

**PSYCHOMETRISCHE EIGENSCHAPPEN VAN ENIGE VRAGENLIJSTEN IN DE  
EERSTELIJN**

**drs. Gert Jan Kloens<sup>1</sup>, dr. Dick P.H. Barelds<sup>2</sup>, dr. Frans Luteijn<sup>3</sup> & prof. dr.  
Cas P.D.R.Schaap<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Ichthus Groep Katwijk

<sup>1</sup> Rijksuniversiteit Groningen, Differentiele psychologie

<sup>3</sup> Rijksuniversiteit Groningen, Klinische Psychologie

## Inleiding

Nadat de eerstelijnspsycholoog in de zeventiger jaren in Nederland zijn entree maakte, heeft de eerstelijnspsychologie een enorme groei en ontwikkeling gekend (Van Rooij, Doornik, Groenendaal & Verhaak, 1989). Door het NIP werd in 1984 een profiel van de eerstelijnspsycholoog (ELP) geformuleerd en in 1993 een kwalificatieregeling ingesteld die in 2001 werd herzien (zie ook Van Drunen, 1998; Schrijnemaekers, 1989). Daarmee is het beroep eerstelijnspsycholoog, waar in de beginfase nog enige onduidelijkheid over was, inmiddels uitgekristalliseerd.

Momenteel zijn van de bij het NIP aangesloten psychologen (iets meer dan 10.000) ongeveer 1300 ingeschreven in een register voor eerstelijnspsychologen. Om in dit register ingeschreven te kunnen worden dient een afgestudeerd psycholoog eerst een tweejarige beroepsopleiding tot Gezondheidszorgpsycholoog af te ronden, waarna een klein jaar werkervaring onder begeleiding in de eerstelijns vereist wordt.

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

- a. *Laagdrempeligheid*: er vindt geen selectie plaats op grond van cliëntkenmerken; zowel kinderen, volwassenen en 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 contacten;
- c. *Directe toegankelijkheid*: een ELP-praktijk kent geen wachtlijsten en een eerste contact met een cliënt dient binnen drie dagen na aanmelding plaats te vinden;
- d. *Klachtgerichte en gestructureerde interventies*;
- e. *Generalistische werkwijze*: de interventies zijn niet schoolgebonden. Een ruime meerderheid van de ELP-en werkt vanuit een eclecticisch kader [meervoudige (deel)behandelingsmethodieken];
- 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. Men volgt hierbij aan de hand van een hypothesetoetsend model de diverse fasen van het diagnostisch proces (zie verder Vertommen, Ter Laak & Bijttebier, 2002).
- 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 tweedelijns instellingen of collegae.

- 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).

De meest voorkomende problemen waarvoor cliënten de hulp van ELP-en invoeren zijn: relatieproblemen, werk-(burn-out) en studieproblemen, angst en depressieve klachten, identiteitsproblemen, rouwverwerking en opvoedings-, seksualiteits- en assertiviteitsproblemen (zie Buitink, 2000; Kloens et al., 2002). Het werkveld omvat in meerderheid de behandeling van cliënten met stemmingsstoornissen, relatieproblemen, aanpassingsstoornissen en angststoornissen. Uit het onderzoek van Verhaak, Friele & Chatrou (1995) blijkt dat de eerstelijnscliënten qua leeftijd vooral uit dertig- tot vijftigjarigen bestaan, vaker vrouw zijn en relatief vaker middelbaar en hoger opgeleid zijn. Uit meer recent onderzoek van Kloens et al. (2002) blijkt dat de eerstelijnscliënten qua leeftijd vooral uit dertigers en veertigers bestaan, vaker vrouw zijn en relatief vaker een mavo/lbo opleidingsniveau hebben. Daarnaast is de meerderheid van de eerstelijnscliënten gehuwd en heeft de meerderheid kinderen.

Voor een efficiënte diagnostiek (zie punt f hierboven) wordt in de eerstelijns vaak gebruik gemaakt van vragenlijsten. De afname van vragenlijsten kost weinig tijd en de scoring en interpretatie is relatief eenvoudig (afname en scoring is per computer mogelijk en zelfs geautomatiseerde interpretatie behoort tot de mogelijkheden). Het is daarbij uiteraard belangrijk over goed bruikbare en gevalideerde instrumenten te beschikken waarmee een bijdrage verkregen kan worden om zo te kunnen *onderkennen* wat er bij een cliënt aan de hand is, om te kunnen *verklaren* waarom er bepaalde klachten/problemen zijn of blijven en bijgevolg om een *indicatie* te krijgen hoe de problemen/klachten verholpen kunnen worden (zie verder Vertommen et al., 2002).

