	VER	SOC	PAS	EXP	GER	
In	.59*	.54*	.46*	.33*	-.10*	.55*	.42*	.68*	.51*	.64*	.3*	.52*	.31*	-.38*	.19*	.26*	-.08	.72*	.14*	-.18*	71*
si	.28*	.33*	.81*	.16*	-.46*	.32*	.35*	.37*	.27*	.36*	.4*	.17*	.22*	-.28*	-.05	.35*	-.24*	.45*	-.07	-.12*	75*
rg	-.06	.25*	.21*	.17*	-.15*	.25*	.26*	.19*	.25*	.22*	.2*	.09	.11*	-.12*	-.03	.10*	-.10*	.20*	.03	-.05	20*
ve	.42*	.34*	.31*	.46*	-.09*	.26*	.27*	.30*	.31*	.30*	.4*	.32*	.13*	-.15*	.07	.20*	-.19*	.33*	.22*	-.5	44*
ze	.06	.05	.06	.18*	-.09*	.04	.07	.02	.07	.01	.8	.10*	-.04	.06	-.03	.24*	-.25*	-.01	.15*	-.02	24*
do	.08	-.11*	-.46*	.10*	.34*	-.16*	-.15*	.19*	-.08	.17*	.3*	.09	-.14*	.37*	.07	.19*	.09	-.22*	.28*	.12*	42*
zw	-.37*	-.36*	-.41*	-.11*	.37*	-.32*	-.30*	.49*	-.31*	.51*	.8*	.28*	-.24*	.45*	.02	.20*	.11*	-.54*	.00	.31*	54*

\* p < .05

**Tabel 4.16. Pearson correlaties tussen enerzijds de NVM en anderzijds de SCL-90 en de UCL.**

	SCL-90								UCL						R <sup>2</sup>	
	ANG	AGO	DEP	SOM	IN	SEN	HOS	SLA	ACT	PAL	VER	SOC	PAS	EXP		GER
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 4.17. 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*	

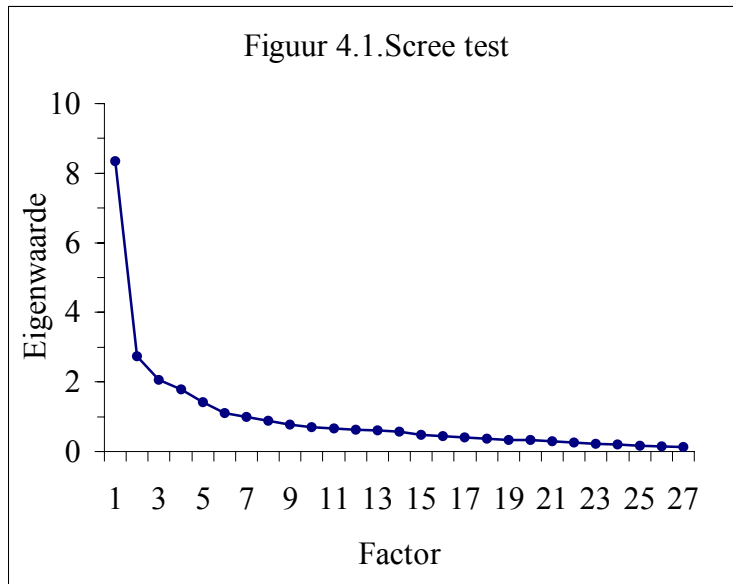
\* p &lt; .05

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 (PAS), 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.

#### 4.4.2 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 4.1). 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 4.18).



**Tabel 4.18. Geroteerde factorstructuur van de NPV, NVM, SCL-90 en de UCL (absolute ladingen  $\geq .30$ ; primaire factorladingen cursief).**

NPV	Factor						$h^2$
	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 Wantrouwen en Interpersoonlijke Sensitiviteit en Woede-Hostiliteit en verder een primaire factorlading van de Somatische Klachten 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. Cliënten 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 cliënten 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. Cliënten 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. Cliënten 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 cliënten 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 cliënten

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 4.18 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*. Cliënten 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*. Cliënten 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.

#### 4.4.3 Conclusies correlaties en factoranalyse

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:

1. Algemene psychopathologische klachten;
2. Negativisme/vijandigheid;
3. Introversie-extraversie;
4. Dogmatisme;
5. Probleemgerichte coping;
6. 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.

#### *4.5 De relaties met klinische variabelen*

Om te onderzoeken in welke mate de vier vragenlijsten uit het huidige onderzoek groepen cliënten met verschillende diagnoses van elkaar kunnen onderscheiden werden factorscores berekend voor de 6 factoren uit Tabel 4.18. 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 4.2) 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 As-1 en As-2 diagnose. Dit wil zeggen dat er geen verschil is tussen cliënten 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 4.19 staan de gemiddelde scores van de verschillende groepen op de 6 factoren en de PSY-schaal vermeld.

**Tabel 4.19. 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 4.19 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 cliënten 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 4.19 dat vooral personen met eetproblemen erg introvert scoren (factor III), terwijl cliënten met seksuele problemen, impuls controle problematiek, relationele problemen en verslavingen overwegend extravert scoren.

Op dogmatisme (factor IV) blijken de groepen impulscontrole en verslavingsproblematiek veel hoger te scoren dan de andere groepen. Personen met relationele problemen zijn iets dogmatischer dan mensen met een depressie, angststoornis, aanpassingsstoornis, eetproblematiek of met 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.

#### *4.5.1 Conclusies relaties vragenlijsten*

Om te onderzoeken in welke mate de zes factoren die ten grondslag blijken te liggen aan de vier vragenlijsten in het huidige onderzoek groepen cliënten 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 cliënten.

Uit de variantieanalyse blijkt dat er geen verschil is tussen cliënten met of zonder persoonlijkheidsproblematiek (As-2). Wel blijken er duidelijke verschillen te zijn tussen de groepen cliënten 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 cliënten met impuls controle problematiek en verslavingsproblematiek scoren duidelijk afwijkend van de overige groepen patiënten.

Als we een typering van de diverse groepen cliënten 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 cliënten 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 impulscontrole-problemen 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).

#### *4.6 Samenvatting en discussie*

In een onderzoek bij 525 cliënten uit diverse eerstelijnspraktijken in Nederland werd de waarde van enkele vragenlijsten (de NPV, de NVM, de SCL-90 en de UCL) 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 eerstelijnscliënten op alle vragenlijsten afwijkend te scoren in vergelijking met bestaande normgroepen, wat een aparte normering voor eerstelijnspatiënten wenselijk maakt. De NVM heeft inmiddels via haar vervanger de NPST een aparte normering voor eerstelijnscliënten. Ook de NPV en de SCL-90 hebben inmiddels een aparte normering voor de eerstelijns. In Appendix I is een zeer voorlopige normtabel voor de UCL in de eerstelijns opgenomen.

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 cliënten 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 cliënten 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 en juist die cliënten welke door de ELP moeten worden doorverwezen naar de specialistische zorg van een tweede- of derdelijns instelling. 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 cliënten is nodig om hier uitsluitel over te geven. Een nadeel van dit onderzoek bij de proefgroep van 525 eerstelijnscliënten betreft het geringe aantal personen binnen de groepen van de verslavingsproblematiek en impulscontrole problematiek. Nader onderzoek bij grotere groepen, wellicht ook binnen andere settingen in de geestelijke gezondheidszorg, is wenselijk. Deze aanbeveling geldt ook voor de cliëntgroepen 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.

## Hoofdstuk V

### De resultaten van een replicatieonderzoek bij 278 eerstelijnscliënten

Het doel van het onderzoek is een replicatie van de resultaten uit het vorige hoofdstuk. Het huidige onderzoek bij deze proefgroep levert gegevens over de psychometrische kwaliteit van de vragenlijsten NVM, NPV, UCL en SCL-90. De resultaten van analyses van deze vragenlijsten per vragenlijst, de relaties tussen de vragenlijsten en de relaties met de klinische variabelen worden beschreven. Het onderzoek levert daarnaast een bijdrage aan een nauwkeuriger beschrijving van de eerstelijnscliënt. Zie verder voor een algemene inleiding en een beschrijving van de kenmerken en werkwijze van de eerstelijnspsycholoog de hoofdstukken I en II.

#### *5.1 Methode*

##### *5.1.1 Proefgroep en procedure*

De huidige proefgroep bestaat uit 278 cliënten die ten tijde van het onderzoek onder behandeling waren bij diverse eerstelijnspsychologenpraktijken in Nederland. Zie voor een algemene inleiding, de doelstellingen van het onderzoek en een beschrijving van de kenmerken en werkwijze van de eerstelijnspsycholoog de hoofdstukken I en II. Meer dan dertig ELP-en uit 15 psychologenpraktijken uit het hele land hebben onderzoeksgegevens geleverd. Alle ELP-en hadden ervaring in de eerstelijns-psychologie en werkten volgens de werkwijze zoals omschreven in hoofdstuk II. Bij deze cliënten werd zoals bij het eerste onderzoek bij 525 eerstelijnscliënten (zie hoofdstuk IV) tijdens de intake een standaardbatterij vragenlijsten afgenomen, met daarin de NPV, NVM, UCL en SCL-90. De cliënten werd gevraagd om schriftelijk toestemming te geven deze gegevens te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek. Tussen het verzamelen van de onderzoeksgegevens voor de proefgroep zoals beschreven in hoofdstuk IV en de huidige proefgroep bestaat een periode van vijf jaren.

De uiteindelijke proefgroep van 278 cliënten (zie tabel 5.1) bestaat voor 63.6% uit vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de proefgroep is 35.8 jaar (sd = 10.3, range 16-64). De meerderheid van de proefgroep is gehuwd (53.5%) en de meeste proefpersonen

hebben kinderen (55.1%;  $m = 1.3$ ,  $sd = 1.4$ , range 0-6). Met betrekking tot schoolopleiding is de proefgroep als volgt verdeeld: 25.3% MAVO/LBO of lager, 38.8% HAVO/MBO, 28.2% VWO/HBO en 7.7% Universitair niveau. 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; Kloens et al., 2002). De huidige proefgroep kent in vergelijking met eerder onderzoek in de eerstelijns relatief veel hoog opgeleiden (zie Kloens et al., 2002).

**Tabel 5.1. Enkele biografische gegevens van de proefgroep.**

Variabele	Categorie	Percentage
Geslacht	vrouw	63.6
	man	36.4
Burgerlijke staat	gehuwd	53.5
	samenwonend	12.6
	ongehuwd	29.5
	gescheiden	3.9
	weduwe/weduwenaar	0.4
Schoolopleiding	MAVO/LBO	25.3
	HAVO/MBO	38.8
	VWO/HBO	28.2
	Universitair	7.7

De meeste proefpersonen waren door de huisarts verwezen (49%). Andere proefpersonen hadden zich aangemeld uit eigen initiatief (19%), via een kennis of familielid (14%), via een kerkelijke instantie (4%), via een andere client (2%), via een andere instelling (2%), of op een andere manier (10%). Van de cliënten waren tevens diagnoses bekend op As-I van de DSM-IV (APA, 1994). Deze diagnoses werden door de ELP middels de methode van de diagnostische classificatie met behulp van de DSM-IV verkregen tijdens de intakefase van het diagnostisch proces. Deze diagnoses werden vervolgens gegroepeerd tot vier verschillende hoofdclusters (zie Tabel 5.2). Bij 35% van de proefgroep bleek naast As-I problematiek tevens sprake te zijn van persoonlijkheidsproblematiek (As-II, DSM-IV).

**Tabel 5.2. Diagnoses van de cliënten volgens DSM-IV van proefgroep drie.**

<b>Diagnose</b>	<b>Percentage</b>
relatie- en gezinsproblematiek	24
depressie	18
angstproblematiek	14
aanpassingsproblematiek	16
overige diagnoses	28
persoonlijkheidsproblematiek	35

Uit Tabel 5.2 valt af te lezen dat de meerderheid van de cliënten zich heeft aangemeld met relatie- en gezinsproblematiek (24%). Van de subgroep ‘overige diagnoses’ kreeg 29% de diagnose burnout. Naast deze diagnose kwamen binnen de subgroep ‘overige’ onder andere seksuele problemen, rouw, ADHD en psychosomatische klachten voor. Relatie- en gezinsproblematiek, depressie, aanpassingsproblemen en angstklachten, bleken ook in eerder onderzoek de meest voorkomende problemen binnen de eerstelijnspsychologie te zijn (Buitink, 2000; Kloens et al., 2002).

### *5.1.2 Instrumenten*

#### *5.1.2.1 Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV)*

Voor het huidige onderzoek worden de volgende zeven persoonlijkheidseigenschappen van de NPV gebruikt: Inadequatie (IN), Sociale inadequatie (SI), Rigiditeit (RG), Verongelijkheid (VE), Zelfgenoegzaamheid (ZE), Dominantie (DO) en Zelfwaardering (ZW). Voor een beschrijving van de NPV wordt verwezen naar hoofdstuk IV.

#### *5.1.2.2 Nederlandse Verkorte MMPI (NVM)*

Voor het huidige onderzoek worden de volgende vijf schalen van de NVM gebruikt: Negativisme (NEG), Somatisering (SOM), Verlegenheid (VERL), Ernstige

Psychopathologie (PSY) en Extraversie (EX). Voor een beschrijving van de NVM wordt verwezen naar hoofdstuk IV.

#### *5.1.2.3 Utrechtse Coping Lijst (UCL)*

Voor het huidige onderzoek worden de volgende zeven schalen van de UCL gebruikt: Actief aanpakken (ACT), Palliatieve reactie (PAL), Vermijden (VER), Sociale steun zoeken (SOC), Passief reactiepatroon (PAS), Expressie van emoties (EXP) en Geruststellende gedachten (GER). Voor een beschrijving van de UCL wordt verwezen naar hoofdstuk IV.

#### *5.1.2.4 Symptom CheckList (SCL-90)*

Voor het huidige onderzoek worden de volgende negen schalen van de SCL-90 gebruikt: Angst (ANG), Agorafobie (AGO), Depressie (DEP), Somatische Klachten (SOM), Insufficiëntie van denken en handelen (IN), Wantrouwen en Interpersoonlijke Sensitiviteit (SEN), Woede-Hostiliteit (HOS), Slaapproblemen (SLA) en Psychoneuroticisme (PSNEUR). Voor een beschrijving van de SCL-90 wordt verwezen naar hoofdstuk IV.

## *5.2 Resultaten*

### *5.2.1 Interne consistentie en intercorrelaties*

Van alle tests werd per schaal de interne consistentie bepaald (Cronbach's alfa; zie Tabel 5.3). Alfa is een ondergrens voor de betrouwbaarheid van een test. In Tabel 5.3 staan tevens de waarden voor alfa zoals gevonden in eerder onderzoek in de eerstelijns (Kloens et al., 2002) en de gemiddelde of mediaanwaarden van alfa zoals gerapporteerd in de handleidingen van de verschillende tests.

**Tabel 5.3. Interne consistenties van de NPV, NVM, SCL-90 en UCL.**

	alfa	alfa*	alfa**
<u>NPV</u>			
IN	.84	.88	.86
SI	.85	.86	.86
RG	.70	.72	.81
VE	.78	.81	.78
ZE	.70	.65	.70
DO	.71	.74	.74
ZW	.70	.77	.74
<u>NVM</u>			
NEG	.77	.79	.79
SOM	.84	.84	.85
VERL	.89	.87	.86
PSY	.70	.72	.73
EX	.76	.75	.74
<u>SCL-90</u>			
ANG	.87	.91	.88
AGO	.86	.87	.86
DEP	.91	.93	.90
SOM	.82	.87	.86
IN	.85	.86	.84
SEN	.90	.91	.92
HOS	.81	.78	.77
SLA	.77	.84	.73
PSNEUR	.97	.97	.97
<u>UCL</u>			
ACT	.81	.77	.82
PAL	.65	.70	.76
VER	.76	.69	.73
SOC	.88	.88	.75
PAS	.73	.68	.70
EXP	.63	.65	.64
GER	.71	.63	.70

\* alfa in onderzoek van Kloens et al. (2002); zie hoofdstuk IV.

\*\* (mediaan) alfa volgens de respectievelijke handleidingen

De gevonden waarden voor interne consistentie zijn voor alle vragenlijsten bevredigend te noemen. De gevonden waarden blijken nauwelijks te verschillen van de waarden zoals gevonden in eerder onderzoek in de eerstelijns en van de waarden zoals vermeld in de handleidingen van deze vier tests.

Naast de interne consistentie van de vier vragenlijsten werden tevens per vragenlijst de correlaties tussen de schalen berekend (intercorrelaties). Deze bleken bij de NVM, UCL en SCL-90 sterk overeen te komen met zowel de resultaten uit eerder onderzoek in de eerstelijns (zie hoofdstuk IV) als met de resultaten uit de respectievelijke handleidingen (tabellen 5.5, 5.6 en 5.7). Een vergelijking van de intercorrelaties van de NPV (tabel 5.4) in het huidige onderzoek in vergelijking met eerder onderzoek in de eerstelijns (zie hoofdstuk IV) laat zien dat er met name voor de schalen Inadequatie (IN) en Sociale Inadequatie (SI) verschillen bestaan.

De interne consistenties en intercorrelaties van de NPV-schalen zijn beschreven in tabel 5.4.

**Tabel 5.4. Interne consistenties en intercorrelaties van de NPV-schalen.**

	IN	SI	RG	VE	ZE	DO	ZW
IN	1.00	.47	.24	.50	.09	-.18	-.60
SI	-.57	1.00	.27	.36	.20	-.42	-.46
RG	.55	-.49	1.00	.30	.28	-.08	-.08
VE	.54	-.12	.33	1.00	.39	.12	-.20
ZE	.46	.26	-.12	.20	1.00	.19	.05
DO	.79	-.76	.56	.10	.01	1.00	.42
ZW	.26	-.42	.79	-.24	-.32	.57	1.00
$\alpha$	.85	.86	.72	.78	.67	.76	.74
$\alpha^*$	.88	.86	.72	.81	.65	.74	.77

Linksonder huidige groep eerstelijnscliënten, rechtsboven groep eerstelijnscliënten zoals beschreven in hoofdstuk IV; \* mediaan alpha volgens groep eerstelijnscliënten hoofdstuk IV.

De interne consistenties en intercorrelaties van de NVM-schalen zijn beschreven in tabel 5.5.

**Tabel 5.5. Interne consistenties en intercorrelaties van de NVM-schalen.**

	<b>NEG</b>	<b>SOM</b>	<b>VERL</b>	<b>PSY</b>	<b>EX</b>
NEG	1.00	.31	.28	.36	.09
SOM	.28	1.00	.28	.31	-.18
VERL	.22	.25	1.00	.13	-.32
PSY	.33	.35	.16	1.00	.02
EX	.17	-.05	-.34	.12	1.00
$\alpha$	.77	.84	.89	.70	.76
$\alpha^*$	.79	.84	.87	.72	.75

Linksonder huidige groep eerstelijnscliënten, rechtsboven groep eerstelijnscliënten zoals beschreven in hoofdstuk IV; \* mediaan alpha volgens onderzoek zoals beschreven in hoofdstuk IV.

De interne consistenties en intercorrelaties van de SCL-90 schalen zijn beschreven in tabel 5.6.

**Tabel 5.6. Interne consistenties en intercorrelaties van de SCL-90.**

	<b>ANG</b>	<b>AGO</b>	<b>DEP</b>	<b>SOM</b>	<b>IN</b>	<b>SEN</b>	<b>HOS</b>	<b>SLA</b>
ANG	1.00	.73	.70	.72	.65	.54	.40	.47
AGO	.65	1.00	.51	.56	.49	.48	.30	.30
DEP	.75	.45	1.00	.61	.73	.67	.47	.50
SOM	.68	.48	.58	1.00	.57	.49	.34	.52
IN	.65	.43	.68	.61	1.00	.59	.45	.43
SEN	.63	.48	.61	.50	.55	1.00	.50	.31
HOS	.35	.10	.39	.23	.35	.51	1.00	.16
SLA	.43	.26	.48	.46	.42	.22	.10	1.00
$\alpha$	.87	.86	.91	.82	.85	.90	.81	.77
$\alpha^*$	.91	.87	.93	.87	.86	.91	.78	.84

Linksonder huidige groep eerstelijnspatienten, rechtsboven groep eerstelijnscliënten zoals beschreven in hoofdstuk IV.;\* mediaan alpha groep eerstelijnscliënten zoals beschreven in hoofdstuk IV.

De interne consistenties en intercorrelaties van de UCL-schalen zijn beschreven in tabel 5.7.

**Tabel 5.7. Interne consistenties en intercorrelaties van de UCL-schalen.**

	ACT	PAL	VER	SOC	PAS	EXP	GER
ACT	1.00	-.08	-.19	.20	-.31	.01	.37
PAL	.01	1.00	.14	.15	.24	.13	.18
VER	-.28	.07	1.00	-.25	.31	-.10	.03
SOC	.21	.13	-.32	1.00	.04	.22	.11
PAS	-.35	.22	.33	-.05	1.00	.09	-.18
EXP	.05	.18	-.17	.32	.13	1.00	-.05
GER	.36	.23	.03	.10	-.16	.09	1.00
$\alpha$	.81	.65	.76	.88	.73	.63	.71
$\alpha^*$	.77	.70	.69	.88	.68	.65	.63

Linksonder huidige groep eerstelijnspatienten, rechtsboven groep eerstelijnscliënten zoals beschreven in hoofdstuk IV; \* mediaan alpha's volgens onderzoek zoals beschreven in hoofdstuk IV.

Samen ondersteunen deze resultaten de interne structuur van deze vier vragenlijsten in de eerstelijns, al zou een aanvullend onderzoek in de eerstelijns naar de intercorrelaties van de NPV wenselijk zijn om de hier gevonden verschillen te verklaren.

### 5.2.2 Gemiddelden

In de huidige proefgroep werden de gemiddelde scores op de schalen van de vier vragenlijsten berekend. Deze werden vervolgens vergeleken met waarden zoals gevonden in eerder onderzoek in de eerstelijns (zie hoofdstuk IV) en met de gemiddelde waarden voor de normgroepen Algemeen en Psychiatrie zoals beschreven in de handleidingen van de vier vragenlijsten (zie Tabel 5.8). De UCL kent geen normgroep Psychiatrie, daarom worden voor de UCL alleen de waarden voor de normgroep Algemeen (mannen en vrouwen samen) gerapporteerd.

