

# De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)

Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie

B. TERLUIJN

**Terluin B. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. Huisarts Wet 1996; 39(12): 538-47.**

**Samenvatting** De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) is een nieuwe vragenlijst voor het meten van vier symptoomdimensies: 'distress', depressie, angst en somatisatie. De achterliggende conceptualisering houdt in dat distress de normale uiting is van een stressproces, terwijl depressie, angst en somatisatie berusten op abnormale reactiepatronen in het kader van verschillende psychiatrische stoornissen. In dit artikel worden de totstandkoming en validering van de 4DKL beschreven. De 4DKL-schalen bleken betrouwbaar (Cronbach's alfa 0,84-0,94). De 4DKL-dimensies vertoonden sterke onderlinge correlaties, maar de relaties tussen de dimensies waren niet wederkerig: een hoge Depressie- of Angstscore ging praktisch altijd gepaard met een hoge Distressscore, en een hoge Somatisatiescore in de meeste gevallen; een hoge Distressscore ging echter vaak niet samen met een hoge Depressie-, Angst- en/of Somatisatiescore. Door factoranalyse kon worden aangetoond dat deze dimensies elk een eigen domein bestreken. De 4DKL-dimensies hadden verschillende partiële correlaties met de stressfactoren en prognose. In overeenstemming met de conceptualisering van de 4DKL had de Distressdimensie de hoogste correlaties met de stressfactoren, terwijl de Somatisatiedimensie de meeste samenhang – in ongunstige zin – had met de prognose. De 4DKL lijkt een betrouwbaar instrument om bij huisartspatiënten distress, depressie, angst en somatisatie als aparte dimensies te meten.

Dr. B. Terluin, huisarts, Gezondheidscentrum 'De Spil', 's Hertogenboschplein 1, 1324 WB Almere.

## Inleiding

De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) is een bijproduct van mijn onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk.<sup>1</sup>

Surmenage wordt volgens huisartsen gekenmerkt door een typisch klachtenpatroon, sociaal disfunctioneren en een duidelijke relatie met (werk)stress.<sup>2</sup> Tot de klachten van surmenage zouden onder andere moeheid, gespannenheid, prikkelbaarheid, piekeren, slaapproblemen en concentratiestoornissen behoren. Bij mijn onderzoek van patiënten met verschillende psychische problemen heb ik gebruik gemaakt van een zelf ontwikkelde klachtenlijst met 96 items waarmee 23 symptomen konden worden gemeten. Behalve de typische symptomen van surmenage bevatte deze klachtenlijst ook symptomen van niet-psychotische psychiatrische stoornissen à la DSM.<sup>3</sup>

Bij analyse van de symptomen ontstond de indruk dat het eigenlijk slechts om vier verschillende symptoomdimensies ging: depressie, angst, somatisatie en de typische klachten van surmenage. Voor deze laatste klachten zijn in de literatuur een verwarrende hoeveelheid benamingen in gebruik, onder andere neurasthenie, hyperesthetisch-emotioneel syndroom, vitale uitputting en burnout. Daarnaast worden deze klachten ook vermeld als onderdeel van de symptomatologie van verschillende psychiatrische stoornissen, hoewel zij daarvoor niet specifiek zijn. Voorts worden deze klachten beschreven als stressreacties, dat wil zeggen als symptomen van het stressproces.<sup>4</sup> Vanwege de veronderstelde relatie met stress heb ik de klachten van surmenage aangeduid met de term 'distress'.

De conceptualisering die ten grondslag ligt aan de 4DKL gaat uit van de veronderstelling dat de symptoomdimensies distress, depressie, angst en somatisatie verschillende achtergronden hebben, aan te duiden met de begrippen *stress* en *stoornis*. Distress is mijns inziens een normale stressreactie, terwijl angst, depressie en somatisatie berusten op abnormale reac-

tiepatronen die optreden in het kader van een psychiatrische stoornis. Met stress bedoel ik de moeite die het mensen kost hun leven van dag tot dag, met alle grote en kleine veranderingen, opgaven, problemen en uitdagingen, te hanteren. Stress is een voortdurend proces dat bij het normale leven hoort. Als iemand hier veel moeite mee heeft, ontstaan er symptomen: distress. Als iemand zijn moeilijkheden niet meer aankan – er is dan sprake van een falende stresshantering (coping) –, stijgt de distress tot een maximum: hij is overspannen (huisartsen spreken van surmenage).

Voor angst, depressie en somatisatie staan de psychiatrische stoornissen à la DSM model. Angststoornissen worden gekenmerkt door het optreden van angsten met een abnormaal en irrationeel karakter waarvan de patiënt zich meestal ook zelf pijnlijk bewust is. Niettemin lukt het hem niet deze angsten te overwinnen en neemt hij zijn toevlucht tot vermijdingsgedrag en/of psychologische afweermecanismen om het angstniveau te beheersen. Het probleem is dat daarmee de angst eerder toe- dan afneemt en zo zit de patiënt gevangen in een vicieuze cirkel van anticipatieangst en vermijdingsgedrag. Het stoorniskarakter van angststoornissen wordt nog versterkt door aanwijzingen dat biologische factoren een rol kunnen spelen.

Bij een echte depressie heeft de patiënt zijn levenslust geheel of grotendeels verloren. De patiënt is zijn interesse voor en plezier in de gewone dingen van het leven kwijtgeraakt, evenals zijn eigenwaarde en hoop op de toekomst. Hij vindt zichzelf waardeloos, het leven niet de moeite waard en de toekomst een zwart gat. Depressies duren meestal een periode van een half tot een jaar en hebben de neiging te recidiveren. De eerste depressieve episode wordt vaak uitgelokt door stress, bijvoorbeeld een verlieservaring of krenking. Daarentegen ontstaan recidieven meer 'endogeen', dat wil zeggen zonder noemenswaardige aanleiding in de levenssituatie. Biologische factoren spelen bij depressies een belangrijke rol. Het idee dat het bij een depressie om een stoornis gaat, wordt versterkt door het optreden van zo-

genaamde vitale kenmerken, onder andere vroeg ontwaken en dagschommeling.