Buitink (2000) stelde dat wetenschappelijk onderzoek naar de waarde van vragenlijsten of meetinstrumenten binnen de eerstelijns noodzakelijk is. Daarnaast deed hij een aanbeveling voor onderzoek naar het effect van de behandelingen door eerstelijnspsychologen. Met onderzoek naar de psychometrische eigenschappen en daarmee de waarde van vragenlijsten in de eerstelijns, zoals de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV), de Nederlandse Verkorte MMPI (NVM), de Utrechtse Coping Lijst (UCL), de Symptom Checklist (SCL-90) en de herziene Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2), is inmiddels een begin gemaakt (zie bijvoorbeeld Barelds & Luteijn, 2003; Kloens, Barelds, Luteijn & Schaap, 2002, 2003; Barelds & Jonker, 2002).

In het onderzoek van Kloens et al. (2002) bij een cliëntengroep van 525 personen is onderzoek verricht naar de psychometrische eigenschappen van de vragenlijsten NPV, NVM, UCL en SCL-90. De psychometrische eigenschappen van deze vragenlijsten bleken goed overeen te komen met resultaten uit eerder onderzoek. Eerstelijnscliënten bleken op al deze vragenlijsten echter 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. Verder bleek uit onderzoek (Kloens et al., 2002) dat met de schalen van de vier genoemde vragenlijsten in totaal zes verschillende aspecten kunnen worden gemeten: 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. Onderzoek met andere vaak gebruikte instrumenten binnen de eerstelijns (anders dan de NPV, NVM, SCL-90, UCL en MMPI-2), ontbreekt tot op heden.

Tegen de achtergrond van het voorafgaande zal hier een replicatieonderzoek beschreven worden waarin de psychometrische eigenschappen van de NPV, NVM, SCL-90 en UCL, bij een grote groep eerstelijnscliënten uit verschillende eerstelijnspraktijken in Nederland onderzocht worden.

## **Methode**

### **Proefgroep en procedure**

De proefgroep in het huidige onderzoek bestaat uit 278 cliënten die ten tijde van het onderzoek onder behandeling waren bij diverse eerstelijnspsychologenpraktijken in Nederland. Bij deze cliënten werd tijdens de intake een standaardbatterij vragenlijsten afgenomen, met daarin onder andere de NPV, NVM, UCL en SCL-90. Tevens werd aan deze cliënten gevraagd enkele vragenlijsten in te vullen bij ontslag en na een periode van twee maanden na ontslag. Deze beide

nametingen zullen hier niet nader worden beschreven. De cliënten werd gevraagd om schriftelijk toestemming te geven deze gegevens te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek.

De uiteindelijke proefgroep van 278 cliënten bestaat voor 64% 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 (54%) 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% MAVO/LBO of lager, 39% HAVO/MBO, 28% VWO/HBO en 8% 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).

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 1). Bij 35% van de proefgroep bleek naast As-I problematiek tevens sprake te zijn van persoonlijkheidsproblematiek (As-II, DSM-IV).

*Tabel 1. Diagnoses van de cliënten volgens DSM-IV.*

Diagnose	Percentage
relatie- en gezinsproblematiek	24%
depressie	18%
angstproblematiek	14%
aanpassingsproblematiek	16%
overige diagnoses	28%
persoonlijkheidsproblematiek	35%

Uit Tabel 1 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).

## **Instrumenten**

### *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 het idee om alle relevante persoonlijkheidseigenschappen te meten. Tegenwoordig wordt de NPV in allerlei verschillende praktijkgebieden gebruikt, zoals klinische psychologie, selectie en beroepskeuze. De NPV bestaat uit 132 items en één instructie-item, die worden gescoord op een driepuntsschaal (Juist-?-Onjuist). De NPV meet de volgende zeven persoonlijkheidseigenschappen: Inadequatie (IN; 21 items), Sociale inadequatie (SI; 15 items), Rigiditeit (RG; 25 items), Verongelijkheid (VE; 19 items), Zelfgenoegzaamheid (ZE; 16 items), Dominantie (DO; 17 items) en Zelfwaardering (ZW; 19 items). De NPV beschikt over goede psychometrische eigenschappen (Luteijn et al., 2000). Uit factoranalytisch onderzoek blijkt dat aan de NPV-schalen drie dimensies ten grondslag te liggen: Neuroticisme (hoog IN, laag ZW), Extraversie (laag SI, hoog DO) en Dogmatisme (hoog RG, VE en ZE; Luteijn et al., 1985). 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).