**Tabel 5.8. Gemiddelde scores op de NPV, NVM, SCL-90 en UCL.**

	<b>Eerstelij</b>	<b>Eerstelij (zie hoofdstuk IV)</b>	<b>Normgroep Algemeen</b>	<b>Normgroep Psychiatrie</b>
<u>NPV</u>				
IN	18.5 (9.7)	20.2 (10.4)	11.4 (7.9)	24.8 (9.7)
SI	12.6 (8.3)	13.7 (8.2)	10.4 (7.0)	16.1 (7.7)
RG	26.0 (7.9)	26.7 (7.8)	27.8 (7.7)	27.4 (8.5)
VE	16.9 (7.7)	17.6 (8.0)	17.4 (6.9)	20.8 (7.2)
ZE	9.3 (4.9)	9.1 (4.7)	12.1 (5.0)	11.7 (5.2)
DO	13.1 (7.1)	11.8 (6.5)	14.2 (5.9)	13.2 (6.5)
ZW	23.1 (6.9)	20.9 (7.5)	27.9 (5.9)	20.0 (7.1)
<u>NVM</u>				
NEG	20.5 (8.1)	21.4 (8.3)	14.7 (7.7)	23.9 (9.6)
SOM	13.3 (8.8)	13.7 (9.1)	5.3 (5.3)	15.4 (9.6)
VERL	13.8 (8.7)	15.2 (8.7)	8.0 (6.4)	16.6 (8.4)
PSY	2.3 (3.2)	2.7 (3.5)	2.7 (2.7)	4.7 (4.6)
EX	12.6 (6.0)	11.9 (5.9)	17.1 (5.3)	14.0 (6.3)
<u>SCL-90</u>				
ANG	19.3 (7.2)	20.8 (8.5)	13.9 (5.1)	26.0 (9.9)
AGO	9.9 (4.4)	10.6 (5.0)	8.4 (2.8)	14.0 (7.2)
DEP	37.3 (12.6)	38.9 (13.6)	22.5 (7.3)	41.9 (14.8)
SOM	22.0 (7.4)	22.4 (8.8)	17.8 (6.5)	26.6 (9.9)
IN	19.5 (6.9)	20.2 (7.5)	13.7 (4.9)	21.7 (8.2)
SEN	32.8 (11.0)	35.0 (11.8)	25.6 (7.9)	39.1 (15.4)
HOS	9.3 (3.6)	9.6 (3.6)	7.6 (2.4)	11.5 (5.3)
SLA	7.0 (3.3)	6.8 (3.5)	4.9 (2.6)	7.8 (3.7)
PSNEUR	172.3 (47.3)	164.3 (49.4)	123.9 (32.5)	206.0 (64.9)
<u>UCL</u>				
ACT	17.0 (3.7)	16.5 (3.7)	18.6 (4.0)	
PAL	17.9 (3.2)	17.7 (4.1)	16.1 (4.4)	
VER	16.4 (3.9)	17.1 (3.7)	14.9 (4.2)	
SOC	13.7 (4.0)	13.5 (4.3)	12.3 (3.6)	
PAS	14.4 (3.6)	15.3 (3.7)	10.8 (3.7)	
EXP	6.5 (1.7)	6.3 (2.0)	6.3 (1.9)	
GER	11.7 (2.5)	11.6 (2.7)	11.8 (2.9)	

De gemiddelde scores van de huidige proefgroep komen goed overeen met de gemiddelde scores zoals gevonden in eerder onderzoek in de eerstelij (Kloens et al., 2002). De gevonden waarden liggen in het algemeen tussen de scores van de algemene bevolking en psychiatrisch patiënten in en steunen daarmee het gebruik van aparte normtabellen voor eerstelijnscliënten. De NPV en de SCL-90 hebben inmiddels aparte normeringen voor eerstelijnscliënten. De vervanger van de NVM, de NPST (Luteijn & Barelds, 2003b), heeft eveneens een normtabel voor eerstelijnscliënten, de UCL

daarentegen nog niet. In het artikel van Kloens et al., (2002) wordt een voorlopige normering van de UCL voor eerstelijnscliënten beschreven (zie hoofdstuk IV en appendix I).

### *5.2.3 Verbanden tussen de vragenlijsten*

De correlaties tussen de vier vragenlijsten blijken in de huidige onderzoeksgroep grotendeels overeenkomstig eerder onderzoek te zijn (zie verder Kloens et al., 2002). De correlaties zijn vermeld in de tabellen 5.9, 5.10 en 5.11. In tabel 5.9 worden de Pearson correlaties tussen enerzijds de NPV en anderzijds de NVM, SCL-90 en UCL beschreven. In tabel 5.10 worden de Pearson correlaties tussen enerzijds de NVM en anderzijds de SCL-90 en de UCL beschreven. In tabel 5.11 worden de Pearson correlaties tussen de SCL-90 en de UCL beschreven.

**Tabel 5.9. Pearson correlaties tussen enerzijds de NPV en anderzijds de NVM, SCL-90 en UCL.**

	NVM					SCL-90								UCL							R <sup>2</sup>
	NEG	SOM	VERL	PSY	EX	ANG	AGO	DEP	SOM	IN	SEN	HOS	SLA	ACT	PAL	VER	SOC	PAS	EXP	GER	
In	.56*	.55*	.38*	.41*	-.04	.09*	.44*	.66*	.51*	.08*	.61*	.46*	.27*	.41*	.20*	.28*	-.08	.09*	.01*	.04	.73
si	.19*	.28*	.84*	.16*	-.42*	.09*	.34*	.28*	.29*	.07*	.64*	.20*	.22*	.37*	.07	.44*	-.36*	.08*	.14*	.14*	.77
rg	-.06	.23*	.21*	.20*	-.15*	.05*	.22*	.19*	.20*	.08*	.08*	.13*	.10	.08	.08	.08	.02	.07*	.01	.12	.22
ve	.50*	.37*	.24*	.46*	.04	.03*	.27*	.33*	.37*	.00*	.63*	.35*	.16*	.11	.06	.26*	-.14*	.04*	.05*	.06	.45
ze	.17*	.07	.20*	.24*	-.10	.03	.02	.01	.10	.04	.07*	.12	-.02	.02	.01	.22*	-.35*	.00	.08	.03	.26
do	.15*	-.13	-.52*	.08	.41*	.02	-.22*	.13*	-.11	.20*	.09	.04	-.16*	.07*	.21*	.28*	.19*	.19*	.12*	.16*	.51
zw	-.33*	-.26*	-.42*	.12	.34*	.03*	-.38*	.45*	-.27*	.44*	.39*	.24*	-.26*	.01*	.02	.28*	.05	.49*	.02	.29*	.59

\* p < .05

**Tabel 5.10. Pearson correlaties tussen enerzijds de NVM en anderzijds de SCL-90 en de UCL.**

	SCL-90								UCL							R <sup>2</sup>
	ang	ago	dep	som	in	sen	hos	sla	act	pal	ver	soc	pas	exp	ger	
neg	.32*	.18*	.42*	.28*	.40*	.48*	.45*	.14*	-.15*	.23*	.21*	-.10	.44*	.22*	.05	.57
som	.57*	.40*	.45*	.75*	.44*	.38*	.25*	.40*	-.16*	.13*	.10	-.02	.41*	.09	.07	.66
verl	.28*	.32*	.26*	.29*	.28*	.38*	.13*	.22*	-.34*	-.07	.44*	-.32*	.31*	-.23*	-.13*	.76
psy	.35*	.33*	.25*	.31*	.26*	.54*	.29*	.10	-.14*	.13*	.24*	-.04	.36*	.10	-.03	.42
ex	-.04	-.18*	-.10	-.05	-.08	-.04	.06	-.12*	.12	.35*	-.02	.20*	-.08	.20*	.33*	.47

\* p < .05

**Tabel 5.11. Pearson correlaties tussen de SCL-90 en de UCL.**

	act	pal	ver	soc	pas	exp	ger	R <sup>2</sup>
ang	-.18*	.15*	.22*	-.07	.60*	.02	.03	.54
ago	-.19*	.07	.24*	-.06	.38*	-.21*	-.02	.41
dep	-.24*	.24*	.18*	-.02	.69*	.12*	-.04	.59
som	-.13*	.07	.23*	-.05	.45*	.04	.07	.62
in	-.10	.14*	.30*	-.07	.56*	.04	.10	.51
sen	-.23*	.14*	.32*	-.13*	.59*	.14*	-.03	.60
hos	-.19*	.12	.17*	-.05	.41*	.35*	-.05	.35
sla	-.06	.12	.07	.01	.39*	.01	-.07	.29
R <sup>2</sup>	.41	.29	.35	.26	.64	.36	.24	

\* p &lt; .05

Overwegend steunen de gevonden correlaties de validiteit van de verschillende schalen. De resultaten komen redelijk goed overeen met de gegevens uit eerder onderzoek (Kloens et al., 2002). Opvallend is dat zelfgenoegzaamheid van de NPV en alle schalen van de UCL, met uitzondering van de schaal passief reactiepatroon, vrij lage 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 57.6%), gevolgd door de NPV (gemiddeld 50.4%), de SCL-90 (gemiddeld 48.9%) en tenslotte de UCL (gemiddeld 36.4%). Vooral de UCL lijkt schalen te bevatten die niet goed kunnen worden voorspeld met de overige vragenlijsten. Een uitzondering is de schaal passief reactiepatroon welke wel goed kan worden voorspeld met de andere vragenlijsten. Verder worden de NPV-schalen rigiditeit en zelfgenoegzaamheid en de SCL-90 schalen hostileit en slaapproblemen niet erg goed voorspeld door de andere vragenlijsten. Deze resultaten komen in grote lijnen overeen met eerder onderzoek in de eerstelijns (Kloens et al., 2002). Ook in dat onderzoek werd gevonden dat de schalen van de UCL, uitgezonderd de schaal passief reactiepatroon, de NPV-schalen rigiditeit en zelfgenoegzaamheid en de SCL-90 schaal slaapproblemen niet goed voorspeld konden worden 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.

#### 5.2.4 *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 onderzocht of dezelfde factorstructuur uit het onderzoek in de eerstelijns zoals beschreven in hoofdstuk IV werd teruggevonden. In dat onderzoek werden na een Principale Componenten Analyse (PCA) met Varimax rotatie op alle schalen van de vier vragenlijsten (met uitzondering van de totale SCL-90 score) en de toepassing van het Kaiser criterium (eigenwaarde  $> 1$ ), de Scree test (knikcriterium) en psychologische interpretatie zes factoren gevonden, welke 64.4% van de totale variantie verklaarden. Deze factoren werden geïnterpreteerd als (I) algemene psychopathologische klachten, (II) negativisme/ vijandigheid, (III) introversie-extraversie, (IV) dogmatisme, (V) probleemgerichte coping en (VI) emotiegerichte coping. Omdat het huidige onderzoek een replicatie is van het eerdere onderzoek in de eerstelijns, werd eerst een confirmatieve factoranalyse uitgevoerd. De verwachte factorstructuur bleek echter onvoldoende te kunnen worden gerepliceerd. Alleen de eerste vier factoren werden goed teruggevonden. Daarom werd middels een exploratieve PCA met Varimax rotatie de factorstructuur van de vier vragenlijsten onderzocht. Na toepassing van de geldende criteria, Kaiser-criterium, Scree test en psychologische interpretatie, werd besloten om een 4-factoren oplossing te kiezen (zie Tabel 5.12). Deze vier factoren hebben allen een eigenwaarde groter dan 1 en verklaren samen 55.7 % van de totale variantie.

**Tabel 5.12. 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	
IN	.58	.52	-.32		.77
SI			-.49	.62	.72
RG					.13
VE		.47		.62	.68
ZE				.72	.58
DO		.43	.64		.65
ZW	-.39		.71		.69
<u>NVM</u>					
NEG		.65			.55
SOM	.71				.54
VERL	.31		-.47	.56	.66
PSY	.31	.40		.41	.43
EX		.39	.52		.45
<u>SCL-90</u>					
ANG	.85				.77
AGO	.69				.53
DEP	.77	.33			.74
SOM	.82				.71
IN	.76				.63
SEN	.56	.44		.35	.65
HOS		.64			.51
SLA	.61				.39
<u>UCL</u>					
ACT			.70		.55
PAL		.38			.25
VER				.55	.38
SOC				-.62	.46
PAS	.59	.43	-.36		.67
EXP		.68			.51
GER			.63		.42
Variantie	21.2%	11.7%	11.4%	11.3%	

De eerste factor heeft primaire factorladingen van alle SCL-90 schalen met uitzondering van hostiliteit (HOS), van de NPV schaal inadequatie (IN), van de UCL-schaal passief reactiepatroon (PAS) en van de somatiseringschaal (SOM) 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. Bij eerder onderzoek met de SCL-90 zijn vaak hoge tot zeer hoge correlaties tussen de SCL-90 schalen gevonden (Arrindell et al., 2003). De factor algemene psychopathologische klachten werd ook gevonden in eerder onderzoek in de eerstelijns (zie hoofdstuk IV).

Cliënten met algemene psychopathologische klachten hebben lichamelijke klachten als hoofdpijn, rugpijn, misselijkheid en slaapproblemen en psychische klachten als zenuwachtigheid, somberheid, angstigheid en gespannenheid. Men voelt zich labiel en onevenwichtig. Ook kunnen psychische klachten en problemen zich gemakkelijk vertalen in allerlei lichamelijke kwalen. Cliënten laten zich overwegend gemakkelijk in beslag nemen door de problemen.

De tweede factor heeft primaire factorladingen van de NVM-schaal negativisme (NEG), de SCL-90 schaal hostiliteit (HOS) en de UCL-schalen expressie van emoties (EXP) en Palliatieve responsen (PAL). Verder heeft de tweede factor hoge factorladingen van de NPV-schalen inadequatie (IN), verongelijkheid (VE) en dominantie (DO) en de SCL-90 schaal interpersoonlijke sensitiviteit (SEN). Deze factor kan worden geïnterpreteerd als *negativisme/vijandigheid*. Deze factor werd ook gevonden in het eerste onderzoek. Cliënten die hoog op deze factor scoren zijn gespannen, labiel, boos en gefrustreerd. Ze hebben een negatieve en ontevreden houding naar de directe omgeving. Bovendien hebben ze de neiging andere mensen te wantrouwen. Deze personen hebben de neiging zowel in gedachten, gevoelens en gedrag, hun emoties als woede, geïrriteerdheid en vijandigheid gemakkelijk te uiten. Daardoor loopt men de kans betrokken te worden in ruzies of geschillen.

De derde factor, met primaire factorladingen van de NPV-schalen dominantie (DO) en zelfwaardering (ZW), de NVM-schaal extraversie (EX) en de UCL-schalen actief aanpakken (ACT) en geruststellende gedachten (GER), kan worden geïnterpreteerd als *introversie-extraversie*. Deze factor heeft tevens hoge factorladingen van sociale inadequatie (SI) en verlegenheid (VERL). Deze factor werd in eerder onderzoek in de eerstelijns ook gevonden, maar dan alleen met de schalen sociale inadequatie (SI), dominantie (DO), extraversie (EX) en verlegenheid (VERL). Cliënten met een lage score op de schalen sociale inadequatie (SI) en verlegenheid (VERL) en een hoge score op de schalen dominantie (DO), zelfwaardering (ZW), extraversie (EX), actief aanpakken (ACT) en geruststellende gedachten (GER) zijn open, spontaan en sociaal. Ze hebben een grote behoefte aan het leggen en onderhouden van sociale contacten. Deze personen zijn vaak prominent aanwezig. Ze zijn initiatiefrijk en nemen vaak in groepen de leiding. Indien men wordt geconfronteerd met problemen zal men deze op een actieve, doelgerichte en constructieve wijze aanpakken en/of zichzelf moed

inspreken. Over het algemeen zijn deze personen zeer tevreden over het dagelijks bestaan. In sommige gevallen worden deze personen gezien als grillig, impulsief, te dominant en/of overheersend. Cliënten met een hoge score op de schalen sociale inadequatie (SI) en verlegenheid (VERL) en een lage score op de schalen dominantie (DO), zelfwaardering (ZW), extraversie (EX), actief aanpakken (ACT) en geruststellende gedachten (GER) zijn verlegen, geremd en sociaal angstig of gespannen. Ze hebben grote moeite zichzelf op een positieve of geruststellende wijze toe te spreken. Problematische situaties worden overwegend vermeden. In een groep staat men vaak aan de zijlijn en is men geneigd zich afhankelijk op te stellen. Veelal zijn de reacties naar anderen secundair van aard; men denkt eerst, voordat men reageert. Anderen zien deze personen als introvert, stil of rustig.

De vierde factor heeft primaire factorladingen van de NPV-schalen sociale inadequatie (SI), verongelijkheid (VE) en zelfgenoegzaamheid (ZE), de NVM-schalen verlegenheid (VERL) en ernstige psychopathologie (PSY) en de UCL-schalen vermijden (VER) en sociale steun zoeken (SOC) en kan worden geïnterpreteerd als *afstandelijkheid/defensiviteit*. Deze factor werd niet gevonden in het eerdere onderzoek bij een grote groep eerstelijnscliënten (Kloens et al., 2002). Wel kan men constateren dat deze factor wat betreft de inhoud grote gelijkenissen vertoont met de factor Dogmatisme uit het eerdere onderzoek. In het eerdere onderzoek waren er ook primaire factorladingen op de NPV-schalen verongelijkheid en zelfgenoegzaamheid (zie verder hoofdstuk IV). Cliënten die hoog scoren op deze factor 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. Ze zijn wantrouwend en achterdochtig. In contacten met anderen is men zeer gespannen of onrustig. Deze personen zijn vaak teleurgesteld in anderen, kennen veel wrok en vermijden het liefst intieme contacten en grote groepen mensen. Indien ze met problematische situaties worden geconfronteerd, zullen ze geen steun zoeken, de situatie vermijden en zich terugtrekken in zichzelf. Anderen zien deze personen vaak als egoïstisch, intolerant en ongeduldig. In sommige gevallen is de kwalificatie narcisme op hen van toepassing. Ook kan men afwijkende opvattingen of belevingen óf psychotische symptomen waarnemen bij deze cliënten. De afstandelijkheid of defensiviteit staat bij deze personen dan ook in het kader van wantrouwen en zelfgenoegzaamheid.

Afstandelijkheid, defensiviteit en het niet toelaten van sociale steun kan naast wantrouwen bijvoorbeeld ook te maken hebben met een depressieve episode, het ontbreken van sociale vaardigheden, narcistische tegenafhankelijkheid, het werkelijk ontbreken van de steun van anderen.

Overwegend zijn de communaliteiten ( $h^2$ ) van de schalen vrij goed, dat wil zeggen dat van de meeste schalen vrij veel variantie wordt verklaard door deze 4-factoren oplossing. Alleen de NPV-schaal rigiditeit (RG) en de UCL-schaal palliatieve reactie (PAL) hebben een relatief lage communaliteit en komt dan ook minder sterk naar voren in de huidige 4-factoren oplossing. De communaliteiten van de UCL zijn in het algemeen wat aan de lage kant. In eerder onderzoek, waarin zes factoren werden gevonden (waarvan twee specifieke UCL-factoren; Kloens et al., 2002), waren de communaliteiten van de UCL duidelijk hoger. Dit betekent dat de huidige vier-factorenoplossing relatief veel variantie van de UCL onverklaard laat en tevens dat de UCL relatief unieke informatie bevat.

### *5.2.5 Relaties met klinische variabelen*

Om te onderzoeken in welke mate de vier vragenlijsten uit het huidige onderzoek groepen cliënten met verschillende diagnoses van elkaar kunnen onderscheiden werden factorscores berekend voor de vier factoren uit Tabel 5.12. Vervolgens werd op deze vier-factorscores een MANOVA gedaan met de DSM-IV diagnoses relatieproblemen, depressie, angststoornis, aanpassingstoornis én ‘diagnose-anders’ op As-1 als onafhankelijke variabelen (zie ook Methode). Er werd een significant multivariaat hoofdeffect gevonden voor diagnose ( $F = 3.69$ ,  $p < .001$ ), wat wil zeggen dat de verschillende diagnostische groepen significant van elkaar verschillen met betrekking tot de factorscores op de vier factoren uit Tabel 5.12. Deze verschillen blijken vooral het gevolg te zijn van verschillen tussen de groepen met betrekking tot factor 1 (algemene psychopathologische klachten;  $F = 8.07$ ,  $p < .001$ ) en factor 2 (negativisme/vijandigheid;  $F = 4.34$ ,  $p < .01$ ). In Tabel 5.13 staan de gemiddelde scores op de vier factoren voor de vier diagnostische groepen

**Tabel 5.13. Gemiddelde scores op de vier factoren (maal 100).**

DSM-diagnose	I	II	III	IV
relatieproblemen	-42.9	31.4	21.6	-6.3
depressie	50.4	26.3	-14.4	8.9
aanpassingsstoornis	-13.4	-14.8	8.9	-11.4
angststoornis	42.2	-37.5	-25.7	22.5
anders	-4.8	-15.8	-0.2	-2.2

I = algemene psychopathologische klachten;

II= negativisme/ vijandigheid;

III= introversie-extraversie;

IV= afstandelijkheid/ defensiviteit.

Uit Tabel 5.13 blijkt dat factor I, algemene psychopathologische klachten, vooral onderscheid maakt tussen personen met relatieproblemen en aanpassingsstoornis enerzijds en depressie en angststoornis anderzijds. De cliënten met relatieproblemen of een aanpassingsstoornis hebben over het algemeen veel minder algemene psychopathologische klachten, zoals depressieve klachten, angsten en lichamelijke klachten, in vergelijking met cliënten met de diagnose depressie of angststoornis. De laatst genoemde twee groepen cliënten ervaren over het algemeen veel psychopathologische klachten tijdens de intakefase van het diagnostisch proces.

De tweede factor, negativisme/vijandigheid, onderscheidt vooral cliënten met relatieproblemen en depressie van cliënten met een angststoornis, een aanpassingsstoornis of de diagnosegroep 'anders'. Personen met relatieproblemen zijn het meest boos, gefrustreerd en negativistisch ingesteld van alle diagnostische cliëntgroepen. De personen met een angststoornis zijn in het geheel niet negativistisch of vijandig óf uiten geen gevoelens van boosheid en frustratie.

De derde factor, introversie-extraversie, onderscheidt vooral cliënten met relatieproblemen en de overige diagnostische cliëntgroepen van elkaar. Personen met relationele problemen zijn het meest extravert van alle diagnostische groepen. Personen met een angststoornis zijn het meest introvert van alle diagnostische groepen.

De vierde factor tenslotte, afstandelijkheid/defensiviteit, maakt vooral onderscheid tussen personen met een depressie of een angststoornis en cliënten met relationele problemen of een aanpassingsstoornis. Cliënten met een angststoornis zijn het meest afstandelijk of defensief van alle diagnosegroepen.

Om te onderzoeken of er een verschil is tussen personen met en zonder persoonlijkheidsproblematiek op de vier factoren werd eveneens een MANOVA uitgevoerd. Er bleek geen significant verschil te bestaan tussen personen met en zonder persoonlijkheidsproblematiek op de vier factoren uit Tabel 5.12.

Als we een typering van de diverse cliëntgroepen met een verschillende DSM-IV As-I diagnose maken, zien we het volgende. Personen met relatieproblemen zijn cliënten met over het algemeen weinig algemene psychopathologische klachten. Deze groep personen is niet zozeer angstig, gespannen of depressief. Ze hebben over het algemeen nauwelijks lichamelijke klachten en zijn overwegend extravert. Gevoelens van boosheid en frustratie worden gemakkelijk geuit. Sommige personen in deze groep zijn negativistisch of vijandig ingesteld (het meest van alle groepen). Men is niet zozeer afstandelijk of defensief ingesteld. In eerder onderzoek (Kloens et al., 2002) werd bij deze diagnostische groep personen ook gevonden dat men overwegend extravert is en weinig last heeft van psychopathologische klachten. In tegenstelling tot dat onderzoek zijn de personen in het huidige onderzoek wel negativistisch of vijandig ingesteld.