Somatisatie wordt gekenmerkt door een versterkt ervaren van onlustgevoelens in de lichamelijke sfeer. De lichamelijke klachten ontstaan of verergeren vaak in de context van stress, maar leiden de patiënt meteen van deze moeilijkheden af. Somatiserende patiënten kunnen in het algemeen spanning en onzekerheid slecht verdragen. Zij neigen er toe problemen uit de weg te gaan in plaats van ze aan te pakken. De klachten en de daardoor opgewekte, overigens volledig begrijpelijke, ongerustheid helpen de patiënt als het ware op zijn manier – voornamelijk vermijdend – met levensproblemen om te gaan. Somatisatie is een 'way of life'.

Distress is een normale, universele ervaring die vrijwel alle mensen bij tijd en wijle aan den lijve ervaren als gevolg van de 'stress of life'. Depressie, angst en somatisatie zijn het gevolg van abnormale reactiepatronen die optreden bij een beperkte groep mensen. Tot zover mijn paradigma inzake distress, depressie, angst en somatisatie.

Er is uit mijn onderzoek ook nog een praktisch argument naar voren gekomen om distress te onderscheiden van depressie, angst en somatisatie. Patiënten met voornamelijk distressklachten – dus het typische surmenagesyndroom – blijken namelijk over het algemeen een goede prognose te hebben wat betreft hun klachten na twee maanden. De prognose wordt evenwel bevestigend minder gunstig als zij behalve distressklachten ook duidelijke verschijnselen van depressie, angst en/of somatisatie vertonen.<sup>1,5</sup> Het lijkt dus ook prognostisch van belang een onderscheid te maken tussen distress enerzijds en depressie, angst en somatisatie anderzijds. Dit onderscheid wordt evenwel in veel bestaande klachtenlijsten veronachtzaamd. Zo worden bijvoorbeeld moeheid en concentratiestoornissen vaak aangetroffen in depressielijsten en gespannenheid en piekeren in angstlijsten.

Om distress als een aparte symptoomdimensie te kunnen meten, los van depressie, angst en somatisatie, en om – omge-

keerd – depressie, angst en somatisatie te kunnen meten, los van distress, heb ik uitgaande van de gebruikte klachtenlijst een kortere klachtenlijst, de 4DKL, geconstrueerd voor het meten van de genoemde vier dimensies van psychopathologie. In dit artikel worden de ontwikkeling en de psychometrische eigenschappen van de 4DKL beschreven. Vragen die daarbij aan de orde komen, zijn:

- Hoe betrouwbaar zijn de schalen van de 4DKL?
- Hoe zijn de onderlinge relaties tussen de 4DKL-dimensies?
- Zijn de 4DKL-dimensies goed van elkaar te onderscheiden?
- Correleren de 4DKL-dimensies met verschillende stressfactoren en met de prognose?

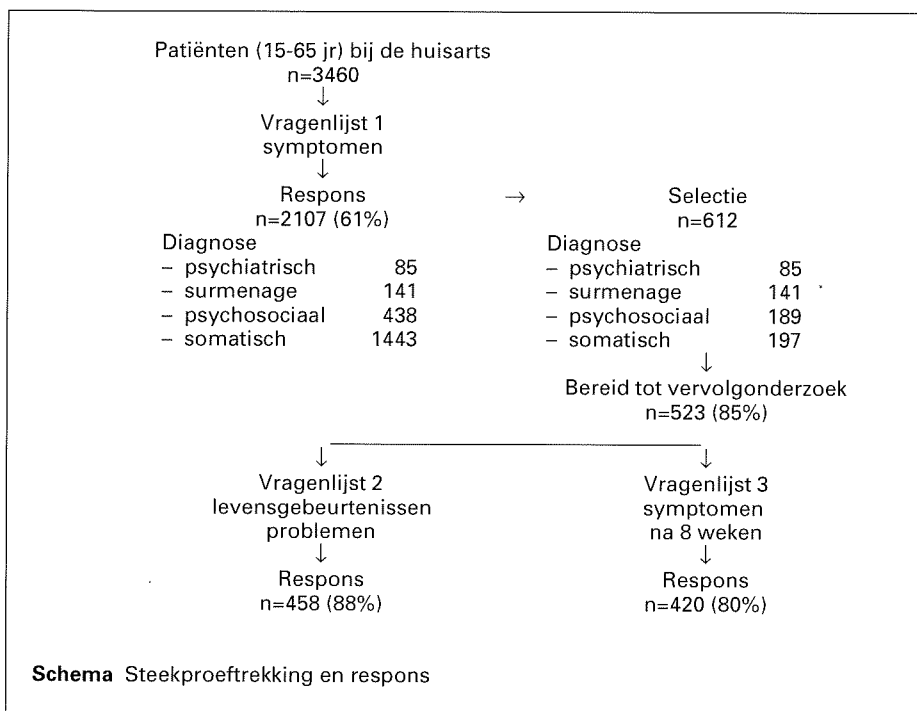
## Methode

### De gegevens

Voor de ontwikkeling van de 4DKL en het onderzoek naar zijn eigenschappen is gebruik gemaakt van de gegevens van een

onderzoek naar de diagnose surmenage.<sup>1</sup> In het kader van dit onderzoek hebben 37 huisartsen in een periode van drie maanden op tien willekeurig gekozen onderzoeksdagen een klachtenlijst meegegeven aan 3460 opeenvolgende patiënten in de leeftijd van 15 tot 65 jaar. De huisartsen registreerden van elke patiënt de diagnose(n) en de mate waarin de klachten somatisch of psychosociaal waren bepaald. Op basis van de diagnose van de huisarts werden de patiënten ingedeeld in vier groepen: patiënten met een psychiatrische diagnose, patiënten met de diagnose surmenage, patiënten met een psychosociaal bepaalde psychische of somatische klacht of probleem (deze groep werd aangeduid als 'psychosociaal'), en patiënten zonder bekende psychische problemen (deze groep werd aangeduid als 'somatisch').