### *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) en heeft normtabellen voor de algemene bevolking (n = 809), psychiatrie (n = 894), en somatische patienten (n = 455; Luteijn & Kok, 1985). Omdat de Amerikaanse uitgever van de MMPI de uitgave van verkortingen van de MMPI heeft verboden, zal de NVM met ingang van 2004 uit de handel worden genomen. Inmiddels is echter een paralleltest voor de NVM ontwikkeld, de Negativisme, Ernstige Psychopathologie en Somatisering Test (NPST; Luteijn & Barelds, 2003a, 2003b).

### *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 behandelingen (Arrindell & Ettema, 2003). De SCL-90 meet de mate waarin iemand gedurende de afgelopen week last heeft gehad van bepaalde psychische en lichamelijke klachten. Aldus is de klachtenlijst gebaseerd op de zelfbeoordeling van de onderzochte cliënt. De SCL-90 bestaat uit 90 items die worden beantwoord op een vijfpuntsschaal (1 = helemaal niet, 2 = een beetje, 3 = nogal, 4 = tamelijk veel, 5 = heel erg). De 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: Angst (ANG; 10 items), Agorafobie (AGO; 7 items), Depressie (DEP; 16 items), Somatische Klachten (SOM; 12 items), Insufficiëntie van denken en handelen (IN; 9 items), Wantrouwen en Interpersoonlijke Sensitiviteit (SEN; 18 items), Woede-Hostiliteit (HOS; 6 items) en Slaapproblemen (SLA, 3 items). Daarnaast kan een totaalscore over alle 90 items worden berekend, 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 ambulantly in behandeling zijn voor chronische benigne pijn (n = 2458). De SCL-90 beschikt over goede psychometrische kwaliteiten.

### *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: Actief aanpakken (ACT; 7 items), Palliatieve reactie (PAL; 8 items), Vermijden (VER; 8 items), Sociale steun zoeken (SOC; 6 items), Passief reactiepatroon (PAS; 7 items), Expressie van emoties (EXP; 3 items) en Geruststellende gedachten (GER; 5 items). 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>1</sup>.

---

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

## Resultaten

### Interne consistentie en intercorrelaties

Van alle tests werd per schaal de interne consistentie bepaald (Cronbach's alfa; zie Tabel 2). Alfa is een ondergrens voor de betrouwbaarheid van een test. In Tabel 2 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 2. 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);

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

De gevonden waarden voor alfa zijn voor alle vragenlijsten bevredigend te noemen. De gevonden waarden blijken amper 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 allemaal sterk overeen te komen met zowel de resultaten uit eerder onderzoek in de eerstelijns (Kloens et al., 2002) als met de resultaten uit de respectievelijke handleidingen en zullen hier daarom niet worden gerapporteerd. Samen ondersteunen deze resultaten de interne structuur van deze vier vragenlijsten in de eerstelijns.

### *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 (Kloens et al., 2002) en met de gemiddelde waarden voor de normgroepen Algemeen en Psychiatrie zoals beschreven in de handleidingen van de vier vragenlijsten (zie Tabel 3). De UCL kent geen normgroep Psychiatrie, daarom worden voor de UCL alleen de waarden voor de normgroep Algemeen (mannen en vrouwen samen) gerapporteerd.

*Tabel 3. Gemiddelde scores op de NPV, NVM, SCL-90 en UCL.*

	Eerstelijns	Eerstelijns Kloens et al. (2002)	Normgroep Algemeen	Normgroep Psychiatrie
<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 eerstelijns (Kloens et al., 2002). De gevonden waarden liggen in het algemeen tussen de scores van de algemene bevolking en psychiatrisch patienten in en steunen daarmee het gebruik. Deze gegevens steunen 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.

#### *Verbanden tussen de vragenlijsten*

De correlaties tussen de vier vragenlijsten blijken in de huidige onderzoeksgroep allemaal overeenkomstig eerder onderzoek te zijn (zie verder Kloens et al., 2002) en worden hier daarom niet gerapporteerd. 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 van Kloens et al. (2002) 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 4). Deze vier factoren hebben allen een eigenwaarde groter dan 1 en verklaren samen 55.7 % van de totale variantie.

*Tabel 4. Geroteerde factorstructuur van de NPV, NVM, SCL-90 en de UCL (absolute ladingen .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 (Kloens et al., 2002).