Cliënten met de diagnose depressie zijn overwegend introvert en hebben erg veel last van psychopathologische klachten, als somberheid, angsten en lichamelijke klachten. Juist bij deze personen zou men kunnen spreken van een beeld van cothymia, een klinisch toestandsbeeld waarbij de symptomatologie van angst en depressie een relatief even groot aandeel hebben. Onderzoek in de eerstelijns toont aan dat deze mixed cases veel voorkomen (Arrindell et al., 2003). Deze personen zijn ook vaak negativistisch of vijandig ingesteld en zijn vaak boos en gefrustreerd. Verder zijn ze afstandelijk en defensief ingesteld. Gezien de introversie zou men kunnen verwachten dat de gevoelens van boosheid en frustratie niet of nauwelijks worden geuit en als het ware via de weg van negatieve kerngedachten over zichzelf en anderen worden vertaald in depressieve symptomatologie (o.a. somberheid en sociaal isolement). Het verband tussen hostileiteit en depressie is in overeenstemming met de literatuur (zie Arrindell et al., 2003). Ook in het eerdere onderzoek in de eerstelijns werden de introversie en de aanwezigheid van psychopathologische klachten bij deze groep gevonden (zie hoofdstuk IV).

Personen met een angststoornis zijn overwegend introvert (het meest van alle diagnostische groepen) en hebben veel last van psychopathologische klachten als angsten, somberheid of lichamelijke klachten. Deze bevindingen zijn conform het eerdere onderzoek met deze vragenlijsten in de eerstelijns. Deze personen zijn afstandelijk en defensief ingesteld (het meest van alle diagnostische groepen). De psychopathologische symptomen maken regelmatig deel uit van het toestandsbeeld dat men classificeert in de DSM als een

paniekstoornis met agorafobie (Arrindell et al., 2003). Deze personen zijn over het algemeen niet negativistisch of vijandig ingesteld (het minst van alle diagnostische groepen). Ook deze bevinding is conform de gegevens uit het vorige eerstelijnsonderzoek (Kloens et al., 2002).

Personen met de diagnoses aanpassingsstoornis of diagnose ‘anders’ (o.a. personen met burnout) hebben over het algemeen nauwelijks algemene psychopathologische klachten. Deze personen lijken op het moment van intake nog redelijk te functioneren in het dagelijks leven. Wat betreft de cliënten met een aanpassingstoornis is dit in overeenstemming met klinische observaties en de resultaten uit het vorige eerstelijnsonderzoek. Gezien de heterogene samenstelling van de diagnosegroep ‘anders’ kunnen hierover geen uitspraken gedaan worden. Verder blijkt dat personen uit beide diagnostische groepen over het algemeen niet bijzonder extravert of vijandig zijn ingesteld. Men is niet afstandelijk of defensief in de contacten met anderen. In het vorige onderzoek in de eerstelijns werd gevonden dat personen met de diagnose aanpassingstoornis relatief introvert waren. Conform het huidige onderzoek werd in eerder onderzoek tevens de afwezigheid van een negativistische of vijandige instelling gevonden bij de groep personen met een aanpassingsstoornis (Kloens et al., 2002).

### *5.3 Samenvatting en discussie*

In het huidige replicatieonderzoek bij 278 eerstelijnscliënten werden de psychometrische eigenschappen van enkele vragenlijsten, de NPV, de NVM, de SCL-90 en de UCL, binnen diverse eerstelijnspsychologenpraktijken onderzocht. De resultaten blijken vrijwel identiek te zijn met de resultaten uit eerder onderzoek bij 525 eerstelijnscliënten; zie resultaatbeschrijving hoofdstuk VI. De schalen van de verschillende vragenlijsten blijken allen over redelijke tot goede interne consistenties te beschikken en ook de resultaten van validiteitsonderzoek zijn conform eerder onderzoek (zie hoofdstuk IV) en derhalve positief. Er blijken duidelijke groepsverschillen te zijn tussen de scores van eerstelijnscliënten en de algemene bevolking en psychiatrische patienten op alle vragenlijsten. In de regel liggen de scores van eerstelijnscliënten tussen de scores van de twee andere groepen in. Deze resultaten bevestigen nog eens dat voor vragenlijsten die in de eerstelijns gebruikt worden een aparte normering voor eerstelijnscliënten wenselijk is. Inmiddels hebben de NPV, de SCL-90 en de vervanger van de NVM (de NPST) al aparte normeringen voor eerstelijnscliënten.

Aan de schalen van de vier vragenlijsten in het huidige onderzoek blijken na factoranalyse vier factoren ten grondslag te liggen, te weten: algemene psychopathologische klachten,

negativisme/vijandigheid, introversie-extraversie en afstandelijkheid/defensiviteit. Deze factoren vertonen wat betreft de inhoud grote gelijkenissen met de gevonden factoren uit het eerdere onderzoek (zie hoofdstuk IV). De vier factoren blijken verschillende groepen cliënten redelijk goed van elkaar te onderscheiden. Opvallend is dat personen met relatieproblemen duidelijk afwijkend scoren in vergelijking met de andere groepen. Een aanvullend onderzoek bij deze veel voorkomende groep cliënten in de eerstelijns is noodzakelijk om meer inzicht te krijgen in de relationele aspecten, de mate van psychopathologie, persoonlijkheidseigenschappen en coping.

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. Deze bevinding is conform eerder onderzoek met dezelfde vragenlijsten in de eerstelijns (zie hoofdstuk IV). De SCL-90 is een goed instrument om algemene psychopathologische klachten te meten, de NPV en NVM (en daarmee zijn vervanger de NPST) zijn goede instrumenten om diverse persoonlijkheidseigenschappen van personen in kaart te brengen en de UCL tenslotte is een goed instrument voor het meten van coping.

## Hoofdstuk VI

### De resultaten van een onderzoek met de MMPI-2 bij 414 eerstelijnscliënten

De doelstelling van het huidige onderzoek bij de huidige proefgroep is het leveren van onderzoeksresultaten over de psychometrische kwaliteiten van de MMPI-2. De analyse van deze vragenlijst, de relaties tussen de vragenlijsten MMPI-2 en neventests NVM en NPV, de relaties met de klinische variabelen van een onderzoek bij 414 eerstelijnscliënten uit diverse eerstelijnspraktijken in Nederland worden beschreven <sup>4</sup>. Zie verder voor een algemene inleiding en een beschrijving van de kenmerken en werkwijze van de eerstelijnspsycholoog de hoofdstukken I en II.

#### 6.1 Inleiding

De MMPI werd in 1942 uitgebracht in de Verenigde Staten. In 1969 kwam de MMPI in het Nederlandse taalgebied beschikbaar. Ondanks de teleurstellende resultaten van het Nederlandse onderzoek met de MMPI (zie Lambert & Luteijn, 1987; Luteijn & Kingma, 1979), de gebrekkige normering (zie Nuttin & Beuten, 1969) en de negatieve COTAN-beoordeling (normering, betrouwbaarheid en validiteit allen onvoldoende; Evers et al., 2000; Evers, Van Vliet- Mulder & Ter Laak, 1992) is de MMPI in de klinische praktijk in Nederland toch een veel gebruikt instrument (Evers et al., 2002). De MMPI wordt wereldwijd beschouwd als het meest gebruikte instrument binnen de klinische psychologie (Friedman, Lewak, Nichols & Webb, 2001). Ook binnen de eerstelijnspraktijk in Nederland maakt men veelvuldig gebruik van de MMPI. Hierbij gebruikt men vaak de profielinterpretatie van de diverse MMPI-profielen (Derksen, 1998; Snellen, 1989; Friedman et al., 2001). Tot op heden ontbeert echter een wetenschappelijke onderbouwing van deze profielen in Nederland. Dat de MMPI-2 in Nederland ondanks een ‘onvoldoende’ beoordeling voor betrouwbaarheid en een gebrek aan onderzoek (hierdoor negatieve aanwijzingen voor de validiteit) toch veel gebruikt wordt heeft volgens Evers et. al (2002) mogelijk te maken met het feit dat gebruikers van tests soepeler zijn in hun oordeel dan experts. Anders gezegd: het gebruik van een test als de MMPI-2 gaat hand in hand met een positief oordeel, ook als daar volgens publicaties van

---

<sup>4</sup> Gepubliceerd in Diagnostiek- Wijzer (Kloens et al., 2003)

objectieve buitenstaanders geen grond voor is. Uit de NIP enquête uit 2000 (Evers et. al., 2002) blijkt dat slechts 2% van de gebruikers van de MMPI-2 het eens is met de negatieve beoordeling van de COTAN.

In de tachtiger jaren van de vorige eeuw is de MMPI in de Verenigde Staten herzien. Tot die tijd werd de MMPI en de normering uit het begin van de veertiger jaren gebruikt in de Verenigde Staten. De herziening resulteerde in weglating en vervanging van ongeveer 18 procent van de items en een hernormering. Men heeft getracht de schaalindeling van de MMPI zoveel mogelijk te handhaven bij de MMPI-2 om aansluiting te behouden met de enorme literatuur rond het oorspronkelijke instrument.

Derksen, Sloore, De Mey & Hellenbosch (1993) hebben de MMPI-2 bewerkt voor het Nederlands taalgebied. De items zijn zo letterlijk mogelijk vertaald uit het Amerikaans in het Nederlands. Hierbij heeft men meerdere vertalers en terugvertalingen gebruikt (zie verder Derksen et al., 1993). De Amerikaanse schaalindeling is echter zonder nader onderzoek overgenomen. De MMPI-2 is in Nederland genormeerd op een gedeelte van een Telepanel (N=1244). In navolging van de Verenigde Staten werd als normeringsschaal gekozen voor uniforme T-scores (Tellegen & Ben-Porath, 1992; Derksen, 1993). Met betrekking tot de betrouwbaarheid worden er per schaal interne consistenties (range  $\alpha = .30$  tot  $.91$ ) en stabiliteitscoëfficiënten (range  $r = .15 - .89$ ; interval tussen test en hertest 18 weken) gerapporteerd. Ten aanzien van de validiteit worden de correlaties van de inhoudsschalen met de SCL-90 schalen vermeld en rapporteert men een tweede orde factoranalyse op de dertien klassieke basisschalen waarbij met vier factoren 73 procent van de variantie verklaard wordt. Er wordt geen psychologische interpretatie gegeven van de gevonden factoren.

Een zeer opvallend kenmerk van de MMPI-2 is de item-overlap ('overlapping items') tussen de diverse schalen, met alle negatieve gevolgen voor de validiteit (Friedman, et al., 2001). Sommige items, bijvoorbeeld de items 9 en 31, zijn in respectievelijk vijf en zes verschillende schalen van de MMPI-2 opgenomen. In totaal overlappen 62 van de in totaal 78 items van de klassieke hoofdschaal Schizofrenie (Sc) van de MMPI-2 met andere schalen. De klassieke hoofdschalen Hypochondrie (Hs, 32 items) en Hysterie (Hy, 60 items) delen maar liefst 20 items.

Omdat cultuur diverse aspecten van persoonlijkheid en psychopathologie kan beïnvloeden (Marsella & Kameoka, 1989) dienen van een vertaalde test opnieuw de psychometrische kwaliteiten onderzocht te worden. Uit onderzoek naar in het Nederlands vertaalde Amerikaanse vragenlijsten (bijvoorbeeld de HSCL en de MCMI; zie Luteijn, 1988, 1990, 1997), blijkt bijvoorbeeld dat ten gevolge van culturele verschillen tussen de VS en Nederland

sommige schalen (bijvoorbeeld de Paranoïde-schaal van de MCMI) en items (bijvoorbeeld “kritisch staan tegenover andere mensen”) niet discrimineren tussen psychiatrische patiënten en “normalen” in Nederland, terwijl dat wel het geval was in de Verenigde Staten en dat sommige uitingen van psychopathologie (bijvoorbeeld “loose bowel movements”) in Nederland onbekend zijn terwijl dat wel het geval is in de Verenigde Staten.

Daarnaast kent de MMPI-2 ook problemen met de formulering en de inhoud van de items. Bij 60 MMPI-2 items komen (dubbele) ontkenningen voor in de hoofdzin van de items. Een item als “Ik wordt niet gauw kwaad” is bijvoorbeeld zeer moeilijk met "AKKOORD" of "NIET AKKOORD" te beantwoorden. Een totaal van 60 items zijn zeer complex en/of langer dan 20 woorden waardoor ze voor veel mensen moeilijk te begrijpen en dus te beantwoorden zijn. Een totaal van 29 items hebben te maken met belangstelling of interesse en niet met persoonlijkheid of psychopathologie; bijvoorbeeld “Ik lees graag tijdschriften over techniek”, “Ik denk dat ik het werk van een boswachter graag zou doen” of “Ik houd van gedichten”. Laatstgenoemde items worden vooral gebruikt om mannelijkheid/ vrouwelijkheid (Mf; Klinische hoofdschaal vijf) te meten. Hier kunnen dan ook de nodige kritische kanttekeningen bij geplaatst worden.

Voor het praktisch gebruik adviseren de Nederlandse auteurs (Derksen et al., 1993, pagina 35 e.v.) voorzichtig te werk te gaan bij de interpretaties van de schaalscores omdat deze gebaseerd zijn op Amerikaans onderzoek en aanvullingen “met ervaring uit de klinische praktijk”. Op verschillende plaatsen in de handleiding wordt verder vermeld dat nader validiteitsonderzoek van start is gegaan, dan wel noodzakelijk is. Met betrekking tot de originele MMPI-2 adviseren Friedman et al. (2001) voorzichtig te werk te gaan bij de interpretatie van de uitslagen bij ambulante patiëntengroepen, zeker als het gaat om de interpretatie van lage scores op de diverse schalen.

Over het gepubliceerde onderzoek met de Nederlandse MMPI-2 is het volgende vermeldenswaardig. In een themanummer over de MMPI-2 in *Psychologie & Computers* (1997) wordt onderzoek beschreven met teleurstellende resultaten met betrekking tot de validiteit van de MMPI-2. Onder andere werd een geringe overeenstemming gevonden met andere gestandaardiseerde instrumenten die As-I en As-II stoornissen van DSM pogen te meten. In een epiloog stellen de auteurs (pagina 141/142): “onafhankelijk empirisch onderzoek naar validiteit en betrouwbaarheid in de nabije toekomst is een noodzakelijke voorwaarde wil de MMPI-2 zich in Nederland ontwikkelen tot een serieus instrument op het gebied van de psychopathologie. De eerste resultaten naar de validiteit zijn weinig hoopvol”.

In ander onderzoek (Maes, Van Gastel, Delmeire, Kenis, Bosmans & Song, 2002; Bögels, De Mey & Derksen, 1996) wordt de MMPI-2 gebruikt om aspecten van psychopathologie/persoonlijkheid te meten zonder dat de MMPI-2 *zelf* onderzocht wordt. Tenslotte werd in onderzoek naar de behandeling van patiënten met chronische rugpijn enige steun gevonden voor de predictieve validiteit van sommige MMPI-2 schalen (Vendrig, Derksen & De Mey, 1999; Vendrig, 1999) en werd een tweede orde factorstructuur gevonden die overeenkwam met een Amerikaanse (Vendrig, De Mey, Derksen & Van Akkerveeken, 1998).

## 6.2 Methode

### 6.2.1 Proefgroep en procedure

De huidige proefgroep bestaat uit 414 cliënten die ten tijde van het onderzoek onder behandeling waren bij eerstelijnspsychologenpraktijken. Meer dan dertig ELP-en uit diverse psychologenpraktijken uit het hele land hebben onderzoeksgegevens geleverd. Alle ELP-en hadden ervaring in de eerstelijnspsychologie en werkten volgens de werkwijze zoals omschreven in hoofdstuk II. De onderzoeksgegevens zijn verzameld in de periode 1997 tot en met 2003. Bij deze cliënten werd tijdens de intake een standaardbatterij vragenlijsten afgenomen, met daarin onder andere de MMPI-2, NPV en NVM. Daarnaast werd aan de cliënten gevraagd om schriftelijk toestemming te geven deze gegevens te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek.

De proefgroep van 414 cliënten bestaat voor 61% uit vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de proefgroep is 36.6 jaar ( $SD = 11.7$ , range 16-73). De meerderheid van de proefgroep is gehuwd (61%) en de meeste proefpersonen hebben kinderen (58%;  $M = 1.6$ ,  $SD = 1.7$ , range 0-8). De meerderheid van de proefgroep heeft een MAVO-LBO opleidingsniveau (46%). Verdere biografische gegevens van de proefgroep staan vermeld in Tabel 6.1.

**Tabel 6.1. Enkele biografische gegevens van de proefgroep.**

Variabele	Categorie	Aantal	Percentage
geslacht	vrouw	252	61
	man	162	39
burgerlijke staat	gehuwd	253	61
	samenwonend	23	6
	ongehuwd	119	29
	gescheiden	17	4
	weduwe/weduwnaar	2	1
schoolopleiding	MAVO/LBO	190	46
	HAVO/MBO	138	33
	VWO/HBO	71	17
	Universitair	15	4

De huidige proefgroep komt qua verdeling van mannen en vrouwen en leeftijd goed overeen met wat gangbaar is binnen de eerstelijnspsychologie (Verhaak, Friele & Chatrou, 1995). De huidige proefgroep kent daarentegen relatief veel lager opgeleiden en wijkt daarmee iets af van wat volgens Verhaak et al. (1995) gewoon is binnen de eerstelijnspsychologie. De verdeling naar schoolopleiding binnen het huidige onderzoek komt wel overeen met een eerder Trimbos-onderzoek in de eerstelijns (Groen, 2000).

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%) of hadden zichzelf uit eigen initiatief aangemeld (24%). Daarnaast waren er nog proefpersonen die zich via een kennis of familielid (12%), via een kerkelijke instantie (11%), via een andere client (9%), of via een andere instelling (5%) hadden aangemeld.

Van de clienten waren tevens de voornaamste diagnoses bekend op As-I van de DSM-IV (APA, 1994). Deze diagnoses werden door de diverse psychologen tijdens de taxatie- en diagnostische fase aan de hand van de diverse criteria van de DSM-IV bepaald. De vraag aan de psychologen betrof of men wilde aangeven wat de voornaamste diagnose was. Deze diagnoses werden vervolgens gegroepeerd tot acht verschillende hoofdclusters (zie Tabel 6.2).

**Tabel 6.2. Geclusterde As-I diagnoses van de proefgroep.**

<b>Diagnose</b>	<b>Aantal</b>	<b>Percentage</b>
relatie- en gezinsproblematiek	119	29
depressie	114	28
angstproblematiek	48	12
aanpassingsproblematiek	74	18
verslavingsproblematiek	10	2
eetproblematiek	9	2
seksuele problematiek	7	2
impuls controle problematiek	7	2
overige diagnoses	23	6
niet bekend	3	1
<b>Persoonlijkheidsproblematiek</b>	<b>284</b>	<b>69</b>

Uit Tabel 6.2 valt af te lezen dat de meerderheid van de cliënten zich heeft aangemeld met relatie- en gezinsproblematiek (29%), depressieve klachten (28%), aanpassingsproblemen (18%) en angstproblematiek (12%). Deze problemen zijn de meest voorkomende problemen binnen de eerstelijnspsychologie (Buitink, 2000). Naast de diagnose op As-I van de DSM-IV was van de cliënten tevens bekend of er eveneens sprake was van persoonlijkheidsproblematiek (DSM-IV, As-II). Bij de meerderheid van de cliënten bleek naast As-I problematiek ook sprake te zijn van een persoonlijkheidsproblematiek (zie Tabel 6.2).

## 6.2.2 Instrumenten

### 6.2.2.1 Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2

De MMPI-2 uit 1993 bevat 567 items welke worden gescoord op een tweepuntsschaal (AKKOORD- NIET AKKOORD; TRUE – FALSE in het Amerikaans). De MMPI-2 bevat zeven validiteitsschalen en tien klinische (basis of hoofd) schalen. De validiteitsschalen zijn de L-schaal (15 items), F-schaal (60 items), K-schaal (30 items), VRIN-schaal (67 item-response paren), TRIN-schaal (23 item-response paren), Fb-schaal (F-back; 40 items) en S-schaal (50 items). De klinische hoofdschalen zijn:

Schaal 1: Hypochondrie (Hs; 32 items);

Schaal 2: Depressie (D; 57 items);

Schaal 3: Hysterie Hy; 60 items);

Schaal 4: Psychopathische deviatie (Pd; 50 items);  
Schaal 5: Mannelijkheid/Vrouwelijkheid (Mf; 56 items);  
Schaal 6: Paranoia (Pa; 40 items);  
Schaal 7: Psychastenie (Pt; 48 items);  
Schaal 8: Schizofrenie (Sc; 78 items);  
Schaal 9: Hypomanie (Ma; 46 items);  
Schaal 0 (nul): Sociale Introversie (Si; 69 items).

Een totaal van 7 van de 10 klinische hoofdschalen zijn onderverdeeld in subschalen (in totaal 31 subschalen).

De klinische hoofdschalen worden in de klinische praktijk veelal ingedeeld in drie groepen. De eerste groep bestaat uit de zogenaamde controleschalen. Dit zijn de schalen Hypochondrie (Hs), Depressie (D), Hysterie (Hy), Psychastenie (Pt) en Sociale Introversie (Si). De tweede groep bestaat uit de zogenaamde impulsiviteitsschalen. Dit zijn de schalen Psychopathische deviatie (Pd) en Hypomanie (Ma). De derde groep bestaat uit de zogenaamde kwetsbaarheidsschalen. Dit zijn de schalen Paranoia (Pa) en Schizofrenie (Sc). In ons taalgebied zijn nog geen studies beschikbaar naar de verhouding tussen deze groepen schalen.

Naast een schaalinterpretatie van de klinische hoofdschalen van de MMPI-2 en een beoordeling van de verhouding tussen voornoemde drie groepen van schalen maakt men binnen de klinische praktijk veelvuldig gebruik van de beoordeling van code-combinaties of codetypes. Een code-combinatie wordt bepaald door de hoogste twee, drie of vier schaalverhogingen. In ons taalgebied is geen onderzoek beschikbaar naar de interpretaties van code-combinaties. Men doet hiervoor vaak een beroep op Amerikaanse literatuur.

De MMPI-2 bevat verder 15 inhouds- en 15 supplementaire schalen. Als toevoeging aan de MMPI-2 schalen is in 1998 een experimentele controle/impulsindex (C/i index) toegevoegd. Deze index is gebaseerd op de verhouding tussen de klinische- of basisschalen 1, 2, 3, 7 en 0 enerzijds en 4, 6, 8 en 9 anderzijds. In het huidige onderzoek zullen de klinische hoofdschalen en de validiteitsschalen L, F en K worden gebruikt, omdat deze schalen vooral in de klinische praktijk gebruikt worden.

### *6.2.2.2 Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV)*

Voor het huidige onderzoek worden de volgende zeven persoonlijkheidseigenschappen van de NPV gebruikt: Inadequatie (IN), Sociale inadequatie (SI), Rigiditeit (RG), Verongelijkheid (VE), Zelfgenoegzaamheid (ZE), Dominantie (DO) en Zelfwaardering (ZW). Voor een beschrijving van de NPV wordt verwezen naar hoofdstuk IV.