De klachtenlijst werd geretourneerd door 2107 patiënten (*schema*). Uit deze respondenten werden de volgende groepen geselecteerd: alle patiënten met een psychiatrische diagnose (n=85) of met de diagnose surmenage (n=141), een ten opzichte



van de surmenagegroep naar geslacht en leeftijd gematchte steekproef van psychosociale patiënten (n=189), en een ten opzichte van de surmenagegroep naar geslacht en leeftijd gematchte steekproef van somatische patiënten (n=197). Door de gestratificeerde steekproeftrekking ontstond een steekproef die, in vergelijking met een doorsnee patiëntenpopulatie in de huisartspraktijk, relatief rijk was aan patiënten met ernstige psychische problematiek en relatief arm aan patiënten zonder psychische problemen. Door de matching op geslacht ontstond in de psychosociale en somatische groepen een relatieve oververtegenwoordiging van mannen (38 procent in plaats van 28 procent, respectievelijk 40 procent in plaats van 33 procent). De matching op leeftijd bleek geen invloed op de leeftijdsverdeling van de steekproef te hebben gehad.

Van de geselecteerde patiënten (n=612) was 85 procent bereid mee te werken aan een vervolgonderzoek. Deze patiënten kregen een tweede vragenlijst waarmee onder meer informatie werd verzameld over ervaren problemen in de afgelopen zes maanden en meegemaakte levensgebeurtenissen in de afgelopen 12 maanden. Deze vragenlijst werd ingevuld door 458 patiënten na gemiddeld 11,6 dagen.

Tevens kregen de patiënten acht weken na de eerste klachtenlijst een tweede klachtenlijst die door 420 patiënten na gemiddeld 61 dagen werd ingevuld. De klachtenlijst bestond uit 96 items verdeeld over 23 symptoomschalen die betrekking hadden op de voor surmenage kenmerkend geachte klachten<sup>2</sup> alsmede op symptomen van depressie, angststoornissen en somatisatiestoornissen.<sup>3</sup> De items werden gescoord op een vijfpuntschaal (van 0 tot 4). Om extreme antwoordtendenties te neutraliseren werden de itemscores bij het berekenen van de schaalscores teruggebracht tot een driepuntschaal door de scores '3' en '4' te veranderen in een '2'.

#### Selectie van de 4DKL-items

De patiënten werden at random verdeeld in twee groepen, groep X (n=307) en groep Y (n=305). De gegevens van de eerste klachtenlijst van groep X zijn ge-

bruikt voor de selectie van items voor de 4DKL. Hierbij werd gelet op de representativiteit van de items voor het te meten construct, de spreiding van de items over klachten met een hoge en lage prevalentie, de item-totaalcorrelaties per schaal, de interne consistentie per schaal (Cronbach's alfa) en de mate waarin de schalen met behulp van factoranalyse van elkaar konden worden onderscheiden. De appendix toont de 4DKL en de samenstelling van de schalen.

- De Distressschaal bestaat uit 16 items die verwijzen naar piekeren, gespannenheid, insomnie, prikkelbaarheid, emotionele labiliteit, moeheid, gedeprimeerdheid, verwerkingsverschijnselen (herbelevingen van een onverwerkte gebeurtenis), mentaal disfunctioneren, demoralisatie (het niet meer aankunnen), onmachtgevoelens en verlies van interesse.

- De Depressieschaal bestaat uit zes items die verwijzen naar depressieve cognities en verlies van plezier.

- De Angstschaal bestaat uit 12 items die verwijzen naar algemene angst en paniek, fobie, agorafobie, sociale angst, en dwangmatigheid.

- De Somatisatieschaal bestaat uit 16 items die verwijzen naar psychosomatische klachten.

#### Betrouwbaarheid van de schalen

De betrouwbaarheid van een meetinstrument heeft betrekking op het vermogen van het instrument om bij herhaling van de meting dezelfde uitslag te produceren.<sup>6</sup> De betrouwbaarheid van de 4DKL-schalen werd bepaald met de interne consistentiemethode (Cronbach's alfa) aan de hand van de scores van de eerste klachtenlijst van groep Y. Een alfa van 0,80 of hoger wordt in het algemeen als goed beschouwd. Omdat Cronbach's alfa afhankelijk is van het aantal items per schaal en de homogeniteit, dat wil zeggen de mate waarin de items hetzelfde fenomeen meten, is tevens gekeken naar de gecorrigeerde item-totaalcorrelaties per schaal. De gecorrigeerde item-totaalcorrelatie is de correlatie tussen een item en de som van de overige items van een schaal.

#### Relaties tussen de schalen

Voor het bestuderen van de onderlinge relaties tussen de 4DKL-schalen zijn de volgende bewerkingen uitgevoerd op de gegevens van de eerste klachtenlijst van groep Y.

- De product-momentcorrelaties tussen de schaalscores zijn berekend. De correlatiecoëfficiënt is een maat voor de lineaire samenhang tussen twee variabelen. Deze kan variëren tussen -1 (volledige negatieve samenhang) tot +1 (volledige positieve samenhang). Bij een correlatiecoëfficiënt van 0 is er geen samenhang.

- Om niet-lineaire verbanden tussen de 4DKL-dimensies op te sporen, zijn de relaties tussen de schalen grafisch weergegeven door middel van puntendiagrammen. De puntendiagrammen tonen voor elke patiënt de scores op twee schalen.

#### Onafhankelijkheid van de schalen

De mate waarin de 4DKL-schalen verschillende fenomenen meten, is op de volgende manieren onderzocht.

- Op de scores van de eerste klachtenlijst van groep Y is een factoranalyse (factor-extractie: principale componenten, rotatie: varimax) verricht. Factoranalyse is een methode om de samenhang tussen een relatief groot aantal variabelen te beschrijven in termen van een relatief klein aantal onderliggende dimensies, de factoren. Elke variabele krijgt een factorlading voor elke factor; deze lading is gelijk aan de correlatie tussen de variabele en de factor. Een factor kan aan de hand van de hoogste factorladingen worden gekarakteriseerd. Er is gekeken naar de overeenkomst tussen de schalen en de gevonden factoren.

- Naar een methode die is beschreven door Dohrenwend et al.<sup>7</sup> is voor elk van de 4DKL-schalen onderzocht of de schaal nog iets anders meet dan de overige drie schalen. Hiervoor zijn de gegevens van de eerste klachtenlijst van alle patiënten gebruikt. De item-variabelen van één schaal werden met behulp van multiële regressie gecorrigeerd voor de variantie van (de somscores van) de andere schalen, zodat deze niet meer correleerden met die andere schalen. Vervolgens werd de interne consistentie (Cronbach's alfa) berekend

voor de gecorrigeerde item-variabelen van een schaal. Als een schaal niets anders zou meten dan hetgeen ook door de andere schalen wordt gemeten, zou er na correctie alleen 'ruis' overblijven, hetgeen een lage Cronbach's alfa zou opleveren. Heeft de schaal evenwel nog een eigen domein, onafhankelijk van hetgeen de overige schalen meten, dan zou dat moeten blijken uit een restant aan interne consistentie. Dohrenwend et al. hanteerden als norm hiervoor Cronbach's alfa  $\geq 0,50$ .