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 eerdere onderzoek in de eerstelijns. 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 sociabel. 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). 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.<sup>2</sup>

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.

### 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 4. 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 4. 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 staan de gemiddelde scores op de vier factoren voor de vier diagnostische groepen

Tabel 5. 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

<sup>2</sup> 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.

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 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 4.

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 zo zeer 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 zo zeer 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 hostiliteit 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 (Kloens et al., 2002).

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 eerstelijns onderzoek (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 aanpassingsstoornis is dit in overeenstemming met klinische observaties en de resultaten uit het vorige eerstelijns onderzoek. 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 aanpassingsstoornis 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).

### **Conclusie**

In het huidige replicatieonderzoek werden de psychometrische eigenschappen van enkele vragenlijsten, de NPV, de NVM, de SCL-90 en de UCL, binnen eerstelijnspsychologenpraktijken onderzocht. De resultaten blijken vrijwel identiek te zijn met de resultaten uit eerder onderzoek (Kloens et al., 2002). 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 en derhalve positief. Er blijken duidelijke groepsverschillen te zijn tussen de scores van eerstelijnscliënten en de algemene bevolking en psychiatrische patiënten 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. 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. 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.

## **AUTEURS**

*drs. Gert Jan Kloens*, Ichthus Groep, Baron S. de L. Wijborghstraat 2, 2225 TE, Katwijk. E-mail: [info@ichthusgroep.nl](mailto:info@ichthusgroep.nl), website : [www.ichthusgroep.nl](http://www.ichthusgroep.nl).

*dr. Dick P.H. Barelds, dr. Frans Luteijn & prof. dr. Cas P.D.R. Schaap*, Rijksuniversiteit Groningen, Psychologie, Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS Groningen.

## **Samenvatting**

In het huidige onderzoek 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. In eerder onderzoek (Kloens et al., 2002) werden deze vragenlijsten afgenomen bij 525 eerstelijnscliënten. In dit replicatieonderzoek werden van deze vragenlijsten de intercorrelaties, interne consistenties en correlaties met nevenvariabelen vergeleken met bevindingen uit het eerder onderzoek en werden de gemiddelde scores van eerstelijnscliënten vergeleken met de gemiddelde scores van bestaande normgroepen.

De resultaten uit het huidige onderzoek ondersteunen in grote lijnen de psychometrische eigenschappen van genoemde vragenlijsten in de eerstelijns. Verder blijken de gemiddelde scores van eerstelijnscliënten af te wijken van die van bestaande normgroepen, waardoor een aparte normering voor eerstelijnscliënten van genoemde vragenlijsten zinvol is. Inmiddels hebben de NPV en SCL-90 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.

## Literatuur

- 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). *SCL-90: herziene handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- 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.
- Buitink, J.A. (2000). *De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief*. Rotterdam: Phoenix & Den Oudsten.
- Drunen, P. van (1998). De opmars van de eerstelijnspsychologie: van buitenbeentje tot gevestigde beroepsgroep. *De Psycholoog*, 21, 520-522.
- 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.
- Luteijn, F. & Barelds (2003a). Een vervanger van de NVM: de NPST. *Diagnostiek-wijzer*, 6.
- Luteijn, F. & Barelds (2003b). *Negativisme, Ernstige Psychopathologie en Somatisering Test (NPST): handleiding*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Luteijn, F. & Kok, A.R. (1985). *Herziene NVM handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Luteijn, F., Starren, J. & Van Dijk, H. (2000). *Tweede herziene NPV handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- NIP (1993). *Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologie*. Amsterdam: NIP.
- NIP (2001). *Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologie*. Amsterdam: NIP.
- Rooij, R. van, Doornik, R., Groenendaal, L. & Verhaak, P. (1989). Psychologen in de eerstelijns. *De Psycholoog*, 12, 611-615.
- Schrijnemakers, V.J.J. (1989). *De psychologie en de eerstelijns*. Utrecht: ELP.
- Schreurs, P.J.G., Willige, G. van de, Brosschot, J.F., Tellegen, B. & Graus, G.M.H. (1993). *Herziene handleiding UCL*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Verhaak, P., Friele, R. & Chatrou, M. (1995). Wie bezoekt de eerstelijnspsycholoog? *De Psycholoog*, 18, 138-142.
- Vertommen, H., Ter Laak, J. & Bijttebier, P. (2002). Het diagnostisch proces. *Diagnostiek-wijzer*, 5, 4-16.