### *6.2.2.3 Nederlandse Verkorte MMPI (NVM)*

Voor het huidige onderzoek worden de volgende vijf schalen van de NVM gebruikt: Negativisme (NEG), Somatisering (SOM), Verlegenheid (VERL), Ernstige Psychopathologie (PSY) en Extraversie (EX). Voor een beschrijving van de NVM wordt verwezen naar hoofdstuk IV.

## *6.3 Resultaten*

### *6.3.1 Interne structuur van de MMPI-2*

Om de interne structuur van de MMPI-2 nader te onderzoeken werden allereerst de intercorrelaties tussen de validiteitsschalen L, F en K en de klinische hoofdschalen van de MMPI-2 berekend (zie Tabel 6.3).

**Tabel 6.3. Intercorrelaties tussen de validiteitsschalen L, F en K en klinische hoofdschalen van de MMPI-2.**

	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
L	1.00												
F	-.25	1.00											
K	.42	-.45	1.00										
Hs	-.01	.31	-.09	1.00									
D	-.09	.52	-.31	.62	1.00								
Hy	.03	.26	-.02	.83	.60	1.00							
Pd	-.15	.46	-.05	.24	.39	.38	1.00						
Mf	-.09	.12	-.15	.02	.03	.01	.13	1.00					
Pa	-.15	.56	-.29	.34	.49	.39	.50	.08	1.00				
Pt	-.20	.54	-.25	.50	.75	.48	.45	.04	.53	1.00			
Sc	-.19	.72	-.23	.47	.61	.44	.59	.10	.63	.72	1.00		
Ma	-.05	.22	-.15	.06	-.10	.12	.29	.08	.13	.04	.23	1.00	
Si	-.16	.39	-.45	.22	.57	.05	.04	.04	.26	.52	.38	-.32	1.00

Noot: voor alle absolute correlaties  $\geq .13$  is  $p < .01$

Uit Tabel 6.3 valt af te lezen dat er verschillende hoge intercorrelaties bestaan tussen de validiteitsschalen L, F en K en klinische hoofdschalen van de MMPI-2. Vooral de correlaties tussen Hypochondrie (Hs), Hysterie (Hy) en Depressie (D) en tussen Paranoïa (Pa), Psychastenie (Pt) en Schizofrenie (Sc) zijn erg hoog te noemen. Verder valt op dat vooral de schalen Depressie (D) en de validiteitsschaal F veel hoge correlaties met de andere schalen hebben. De schalen Mannelijkheid/Vrouwelijkheid (Mf) en Hypomanie (Ma) blijken daarentegen weinig sterke correlaties te hebben met de andere schalen. Ofschoon de intercorrelaties redelijk overeenkomen met de intercorrelaties zoals deze worden gerapporteerd in de handleiding van de MMPI-2, zijn er ook duidelijke verschillen. Zo wijken de correlaties tussen de K-schaal en de overige schalen sterk af van wat in de handleiding van de MMPI-2 wordt gerapporteerd. Ook de correlaties tussen de schalen Hysterie (Hy), Mannelijkheid/Vrouwelijkheid (Mf) en Depressie (D) en de overige schalen wijken op verschillende punten af van wat in de handleiding van de MMPI-2 wordt vermeld. De correlaties tussen Hypochondrie (Hs) en Hysterie (Hy) en tussen Depressie (D) en Psychastenie (Pt) zijn in het huidige onderzoek zo hoog (respectievelijk  $r = .83$  en  $r = .75$ ) dat deze schalen bijna paralleltests van elkaar lijken te zijn. De veelal hoge intercorrelaties worden mogelijk verklaard door de grote item-overlap op de diverse validiteits- en klinische hoofdschalen van de MMPI-2.

Vervolgens werd door middel van factoranalyse onderzocht welke onderliggende dimensies ten grondslag liggen aan de MMPI-2 schalen. Hiertoe werd een Principale componentenanalyse (PCA) met Varimax-rotatie uitgevoerd op de basisschalen van de MMPI-2 (zie Tabel 6.4). In totaal werden drie factoren gevonden met een eigenwaarde groter dan één (eigenwaarden van 5.04, 1.74 en 1.57) die samen 64.2% van de variantie verklaren. Deze drie factorenoplossing werd gesteund door de Scree-test en psychologische interpretatie.

**Tabel 6.4. Varimax geroteerde factorstructuur van de MMPI-2** (alleen absolute factorladingen  $\geq .30$ ; primaire factorladingen schuingedrukt).

	<b>Factor I</b>	<b>Factor II</b>	<b>Factor III</b>	<b>h<sup>2</sup></b>
L		-.65		.42
F	.56	.58		.69
K		-.78		.63
Hs	.82			.71
D	.84			.83
Hy	.83			.78
Pd	.55		.52	.61
Mf				.13
Pa	.63	.34		.56
Pt	.79	.31		.73
Sc	.76	.36		.77
Ma			.81	.68
Si	.38	.53	-.63	.81
<i>variantie</i>	<i>34.3%</i>	<i>17.6%</i>	<i>12.3%</i>	<i>64.2%</i>

De eerste factor heeft hoge positieve factorladingen van de schalen Hs, D, Hy, Pd, Pa, Pt en Sc. Deze factor kan worden geïnterpreteerd als algemene psychopathologie. Op basis van de hoge intercorrelaties en de grote item-overlap (bijvoorbeeld: Hs en D 9 items, D en Hy 13 items en Hs en Hy 20 items) kon al verwacht worden dat een algemene factor psychopathologie gevonden zou worden.

De tweede factor heeft hoge primaire factorladingen van L en K (negatief) en F (positief). Daarnaast heeft deze factor een hoge secundaire factorlading van Si. Deze factor wordt vooral bepaald door de drie validiteitsschalen. Gelet op de betekenis van deze validiteitschalen (zichzelf in een ongunstig daglicht stellen, a-typisch antwoorden, overdrijven van problemen) lijkt deze factor veel weg te hebben van een sociale (on)wenselijkheidsfactor. Volgens de handleiding van de MMPI-2 (p. 38) hebben personen met een lage score op L en K en een hoge score op F de neiging om emotionele problemen en aanpassingsmoeilijkheden te overdrijven.

De derde factor tenslotte wordt gekenmerkt door een positieve primaire factorlading van Ma en een negatieve primaire factorlading van Si. Deze factor is een sociale factor en kan dan ook worden geïnterpreteerd als extraversie-introversie. Inspectie van de communaliteiten laat zien dat de MMPI-2 schalen, met uitzondering van de Mf-schaal, redelijk goed worden verklaard door deze drie factorenoplossing. De huidige factorstructuur lijkt redelijk op de factorstructuur zoals gerapporteerd in de handleiding van de MMPI-2. Daar wordt nog een vierde factor genoemd, die uitsluitend uit de Mf-schaal bestaat. Opvallend verschil is dat in de

huidige factorstructuur Hy duidelijk bij de eerste factor hoort en F bij de tweede factor: in eerder onderzoek was dit precies omgekeerd.

### 6.3.2 Correlatie met biografische variabelen

Vervolgens werden de correlaties tussen de validiteits- en klinische hoofdschalen van de MMPI-2 en geslacht (man = 1, vrouw = 2), leeftijd en opleiding berekend (zie Tabel 6.5).

**Tabel 6.5. Correlaties tussen de validiteits- en klinische hoofdschalen van de MMPI-2 en biografische variabelen.**

	<b>Geslacht</b>	<b>Leeftijd</b>	<b>Opleiding</b>
L	-.04	.25*	-.16*
F	.00	-.07	-.05
K	-.11	.09	.10
Hs	-.02	.06	-.12
D	-.06	.01	-.09
Hy	-.05	.02	-.10
Pd	.01	-.08	.04
Mf	.41*	.04	.04
Pa	-.06	-.12	-.02
Pt	-.01	-.11	-.03
Sc	-.03	-.04	-.05
Ma	.10	-.04	.06
Si	.05	.04	-.12

\*  $p < .01$ .

Uit Tabel 6.5 blijkt dat er vrijwel uitsluitend zeer lage correlaties zijn tussen de MMPI-2 en biografische variabelen. Geslacht blijkt alleen met Mannelijkheid/Vrouwelijkheid een hoge correlatie te hebben. Een aparte normering voor mannen en vrouwen voor de overige MMPI-2 schalen, zoals in de handleiding van de MMPI-2 wordt gehanteerd, lijkt op basis van de huidige gegevens bepaald overbodig. De L-schaal heeft matige correlaties met leeftijd en opleiding: ouderen en laag opgeleiden lijken zich bij het invullen van de items van de MMPI-2 eerder in een gunstig daglicht te willen plaatsen. Op basis van de huidige gegevens lijkt het niet zinvol om bij een normering van de MMPI-2 te corrigeren voor biografische variabelen, met uitzondering van de Mf-schaal, die (logischerwijs) voor geslacht dient te worden gecorrigeerd.

### 6.3.3 Gemiddelde scores op de MMPI-2

Vervolgens werden de gemiddelden en standaarddeviaties van de huidige proefgroep op de MMPI-2 validiteitsschalen en klinische hoofdschalen vergeleken met de gegevens van de bestaande normgroepen voor mannen en vrouwen uit de handleiding van de MMPI-2 (zie Tabel 6.6).

**Tabel 6.6. Gemiddelden op de MMPI-2 validiteitsschalen en klinische hoofdschalen (standaarddeviaties tussen haakjes).**

	<b>vrouwen eerstelij</b>	<b>vrouwen handleiding</b>	<b>mannen eerstelij</b>	<b>mannen handleiding</b>
L	5.5 (2.3)	6.0 (2.2)	5.2 (2.3)	6.0 (2.5)
F	7.6 (4.3)	4.7 (3.2)	8.3 (4.4)	5.3 (3.3)
K	16.1 (4.3)	16.4 (4.2)	15.1 (5.0)	16.5 (4.3)
Hs	20.8 (5.7)	16.2 (4.7)	18.2 (5.9)	14.3 (4.2)
D	30.8 (6.3)	21.3 (5.2)	27.2 (7.6)	19.2 (4.8)
Hy	32.4 (7.7)	24.0 (5.3)	29.0 (8.4)	22.0 (4.9)
Pd	29.5 (5.4)	21.6 (4.6)	29.1 (6.0)	21.4 (4.4)
Mf	35.9 (3.7)	34.5 (3.8)	26.9 (4.1)	24.7 (4.1)
Pa	13.9 (3.9)	9.3 (3.0)	12.7 (3.8)	8.6 (3.0)
Pt	37.8 (7.0)	27.6 (5.2)	35.2 (6.9)	25.8 (4.9)
Sc	36.4 (7.3)	27.1 (5.7)	35.6 (6.5)	26.7 (5.7)
Ma	18.0 (4.0)	18.1 (4.0)	19.9 (4.5)	19.2 (3.9)
Si	37.7 (8.0)	31.5 (7.5)	34.1 (6.6)	28.8 (7.6)

De gemiddelde MMPI-2 scores van de huidige groep eerstelijnscliënten wijken sterk af van de normgroepen mannen en vrouwen zoals vermeld in de handleiding van de MMPI-2. Dit kon verwacht worden gezien het feit dat voor de normering van de MMPI-2 gebruik is gemaakt van een niet klinische normgroep, namelijk een Telepanel van de Universiteit van Amsterdam (terwijl de MMPI-2 met name voor de klinische praktijk is bedoeld). Met betrekking tot de validiteitsschalen valt op dat zowel mannen als vrouwen in de huidige proefgroep hoger scoren op de F-schaal dan de normgroep. Op alle klinische hoofdschalen, met uitzondering van Mf en Ma, scoren eerstelijnscliënten (mannen en vrouwen) duidelijk hoger dan de normgroep die gebruikt is voor de handleiding van de MMPI-2. Het verschil bedraagt in veel gevallen zelfs meer dan één standaarddeviatie. Alleen de scores op klinische hoofdschalen Mf en Ma komen voor zowel mannen als vrouwen overeen met de gemiddelde scores uit de handleiding. Op basis van deze gegevens lijkt het zeer noodzakelijk om, voor het geval men zou besluiten de MMPI-2 toch te gebruiken, over

nieuwe normgegevens voor de MMPI-2 te kunnen beschikken voor meer klinische populaties. Op basis van resultaten uit eerder onderzoek met andere vragenlijsten binnen de eerstelijns (Kloens, Barelds, Luteijn & Schaap, 2002) mag verwacht worden dat de gemiddelde MMPI-2 scores van psychiatrisch patiënten af zullen wijken van eerstelijnscliënten en daarmee nog sterker zullen afwijken van de gegevens uit de normtabellen van de MMPI-2 handleiding dan de scores van de huidige proefgroep.

#### *6.3.4 Relaties met neventests*

Om de verschillen en overeenkomsten tussen de vragenlijsten MMPI-2, NVM en NPV te onderzoeken, werden de correlaties tussen de validiteitsschalen L, F en K en de klinische hoofdschalen schalen van de MMPI-2 en de NVM en NPV berekend (zie Tabel 6.7).

**Tabel 6.7. Pearson correlaties tussen de MMPI-2 en de NPV en NVM.**

NPV	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
IN	-.33	.55	64	.34	.64	.30	.33	.01	.44	.67	.54	.06	.55
SI	-.16	.34	-.38	.20	.46	-.00	-.00	.01	.25	.44	.34	-.24	.79
RG	.08	.13	27	.13	.23	.06	-.11	.05	.11	.20	.10	.07	.31
VE	-.24	.44	61	.09	.24	-.06	.19	.15	.16	.22	.28	.20	.40
ZE	-.05	.14	25	-.08	-.06	-.18	-.08	.11	-.08	-.10	.01	.17	.08
DO	-.11	-.09	08	-.11	-.33	-.09	.07	.15	-.07	-.29	-.13	.38	-.48
ZW	.23	-.38	27	-.29	-.63	-.33	-.34	.01	-.31	-.58	-.45	.22	-.54
<u>NVM</u>													
NEG	-.53	.44	57	.11	.31	.13	.41	.05	.39	.38	.44	.25	.25
SOM	-.12	.43	37	.81	.62	.69	.25	.01	.40	.53	.50	.15	.32
VERL	-.18	.28	36	.12	.40	-.08	-.06	-.04	.21	.41	.27	-.29	.78
PSY	-.15	.54	32	.13	.18	.09	.36	.15	.48	.26	.46	.33	.10
EX	-.10	-.18	06	-.26	-.36	-.19	-.05	-.02	-.07	-.23	-.22	.27	-.49
R <sup>2</sup>	.31	.50	.60	.71	.65	.65	.37	.06	.42	.59	.50	.39	.77

Noot: voor alle absolute correlaties  $\geq .13$  is  $p < .01$

Uit Tabel 6.7 blijkt dat er verschillende hoge correlaties zijn tussen de MMPI-2 en de NPV en de NVM. Met betrekking tot de validiteitschalen valt op dat de L-schaal vooral sterk negatief correleert met Negativisme, de F-schaal positief met Inadequatie en Ernstige Psychopathologie en de K-schaal negatief met Inadequatie, Verongelijkheid en Negativisme.

Met betrekking tot de klinische hoofdschalen vallen vooral de hoge positieve correlaties tussen Inadequatie en de MMPI-2 schalen D, Pt, Sc en Si op en de hoge negatieve correlaties tussen Zelfwaardering en de MMPI-2 schalen D, Pt en Si. Verder blijkt de NVM-schaal Somatisering sterk positief te correleren met de MMPI-2 schalen Hs, D, Hy, Pt en Sc. De Si-schaal van de MMPI-2 blijkt zeer sterk positief te correleren met Sociale Inadequatie, Verlegenheid en Inadequatie en negatief met Zelfwaardering en Dominantie. Opvallend is verder dat de MMPI-2 overwegend laag correleert met de NPV-schalen Rigiditeit, Zelfgenoegzaamheid en Dominantie. Mogelijk worden met deze schalen persoonlijkheidsaspecten gemeten die niet kunnen worden gemeten met de MMPI-2. Ernstige psychopathologie blijkt niet sterk te correleren met de MMPI-2 schalen Paranoia (Pa) en Schizofrenie (Sc), die beschouwd worden als kwetsbaarheidsschalen. Als men kijkt naar de percentages verklaarde variantie ( $R^2$ ; zie Tabel 6.7) valt op dat de meeste MMPI-2 schalen zeer goed voorspeld kunnen worden door de NPV en de NVM. Alleen de Mf-schaal blijkt niet goed door deze vragenlijsten te kunnen worden voorspeld. Van de overige schalen wordt gemiddeld 53.8% van de variantie voorspeld door de NPV en de NVM.

Vervolgens werd met behulp van factoranalyse bepaald welke onderliggende factoren ten grondslag liggen aan de hierboven genoemde vragenlijsten (MMPI-2, NPV en NVM). Hiertoe werd een Principale Componenten Analyse (PCA) met Varimax-rotatie uitgevoerd op de schalen van deze drie vragenlijsten. In totaal werden zes factoren gevonden met een eigenwaarde groter dan één (eigenwaarden van 8.0, 3.2, 2.8, 1.7, 1.3 en 1.0), die samen 72.4% van de totale variantie verklaren (zie Tabel 6.8). Op basis van psychologische interpretatie werd besloten om deze zes factoren te behouden.

**Tabel 6.8. Varimax geroteerde factorstructuur van de MMPI-2, NPV en NVM (alleen absolute factorladingen  $\geq .30$ ; primaire factorladingen schuingedrukt).**

	<i>Factor I</i>	<i>Factor II</i>	<i>Factor III</i>	<i>Factor IV</i>	<i>Factor V</i>	<i>Factor VI</i>	$h^2$
L				-.78			.65
F		.72					.70
K				-.72	-.46		.78
Hs			.91				.86
D	.48	.37	.64				.80
Hy			.90				.89
Pd		.75					.71
Mf						.84	.73
Pa		.73					.62
Pt	.42	.53	.48				.73
Sc		.78	.35				.80
Ma	-.59	.41					.62
Si	.84						.86
<u>NPV</u>							
IN	.37	.37	.37	.56			.77
SI	.79				.33		.79
RG					.69		.59
VE				.43	.65		.69
ZE					.72		.59
DO	-.72						.65
ZW	-.57		-.34				.63
<u>NVM</u>							
NEG		.42		.76			.77
SOM			.82				.84
VERL	.79						.77
PSY		.71			.35		.65
EX	-.61					-.33	.62
<i>variantie</i>	<i>17.2%</i>	<i>15.6%</i>	<i>14.4%</i>	<i>11.3%</i>	<i>9.4%</i>	<i>4.3%</i>	<i>72.4%</i>

De eerste factor heeft primaire factorladingen van de MMPI-2 schalen Sociale Introversie (Si) en Hypomanie (Ma), de NPV-schalen Sociale Inadequatie (SI), Dominantie (DO) en Zelfwaardering (ZW) en de NVM-schalen Verlegenheid (VERL) en Extraversie (EX). Deze factor kan worden geïnterpreteerd als *introversie-extraversie*.

De tweede factor heeft primaire factorladingen van de MMPI-2 schalen Psychopatische deviatie (Pd), Paranoia (Pa), Psychastenie (Pt), Schizofrenie (Sc) en de validiteitsschaal F en de NVM-schaal Ernstige Psychopathologie (PSY). Deze factor kan worden geïnterpreteerd als *ernstige psychopathologie*.

De derde factor heeft primaire factorladingen van de MMPI-2 schalen Hypochondrie (Hs), Depressie (D), Hysterie (Hy) en de NVM-schaal Somatisering (SOM). Deze factor kan worden geïnterpreteerd als *somatisering*.

De vierde factor heeft primaire factorladingen van de MMPI-2 validiteitsschalen L en K, de NVM-schaal negativisme en de NPV-schaal Inadequatie. Deze factor kan worden geïnterpreteerd als *negativisme/vijandigheid*. Deze factor werd in eerder onderzoek in de eerste lijn ook gevonden (Kloens et al., 2002).

De vijfde factor heeft primaire factorladingen van de NPV-schalen Rigiditeit (RG), Verongelijkheid (VE) en Zelfgenoegzaamheid (ZE). Deze factor 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; Kloens et al., 2002). De zesde en laatste factor tenslotte heeft één primaire factorlading van de MMPI-2 schaal Mannelijkheid-Vrouwelijkheid (Mf) en kan dan ook worden geïnterpreteerd als *mannelijkheid- vrouwelijkheid*. Deze factor weerspiegelt traditionele mannelijke of vrouwelijke interessepatronen.

#### 6.3.5 Discriminerend vermogen van de MMPI-2

Om te onderzoeken in welke mate de MMPI-2 in het huidige onderzoek groepen cliënten met verschillende DSM-IV As-I diagnoses van elkaar kan onderscheiden werden de gemiddelde T-scores van de validiteits- en klinische hoofdschalen van de MMPI-2 vergeleken tussen de acht diagnostische groepen cliënten zoals gedefinieerd in Tabel 4.4 (tabel 6.9).