### Correlaties tussen de 4DKL-dimensies en stressfactoren en prognose

Voor dit deel van het onderzoek zijn voor alle patiënten de partiële correlaties berekend tussen elk van de 4DKL-schalen en de stressfactoren (levensgebeurtenissen en problemen) respectievelijk het niveau van de 4DKL-klachten na twee maanden, terwijl gecontroleerd werd voor de overige 4DKL-schalen. Een partiële correlatie is een product-momentcorrelatie tussen twee variabelen die beide zijn gecorrigeerd voor de (versturende) invloed van een of meer andere variabelen.<sup>8</sup>

## Resultaten

### Betrouwbaarheid van de schalen

Tabel 1 laat zien dat de 4DKL-schalen een goede betrouwbaarheid hadden (Cronbach's alfa 0,84-0,94). De hoge waarden van Cronbach's alfa berustten bij de Depressie- en Distressschaal in belangrijke mate op de sterke homogeniteit van deze schalen. Gezien de item-totaalcorrelaties waren de Angst- en Somatisatieschaal minder homogeen dan de Distress- en Depressieschaal.

### Relaties tussen de schalen

Tabel 2 laat zien dat de 4DKL-schalen tamelijk sterke onderlinge correlaties vertoonden. De hoogste correlaties, die tussen Distress enerzijds en Angst en Depressie anderzijds, betekenen dat meer dan de helft van de variantie van de betreffende schalen gemeenschappelijk was.

De puntendiagrammen (figuur) laten zien dat de relaties tussen Depressie,

Angst en Somatisatie enerzijds en Distress anderzijds niet wederkerig waren. Een hoge Depressie- of Angstscore ging praktisch altijd, en een hoge Somatisatiescore in de meeste gevallen, gepaard met een hoge Distressscore, maar een hoge Distressscore hoefde niet met een hoge Depressie-, Angst- en/of Somatisatiescore samen te gaan. In de relatie tussen Angst en Somatisatie was hetzelfde verschijnsel zichtbaar.

### Onafhankelijkheid van de schalen

Bij factoranalyse van de klachtenlijstgegevens van groep Y werden vier factoren gevonden met een eigenwaarde  $>2$  die gezamenlijk 50 procent van de variantie van alle 4DKL-items verklaarden. Vanwege de overeenkomst tussen de 4DKL-schalen en de factoren, zijn aan de factoren dezelfde namen gegeven als de schalen. Tabel 3 toont hoeveel items van elke schaal met een factorlading  $\geq 0,40$  laadden

**Tabel 1** De homogeniteit en betrouwbaarheid van de 4DKL-schalen (groep Y). Gecorrigeerde item-totaal correlaties en Cronbach's alfa

4DKL-schaal	Aantal items per schaal	Gecorrigeerde item-totaal correlaties			Cronbach's alfa
		mediaan	minimum	maximum	
Distress	16	0,72	0,44	0,76	0,94
Depressie	6	0,82	0,80	0,89	0,94
Angst	12	0,56	0,29	0,78	0,88
Somatisatie	16	0,49	0,26	0,60	0,84

**Tabel 2** Correlaties tussen de 4DKL-schalen (groep Y). Product-momentcorrelatie-coëfficiënten

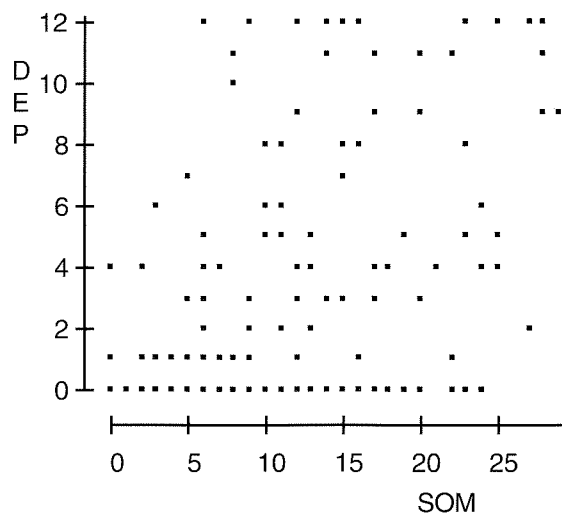
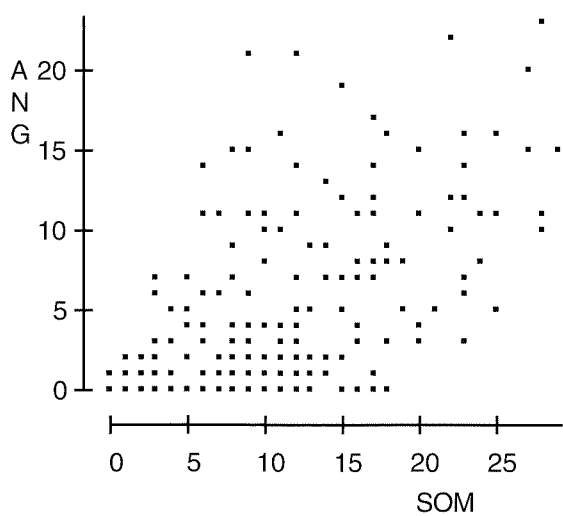
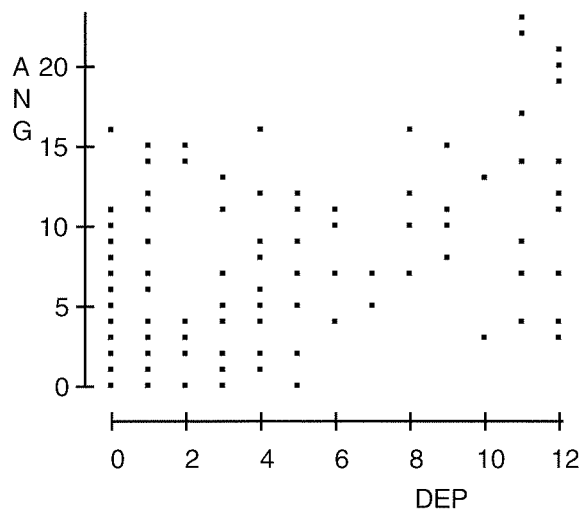
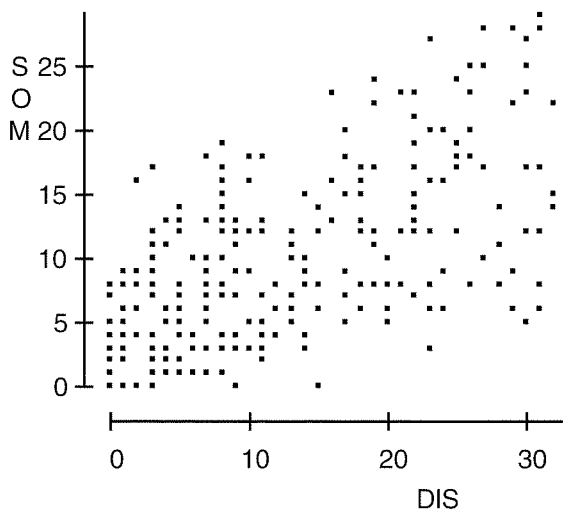
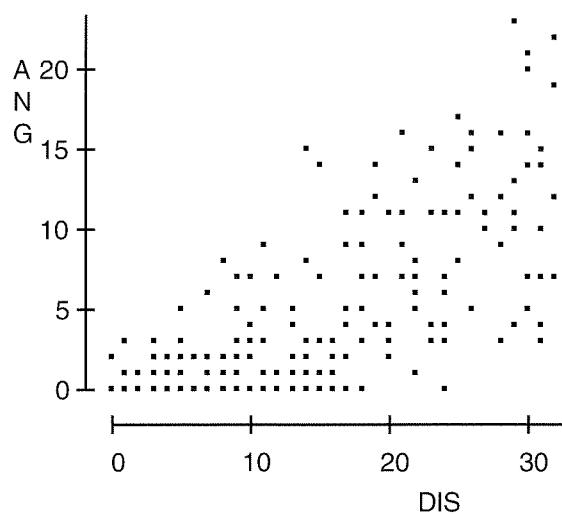
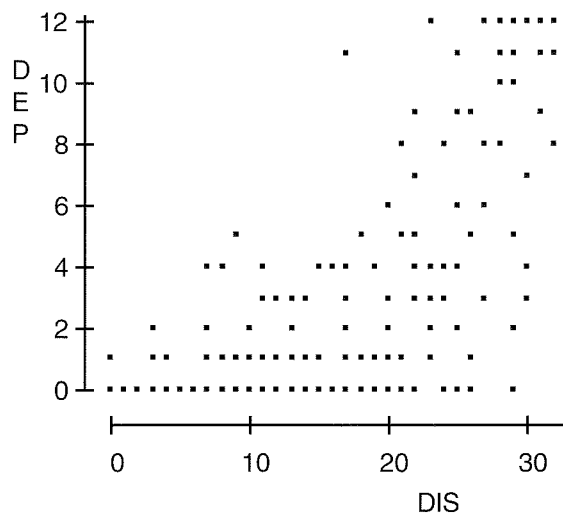
	Distress	Depressie	Angst
Depressie	0,72		
Angst	0,74	0,63	
Somatisatie	0,62	0,47	0,60

**Tabel 3** Resultaat van een factoranalyse (factorextractie: principale componenten, rotatie: varimax) van de items van de 4DKL (groep Y). Aantal items met een factorlading  $\geq 0,40$  per 4DKL-schaal en per gerooteerde factor

4DKL-schaal	Aantal items per schaal	Factoren			
		Distress	Depressie	Angst	Somatisatie
Distress	16	15	5	0	0
Depressie	6	1	6	0	0
Angst	12	4	0	9	0
Somatisatie	16	0	0	4	15

**Tabel 4** De interne consistentie van de 4DKL-schalen na correctie voor de variantie die verklaard wordt door de andere schalen. Gecorrigeerde item-totaal correlaties en Cronbach's alfa

4DKL-schaal	Aantal items per schaal	Gecorrigeerde item-totaal correlaties			Cronbach's alfa
		mediaan	minimum	maximum	
Distress	16	0,47	0,29	0,59	0,84
Depressie	6	0,67	0,50	0,74	0,86
Angst	12	0,36	0,16	0,55	0,74
Somatisatie	16	0,35	0,24	0,43	0,75



**Figuur** Puntendiagrammen van de 4DKL-schaalscores (groep Y). Elk puntje in de figuren staat voor een of meer patiënten. DIS=Distress, DEP=Depressie, ANG=Angst, SOM=Somatisatie.

op de factoren. De factorladingen per item worden getoond in de appendix. *Tabel 4* laat zien dat de 4DKL-schalen na aftrek van de in de schalen gemeenschappelijke variantie, nog een behoorlijke interne consistentie overhielden. De norm van Dohrenwend et al. voor Cronbach's alfa werd ruimschoots gehaald.

### Correlaties tussen de 4DKL-dimensies met de stressfactoren en prognose

*Tabel 5* toont de partiële correlaties tussen de 4DKL-dimensies en de stressfactoren en prognose. Na correctie voor de invloed van Depressie, Angst en Somatisatie had Distress nog een significante correlatie met levensgebeurtenissen in de sfeer van gezin en familie en met alle problemen, uitgezonderd problemen betreffende de gezondheid van de patiënt zelf en/of diens naasten. Depressie had, na correctie voor de invloed van Distress, Angst en Somatisatie, alleen een significante correlatie met persoonlijke en interpersoonlijke problemen. Angst correleerde, na correctie voor de invloed van Distress, Depressie en Somatisatie, helemaal niet met de stressfac-

toren. Somatisatie correleerde, na correctie voor Distress, Depressie en Angst, alleen met het ervaren van gezondheidsproblemen. De Depressiescore na twee maanden werd in vrij sterke mate bepaald door de Depressiescore bij aanvang van het onderzoek en niet door de beginscore van de overige 4DKL-dimensies. Evenzo werd het niveau van Angst na twee maanden bepaald door de Angst bij het begin, en de Somatisatie na twee maanden door de Somatisatie bij het begin. De Distressscore na twee maanden werd bepaald door de beginscores voor Distress, Depressie en Angst, in volgorde van afnemende belangrijkheid. Het overall niveau van de klachten na twee maanden werd door alle vier de 4DKL-dimensies bepaald, maar in sterkere mate door de beginscore voor Somatisatie dan door Distress.