**Tabel 6.9. Gemiddelde T-scores op de MMPI-2 voor de verschillende clientengroepen (zoals vermeld in Tabel 4.4).**

	relatie- en gezins- problematiek	depressie	angst- problematiek	aanpassings- problematiek	verslavings- problematiek	eet- problematiek	seksuele problematiek	impuls controle problematiek
L	48.3 <sub>a</sub> (10.3)	45.9 <sub>a</sub> (9.5)	48.3 <sub>a</sub> (10.2)	47.6 <sub>a</sub> (9.3)	42.6 <sub>a</sub> (6.5)	48.3 <sub>a</sub> (5.0)	51.6 <sub>a</sub> (13.2)	43.7 <sub>a</sub> (12.8)
F	55.9 <sub>a</sub> (12.4)	61.2 <sub>b</sub> (13.0)	58.2 <sub>ab</sub> (13.1)	56.9 <sub>ab</sub> (9.9)	56.6 <sub>ab</sub> (10.2)	60.4 <sub>ab</sub> (11.7)	55.7 <sub>ab</sub> (11.3)	81.1 <sub>c</sub> (29.6)
K	52.0 <sub>a</sub> (11.2)	45.6 <sub>bc</sub> (10.7)	48.8 <sub>abc</sub> (10.9)	47.7 <sub>abc</sub> (9.1)	44.3 <sub>abc</sub> (10.8)	45.6 <sub>abc</sub> (10.0)	57.7 <sub>ab</sub> (7.5)	37.1 <sub>c</sub> (12.1)
Hs	55.5 <sub>a</sub> (11.9)	62.8 <sub>b</sub> (12.8)	62.8 <sub>bc</sub> (14.0)	59.9 <sub>abc</sub> (12.1)	49.3 <sub>ac</sub> (9.1)	64.7 <sub>abc</sub> (8.8)	51.7 <sub>abc</sub> (12.7)	59.9 <sub>abc</sub> (13.0)
D	61.1 <sub>a</sub> (12.3)	74.1 <sub>b</sub> (12.8)	67.4 <sub>abc</sub> (14.2)	69.0 <sub>bc</sub> (13.6)	60.9 <sub>abc</sub> (10.3)	71.0 <sub>abc</sub> (7.7)	57.7 <sub>ac</sub> (7.7)	70.1 <sub>abc</sub> (13.8)
Hy	61.3 <sub>a</sub> (15.6)	68.7 <sub>b</sub> (15.1)	65.9 <sub>ab</sub> (16.1)	66.0 <sub>ab</sub> (14.6)	55.1 <sub>ab</sub> (16.0)	67.2 <sub>ab</sub> (13.8)	61.7 <sub>ab</sub> (14.4)	64.3 <sub>ab</sub> (10.4)
Pd	67.4 <sub>a</sub> (13.1)	68.6 <sub>a</sub> (12.3)	62.2 <sub>a</sub> (12.2)	66.0 <sub>a</sub> (11.9)	71.9 <sub>a</sub> (11.4)	68.6 <sub>a</sub> (10.9)	72.3 <sub>a</sub> (14.2)	69.9 <sub>a</sub> (12.4)
Mf	49.9 <sub>a</sub> (9.1)	50.3 <sub>a</sub> (11.1)	49.5 <sub>a</sub> (12.0)	47.7 <sub>a</sub> (12.3)	50.5 <sub>a</sub> (10.0)	45.6 <sub>a</sub> (14.1)	60.9 <sub>a</sub> (8.8)	52.3 <sub>a</sub> (12.7)
Pa	61.4 <sub>a</sub> (12.3)	66.4 <sub>ab</sub> (12.8)	64.8 <sub>ab</sub> (13.7)	65.5 <sub>ab</sub> (10.3)	64.1 <sub>ab</sub> (9.9)	65.9 <sub>ab</sub> (11.0)	64.9 <sub>ab</sub> (8.0)	80.3 <sub>b</sub> (27.2)
Pt	61.7 <sub>a</sub> (13.8)	73.5 <sub>b</sub> (11.9)	73.4 <sub>b</sub> (12.4)	70.9 <sub>b</sub> (12.0)	66.4 <sub>ab</sub> (10.5)	73.9 <sub>ab</sub> (7.9)	70.0 <sub>ab</sub> (15.5)	72.1 <sub>ab</sub> (17.7)
Sc	62.1 <sub>a</sub> (12.4)	69.3 <sub>b</sub> (11.7)	66.0 <sub>ab</sub> (11.3)	65.6 <sub>ab</sub> (10.3)	63.5 <sub>ab</sub> (9.5)	66.8 <sub>ab</sub> (10.5)	67.4 <sub>ab</sub> (6.8)	78.6 <sub>b</sub> (18.7)
Ma	51.8 <sub>a</sub> (10.8)	48.8 <sub>a</sub> (9.4)	50.9 <sub>a</sub> (11.3)	48.8 <sub>a</sub> (10.2)	48.4 <sub>a</sub> (8.0)	51.6 <sub>ab</sub> (6.4)	52.7 <sub>ab</sub> (11.0)	68.1 <sub>b</sub> (16.3)
Si	54.2 <sub>a</sub> (10.1)	61.0 <sub>b</sub> (11.2)	60.0 <sub>ab</sub> (13.1)	61.3 <sub>b</sub> (10.7)	58.7 <sub>ab</sub> (9.8)	62.1 <sub>ab</sub> (8.6)	52.0 <sub>ab</sub> (10.0)	60.4 <sub>ab</sub> (13.6)

Noot: gemiddelden met een verschillend sub-script tussen kolommen verschillen significant van elkaar ( $p < .05$ ).

Uit Tabel 6.9 blijkt dat er een aantal MMPI-schalen zijn die geen significant onderscheid maken tussen de acht diagnostische groepen, te weten de validiteitschaal L en de schalen Pd en Mf. In het algemeen zijn de verschillen op de MMPI-2 tussen de verschillende groepen klein. Met betrekking tot de validiteitschalen valt op dat de groep cliënten met seksuele problematiek vrij hoog op L en K en vrij laag op F-scoort, terwijl dit voor de groep met impuls controle problematiek precies omgekeerd is. Dit betekent dat deze twee diagnostische groepen van elkaar verschillen met betrekking tot de (on)wenselijkheidsfactor uit Tabel 6.4. Zoals eerder gemeld hebben personen met een lage score op L en K en een hoge score op F volgens de handleiding van de MMPI-2 de neiging om emotionele problemen en aanpassingsmoeilijkheden te overdrijven.

De schalen Pa, Sc en Ma onderscheiden vooral de groep met impuls controle problematiek (die hoger scoort op deze schalen) van de overige groepen. Cliënten met verslavingsproblematiek scoren lager dan de meeste andere groepen op Hs en Hy. De schaal D onderscheidt vooral de groepen cliënten met een depressie (hoge scores) en met seksuele problematiek (lage scores). De schaal Pt onderscheidt vooral de groep relatie- en gezinsproblematiek (lage scores) van de meeste andere groepen. Omdat de aantallen personen in de meeste groepen vrij klein zijn (zie ook Tabel 4.4), moeten de verschillen tussen de groepen met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Daarnaast is door middel van een discriminantanalyse onderzocht in hoeverre het mogelijk is om de verschillende groepen cliënten aan de hand van de validiteitschalen en klinische hoofdschalen van de MMPI-2 op een juiste wijze in te delen in de correcte diagnosegroep. In totaal blijken deze MMPI-2 schalen 34.9% van de cliënten goed in te delen. In Tabel 6.10 staan de aantallen juist ingedeelde cliënten op basis van de discriminantanalyse vermeld voor de verschillende diagnosegroepen.

**Tabel 6.10. Classificatie per diagnosegroep op basis van discriminantanalyse.**

Diagnose	N	Aantal goed ingedeeld	Percentage goed ingedeeld
relatie- en gezinsproblematiek	119	46	39.0
depressie	114	36	31.6
angstproblematiek	48	20	41.7
aanpassingsproblematiek	74	12	16.2
verslavingsproblematiek	10	5	50.0
eetproblematiek	9	5	55.6
seksuele problematiek	7	6	85.7
impuls controle problematiek	7	5	71.4

Totaal goed ingedeeld: 34.9%.

Vooraf cliënten uit de grotere diagnostische groepen (de eerste vier uit Tabel 42) blijken niet goed te worden ingedeeld op basis van de MMPI-2. De cliënten uit de overige vier (kleine) groepen worden beter ingedeeld en dan met name de groep met impulscontrole problematiek (85.7%). Deze groep bestaat echter uit slechts 7 cliënten.

#### *6.4 Samenvatting en discussie*

In het huidige onderzoek werden enkele psychometrische eigenschappen van de MMPI-2 onderzocht binnen een groep van 414 eerstelijnscliënten. De MMPI-2 wordt binnen de klinische psychologie veel gebruikt en heeft grote meetpretenties. Er is echter nog maar weinig psychometrisch onderzoek gedaan naar de Nederlandse versie van de MMPI-2 en de COTAN heeft de MMPI-2 op verschillende punten als onvoldoende beoordeeld. Met twijfels over zowel de betekenis (begripsvaliditeit), de voorspellende waarde (predictieve of criteriumvaliditeit) als de normering van de MMPI-2, lijkt op zijn minst een behoorlijke voorzichtigheid geboden wanneer iemand besluit om dit instrument toch te gebruiken. Binnen de eerstelijnspsychologie gebruikt men vaak de profielinterpretatie van de diverse MMPI-profielen (Derksen, 1998; Snellen, 1989; Friedman et al., 2001). Tot op heden is er echter geen wetenschappelijke onderbouwing van deze profielen die het gebruik ervan rechtvaardigen.

In het huidige onderzoek werd eerst de interne structuur van de MMPI-2 onderzocht. Ofschoon de intercorrelaties tussen de MMPI-2 schalen redelijk overeenkomen met de intercorrelaties zoals deze worden gerapporteerd in de

handleiding van de MMPI-2, blijken er ook duidelijke verschillen te zijn. Zo wijken de correlaties tussen de K-schaal en de overige schalen sterk af van wat in de handleiding van de MMPI-2 wordt gerapporteerd. Ook de correlaties tussen de schalen Hysterie (Hy), Mannelijkheid/Vrouwelijkheid (Mf) en Depressie (D) en de overige MMPI-2 schalen wijken op verschillende punten af van wat in de handleiding van de MMPI-2 wordt vermeld. De correlaties tussen Hypochondrie (Hs) en Hysterie (Hy) en tussen Depressie (D) en Psychastenie (Pt) blijken in het huidige onderzoek zo hoog te zijn dat deze schalen bijna als paralleltests beschouwd kunnen worden. De veelal hoge intercorrelaties tussen de MMPI-2 schalen zijn deels het gevolg van de grote item-overlap tussen de schalen. Hierdoor is een correlatie tussen één schaal en een andere schaal deels de correlatie van die schaal met zichzelf.

Een factoranalyse op L-, F- en K-schaal en de klinische hoofdschalen van de MMPI-2 leverde drie factoren op: algemene psychopathologie, sociale (on)wenselijkheid en extraversie-introversie. Op basis van de hoge intercorrelaties en de grote item-overlap (bijvoorbeeld: Hs en D 9 items, D en Hy 13 items en Hs en Hy 20 items) kon al verwacht worden dat een algemene factor psychopathologie gevonden zou worden. De tweede factor wordt vooral bepaald door de drie validiteitsschalen L, F en K. Deze factor heeft volgens de handleiding van de MMPI-2 (p. 38) betrekking op de neiging om emotionele problemen en aanpassingsmoeilijkheden te overdrijven. De derde factor (Ma en Si) is een sociale factor en kan dan ook worden geïnterpreteerd als extraversie-introversie. Met uitzondering van de Mf-schaal blijken alle MMPI-2 schalen redelijk goed te worden verklaard door deze driefactoren oplossing. De huidige drie factorenstructuur lijkt redelijk op de factorstructuur zoals gerapporteerd in de handleiding van de MMPI-2. Daar wordt echter nog een vierde factor genoemd, die uitsluitend uit de Mf-schaal bestaat. Opvallend verschil is echter dat in de huidige factorstructuur Hy duidelijk bij de eerste factor wordt ingedeeld en F bij de tweede factor; in eerder onderzoek was dit precies omgekeerd.

Verder blijkt dat MMPI-2 schalen in het algemeen zwak samenhangen met biografische variabelen. Geslacht blijkt alleen sterk met Mannelijkheid/Vrouwelijkheid samen te hangen. Een aparte normering voor mannen en vrouwen van de overige MMPI-2 schalen, zoals in de handleiding van de MMPI-2 wordt gehanteerd, lijkt daarmee bepaald overbodig. Inspectie van de gemiddelde scores uit

de handleiding laat ook al zien dat er slechts kleine verschillen zijn tussen mannen en vrouwen uit de normgroep van de MMPI-2.

De gemiddelde MMPI-2 scores van de huidige groep eerstelijnscliënten blijken sterk af te wijken van de normgegevens zoals vermeld in de handleiding van de MMPI-2. Dit kon verwacht worden gezien het feit dat voor de normering van de MMPI-2 gebruik is gemaakt van een niet klinische normgroep, namelijk een Telepanel van de Universiteit van Amsterdam (dat terwijl de MMPI-2 met name voor de klinische praktijk is bedoeld). De verschillen tussen de gemiddelde scores in de huidige proefgroep en de normen uit de handleiding zijn voor de meeste schalen erg groot (in veel gevallen meer dan één standaarddeviatie). In het geval men de MMPI-2 toch zou besluiten te gebruiken is het in ieder geval noodzakelijk dat men over nieuwe normgegevens voor meer klinische populaties kan beschikken. Op basis van resultaten uit eerder onderzoek met andere vragenlijsten (Kloens et al., 2002) mag verwacht worden dat de gemiddelde MMPI-2 scores van psychiatrisch patiënten nog sterker van de normgegevens uit de handleiding van de MMPI-2 zullen afwijken dan de gemiddelde scores van de huidige proefgroep eerstelijnscliënten.

Er blijken verschillende sterke verbanden te bestaan tussen de schalen van de MMPI-2 en de schalen van de NPV en de NVM. Vooral de NPV-schalen Inadequatie en Zelfwaardering en de NVM-schaal Somatisering blijken verschillende sterke verbanden met de MMPI-2 schalen te hebben. Opvallend is verder dat de MMPI-2 laag correleert met de NPV-schalen Rigiditeit, Zelfgenoegzaamheid en Dominantie. Mogelijk worden met deze schalen persoonlijkheidsaspecten gemeten die niet kunnen worden gemeten met de MMPI-2. Ernstige psychopathologie van de NVM blijkt opvallend genoeg niet sterk samen te hangen met de MMPI-2 schalen Paranoia (Pa) en Schizofrenie (Sc), die beschouwd worden als kwetsbaarheidsschalen. De gevonden verbanden ondersteunen slechts ten dele de betekenis van de verschillende MMPI-schalen. Als men kijkt naar de percentages verklaarde variantie valt op dat de meeste MMPI-2 schalen zeer goed voorspeld kunnen worden door de NPV en de NVM. Alleen de Mf-schaal blijkt niet goed door deze vragenlijsten te kunnen worden voorspeld. Dit kon verwacht worden gezien het feit dat deze schaal items bevat welke betrekking hebben op interesses en belangstelling en *niet* op persoonlijkheid. Van de overige schalen wordt gemiddeld 53.8% van de variantie voorspeld door de NPV en de NVM.

Een tweede factoranalyse met de drie validiteitsschalen en klinische hoofdschalen van de MMPI-2 en de NVM en de NPV bleek een zes factorenoplossing op te leveren. Deze factoren bleken geïnterpreteerd te kunnen worden als (I) introversie-extraversie, (II) ernstige psychopathologie, (III) somatisering, (IV) negativisme/vijandigheid, (V) dogmatisme en (VI) mannelijkheid-vrouwelijkheid. De factor Dogmatisme bestaat alleen uit de NPV-schalen Rigiditeit, Verongelijkheid en Zelfgenoegzaamheid. Deze factor kan niet worden gemeten met de MMPI-2. De factor mannelijkheid-vrouwelijkheid wordt alleen gemeten met de MMPI-2 schaal Mannelijkheid-vrouwelijkheid (Mf).

In eerder onderzoek in de eerstelijns (zie hoofdstuk IV) werden bij een factoranalyse op de schalen van de NVM, NPV, UCL (Schreurs, Van de Willige, Brosschot, Tellegen & Graus, 1993) en SCL-90 (Arrindell & Ettema, 2003) zes factoren gevonden. Eén factor uit dat onderzoek bleek grotendeels een SCL-90 factor te zijn. Deze factor lijkt sterk op de somatiseringfactor uit het huidige onderzoek. Van de overige vijf factoren uit het onderzoek van Kloens et al. (2002) blijken er nog drie, namelijk introversie-extraversie, negativisme/vijandigheid en dogmatisme, ook te worden gevonden in het huidige onderzoek. Op basis van deze gegevens en het feit dat ernstige psychopathologie ook goed gemeten kan worden met alleen de NVM (Luteijn & Kok, 1995) kan men concluderen dat de 'winst' die wordt geboekt door de MMPI-2 toe te voegen aan lijsten als de NPV, NVM, SCL-90 en UCL vooral de factor mannelijkheid-vrouwelijkheid blijkt te zijn. Voor het diagnostisch proces in de eerstelijnspsychologie lijkt het toevoegen van de MMPI-2 aan de set vragenlijsten NVM, NPV, UCL en SCL-90 dan ook overbodig.

De MMPI-2 blijkt in totaal 34.9% van de cliënten uit de huidige proefgroep correct te kunnen classificeren. Vooral de grotere diagnosegroepen (relatie- en gezinsproblematiek, depressie, angst- en aanpassingsproblematiek) worden vrij matig geclassificeerd op basis van de MMPI-2. De cliënten uit de kleinere groepen worden iets beter ingedeeld, met name de groep met impuls controle problematiek (85.7%). Deze groep bestaat echter uit slechts 7 cliënten. De verschillen op de MMPI-2 schalen tussen de verschillende diagnostische groepen zijn in het algemeen klein.

Samenvattend kan men stellen dat de gegevens uit het huidige onderzoek het gebruik van de MMPI-2 binnen de eerstelijns zeker niet zonder meer rechtvaardigen. Er waren vooraf al veel vragen met betrekking tot verschillende psychometrische eigenschappen van de MMPI-2. Deze vragen hebben in het huidige onderzoek geen

bevredigend antwoord gekregen. Met betrekking tot de validiteit van de MMPI-2 kan men concluderen dat interne structuur in het huidige onderzoek redelijk overeenkomt met de gegevens uit de handleiding. De relaties met andere tests ondersteunen slechts ten dele de betekenis van de MMPI-2 schalen. Ook het discriminerende vermogen van de MMPI-2 blijkt in het huidige onderzoek tegen te vallen. De gemiddelde MMPI-2 scores wijken, zoals verwacht mocht worden, sterk af van de normgegevens zoals vermeld in de handleiding van de MMPI-2. De MMPI-2 lijkt met zijn enorme lengte (567 items) en twijfelachtige psychometrische kwaliteiten weinig meerwaarde te hebben binnen het diagnostisch proces bij eerstelijnscliënten. Een combinatie van andere, door de COTAN veel beter beoordeelde, instrumenten (bijvoorbeeld NPV, NVM, SCL-90 en UCL; samen goed voor 'slechts' 353 items) lijkt meer en betere informatie te verschaffen en een minder grote belasting voor de patient te zijn dan de MMPI-2. Uit eerder onderzoek (Kloens et al., 2002) blijkt bijvoorbeeld dat met de NVM en de NPV, aangevuld met de SCL-90 en de UCL verschillende groepen cliënten in de eerstelijns goed van elkaar kunnen worden onderscheiden.

Hoewel de profielinterpretatie van de MMPI-2 in het huidige onderzoek niet nader is onderzocht, stemmen de gegevens uit het huidige onderzoek weinig hoopvol als het gaat om de betrouwbaarheid en validiteit van de verschillende MMPI-2 profielen. Nader onderzoek zal echter meer informatie over de geldigheid van de MMPI-2 profielen moeten verschaffen.

## Hoofdstuk VII

### De resultaten van een predictief onderzoek van therapieresultaat bij 278 eerstelijnscliënten

Deze studie heeft als doel het verrichten van wetenschappelijk onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van de vragenlijsten SCL-90, NPST, NPV en UCL. Er wordt een beschrijving van de karakteristieken van de eerstelijnscliënt gegeven, met name op het punt van therapieresultaten.

In het huidige onderzoek wordt aldus de therapie-evaluatie beschreven bij de groep van 278 eerstelijnscliënten uit verschillende eerstelijnspraktijken in Nederland, waarbij de SCL-90 als indicator van effecten van therapie is gebruikt <sup>5</sup>. De invloed van een beperkt aantal cliëntvariabelen en therapeutvariabelen op de effecten van de therapie in de eerstelijns wordt beschreven.

#### *7.1 Inleiding*

Predictief validiteitsonderzoek binnen de eerstelijns is in Nederland nauwelijks beschikbaar. Een uitzondering betreft het onderzoek van Eurelings-Bontekoe, Diekstra & Verschuur (1995) naar de prognostische waarde van de factoren symptomatologie (gemeten met de SCL-90), sociale steun en sociaal netwerk bij 120 eerstelijnscliënten. Na metingen bij de aanvang van de therapie en bij de afsluiting van de therapie, zes maanden later, bleek dat de ernst van de psychopathologie op de totaal-score (Psychoneuroticisme-schaal) van de SCL-90, gemeten bij de afsluiting van de therapie, te voorspellen was door de score op Psychoneuroticisme-schaal van de SCL-90, gemeten bij de aanvang van de therapie. Dit resultaat wordt ook bij de evaluatie van therapie van andere cliënten gevonden (Lambert, 2004).

Onderzoek naar de invloed van cliëntvariabelen en therapievariabelen op de uitkomst van (psycho)therapie, is ruimschoots voorhanden (Lambert, 2004). Clarkin & Levy (2004) stellen dat onderzoekers worden geconfronteerd met een grote hoeveelheid aan cliëntvariabelen, welke een invloed kunnen hebben op de uitkomst

---

<sup>5</sup> Gepubliceerd in Diagnostiek- Wijzer (Kloens et al., 2004).

van therapie. Gedegen onderzoek naar de invloed van al deze variabelen is haast onmogelijk, vanwege de uiterst complexe en inconsistente relatie tussen cliëntvariabelen, procesvariabelen en de uitkomst van therapie. Al zijn cliëntvariabelen, zoals gemeten voor de aanvang van de therapie, van invloed op het resultaat van de therapie, deze variabelen zijn tijdens de therapie in een dynamische en steeds veranderende relatie verwickeld met de therapeutvariabelen. De beschreven resultaten zijn dan ook teleurstellend (Clarkin & Levy, 2004). De cliëntvariabelen welke voorafgaand aan de therapie zijn gemeten blijken slechts van beperkte invloed en inconsistent in relatie tot het therapeutisch proces en de therapie-uitkomst. Daarnaast is het vaak niet duidelijk of de cliëntvariabelen werkzaam zijn als mediator of moderator, of beiden.

Eveneens van invloed op de uitkomst van de therapie zijn de therapeutvariabelen, zoals de wijze van interventie, bijvoorbeeld directieve versus non-directieve interventies (Beutler et al., 2004). Onderzoek naar de wijze van interventie of gebruikte therapeutische methoden en technieken bij de diverse therapeutische scholen laat zien dat er weinig ondersteuning is voor de gedachte dat de ene benadering superieur of effectiever is in vergelijking met een andere benadering, al lijken gedragstherapeutische en cognitieve methoden en technieken wel superieur aan andere methoden, als het gaat om de behandeling van een groot aantal stoornissen en problemen zoals angststoornissen en pedagogische problemen (Lambert & Ogles, 2004).

Uit onderzoek blijkt dat slechts 15% van de therapie-uitkomst verklaard kan worden door de gebruikte therapeutische methode of technieken. Het merendeel van het therapie-effect lijkt daarom te maken te hebben met non-specifieke variabelen, zoals het contact (de relatie) met de therapeut, het aanbrenge van structuur, hoop op een goede afloop, etc.. Schaap (2001) stelt dan ook dat psychotherapie voor een groot gedeelte placebo is en dat de werkzame elementen voornamelijk non-specifiek en gemeenschappelijk zijn.

Tegen de achtergrond van het voorafgaande zal in de volgende paragrafen van dit hoofdstuk een therapie-evaluatie-onderzoek beschreven worden in de eerstelij.

## 7.2 Methode

### 7.2.1 Proefgroep en procedure

De algemene beschrijving van de huidige proefgroep van 278 cliënten is te vinden in hoofdstuk V.

Van een totaal van 161 cliënten zijn gegevens beschikbaar over het aantal sessies in de eerstelijnspraktijk. Het gemiddeld aantal sessies betrof 8.3 (sd = 4.2). De meerderheid van de cliënten heeft naast de vragenlijsten tijdens de taxatiefase of intake ook de vragenlijsten bij het ontslag ingevuld (n = 164) en de vragenlijst SCL-90 ingevuld na twee maanden ná ontslag (n = 153). Een totaal van 137 cliënten heeft alle vragenlijsten op alle drie de meetmomenten ingevuld. De gegevens uit deze proefgroep van 137 cliënten worden gebruikt voor de statistische analyses van het huidige onderzoek. Het betreft dus ruwweg de helft van de totale proefgroep.

De therapeut heeft de therapeut-vragenlijst bij ontslag ingevuld bij een totaal van 173 cliënten. Het afhaken van zo'n 100 mensen welke geen vragen bij ontslag of ná twee maanden heeft ingevuld, heeft bij navraag te maken met redenen als 'geen zin om verder iets in te vullen', 'het nut niet inzien van het invullen van nametingen', 'niet meer geconfronteerd willen worden met problemen' of 'vergeten in te vullen'. In een aantal gevallen is de therapeut vergeten de vragenlijsten onder de aandacht te brengen of is de therapeut (tijdelijk) gestopt met de uitoefening van het beroep.