### Beschouwing

#### Beperking

De 4DKL is geconstrueerd op basis van de gegevens van een uitgebreidere klachten-

lijst. Het onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de 4DKL is achteraf verricht op onderzoek met deze uitgebreidere klachtenlijst. Het is theoretisch mogelijk dat de 4DKL in zijn nieuwe vorm, doordat hij korter is en de items een andere rangschikking hebben, het antwoordgedrag van respondenten zodanig beïnvloedt dat de eigenschappen van de 4DKL anders zijn dan hier gepresenteerd. Hoewel de voorlopige ervaringen met de 4DKL vooralsnog geen aanleiding geven tot grote bezorgdheid, is verificatie van de eigenschappen van de 4DKL in nieuw onderzoek gewenst.

#### Betrouwbaarheid en validiteit

Op grond van de gevonden waarden voor Cronbach's alfa lijkt de 4DKL een betrouwbaar instrument. De betrouwbaarheid staat er borg voor dat de 4DKL-schalen *iets* meten, niet alleen maar 'ruis'. Bovendien is aannemelijk gemaakt dat de 4DKL-schalen alle vier iets verschillends meten, althans gedeeltelijk.

De vraag is alleen: *wat* meten de 4DKL-schalen? Hierbij gaat het dus om de validiteit. De 4DKL-schalen worden verondersteld distress, depressie, angst en somatisatie te meten. Is dat ook zo? Dat is niet gemakkelijk te bepalen aangezien er geen gouden standaard voor het meten van deze fenomenen bestaat. Vergelijking met een andere klachtenlijst ligt niet voor de hand omdat de 4DKL juist is ontwikkeld uit onvrede met bestaande klachtenlijsten die vaak geen onderscheid maken tussen distress enerzijds en depressie en angst anderzijds.

Voor de validiteit van de 4DKL-schalen zullen we in eerste instantie moeten afgaan op een subjectieve indruk gebaseerd op de verwoording van de items. Dit wordt wel de indrukvaliditeit of *face validity* genoemd. De lezer beoordele zelf of de items van de Distressschaal overeenkomen met de klachten van patiënten met surmenage, of de items van de Depressieschaal kenmerkend zijn voor patiënten met een echte depressie, of de items van de Angstschaal overeenkomen met de symptomen van patiënten met een angststoornis en of de items van de Somatisa-

**Tabel 5** Partiële correlaties tussen de 4DKL-schalen en de stressfactoren en prognose, waarbij per 4DKL-schaal is gecorrigeerd voor de invloed van de overige 4DKL-schalen

	Distress	Depressie	Angst	Somatisatie
Levensgebeurtenissen (n)				
- werk/studie	0,09	-0,10	0,02	-0,01
- ziekte/dood	-0,00	-0,06	0,09	0,05
- gezin/familie	0,15*	0,01	0,00	-0,04
- geweld	0,07	-0,01	-0,01	0,00
- materiële situatie	0,08	0,03	-0,05	0,01
Problemen (n)				
- werk/werkloosheid/studie	0,18†	-0,07	-0,01	0,01
- gezondheid zelf, naasten	0,06	-0,04	0,04	0,16†
- interpersoonlijke problemen	0,22†	0,12*	-0,04	-0,03
- verwerking traumatische ervaring	0,18†	-0,04	0,07	0,07
- persoonlijke problemen	0,31†	0,20†	0,10	-0,06
- materiële situatie	0,19†	0,10	-0,02	0,01
Prognose (klachten na 2 maanden)				
- 4DKL-Distressscore	0,35†	0,20†	0,14*	0,10
- 4DKL-Depressiescore	-0,03	0,54†	0,06	0,05
- 4DKL-Angstscore	0,01	0,06	0,55†	0,09
- 4DKL-Somatisatiescore	0,03	0,05	0,07	0,57†
- 4DKL-totaalscore	0,16*	0,20†	0,25†	0,31†

\*  $p < 0,01$ ; †  $p < 0,001$  (eenzijdig).

tieschaal representatief zijn voor de klachten van somatiserende patiënten.

Een belangrijk aspect van validiteit is voorts constructvaliditeit. Hiermee wordt bedoeld op correlaties met andere fenomenen welke in overeenstemming zijn met veronderstellingen aangaande het te meten fenomeen. De bevinding dat de Distressschaal als enige 4DKL-schaal (partieel) correleerde met problemen en gebeurtenissen in de sfeer van werk en studie, alsmede met verwerkingsproblemen en materiële problemen past bij de veronderstelling dat distress de uiting is van een stressproces. De bevinding dat Somatisatie als enige 4DKL-dimensie (partieel) correleerde met gezondheidsproblemen past bij de ervaring dat patiënten die somatiseren zich zorgen maken over hun gezondheid. De partiële correlaties van Distress en Depressie met persoonlijke en interpersoonlijke problemen worden mogelijk voor een deel verklaard doordat deze problemen een rol spelen bij het ontstaan van distress, terwijl een ander deel wordt verklaard doordat distress en depressie aanleiding kunnen geven tot het ontstaan of verheugen van dit soort problemen. Een persoonlijk probleem als een laag zelfbeeld kan zelfs een onderdeel van een depressie zijn. De bevinding dat de prognose – de 4DKL-somscore na twee maanden – in sterkere mate werd bepaald door de Somatisatiescore dan door de Distressscore past bij de veronderstelling dat somatiserende patiënten minder goede probleemoplossers zijn en dus minder goed herstellen. De bevinding dat elke 4DKL-dimensie de beste voorspeller was van dezelfde dimensie twee maanden later duidt erop dat de verschillende reactiepatronen die achter de dimensies worden verondersteld een zekere constantheid vertonen. Die constantheid was overigens minder sterk voor distress dan voor depressie, angst en somatisatie.

Dat de schalen van een vragenlijst bij statistische analyses, met name factoranalyse, verschillende fenomenen blijken te meten, wordt wel aangeduid met 'factoriële validiteit'. De schalen van de 4DKL lijken in dit opzicht valide te zijn. Dat neemt evenwel niet weg dat er een zekere

overlap tussen de schalen bestond, vooral tussen Distress en Depressie. Verschijnselen van ernstige distress, zoals gevoelens van onmacht, interesseverlies en demoralisatie, laadden ook op de depressiefactor en zouden kunnen worden gezien als een overgang, of opstap, naar het ernstiger beeld depressie. Depressie lijkt als het ware in het verlengde van distress te liggen. De precieze scheidslijn tussen distress en depressie is niet scherp en dus discutabel. Er zou wat voor te zeggen zijn om interesseverlies (item 31), een aspect van anhedonie dat traditioneel wordt gerekend tot het depressieve syndroom,<sup>3</sup> bij de Depressieschaal te trekken. Demoralisatie (items 32 en 36) past theoretisch beter bij de distressdimensie. Immers we beschouwen distress als de uiting van een stress/copingprobleem. In zijn ernstigste vorm wordt dit probleem gekenmerkt door een falende coping, of demoralisatie, hetgeen door patiënten wordt verwoord als het niet meer aankunnen (item 32) of er niet meer tegenop kunnen (item 36). Bij eerdere analyses van de uitgebreidere klachtenlijst waaruit de 4DKL is geconstrueerd, leken demoralisatie, anhedonie en gevoelens van onmacht tot de distressdimensie te horen.<sup>1</sup>

#### **De hiërarchische relatie tussen de dimensies van de 4DKL**

De bovenstaande bevindingen met de 4DKL geven een interessant beeld van de bijzondere, hiërarchische verhouding tussen de 4DKL-dimensies (*figuur*). Voor angst en depressie gold dat zij praktisch niet in belangrijke mate aanwezig waren zonder de aanwezigheid van distress. Aangezien er niet één patiënt was bij wie een hoge Depressie- of Angstscore gepaard ging met een lage Distressscore, moet distress altijd voorafgaan aan depressie of angst of op zijn minst gelijktijdig daarmee optreden.

Hoe kan de koppeling tussen depressie en angst enerzijds en distress anderzijds worden verklaard? De mogelijkheid dat de Distressschaal in wezen een lichte vorm van depressie dan wel angst meet, is niet goed houdbaar gegeven de bevinding dat de schalen elk ook een eigen domein lijken

te bestrijken. Uitgaande van de veronderstelling dat distress de uiting is van een stress/copingprobleem, zou de relatie tussen distress, depressie en angst er op kunnen wijzen dat door levensproblematiek veroorzaakte distress kan leiden tot depressie en/of angst. Als dit evenwel de enige verklaring zou zijn, zou depressie en angst *altijd* het gevolg moeten zijn van levensproblematiek, hetgeen op grond van praktijkervaringen niet waarschijnlijk lijkt. Een aanvullende verklaring zou kunnen zijn dat het hebben van een depressie of een angststoornis op zich ook distress veroorzaakt door de moeite die het kost deze 'stoornissen' te hanteren.

De relatie tussen distress en somatisatie lijkt enigszins op die tussen distress en depressie/angst, althans voor patiënten met (zeer) hoge Somatisatiescores (*figuur*). Een lichte of matige Somatisatiescore hoeft evenwel niet met veel distress-klachten gepaard te gaan.

Angst ging vaker wel dan niet met somatisatie gepaard (*figuur*). Evenals in de relatie tussen distress enerzijds en depressie en angst anderzijds, zou de relatie tussen somatisatie en angst kunnen berusten op een causaliteit in twee richtingen. Het ervaren van veel nerveus-functionele klachten zou angst kunnen oproepen, en angst kan leiden tot nerveus-functionele klachten.

De bovenbeschreven niet-wederkerige relaties tussen de symptoomdimensies van de 4DKL doen denken aan het hiërarchische model van Foulds.<sup>9</sup> In dit model worden vier in ernst toenemende klassen van psychisch disfunctioneren onderscheiden, te weten 'dysthymic states', 'neurotic symptoms', 'integrated delusions' en 'delusions of disintegration'. De ernstigste twee klassen vertegenwoordigen psychotische stoornissen. Onder 'neurotic symptoms' worden onder meer de angststoornissen en conversie begrepen. Onder 'dysthymic states' worden onder meer distressverschijnselen en neurotische depressie begrepen. Het model houdt in dat bij aanwezigheid van symptomen van een 'hogere' klasse er in principe ook symptomen van alle 'lagere' klassen aanwezig zijn.

## Distress als dimensie van psychopathologie

In de afgelopen jaren is het begrip distress in de Engelstalige literatuur opgekomen als een globale aanduiding van moeilijk te specificeren psychisch lijden. Vervolgens is de term distress in enkele publicaties gebruikt als aanduiding van de gemeenschappelijke factor van 'angst' en 'depressie'. Foulds heeft getracht uit de symptomen van zijn laagste klasse 'dysthymic states' een screeningsvragenlijst van 14 items te maken welke 'states of anxiety and/or depression' moest meten. Het bleek dat de overlap tussen 'states of anxiety' en 'states of depression' zo groot was dat het verstandiger leek deze te combineren tot een 'inventory of distress'.<sup>9</sup>

*Dohrenwend et al.* zochten naar belangrijke dimensies van psychopathologie in de algemene bevolking. Zij vonden onder meer een 'nonspecific distress' dimensie die inhoudelijk overeenkwam met het demoralisatieconcept van *Frank*.<sup>7,10</sup> *Clark & Watson* kwamen bij hun studie van 'angst' en 'depressie' tot de conclusie dat deze syndromen een belangrijke gemeenschappelijke factor hebben. Tot deze 'general, nonspecific distress factor' behoren onder meer demoralisatie, prikkelbaarheid, slaapproblemen en concentratieproblemen. Daarentegen zou angst specifiek worden gekenmerkt door psychofysiologische 'hyperarousal', angstige stemming en verhoogde waakzaamheid, en depressie door anhedonie, hopeloosheid en vitale kenmerken. In de huisartspraktijk zouden veel patiënten met voornamelijk distress-symptomen worden gezien.<sup>11</sup> Daarnaast zijn er volgens *Clark & Watson* patiënten die behalve hun specifieke distressklachten specifieke symptomen vertonen van angst, depressie of beide. De distressfactor van *Clark & Watson* komt duidelijk overeen met de 4DKL-dimensie Distress terwijl hun conceptualisering van specifieke angst en depressie dicht in de buurt komt van de 4DKL-dimensies Angst en Depressie.