### 7.2.2 Instrumenten

#### 7.2.2.1 Symptom CheckList (SCL-90)

Voor het huidige onderzoek worden de volgende negen schalen van de SCL-90 gebruikt: Angst (ANG), Agorafobie (AGO), Depressie (DEP), Somatische Klachten (SOM), Insufficiëntie van denken en handelen (IN), Wantrouwen en Interpersoonlijke Sensitiviteit (SEN), Woede-Hostiliteit (HOS), Slaapproblemen (SLA) en Psychoneuroticisme (PSNEUR). Voor een algemene beschrijving van de SCL-90 wordt verwezen naar hoofdstuk IV.

De SCL-90 wordt vaak ingezet als een vragenlijst om de effecten van de therapie of interventie te bepalen (Arrindell, Ettema, 2003). Inmiddels is er een groot aantal studies beschikbaar met betrekking tot het vermogen van de SCL-90 om effecten van therapieën te bepalen. Er zijn therapie-evaluatie-studies verricht bij uiteenlopende diagnosegroepen patiënten, zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen, chronisch vermoeidheidssyndroom, suïcidepogingen en slaapstoornissen. Voor sommige studies geldt dat er naast de voor- en nameting ook één of meerdere follow-up metingen zijn uitgevoerd. Dit is ook het geval in het huidige onderzoek (voormeting tijdens de fase van taxatie/intake, nameting met ontslag en nameting na twee maanden). In sommige studies is de evaluatie uitgevoerd met een SCL-90-(sub)schaal, in andere met meerdere SCL-90-(sub)schalen of met alle SCL-90(sub)schalen. In iedere studie bleken één of meerdere schalen gevoelig voor therapie-effect (zie verder: Arrindell et al., 2003).

De schalen van de SCL-90 bezitten discriminerende validiteit (Arrindell & Ettema, 2003), ook de schalen die soms hoog gecorreleerd zijn, zoals ANS en DEP. De convergerende- en divergerende validiteit is aangetoond, onder andere met persoonlijkheidsdimensies van de NPV en NVM. De predictieve validiteit, daar waar het gaat om het voorspellen van (al dan niet test) –gedrag door SCL-90 scores, is uitgebreid beschreven (Arrindell & Ettema, 2003). Samenvattend zijn de volgende conclusies te trekken. Personen die veel psychische klachten op specifieke dimensies van de SCL-90 rapporteren geven vaker aan dat zij:

1. Een suboptimale lichamelijke gezondheid hebben;
2. Behoeftte hebben aan somatische of psychische hulp;
3. De huisarts bezoeken of psychofarmaca gebruiken;
4. Hinder ondervinden van vergeetachtigheid of andere cognitieve disfuncties.

Daarnaast blijkt de SCL-90 de uitkomsten van psychologische interventies of somatische ingrepen prospectief te kunnen voorspellen. De SCL-90 voorspelt tevens wie na een ingrijpende ziekte al of niet het werk hervat en de SCL-90 voorspelt ook prospectief de intensiteit van rouwklachten na het verlies van een kind (zie verder: Arrindell & Ettema, 2003).

#### *7.2.2.2 Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV)*

Voor het huidige onderzoek worden de volgende zeven subschalen van de NPV gebruikt: Inadequatie (IN), Sociale inadequatie (SI), Rigiditeit (RG), Verongelijkheid (VE), Zelfgenoegzaamheid (ZE), Dominantie (DO) en Zelfwaardering (ZW). Voor een beschrijving van de NPV wordt verwezen naar hoofdstuk IV.

#### *7.2.2.3 Negativisme, Psychopathologie en Somatisering - Test (NPST)*

De NPST (Luteijn & Barelds, 2003a, 2003b) is een persoonlijkheidstest van 54 items waarmee de eigenschappen Negativisme (17 items), Ernstige Psychopathologie (16 items) en Somatisering (21 items) worden gemeten. De NPST is een paralleltest (voor deze drie aspecten) en tevens de vervanger van de Nederlandse Verkorte MMPI (NVM; Luteijn & Kok, 1985), die met ingang van 2004 niet meer uitgegeven wordt (zie Luteijn & Barelds, 2003a, 2003b). De 54 NPST-items worden beantwoord op een driepuntsschaal (Juist, ?, Onjuist). Uit onderzoek blijkt dat de NPST over goede psychometrische eigenschappen beschikt (Luteijn & Barelds, 2003a). Er zijn drie normgroepen beschikbaar voor de NPST: Psychiatrische patiënten (n = 1396), Eerstelijnscliënten (n = 780) en Algemeen (n = 904).

De NPST wordt op dit moment door de COTAN beoordeeld.

#### *7.2.2.4 Utrechtse Coping Lijst (UCL)*

Voor het huidige onderzoek worden de volgende zeven schalen van de UCL gebruikt: Actief aanpakken (ACT), Palliatieve reactie (PAL), Vermijden (VER), Sociale steun zoeken (SOC), Passief reactiepatroon (PAS), Expressie van emoties (EXP) en Geruststellende gedachten (GER). Voor een beschrijving van de UCL wordt verwezen naar hoofdstuk IV.

#### *7.2.2.5 Een tweetal vragenlijsten voor nameting*

Ook is voor de evaluatie van enkele cliëntgegevens voor de fase van ontslag een vragenlijst geconstrueerd. De vragen zijn afgenomen na de laatste behandelsessie. De vragen en antwoordcategorieën welke zijn opgenomen in de vragenlijst zijn opgenomen in Appendix II. Ook voor de evaluatie van enkele therapeutgegevens is er voor de fase van ontslag een vragenlijst ontwikkeld. De vragen zijn afgenomen na de laatste behandelsessie. De vragen en antwoordcategorieën welke zijn opgenomen in de vragenlijst zijn opgenomen in Appendix II.

### *7.3 Resultaten*

#### *7.3.1 Evaluatie van cliëntgegevens en therapeutgegevens*

Als de cliënt wordt gevraagd hoe het op het moment van ontslag gaat met de klachten of problemen waarvoor men in behandeling is gegaan, geeft 59% van de cliënten aan dat de klachten veel zijn verbeterd. Een totaal van 29% van de cliënten geeft aan dat de klachten enigszins zijn verbeterd. Hiermee geeft een totaal van 88% van de cliënten aan dat de klachten in meer of mindere mate zijn verbeterd. Een totaal van 9% van de cliënten geeft aan dat de klachten hetzelfde zijn gebleven, terwijl een totaal van 3% van de cliënten aangeeft dat de problemen zijn verslechterd.

Als cliënten bij ontslag wordt gevraagd wat men aan de behandeling heeft gehad, antwoord 79% van de cliënten dat men veel heeft gehad aan de behandeling door de eerstelijnspsycholoog. Een totaal van 21% van de cliënten heeft weinig gehad aan de behandeling, terwijl een totaal van 1% van de cliënten zegt niets te hebben gehad aan de behandeling.

Als cliënten wordt gevraagd wat men vond van de bijdrage van het psychologisch onderzoek (de vragenlijsten) aan de behandeling, beoordeeld 56% van de cliënten de bijdrage van vragenlijsten als positief. Een totaal van 44% van de cliënten beoordeeld de bijdrage van vragenlijsten aan de behandeling neutraal (niet zozeer positief als negatief) en geen van de cliënten beoordeeld de bijdrage van vragenlijsten als negatief. Als cliënten wordt gevraagd of men kennissen of familieleden zou aanraden

hulp te zoeken voor hun problemen in de betreffende eerstelijnspraktijk, antwoord een totaal van 98% van de cliënten dat men dit zou doen.

De vragen met betrekking tot de evaluatie van de therapie door de therapeut zijn door de eerstelijnspsychologen ingevuld na de laatste behandelsessie. Het gemiddeld aantal sessies door de eerstelijnspsycholoog betrof 8.3 (sd = 4.2) en het maximale aantal sessies bij deze onderzoeksgroep betrof 24 sessies. Als de eerstelijnspsycholoog wordt gevraagd vanuit welk therapeutische perspectief of oriëntatie men werkzaam is geweest tijdens de kortdurende behandeling, geeft een totaal van 44% van de ELP-en aan overwegend vanuit een cognitief-gedragstherapeutische oriëntatie werkzaam geweest te zijn. Een totaal van 36% van de ELP-en geeft aan vanuit een systeemtheoretische oriëntatie werkzaam geweest te zijn geweest. Een totaal van 20% van de ELP geeft aan vanuit een andere oriëntatie (inzichtgevend 9%, rogeriaans 1% en non-specifiek/anders 10%) werkzaam te zijn geweest. Deze resultaten laten zien dat veruit de meeste cliënten worden behandeld volgens de principes van de cognitieve gedragstherapie en de systeemtherapie.

De cognitieve gedragstherapie (CGT) is overwegend individueel van aard en kenmerkt zich door het gebruik van gedragstherapeutische, cognitieve interpersoonlijke en experiëntiële technieken (Beck et al., 1990). Deze technieken zijn afgeleid uit de theoretische modellen van het behaviorisme en de cognitieve psychologie. De houding van de psycholoog is betrokken, actief, sturend en directief. Het opstellen van een individueel behandelplan op basis van een gedetailleerde analyse van de klachten staat centraal binnen de cognitieve gedragstherapie. Het uitdagen van gedachten, de Socratische dialoog, gedragsexperimenten, rollenspel en imaginatieoefeningen, zijn voorbeelden van technieken uit de cognitieve gedragstherapie.

De systeemtherapie richt zich op de onderlinge relatie tussen mensen. Partnerrelatie therapie of gezinstherapie zijn vormen van systeemtherapie, waarbij de kern is dat onderdelen van het systeem, bijvoorbeeld het gezin of het echtpaar, niet als losse individuele componenten worden beschouwd, maar dat de aandacht vooral wordt gericht op de onderlinge verhoudingen en interacties tussen deze componenten en op de functies die ze voor elkaar hebben (Lange, 1994). De psycholoog richt zich middels directieve en non-directieve technieken op het veranderen van de onderlinge communicatie of empathie tussen mensen. Het in kaart brengen van de levenscyclus van een gezin of congruente opdrachten die tot doel hebben dat cliënten

communicatieregels effectiever toepassen, zijn voorbeelden van technieken uit de systeemtherapie. De methoden en technieken uit de systeemtherapie worden door eerstelijnspsychologen vaak toegepast bij partnerrelatieproblemen of gezinsproblemen, maar tevens bij individuele problemen die betekenisvol gerelateerd zijn aan het gezin of de partnerrelatie.

De methoden en technieken uit de CGT en de systeemtheorie worden door eerstelijnspsychologen vaak toegepast bij cliënten met een depressie of een angststoornis (zie ook Tabel 7.3).

Een overzicht van de gebruikte therapie-oriëntatie per diagnosegroep (met de percentages per diagnosegroep) wordt beschreven in Tabel 7.1.

**Tabel 7.1. Overzicht gebruikte therapie-oriëntatie per diagnosegroep (percentages per diagnosegroep).**

	CGT	Systeem	Inzicht	Rogeriaans	Anders
relatie- en gezinsproblematiek	16%	74%	8%	0%	3%
depressie	47%	23%	10%	3%	17%
angstproblematiek	74%	13%	0%	0%	13%
aanpassingsproblematiek	54%	12%	15%	0%	19%
overige diagnoses	41%	39%	16%	0%	4%

De vraag aan de ELP naar zijn/haar oordeel over het resultaat van de behandeling laat zien dat een totaal van 24% van de ELP-en het resultaat van de therapie als uitstekend beoordeelde. Een totaal van 51% beoordeelde het resultaat van de therapie als ‘goed’. Daarmee werd door de therapeuten het resultaat van de therapie in 75% van alle gevallen als minstens goed beoordeeld. Een totaal van 23% van de ELP-en beoordeelde het resultaat van de therapie als ‘matig’ en een totaal van 2% van de ELP-en beoordeelde het resultaat van de therapie als ‘slecht’. Tussen het oordeel van de therapeut en het oordeel van de client over het resultaat van de behandeling blijkt een opvallend hoge mate van overeenstemming te bestaan:  $r = .64, p < .001$ .

### 7.3.2 Gemiddelde SCL-90 scores

De gemiddelde SCL-90 scores werden bepaald op de drie verschillende meetmomenten (T1, T2 en T3; zie Figuur 7.1; onderzoeksdesign). Dit gebeurde zowel voor de gehele proefgroep als voor de vier belangrijkste diagnostische groepen apart .

**Figuur 7.1. Onderzoeksdesign.**

Meetmoment	Vragenlijsten
T1	NPST, NPV, UCL, SCL-90
T2	SCL-90 vragenlijst met vier vragen voor de cliënt vragenlijst met drie vragen voor de therapeut
T3	SCL-90

Noot: T1 = meetmoment tijdens taxatie/intake, T2 = meetmoment tijdens ontslag, T3 = meetmoment na twee maanden na ontslag.

Door middel van repeated measures MANOVA's werd vervolgens bepaald of deze gemiddelde scores significant van elkaar verschillen. De resultaten staan samengevat in Tabel 7.2.

**Tabel 7.2. Gemiddelde SCL-90 scores op de drie meetmomenten (standaarddeviaties tussen haakjes).**

	T1	T2	T3
Gehele proefgroep	167.8 <sub>a</sub> (43.4)	140.3 <sub>b</sub> (47.0)	132.7 <sub>c</sub> (42.8)
- Relatie en gezinsproblematiek	150.8 <sub>a</sub> (35.4)	136.5 <sub>b</sub> (32.4)	126.8 <sub>c</sub> (29.3)
- Depressie	199.0 <sub>a</sub> (35.1)	157.8 <sub>b</sub> (70.6)	139.0 <sub>c</sub> (47.5)
- Angst	187.4 <sub>a</sub> (46.6)	153.0 <sub>b</sub> (48.7)	147.7 <sub>c</sub> (46.2)
- Aanpassingsproblemen	160.5 <sub>a</sub> (36.5)	127.9 <sub>b</sub> (26.2)	121.0 <sub>c</sub> (32.3)

Noot: gemiddelden met een verschillend subscript tussen kolommen verschillen significant van elkaar ( $p < .05$ ).

Uit Tabel 7.2 blijkt dat de gemiddelde SCL-90 scores allemaal significant lager zijn op T2 in vergelijking met T1 en dat de gemiddelde SCL-90 scores op T2 allemaal significant lager zijn op T3. Dit geldt zowel voor de gehele proefgroep, als voor de vier diagnostische groepen apart: alle personen ervaren na therapie duidelijk minder psychopathologische klachten. In vergelijking met de cliëntgroepen relationele- en

gezinsproblemen én aanpassingsstoornissen, ervaren de personen met een angststoornis of depressie bij de nameting na twee maanden nog wel steeds de meeste psychopathologische klachten. Er blijkt echter geen significant interactie-effect te bestaan tussen meetmoment (T1, T2 en T3) en groepsindeling (diagnostische groepen). Dit wil zeggen dat de veranderingen in SCL-90 scores tussen de verschillende meetmomenten niet verschillen tussen de vier diagnostische groepen cliënten.

Op basis van de verschillen tussen de gemiddelde scores op de drie meetmomenten werden tevens effect sizes berekend voor de gehele proefgroep. Effect sizes bij herhaalde metingen worden berekend volgens de formule (zie bijvoorbeeld Johnson & Eagly, 2000):

$$d = t \sqrt{\frac{1}{n}} = \frac{m_{T_0} - m_{T_1}}{S_{diff}}, \text{ waarbij } S_{diff} = \sqrt{S_{T_0}^2 + S_{T_1}^2 - 2r_{T_0T_1} S_{T_0} S_{T_1}}$$

De effect sizes voor de verschillen op de SCL-90 voor de gehele proefgroep tussen de drie meetmomenten staan vermeld in Tabel 7.3.

**Tabel 7.3. Effect sizes tussen de drie meetmomenten.**

	T1-T2	T1-T3	T2-T3
Effect size	.63	.88	.32

Tussen meetmoment T1 en T3 (voornaamste meetmoment) wordt een grote effect-size gevonden, terwijl tussen T1 en T2 een medium en tussen T2 en T3 een kleine effect size wordt gevonden (zie Cohen, 1992). Deze resultaten zijn in overeenstemming met eerder onderzoek (Clarkin & Levy, 2004) en de client- en therapeutoordelen over het resultaat van de behandeling.

### 7.3.3 Overeenstemming SCL-90 en client- en therapeutoordelen

Vervolgens werd bepaald hoe sterk de verbanden zijn tussen de client- en therapeutoordelen over het resultaat van de behandeling en de totaalscores op de SCL-90 op de drie meetmomenten en de verschillen op de SCL-90 tussen de drie meetmomenten (zie Tabel 7.4).

**Tabel 7.4. Correlaties tussen client- en therapeutoordeel en (verschilscores) op de SCL-90.**

	Oordeel client	Oordeel therapeut
SCL-90 T1	-.02	-.03
SCL-90 T2	-.36**	-.42**
SCL-90 T3	-.24**	-.35**
SCL-90 T1 - SCL-90 T2	.37**	.42**
SCL-90 T1 - SCL-90 T3	.24**	.32**
SCL-90 T2 - SCL-90 T3	-.27**	-.18*

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ .

Uit Tabel 7.4 kan worden opgemaakt dat de SCL-90 scores op T2 redelijk sterk samenhangen met het oordeel van zowel de client als de therapeut over het resultaat van de behandeling: weinig psychoneurotische klachten na behandeling gaan samen met een positieve evaluatie van de behandeling. Ook de nameting op de SCL-90, evenals alle verschilscores blijken in de gewenste richting samen te hangen met het oordeel van zowel de client als de therapeut: lagere SCL-90 totaalscores op T2 en T3, de afname van de klachten tussen T1 en T2, de afname van de klachten tussen T1 en T3 en het stabiel blijven van lage klachterniveaus tussen T2 en T3 blijken allen samen te gaan met een positieve beoordeling van de behandeling door zowel de client als de therapeut.

#### 7.3.4 *Therapeutische orientatie*

Vervolgens werd met behulp van een MANOVA onderzocht of de veranderingen in de SCL-90 scores ook verschillen tussen de verschillende toegepaste therapeutische orientaties. Hiervoor werden de toegepaste therapievormen ingedeeld in drie groepen: cognitief-gedragstherapeutisch, systeemtheoretisch en 'overige'. Er bleek geen significant verschil te zijn met betrekking tot de effectiviteit van de behandeling zoals gemeten met de SCL-90 tussen deze drie groepen.

### *7.3.5 Predictieve validiteit*

Om de predictieve validiteit van de NPV, NPST en UCL te onderzoeken werden correlaties berekend tussen de schalen van deze drie vragenlijsten en de SCL-90 totaalscores tijdens de ontslagmeting en de nameting. Omdat verschillen in de regel zeer onbetrouwbaar zijn (zie bijvoorbeeld Cronbach & Furby, 1970) werd besloten om de predictieve validiteit van genoemde vragenlijsten alleen met betrekking tot de SCL-90 totaalscores op T2 en T3 te onderzoeken en niet met betrekking tot de verschillen tussen de meetmomenten. Tevens werden de correlaties berekend tussen geslacht, leeftijd en opleidingsniveau en de SCL-90 totaalscores op T2 en T3. Uit de resultaten blijkt dat meerdere schalen van zowel de NPST als de NPV als de UCL een duidelijke voorspellende waarde bezitten (zie Tabel 7.5).

**Tabel 7.5. Correlaties tussen NPST, NPV en UCL (intake) en de SCL-90 scores op T2 en T3 (absolute correlaties groter of gelijk .20).**

	SCL-90 op T2	SCL-90 op T3
<u>NPV</u>		
IN	.44**	.47**
SI	.28**	.26**
RG	.26**	.27**
VE	.36**	.37**
ZE	.25**	.22**
DO	-.11	-.09
ZW	-.32**	-.32**
<u>NPST</u>		
NEG	.18*	.23**
PSY	.06	.11
SOM	.26**	.27**
<u>UCL</u>		
ACT	-.25**	-.21*
PAL	-.09	-.03
VER	.20*	.24**
SOC	-.19*	-.18*
PAS	.33**	.35**
EXP	.01	-.05
GER	-.15	-.11
<u>Biografische variabelen</u>		
Geslacht	-.03	-.04
Leeftijd	.01	-.02
Opleiding	-.24**	-.27**
<u>Multipele correlatie (R)</u>		
	.58**	.61**

\* p < .05; \*\* p < .01

Uit tabel 7.5 blijkt dat de NPV sterk correleert met de SCL-90 scores op T2 en T3. Personen die hoog scoren op Inadequatie, Sociale inadequatie, Rigiditeit, Verongelijkheid en Zelfgenoegzaamheid en laag scoren op Zelfwaardering bij de intake ervaren op zowel de ontslagmeting als de nameting meer psychoneurotische klachten. Verder blijkt dat personen die negativistisch zijn, somatiseren, problemen niet actief aanpakken, vermijden, geen sociale steun zoeken en op problemen reageren met een passief reactiepatroon meer psychoneurotische klachten ervaren op zowel de ontslagmeting als de nameting.

Van de biografische variabelen blijkt alleen opleidingsniveau een voorspellende waarde te hebben als het gaat om de SCL-90 totaalscores bij ontslag en de nameting: hoger opgeleide personen scoren lager op de SCL-90 dan lager opgeleide personen, op zowel T2 als T3. De multiële correlaties tussen de NPV, NPST, UCL en biografische variabelen enerzijds en de ontslagmeting en nameting anderzijds zijn hoog te noemen: respectievelijk .58 en .61. Uit multiële regressie-analyses blijkt dat de NPV-schaal Inadequatie en de NPST-schaal Ernstige Psychopathologie de beste voorspellers zijn van algemene psychopathologische klachten op zowel de ontslagmeting als de nameting. (Ontslagmeting  $\beta_{in} = .34$ , PL.05,  $\beta_{psy} = -.21$ , PL.05; nameting  $\beta_{in} = .40$ , PL.05,  $\beta_{psy} = -.19$ , PL.05). Uit deze analyses blijkt dat de NPV-factoren emotionele labiliteit/ neuroticisme en dogmatisme voorspellers kunnen zijn van algemene psychopathologische klachten op zowel de ontslagmeting als de nameting.

#### *7.4 Samenvatting en discussie*

In het huidige onderzoek is de therapie-evaluatie beschreven bij een groep van 278 eerstelijnscliënten uit verschillende eerstelijnspraktijken in Nederland, waarbij de SCL-90 als indicator van effecten van therapie is gebruikt. Ongeveer de helft van het totaal aantal cliënten (137) heeft uiteindelijk alle vragenlijsten op alle drie de meetmomenten ingevuld. Bij navraag blijken zowel cliëntvariabelen als therapeutvariabelen een invloed te hebben gehad op de no-response. De vraag blijft uiteraard wat de totaalscores op de nametingen zouden zijn geweest bij de personen die nu niet de ontslagmeting en/of de nameting hebben ingevuld. Een aanvullende analyse van de onderzoeksgegevens op dit punt laat zien dat de groep van de missing values significant hoger score op de NPV-schaal Verongelijkheid [VE;  $F(1,258) = 7.19$ ,  $p < .01$ ], de NVM-schaal Somatisering [SOM;  $F(1,261) = 8.22$ ,  $p < .01$ ], de SCL-schalen Depressie [DEP;  $F(1,258) = 3.95$ ,  $p < .05$ ], Somatisatie [SOM;  $F(1,258) = 6.02$ ,  $p < .05$ ] en Psychoneuroticisme [PSYNEUR;  $F(1,258) = 4.63$ ,  $p < .05$ ] en de UCL-schaal Palliatieve Reactie [PAL;  $F(1,259) = 5.85$ ,  $p < .05$ ]. Op grond van deze bevindingen vanuit de vragenlijsten zijn geen duidelijke redenen aan

te geven waarom mensen de vragenlijsten niet hebben ingevuld behalve als zouden het wantrouwende personen zijn (hoge Verongelijkheidsscore).

Zowel de cliënten als de therapeuten beoordelen in de huidige proefgroep het resultaat van de behandeling in meerderheid als goed tot uitstekend. Er blijkt een grote mate van consensus te bestaan tussen client en therapeut ten aanzien van het behandelresultaat. Het oordeel van de client en de therapeut over het resultaat van de behandeling blijken verder redelijk sterk samen te hangen met de scores op de SCL-90 tijdens de ontslagmeting en de nameting, alsmede de verschillen op de SCL-90 tussen de drie meetmomenten. Dit wil zeggen dat wanneer de client of therapeut aangeeft dat het resultaat van de behandeling goed is, de client minder psychoneurotische klachten ervaart bij de ontslagmeting en de nameting.

Onderzoek naar de gemiddelde SCL-90 scores op de drie verschillende meetmomenten T1 tot en met T3, voor de gehele proefgroep en de vier belangrijkste diagnostische groepen ‘relatie en gezinsproblemen’, ‘depressie’, ‘angst’ en ‘aanpassingsproblemen’, laat zien dat de gemiddelde SCL-90 scores voor de gehele proefgroep en de verschillende diagnostische groepen tussen de diverse meetmomenten zijn afgenomen. Cliënten uit de totale proefgroep ervaren op het moment van ontslag gemiddeld minder psychopathologische klachten in vergelijking met de fase van taxatie en intake. Bij de nameting na twee maanden ervaart de totale groep cliënten gemiddeld nog minder klachten. Bij de evaluatie van de vier grote diagnostische groepen zien we eenzelfde effect. De effectsize tussen de metingen uit de taxatiefase en twee maanden na ontslag is groot. Hieruit kan men concluderen dat het huidige onderzoek bevestigt dat de SCL-90 een goed meetinstrument is voor de evaluatie van behandelingen en dat de eerstelijnsinterventies effectief zijn. De gemiddelde scores op de SCL-90 geven een goed beeld van de mate waarin de ervaren klachten bij eerstelijnscliënten zijn afgenomen. Opvallend is het feit dat er geen verschillen zijn in de mate waarin de ervaren klachten afnemen tussen de verschillende vier grote diagnostische groepen onderling. Men zou kunnen verwachten dat cliënten met een sterke mate van ervaren psychopathologie, met name cliënten met ernstige angst- of depressie-symptomatologie, niet direct na kortdurende therapie minder klachten ervaren. Dit blijkt echter wel het geval te zijn bij de huidige cliëntengroep: alle personen ervaren na een kortdurende therapie in de eerstelijns (gemiddeld acht sessies), duidelijk minder psychopathologische klachten. In vergelijking met de cliëntgroepen relationele- en gezinsproblemen én aanpassings-

stoornissen, ervaren de personen met een angststoornis of depressie bij de nameting na twee maanden nog wel steeds de meeste psychopathologische klachten. Deze bevinding kan ook te maken hebben met het feit dat juist personen met een angststoornis of depressie bij aanmelding en intake de meeste klachten rapporteerden. Juist voor deze beide diagnostische groepen zou nazorg belangrijk kunnen zijn. In de eerstelijnspraktijk zijn voor deze diagnostische groepen reeds nazorgtrajecten beschikbaar. Nametingen op latere tijdstippen, bijvoorbeeld zes maanden of een jaar na behandeling, zouden een indicatie kunnen geven of de klachten bij nazorg door een eerstelijnspsycholoog nog verder afnemen.

Veruit de meeste cliënten blijken te zijn behandeld volgens de principes van de cognitieve gedragstherapie en de systeemtherapie. Er blijkt geen verschil te zijn in de effectiviteit van deze twee therapeutische oriëntaties of andere therapeutische oriëntaties. Dit kan betekenen dat de effectiviteit van de behandeling voor een belangrijk deel toe te schrijven is aan non-specifieke of placebo-effecten (zie ook Schaap, 2001). Aan de andere kant kan de ELP de cliënt op grond van de diagnostische uitslagen ook hebben toegewezen aan de juiste behandelvorm (indicatiestelling). Nader onderzoek in de eerstelijns naar de rol van therapie-factoren, cliëntfactoren en non-specifieke factoren is wenselijk.

Uit predictief validiteitsonderzoek blijkt dat de NPV, de NPST en de UCL alledrie in staat zijn om psychoneurotische klachten op zowel de ontslagmeting als de nameting te voorspellen. Vooral de NPV heeft verschillende sterke verbanden met deze metingen op de SCL-90. De multiële correlatie tussen de NPV, NPST en UCL en de SCL-90 blijkt bij de ontslagmeting .58 en bij de nameting .61 te bedragen.

Uit multiële regressie-analyses blijkt dat de NPV-schaal Inadequatie en de NPST-schaal Ernstige Psychopathologie de beste voorspellers zijn van algemene psychopathologische klachten op zowel de ontslagmeting als de nameting. Uit deze analyses blijkt ook dat de NPV-factoren emotionele labiliteit/ neuroticisme en dogmatisme voorspellers kunnen zijn van algemene psychopathologische klachten op zowel de ontslagmeting als de nameting. Op grond van deze bevindingen zou de ELP alert moeten zijn op cliënten die hoog scoren op deze schalen en/of factoren, bijvoorbeeld om de inhoud van de therapeutische interventie aan te passen. De keuze van een bepaalde motivatiestrategie of directieve werkwijze (zoals paradoxale interventie methoden) zijn hier voorbeelden van. Ook zou men kunnen denken aan het

feit dat juist deze mensen een goed nazorgprogramma nodig hebben, zodat de kans op terugval in de toekomst zoveel mogelijk kan worden gereduceerd.

Predictief onderzoek zoals in het huidige onderzoek is erg zinvol en, zoals uit het huidige onderzoek blijkt, gemakkelijk uit te voeren. Hoewel het huidige onderzoek verschillende interessante resultaten oplevert is het wenselijk om deze te kruisvalideren bij andere proefgroepen. Enkele aanbevelingen voor vervolgonderzoek zijn daarbij: (1) onderzoek doen bij een grotere groep eerstelijnscliënten, (2) de nametingen op nog latere tijdstippen verrichten, bijvoorbeeld de afname van een SCL-90 na een half jaar en een jaar, met een heldere beschrijving van ontvangen hulp in die periode.

## Hoofdstuk VIII

### Algemene discussie en suggesties voor verder onderzoek

In dit slothoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van de diverse onderzoeken beschreven. Er wordt een typering gegeven van de eerstelijnscliënt. Nog enige slotopmerkingen over het onderzoek naar therapieresultaten worden gegeven. Ten slotte worden de beperkingen van de onderzoeken en suggesties en aanbevelingen voor verder onderzoek gegeven. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal slotopmerkingen naar aanleiding van de doelstellingen van het onderzoek.

#### *8.1 De belangrijkste resultaten van het onderzoek over diagnostiek met vragenlijsten in de eerstelijns*

De eerstelijnscliënten uit de drie proefgroepen blijken op de vragenlijsten NVM, NPV, UCL, SCL-90 en MMPI-2 afwijkend te scoren in vergelijking met bestaande normgroepen, wat een aparte normering voor eerstelijnscliënten wenselijk maakt. Inmiddels hebben de vragenlijsten NPST, NPV en SCL-90 een aparte normering voor eerstelijnscliënten. Hierbij is onder andere gebruik gemaakt van de gegevens uit het huidige onderzoek. De aanwezigheid van een aparte eerstelijnsnormering bij deze veelgebruikte vragenlijsten maakt het voor een ELP voor het eerst mogelijk de diagnostische cliëntgegevens te vergelijken met de eigen eerstelijns populatie op deze vragenlijsten en indien nodig af te zetten tegen de gegevens uit de normeringen ‘algemene Nederlandse bevolking’ en ‘(poli)klinische psychiatrische patiënten’. Ofschoon uit het huidige onderzoek blijkt dat er duidelijke overlap bestaat tussen de vragenlijsten NVM, NPV, UCL en SCL-90, blijken deze vier vragenlijsten een unieke bijdrage te leveren aan het diagnostische proces.

De vier vragenlijsten, NVM, NPV, UCL en SCL-90, blijken over redelijk tot goede interne consistenties te beschikken en ook de resultaten van validiteitsonderzoek zijn positief. De SCL-90 is een goed instrument om algemene psychopathologische klachten te meten en behandelingen te evalueren. De NPV en NVM (en daarmee zijn vervanger de NPST) zijn goede instrumenten om diverse

persoonlijkheidseigenschappen van personen in kaart te brengen en de UCL tenslotte is een goed instrument voor het meten van coping.

De onderliggende factoren aan de vragenlijsten NVM, NPV, UCL en SCL-90 blijken de verschillende groepen cliënten uit de verschillende diagnosegroepen redelijk goed van elkaar te onderscheiden. Met deze factoren is het goed mogelijk de karakteristieken van de personen uit de diverse diagnosegroepen te beschrijven. Op grond van de onderzoeksbevindingen zou het voor de ELP een zinvolle aanvulling zijn om naast de beoordeling van de uitslagen op de diverse schalen van de vier vragenlijsten ook een analyse te maken van een combinatie van schalen (analoog aan de gevonden factoren uit de diverse factoranalyses). Op deze wijze kan een beoordeling van de cliënt plaatsvinden naar:

- weinig of veel klachten (SCL-90) én aard van de klachten (SCL-90);
- een al dan niet negativistische houding naar anderen (NPST, NPV);
- een al dan niet dogmatische levensinstelling (NPV);
- een beoordeling op de schaal introversie- extraversie; ‘de kleuring van de persoonlijkheid’ (NPV);
- de mate van afstandelijkheid naar anderen en defensiviteit (NPV, UCL);
- de copingstrategie (UCL): - passief-vermijnd versus probleemgericht
  - al dan niet emotiegericht (sociale steun en/of expressie van emoties).

Voor de eerstelijnspsychologie lijkt het gebruik van de set vragenlijsten NVM (nu: NPST), NPV, UCL en SCL-90, gezien de goede psychometrische kwaliteiten en korte afnameduur bij uitstek geschikt voor gebruik in de eerstelijnspsychologenpraktijk. Op grond van de bevindingen uit het diagnostisch onderzoek met de vragenlijsten en de terugkoppeling naar de gegevens uit het taxatiegesprek (hypothesetoetsing) kan de ELP beslissen of de onderzochte cliënt baat heeft bij een behandeling of begeleiding in de eerstelijnspraktijk of moet worden doorverwezen naar een tweede- of derdelijnsinstelling. Bij de aanwezigheid van veel algemene psychopathologische klachten (zoals gemeten met de SCL-90) en/of ernstige psychopathologie (zoals gemeten met de PSY-schaal van de NPST) en/of persoonlijkheidsproblematiek (zoals gemeten met de NPST en NPV) en/of een inadequate coping (zoals gemeten met de

UCL), zou de ELP direct een verwijzing naar een ander echelon kunnen overwegen of alleen een kortdurende klachtgerichte behandeling uit te voeren alvorens te verwijzen.

Het gebruik van de set van vier genoemde vragenlijsten kan aldus van grote waarde zijn voor de praktische beroepsuitoefening van de ELP.

Voor het diagnostisch proces in de eerstelijnspsychologie lijkt het toevoegen van de MMPI-2 aan de set vragenlijsten NVM, NPV, UCL en SCL-90 overbodig en niet wenselijk. In het verleden is er nauwelijks psychometrisch onderzoek met de MMPI-2 verricht en de COTAN heeft aan dit meetinstrument een onvoldoende beoordeling gegeven. In het huidige onderzoek blijken in vergelijking met de handleiding van de MMPI-2 grote verschillen te bestaan in de intercorrelaties van de validiteits- en hoofdschalen. Sommige van de schalen zouden als paralleltests beschouwd kunnen worden. De MMPI-2 schalen hangen in het algemeen zwak samen met de biografische variabelen. De gemiddelde MMPI-2 scores van de huidige onderzoeksgroep blijken sterk af te wijken van de normgegevens zoals vermeld in de handleiding van de MMPI-2. Het huidige onderzoek laat zien dat de meeste MMPI-2 validiteits- en hoofdschalen zeer goed voorspeld kunnen worden door de NPV en NVM. Een factoranalytisch onderzoek laat zien dat toevoeging van de MMPI-2 aan de vragenlijsten NPV en NVM overbodig is. Ook worden de diverse diagnosegroepen vrij matig geclassificeerd op basis van de MMPI-2. In het geval men de MMPI-2 toch zou besluiten te gebruiken is het in ieder geval noodzakelijk dat men over nieuwe normgegevens voor diverse klinische populaties kan beschikken. De MMPI-2 lijkt mede gezien de enorme lengte en de twijfelachtige psychometrische kwaliteiten niet bruikbaar voor de ELP.

## *8.2 Een nadere typering van de eerstelijnscliënt*

Op grond van de huidige onderzoeksgegevens zijn de volgende opmerkingen te maken over de kenmerken van de eerstelijnscliënt. De biografische gegevens uit het huidige onderzoek komen wat betreft de man/vrouwverdeling, opleidingsniveau, leeftijd, belangrijkste probleemgebieden en diagnoses en aard van de behandelingen overeen met eerdere onderzoeken in de eerstelijns (Verhaak et al., 1995; Groen, 2000).

Het merendeel van de cliënten uit de drie proefgroepen bestaat uit vrouwen en is gehuwd. De cliënten melden zich overwegend aan met relationele- of gezinsproblemen, een stemmingsstoornis, een angststoornis of een aanpassingsstoornis. Naar het oordeel van de ELP was er bij de proefgroep van 525 cliënten op grond van DSM-classificatie in 67,8% van de gevallen sprake van persoonlijkheidsproblematiek. In de proefgroep van 278 cliënten was dit 35%. Mogelijk hebben deze hoge percentages te maken met de problemen met de wachtlijsten en wachttijden in de tweede- en derdelijnszorg. De afname van het aantal personen met persoonlijkheidsproblematiek bij de tweede proefgroep kan te maken hebben met een verbetering van de toegankelijkheid van de tweede- en derdelijn en veranderingen in het verwijsgedrag van verwijzers, onder andere door een betere bekendheid over de werkwijze van de ELP. Ook kan een betere positionering van de ELP zorgen voor meer eigen initiatieven van de cliënt of de directe omgeving zelf. Op grond van de huidige onderzoeksgegevens zijn echter geen conclusies te trekken.

Als we een typering van de cliënten uit de vier grote diagnosegroepen geven, 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 angstig, gespannen, labiel of depressief. Een deel van deze cliënten is boos en ontevreden of zelfs dogmatisch. Personen binnen deze groep kunnen zowel van een niet-probleemgerichte copingstijl als wel een emotiegerichte copingstijl gebruik maken. Het uiten van emoties verloopt over het algemeen gemakkelijk, soms zelfs op een vijandige wijze. Men is niet defensief of afstandelijk ingesteld. Op grond van de extraversieve kleuring van de persoonlijkheid zou je ook expressie van emoties en non-defensiviteit verwachten.

Personen met een diagnose depressie hebben veel last van gespannenheid, somberheid, somatische klachten en gevoelens van angst. Deze enigszins introverte en niet dogmatische personen zijn boos en kennen een enigszins ontevreden houding naar de directe omgeving. De copingstijl is (opvallend) probleemgericht. Men is vaak wel defensief en afstandelijk.

Personen met een angststoornis zijn overwegend introvert. Deze personen kunnen afstandelijk en defensief zijn. Men heeft veel last van psychosomatische klachten. Men is niet boos of ontevreden naar anderen. De copingstijl is niet probleemgericht, maar passief.

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. Deze personen lijken in vergelijking met de voornoemde groepen cliënten nog redelijk goed te functioneren in het dagelijks leven. De bovengenoemde typering van de eerstelijnscliënt kan voor de nabije toekomst grond zijn deze karakteristieken nader te onderzoeken. De ELP kan de huidige kennis over haar cliënten gebruiken om behandelingen in de eerstelijns verder te professionaliseren en toe te spitsen op de diverse cliëntgroepen.

### *8.3 Enige therapieresultaten in een onderzoek in de eerstelijns*

Zowel de cliënten als de therapeuten beoordelen in de huidige onderzoeksgroep het resultaat van de behandeling in meerderheid als goed tot uitstekend. Er blijkt een grote mate van consensus te bestaan tussen cliënt en therapeut ten aanzien van het behandelresultaat. Het feit dat ELP-en hun praktijk als klantvriendelijk typeren (zie hoofdstuk II) wordt ondersteund door de huidige onderzoeksgegevens.

Vanuit het huidige onderzoek van de therapie-evaluatie komt naar voren dat cliënten met een angststoornis, depressieve episode, relationele problemen of een aanpassingsstoornis na een kortdurende therapie in de eerstelijns (gemiddeld acht sessies), duidelijk minder psychopathologische klachten ervaren. Op grond van de onderzoeksbevindingen lijken juist deze groepen cliënten bij uitstek geschikt voor een kortdurende behandeling in de eerstelijns. Voor de cliënten met een angststoornis of depressieve episode zou de focus van de kortdurende behandeling kunnen liggen bij de klachtreductie, het leren uiten van emoties en het zoeken van steun bij andere mensen om de defensiviteit en afstandelijkheid te doorbreken. De focus van de behandeling van cliënten met relationele problemen zou naast het verbeteren van de onderlinge relatie (vergroten empathie en verbeteren communicatie) kunnen liggen bij het leren omgaan met boosheid en wrok ten einde de negativistische houding te doorbreken. Zeker gezien de extraversie zouden de impulscontrole en het leren kanaliseren van ongenoegens aandachtspunten binnen de behandeling kunnen zijn. Cliënten met een depressieve episode of angststoornis zouden gezien de vele psychopathologische klachten baat kunnen hebben bij een vorm van nazorg, zeker

omdat het klachtniveau in vergelijking met andere diagnostische cliëntgroepen nog het meest hoog is na nameting na twee maanden ná ontslag. De huidige onderzoeksbevindingen laten zien dat een eerste behandeling goed mogelijk is in de eerstelijns en dat een directe verwijzing naar de dure en specialistische tweede- of derdelijnszorg waarschijnlijk minder vaak nodig en wenselijk is. In deze zin zijn de voornoemde onderzoeksresultaten ook van belang voor zorgbeleidszaken op de politieke agenda. Hierbij kan men denken aan het al dan niet opnemen van de eerstelijnspsychologie in het basiszorgstelsel van verzekeringen in 2006.

De diverse schalen van de vragenlijsten NPST, NPV en UCL hebben een goede voorspellende waarde ten aanzien van de ervaren psychopathologische klachten ná een kortdurende behandeling. Het is op grond van de uitslagen van de vragenlijsten bij voorbaat te voorspellen welke cliënten ook na een kortdurende behandeling nog (veel) klachten hebben. Voor deze cliënten zou de ELP in overleg met de cliënt bij het adviesgesprek al een keuze kunnen maken voor de juiste behandelsetting. Mensen met ongunstige indicatoren, bijvoorbeeld een hoge score op de schalen Inadequatie, Sociale Inadequatie, Verongelijkheid en Zelfgenoegzaamheid en een lage score op de NPV-schaal Zelfwaardering, zouden direct na de afname van de vragenlijsten moeten worden doorverwezen of zou de inhoud van het behandelplan aan deze bevindingen kunnen worden aangepast. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van de toevoeging van aanvullende motivationele technieken om de compliance aan de behandeling te verhogen óf in de vorm van het verhogen van het aantal sessies in een korter tijdsbestek óf middels een nader te omschrijven beperkte behandelstelling óf middels het inbouwen van extra sessietijd voor psycho-educatie (zie verder Derksen & van der Staak, 2000).

Ook cliënten met een hoge score op de factor Dogmatisme of een hoge score op de NPST-schaal Ernstige Psychopathologie, zouden op grond van de onderzoeksgegevens kunnen worden verwezen naar een tweede- of derdelijnsinstelling. De cliënten met een hoofddiagnose impulscontroleproblematiek, verslaving of eetstoornis behoren tot de diagnosegroepen welke in aanmerking kunnen komen voor een doorverwijzing. Ook kan de ELP bij hoge schaalcores (in vergelijking met de normgroep ‘eerstelijnscliënten’) op de diverse vragenlijsten besluiten de onderzochte cliënt door te verwijzen. Hierbij zou het zeker kunnen gaan om de ‘moeilijke mensen’, dat wil zeggen mensen met een negativistische en dogmatische houding of levensinstelling. De ELP kan echter ook kiezen voor een alternatieve benadering,

bijvoorbeeld het gebruik van andere behandelmethoden vanuit bijvoorbeeld de Directieve Therapie. De ELP kan aldus in de diagnostische fase veel te weten komen over de cliënt en pro-actief te werk gaan en hoeft niet te wachten tot het tijdens de behandeling spaak loopt. Veel dogmatische personen worden pas als zodanig getypeerd als een behandeling is mislukt.

In het huidige onderzoek is het niet goed mogelijk geweest de verbetering van de klachten toe te schrijven aan de effectiviteit van specifieke elementen van de verschillende therapeutische benaderingen. Dit zou kunnen betekenen dat de effectiviteit van de behandeling voor een belangrijk deel toe te schrijven is aan non-specifieke factoren en placebo-effecten óf de ELP moet de cliënt gewoon op een goede wijze hebben toegewezen aan de juiste therapievorm. Beiden is ook mogelijk. Een harde conclusie op basis van de huidige onderzoeksgegevens blijft echter onmogelijk. Aanvullend onderzoek in de eerstelijns in Nederland is nodig.

#### *8.4 De beperkingen van het huidige onderzoek*

De diverse proefgroepen bevatten voornamelijk cliënten met een diagnose relationele- of gezinsproblemen, depressie, angstklachten of aanpassingsstoornissen (zoals geclassificeerd met DSM- classificatie). De overige diagnosegroepen zoals seksuele problemen, impulscontrole-problematiek, eetproblemen of verslavingsproblematiek zijn te klein om gefundeerde uitspraken over te doen.

Bij het onderzoek naar de therapie-evaluatie heeft minder dan de helft van de participerende cliënten alle vragenlijsten op de drie meetmomenten ingevuld. Dit is een ernstige beperking binnen het huidige onderzoek. De vraag blijft wat de totaalscores op de nametingen geweest zouden zijn indien meer cliënten alle meetmomenten hadden deelgenomen aan het onderzoek.

Er is bij de beschrijving van de diagnoses volgens DSM-IV van te voren alleen gevraagd aan de ELP de voornaamste diagnose op te geven. Al sluiten de verkregen diagnosegroepen aan bij wat gebruikelijk is in de eerstelijns, had een beoordeling op alle assen van de DSM aanvullende informatie kunnen geven, bijvoorbeeld in de vorm van een GAF-score. Ook had er gekozen kunnen worden voor een beschrijving van de belangrijkste diagnose én tweede diagnose- of probleemgebied.

### 8.5 Suggesties en aanbevelingen voor verder onderzoek

Nader onderzoek, met de in het huidige onderzoek gebruikte vragenlijsten, bij grotere groepen cliënten in andere ELP-praktijken en andere settingen in de geestelijke gezondheidszorg is wenselijk. Personen met relationele problemen komen veel voor in de eerstelijnspsychologenpraktijk. Deze personen scoren op de diverse vragenlijsten duidelijk afwijkend van de overige diagnosegroepen. Een aanvullend onderzoek in de eerstelijns is noodzakelijk om meer inzicht te krijgen in de relationele aspecten, psychopathologie, persoonlijkheid en coping van personen met relationele problemen. Hiertoe kan de set vragenlijsten NPST, NPV, UCL en SCL-90 worden aangevuld met een vragenlijst welke de kwaliteit van relaties meet. Inmiddels loopt een dergelijk onderzoek binnen een groot aantal eerstelijnspraktijken in Nederland.

De bestaande vraagtekens met betrekking tot de psychometrische kwaliteiten van de MMPI-2 worden in het huidige onderzoek niet weggenomen. Aanvullend onderzoek en hernormering lijken noodzakelijk wil deze vragenlijst zich ontwikkelen tot een betrouwbaar en valide en aldus voor de eerstelijnspsycholoog bruikbaar meetinstrument. Op dit moment is de MMPI-2 voor de ELP ongeschikt. De onderzoeken naar de psychometrische kwaliteiten van de UCL leveren voldoende materiaal voor de auteurs van deze vragenlijst een nieuwe normering voor eerstelijnscliënten toe te voegen aan de huidige normen. Gezien de negatieve COTAN beoordeling voor 'normen' zou echter een algehele hernormering van de UCL zinvol zijn.

Bij therapie-evaluatie-onderzoek is het wenselijk ook nametingen te verrichten na een langere periode dan twee maanden ná ontslag, bijvoorbeeld op de meetmomenten: - zes maanden ná ontslag en - één jaar na ontslag. Dit zou een indicatie geven of de klachten na een langere periode ná een kortdurende behandeling in de eerstelijns nog verder afnemen. Zeker bij emotioneel labiele personen (gemeten met de NPV; Schalen IN, ZW en VE) kan deze uitbreiding zinvolle informatie opleveren, omdat veel van deze mensen terugvallen, een sterk beroep kunnen doen op diverse instellingen in de gezondheidszorg en bij nametingen nog last kunnen hebben van algemene psychopathologische klachten (Kloens, Barelds, Luteijn & Schaap, 2004; Luteijn et al., 2000). Hierbij dient men veel aandacht te besteden aan de 'compliance' van zowel psychologen als cliënten aan het onderzoek. Dit kan de totale respons bij nametingen verhogen. Ook is nader onderzoek naar de effectiviteit van de

behandeling door een ELP gewenst, onder andere om te bepalen of de verbeteringen na therapie zijn toe te schrijven aan de specifieke elementen uit de betreffende therapeutische oriëntatie of non-specifieke factoren, of beiden.

De huidige onderzoeksbevindingen geven voldoende materiaal om de bestaande beslisbomen bij de indicatiestelling ten behoeve van eerstelijnspsychologen (Derksen & Van der Staak, ref.) uit te breiden met de gegevens uit de set vragenlijsten NPST, NPV, UCL en SCL-90. Op grond van de huidige onderzoeksgegevens en de in dit onderzoek beschreven kenmerken van de voornoemde vragenlijsten is in de appendix een voorbeeld opgenomen. Nader onderzoek zou de rol van gegevens uit vragenlijsten bij beslisbomen wetenschappelijk kunnen funderen.

#### *8.6 Slotopmerkingen naar aanleiding van de doelstellingen van het onderzoek*

Op grond van bevindingen van het onderzoek is de conclusie gerechtvaardigd dat de beide hoofddoelstellingen en de subdoelstelling van het onderzoek naar *Diagnostiek met vragenlijsten in de eerstelijns* zijn gehaald. De vragenlijsten NVM, NPST, NPV, UCL en SCL-90 beschikken over goede psychometrische kwaliteiten. De psychometrische kwaliteiten van de MMPI-2 lijken onvoldoende. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen of deze vragenlijst in de toekomst door de ELP ingezet zou kunnen worden binnen het diagnostische proces. Uitgaande van de richtlijnen voor de eerstelijnspsychologie van doelgerichtheid en kortdurendheid lijkt de voorkeur voor de keuze van een set vragenlijsten uit te gaan naar de combinatie van SCL-90 (voor het meten van klachten), de NPST en NPV (voor het meten van persoonlijkheid) en de UCL (voor het meten van coping).

Het huidige onderzoek heeft een bijdrage geleverd aan de verdere ontwikkeling van vragenlijsten (normering, validiteit). Inmiddels heeft de ELP met de huidige eerstelijnsnormgroepen voor de NPST, NPV en SCL-90 aangrijpingspunten om haar diagnostische proces binnen de eerstelijnspraktijk verder te professionaliseren. De keuze voor andere vragenlijsten, voor het onderzoek naar de klachten, persoonlijkheid en copingstrategie van de cliënt, is op grond van het feit dat onderzoek naar de waarde van vragenlijsten in de eerstelijns op dit moment nog ontbreekt arbitrair te noemen.

Het huidige onderzoek heeft een bijdrage geleverd aan de beschrijving van de karakteristieken van de diverse groepen eerstelijnscliënten. Het inzicht in de karakteristieken, in de vorm van psychopathologische klachten, persoonlijkheid en coping, van cliënten met een angststoornis, depressieve episode, relationele problemen of een aanpassingstoornis, is toegenomen. Gezien de aanwijzingen voor het bestaan van ernstige psychopathologie en een dogmatische en negativistische levensinstelling van cliënten met een impulscontroleprobleem of verslaving, is vervolgonderzoek naar deze groepen cliënten noodzakelijk (al vormen deze groepen een minderheid binnen de eerstelijns populatie).

Middels de afname van een beperkt aantal vragenlijsten door de ELP is een goede afbakening naar het tweede- en derde echelon van de Geestelijke Gezondheidszorg mogelijk.

## Samenvatting

In een onderzoek bij een cliëntengroep van 525 personen is onderzoek verricht naar de psychometrische eigenschappen en aldus waarde van de vragenlijsten Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV), Nederlandse Verkorte MMPI (NVM), Utrechtse Coping Lijst (UCL) en Symptom Check List (SCL-90). De resultaten van het onderzoek zijn in 2002 gepubliceerd in het vaktijdschrift Diagnostiek-Wijzer (Kloens, Barelds, Luteijn & Schaap, 2002). De cliëntengroep is afkomstig uit diverse eerstelijnspraktijken in Nederland. De psychometrische eigenschappen van deze vragenlijsten bleken goed overeen te komen met resultaten uit eerder onderzoek.

Eerstelijnscliënten bleken op alle vragenlijsten afwijkend te scoren in vergelijking met bestaande normgroepen, wat een aparte normering voor eerstelijnscliënten wenselijk maakt. De NPV en de SCL-90 hebben inmiddels een aparte normering voor de eerstelijns. Aan de schalen van de vier vragenlijsten bleken in het onderzoek van Kloens et al. (2002) zes factoren ten grondslag te liggen, te weten: algemene psychopathologische klachten, negativisme/vijandigheid, extraversie, dogmatisme, probleemgerichte coping en emotiegerichte coping. De factor algemene psychopathologische klachten is voornamelijk een SCL-90 factor. Extraversie werd door de NPV en NVM gemeten, dogmatisme alleen door de NPV en probleemgerichte en emotiegerichte coping vrijwel alleen door de UCL. Ofschoon in het voornoemde onderzoek bleek dat er een duidelijke overlap bestond tussen de verschillende vragenlijsten, bleken alle vier de vragenlijsten een unieke bijdrage te leveren aan het diagnostische proces. Met behulp van deze vier vragenlijsten kan men op een snelle en betrouwbare wijze een indruk krijgen van de persoonlijkheid, psychopathologische klachten en copingstrategieën van de onderzochte cliënt.

In een replicatieonderzoek worden enkele psychometrische eigenschappen van een aantal vragenlijsten binnen de eerstelijns onderzocht. Bij een groep van 278 eerstelijnscliënten werden de NPV, NVM, SCL-90 en UCL afgenomen. De resultaten van het onderzoek zijn in diverse artikelen gepubliceerd. In eerder onderzoek (Kloens et al., 2002) werden deze vragenlijsten afgenomen bij 525 eerstelijnscliënten. In het replicatieonderzoek worden van deze vragenlijsten de intercorrelaties, interne consistenties en correlaties met nevenvariabelen vergeleken met bevindingen uit het

eerdere onderzoek en worden de gemiddelde scores van eerstelijnscliënten vergeleken met de gemiddelde scores van bestaande normgroepen.

De resultaten uit replicatieonderzoek ondersteunen in grote lijnen de psychometrische eigenschappen van genoemde vragenlijsten in de eerstelijns. Verder blijken de gemiddelde scores van eerstelijnscliënten af te wijken van die van bestaande normgroepen, waardoor een aparte normering voor eerstelijnscliënten van genoemde vragenlijsten zinvol is (de NPST als vervanger van de NVM, NPV en de SCL-90 hebben reeds een aparte normering voor eerstelijnscliënten). Tenslotte blijkt uit factoranalytisch onderzoek dat aan deze vier vragenlijsten vier factoren ten grondslag liggen: algemene psychopathologische klachten, negativisme/vijandigheid, extraversie/introversie, afstandelijkheid/ defensiviteit. Deze vier factoren weten cliënten met verschillende DSM-IV As-1 diagnoses goed van elkaar te onderscheiden.

In een onderzoek bij een cliëntengroep van 414 personen worden enkele psychometrische eigenschappen van de MMPI-2 onderzocht. De resultaten van het onderzoek zijn in 2003 gepubliceerd in het vaktijdschrift Diagnostiek-Wijzer (Kloens, Barelds, Luteijn & Schaap, 2003). De cliëntengroep is afkomstig uit diverse eerstelijnspraktijken in Nederland.

De interne structuur van de MMPI-2 blijkt deels overeen te komen met eerder onderzoek. Relaties met andere tests, de NVM en NPV, ondersteunen slechts ten dele de betekenis van de MMPI-2 schalen. De gemiddelde scores van eerstelijnscliënten wijken sterk af van de gegevens uit de normtabellen van de MMPI-2. Verder blijkt de MMPI-2 groepen cliënten met verschillende diagnoses slechts matig van elkaar te kunnen onderscheiden. Op basis van dit onderzoek lijkt de MMPI-2 als vragenlijst voor het diagnostisch proces weinig toe te voegen aan andere veelgebruikte tests zoals de NPV, NVM, SCL-90 en UCL.

In een aanvullend onderzoek onder de 278 eerstelijnscliënten (Kloens, Barelds, Luteijn & Schaap, 2004) wordt onderzocht in welke mate therapieresultaat te voorspellen valt aan de hand van enkele vragenlijsten. Zowel cliënten als therapeuten beoordelen in grote meerderheid het resultaat van de therapie als positief. Er blijkt een opvallend hoge mate van overeenstemming te zijn tussen cliënt- en therapeutoordelen. De SCL-90 scores dalen voor alle diagnosegroepen sterk tussen het moment van intake en het einde van de therapie. Na follow-up blijken de SCL-90 scores voor alle

diagnosegroepen nog verder te dalen. Alle gebruikte therapievormen lijken even effectief te zijn bij de behandeling van de verschillende problemen. Verschillende schalen van de NPV, de NPST en de UCL blijken een duidelijke voorspellende waarde te hebben voor de mate waarin cliënten na afloop van de therapie nog last hebben van psychoneurotische klachten.

Onderzoek met andere vaak gebruikte instrumenten binnen de eerstelijnspraktijk, anders dan de NPV, NVM, NPST, SCL-90, UCL en MMPI-2, ontbreekt tot op heden. De set vragenlijsten NPST, NPV, UCL en SCL-90 lijken voor de ELP bij uitstek geschikt voor de analyse van de klachten, persoonlijkheid en copingstrategie van de cliënt. Na de afname van deze set vragenlijsten kan de ELP op grond van de diagnostische bevindingen een goede indicatie afgeven voor een therapie in de eerstelijnspraktijk of de cliënt doorverwijzen naar een tweede- of derdelijnszorg instelling.

## Referenties

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington: American Psychiatric Association.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (2003). *Herziene handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator (SCL-90)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90: handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bögels, T., Mey, H.de & Derksen, J. (1996). Psychische problemen onder hoogbegaafden. *Gedrag & Gezondheid*, 24, 90-97.
- 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.
- Barelds, D.P.H. & Luteijn, F. (2003). Enige gegevens met de Nederlandse Verkorte MMPI in de algemene bevolking. *Diagnostiek-wijzer*, 6, 18-26.
- Beck, A.T., Freeman A. & Associates (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York London: the Guilford Press.
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist Variables. In: Lambert, M.J. (red.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Bögels, S.M. & Oppen, P. van (1999). *Cognitieve Therapie; theorie en praktijk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bruyn, E.E.J. de, Ruijsenaars, A.J.J.M., Pameijer, N.K. & Aarle, E.J.M. van (2003). *De diagnostische cyclus; een praktijkleer*. Leusden: Acco Leuven.
- Buitink, J.A. (2000). *De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief*. Rotterdam: Phoenix & Den Oudsten.
- Clarkin, J.F. & Levy, K.N. (2004). The Influence of Client Variables on Psychotherapy. In: Lambert, M.J. (red.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Cronbach, L. & Furby, L. (1970). How we should measure "change": Or should we? *Psychological Bulletin*, 74, 68-80.
- Derksen, J.J.L. (1998). Personality disorder and MMPI-2. In: Abraham, R.E. (red.). *Persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen*. Leiden: Boerhave commissie.
- Derksen, J.J.L., Sloor, H., Mey, H.R.A. de & Hellenbosch, G. (1993). *MMPI-2 handleiding bij afname, scoring en interpretatie*. Nijmegen: PEN.

- Derksen, J.J.L. & Staak, C.P.E. van der (2000). *Behandelingsstrategieën voor de eerstelijnspsycholoog*. Houten/ Diegem, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Drunen, P. van (1998). De opmars van de eerstelijnspsychologie: van buitenbeentje tot gevestigde beroepsgroep. *De Psycholoog*, 21, 520-522.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Diekstra, R.F.W. & Verschuur, M. (1995). Psychological distress, social support and social support seeking: A prospective study among primary mental health care patients. *Social Science and Medicine*, 40, 1083-1089.
- Evers, A., Zaal, J.N. & Evers, A.K. (2002). Ontwikkelingen in het testgebruik van Nederlandse Psychologen. *De Psycholoog*, 37, 54-61.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C.van & Groot, C.J. (2000). *Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland, deel 1 en 2*. Amsterdam/Assen: NIP/ Van Gorcum.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C.van & Laak, J ter (1992). *Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Friedman, A.F., Lewak, R., Nichols, D.S. & Webb, J.T. (2001). *Psychological assessment with the MMPI-2*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Groen, P.N. (2000). Eerstelijnspsychologie: ontwikkeling en beleid. In: Derksen, J.J.L. & Staak, C.P.F. van der (red.). *Behandelingsstrategieën voor de eerstelijnspsycholoog* (1-15). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Holi, M. (2003). *Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90*. Academic dissertation. Helsinki.
- Hoogduin, C.A.L. & Derksen J.J.L (2000). Beslisbomen bij indicatiestelling ten behoeve van de eerstelijnspsycholoog. In: Derksen, J.J.L. & Staak, C.P.F. van der (red.). *Behandelingsstrategieën voor de eerstelijnspsycholoog* (67-76). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Jonker, A. (2000). *De NPV in eerstelijnspsychologenpraktijken*. Groningen: intern verslag RUG.
- Kloens, G.J., Barelds, D.P.H., Luteijn, F. & Schaap, C.P.D.R. (2002). De waarde van enige vragenlijsten in de eerstelijns. *Diagnostiek- Wijzer*, 5, 130-148.
- Kloens, G.J., Barelds, D.P.H., Luteijn, F. & Schaap, C.P.D.R. (2003). De MMPI-2 in de eerstelijns. *Diagnostiek-wijzer*, 6, 88-104.
- Kloens, G.J., Barelds, D.P.H., Luteijn, F. & Schaap, C.P.D.R. (under review). Psychometrische eigenschappen van enige vragenlijsten in de eerstelijns.
- Kloens, G.J., Barelds, D.P.H., Luteijn, F. & Schaap, C.P.D.R. (2004). Predictie van therapieresultaat in de eerstelijns. *Diagnostiek- Wijzer*, 7, 4-17.
- Kooreman, A. (1997). *Het psychologisch rapport*. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.

- Laak, J.F. ter & Goede, P.M. de (2003). *Psychologische diagnostiek; inhoudelijke en methodologische grondslagen*. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Lambert, H. & Luteijn, F. (1987). De vergelijking van de NVM en de MMPI in de klinische praktijk. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 42, 81-85.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of Psychotherapy. In: Lambert, M.J. (red.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Lambert, M.J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Lange, A. (1994). *Gedragsveranderingen in gezinnen*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Luteijn, F. (1988) The MCMI as a measure of personality disorders in The Netherlands. Paper presented at the International Congress of Personality Disorders, Copenhagen.
- Luteijn, F. (1990). The MCMI in The Netherlands: first findings. *Journal of Personality Disorders*, 4, 297-302.
- Luteijn, F. (1997). Gestandaardiseerde psychodiagnostische methoden. In: Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (red.). *Handboek psychopathologie deel 2: Ontwikkelingen* (pag. 3-15). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Luteijn, F., Deelman, B.G. & Emmelkamp, P.M.G. (1990). *Diagnostiek in de klinische psychologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Luteijn, F. & Kingma, L. (1979). Een nieuwe verkorte MMPI. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 34, 459-471.
- 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.
- Luteijn, F. & Barelds (2003a). Een vervanger van de NVM: de NPST. *Diagnostiek-wijzer*, 6, 163-168.
- Luteijn, F. & Barelds, D.P.H. (2003b). *Handleiding Negativisme, Ernstige Psychopathologie en Somatisering Test (NPST)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Maes, M., Van Gastel, A., Delmeire, L., Kenis, G., Bosmans, E. & Song, C. (2002). Platelet alpha2-adrenoceptor density in humans: relationships to stress-induced anxiety, psychasthenic constitution, gender and stress-induced changes in the inflammatory response system. *Psychological Medicine*, 32, 919-928.
- Marsella, A.J. & Kameoka, V.A. (1989). Ethnocultural issues in the assessment of psychopathology. In: S. Wetzler (red.), *Measuring mental illness: psychometric assessment for clinicians* (pa. 231-256). Washington D.C.: American Psychiatric Press.

- NIP (1993). *Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologie*. Amsterdam: NIP.
- NIP (2001). *Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologie*. Amsterdam: NIP.
- Nuttin, J. & Beuten, B. (1969). *Handleiding bij de persoonlijkheidsinventaris MMPI*. Leuven: Universitaire Uitgaven.
- Raedt, R. De & Schacht, R. (2003). Een empirisch model voor probleemidentificatie binnen het gedragstherapeutisch proces. *Gedragstherapie* 36, 197-222.
- Rooij, R. van, Doornik, R., Groenendaal, L. & Verhaak, P. (1989). Psychologen in de eerstelijns. *De Psycholoog*, 12, 611-615.
- Schaap, C.P.D.R. (2001). Psychotherapie als placebo. *Tijdschrift Directieve Therapie*, 21, 354-367.
- 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.
- Snellen, W.M. (1989). MMPI en NVM profielen bij borderline persoonlijkheden. In: Derksen, J.J.L. & Jonker, T.S.J. (red.). *De borderline patiënt. Diagnostiek, behandeling en onderzoek*. Amersfoort Leuven: Acco.
- Tellegen, A. & Ben-Porath, Y.S. (1992). The new uniform T scores for the MMPI-2: rationale, derivation, and appraisal. *Psychological Assessment*, 4, 145-155.
- Themanummer: MMPI(-2) (1997). *Psychologie en Computers*, 14, 81-146.
- Vendrig, A.A. (1999). Prognostic factors and treatment-related changes associated with return to work in the multimodal treatment of chronic back pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 217-232.
- Vendrig, A.A., Derksen, J.J.L. & Mey, H.R.de (1999). Utility of selected MMPI-2 scales in the outcome prediction for patients with chronic back pain. *Psychological Assessment*, 11, 381-385.
- Vendrig, A.A., Mey, H.R.de, Derksen, J.J.L. & Akkerveeken, P.F. (1998). Assessment of chronic back pain patient characteristics using factor analysis of the MMPI-2. Which dimensions are actually assessed? *Pain*, 76, 179-188.
- 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 I

Voorlopige normtabel voor de UCL in de eerstelij.

	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

NB: De NPST, de NPV en de SCL-90 hebben normtabellen voor de eerstelij welke zijn opgenomen in de desbetreffende handleidingen.

## Appendix II

### *a) Vragenlijst evaluatie cliënt tijdens de fase van ontslag*

1. Hoe gaat het nu met de klachten/ problemen waarvoor u in behandeling gegaan bent?

- 0 Veel verbeterd
- 0 Enigszins verbeterd
- 0 Hetzelfde
- 0 Slechter

2. Wat heeft u aan de behandeling gehad?

- 0 Veel
- 0 Weinig
- 0 Niets

3. Wat vond u van de bijdrage van het psychologisch onderzoek (de vragenlijsten) aan de behandeling?

- 0 Een positieve bijdrage
- 0 Neutraal, niet zozeer een positief of negatief effect bemerkt
- 0 Een negatieve bijdrage

4. Zou u kennissen of familieleden aanraden hulp te zoeken voor hun problemen bij de praktijk?

- 0 Ja
- 0 Nee

*b) Vragenlijst evaluatie therapeut tijdens de fase van ontslag*

1. Totaal aantal sessies (incl. taxatie en intakegesprek(ken)):

2. Vanuit welk therapeutisch perspectief of oriëntatie bent u tijdens deze behandeling overwegend werkzaam geweest?

Cognitief- gedragstherapeutisch

Systeemtheoretisch

Rogeriaans

Inzichtgevend

Non-specifiek

Anders, namelijk.....

3. Wat is uw oordeel over het resultaat van de behandeling?

Uitstekend

Goed

Matig

Slecht

## Appendix III

### Voorbeeld Diagnostisch Beslischema Eerstelijnspsycholoog

Op basis van de onderzoeksresultaten en de kenmerken van de vragenlijsten NPST, NPV, UCL en SCL-90 kan onderstaand schema als een eerste opzet voor een diagnostische beslisboom voor de ELP op basis van vragenlijsten kunnen fungeren. Aangevuld met de DSM-classificatie en beslisbomen volgens Derken & van der Staak (2000) kan de ELP geholpen worden de indicatiestelling betrouwbaar en snel te laten verlopen. Nader onderzoek zal nodig zijn het voorbeeld te toetsen op haar betrouwbaarheid en validiteit en nader voor de praktijkvoering van de ELP uit te werken.

#### *Schema diagnostische beslisbomen ELP middels vragenlijsten*