*Goldberg et al.* stelden dat de symptomen van 'common mental disorders' die gezien worden in de huisartspraktijk, kunnen worden gekarakteriseerd door twee

symptoomdimensies die sterk met elkaar correleren (correlatiecoëfficiënt 0,70). Zij baseerden zich op een 'latent trait' analyse van Present State Examination (PSE) symptomen verkregen bij interviews in de huisartspraktijk. De dimensies werden aangeduid als 'anxiety' en 'depression'. Het meest kenmerkend voor de 'anxiety-trait' waren de volgende symptomen: nerveuze spanning, piekeren, prikkelbaarheid, gespannen spieren, slecht slapen, spanningspijnen en 'free floating anxiety'. Het meest kenmerkend voor de 'depression-trait' waren energieverlies, interesseverlies, verminderde libido, zichtbare depressie, lage zelfwaardering, weinig zelfvertrouwen, verminderde eetlust en hopeloosheid. Tot de symptomen die in het model geen plaats kregen, behoorden onder andere situationele angst, sociale angst en specifieke fobieën.<sup>12</sup> De symptomen die kenmerkend zijn voor echte angststoornissen, kregen dus bij *Goldberg et al.* geen plaats bij hun 'anxiety'-dimensie. Daarentegen bestond deze dimensie voor het grootste deel uit symptomen die zijn terug te vinden in de 4DKL-dimensie Distress.

*Wilmink* heeft getracht de analyse van *Goldberg et al.* te repliceren.<sup>13</sup> Hij slaagde hierin slechts gedeeltelijk met behulp van verschillende statistische kunstgrepen.

## Toepassingsmogelijkheden van de 4DKL

Doordat de 4DKL een aparte dimensie voor distress kent, biedt dit instrument de mogelijkheid distress los van depressie, angst en somatisatie te bestuderen, bijvoorbeeld bij patiënten die van hun huisarts de diagnose surmenage hebben gekregen. De 4DKL moet zijn waarde in de praktijk echter nog wel bewijzen. De relevantie van het onderscheiden van de vier dimensies moet bij voorkeur blijken uit de consequenties van deze dimensies voor de prognose en de keuze van de therapie. Hypothesen die in onderzoek getoetst zouden kunnen worden, zijn:

- Patiënten die naast een hoge Distressscore ook een hoge score hebben voor Depressie, Angst en/of Somatisatie, hebben een minder gunstige prognose dan

patiënten die alleen een hoge Distressscore hebben, zelfs wanneer rekening wordt gehouden met een verschil in 4DKL-somscore.

- Patiënten die een hoge Depressiescore hebben, herstellen sneller met de toevoeging van een antidepressivum aan hun begeleiding dan zonder antidepressivum.

- Patiënten met een hoge Depressiescore herstellen sneller met de toevoeging van specifiek tegen depressiviteit gerichte cognitieve gedragstherapeutische interventies aan hun begeleiding.

- Patiënten met een hoge Angstscore herstellen sneller met de toevoeging van specifiek tegen irrationele angst gerichte cognitieve gedragstherapeutische interventies aan hun begeleiding.

- Patiënten met een hoge Somatisatiescore herstellen sneller met de toevoeging van specifiek tegen somatisatie gerichte cognitieve gedragstherapeutische interventies aan hun begeleiding.

- Patiënten die alleen een hoge Distressscore vertonen, herstellen *niet* sneller door de toevoeging van een antidepressivum of cognitieve gedragstherapeutische interventies aan hun begeleiding.

- Patiënten die alleen een hoge Distressscore vertonen, herstellen sneller wanneer in de begeleiding systematisch aandacht wordt besteed aan het oplossen van actuele stressfactoren.

- Patiënten die alleen een hoge Distressscore vertonen, herstellen *niet* sneller wanneer een tranquillizer aan de begeleiding wordt toegevoegd.

Hoewel de 4DKL primair is ontworpen voor wetenschappelijk onderzoek van *groepen* patiënten in de huisartspraktijk, is mij in de praktijk gebleken dat de 4DKL ook is te gebruiken voor het in kaart brengen van de meest voorkomende psychopathologie van *individuele patiënten*. Men dient dan wel te bedenken dat de 4DKL, net als iedere klachtenlijst, niet de nauwkeurigheid en betrouwbaarheid heeft van bijvoorbeeld een glucosemeter. Daarom raad ik aan bij individuele patiënten niet uitsluitend af te gaan op de hoogte van de scores. Diverse patiëntgebonden factoren, zoals de neiging om te overdrijven of juist



**Appendix** De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). Items, schalen, factoren en factorladingen.

Items	Nr	Schaal*	Factorladingen (x100)†			
			F1	F2	F3	F4
Hebt u de afgelopen week last van:						
- duizeligheid of een licht gevoel in het hoofd? .....	1	Som	27	17	08	52
- pijnlijke spieren? .....	2	Som	08	03	05	44
- flauw vallen? .....	3	Som	04	02	01	37
- pijn in de nek? .....	4	Som	13	01	10	47
- pijn in de rug? .....	5	Som	10	-06	15	45
- overmatige transpiratie? .....	6	Som	27	26	17	47
- hartkloppingen? .....	7	Som	25	13	47	48
- hoofdpijn? .....	8	Som	25	20	-04	43
- een opgeblazen gevoel in de buik? .....	9	Som	11	12	08	49
- wazig zien of vlekken voor de ogen zien? .....	10	Som	23	15	06	54
- benauwdheid? .....	11	Som	15	04	40	44
- misselijkheid of een maag die 'van streek' is? .....	12	Som	10	21	-04	61
- pijn in de buik of maagstreek? .....	13	Som	16	18	06	61
- tintelingen in de vingers? .....	14	Som	12	05	35	55
- een drukkend of beklemmend gevoel op de borst? .....	15	Som	20	10	53	44
- pijn in de borst? .....	16	Som	05	15	54	42
- neerslachtigheid? .....	17	Dis	66	36	21	23
- zomaar plotseling schrikken? .....	18	Ang	42	07	36	20
- piekeren? .....	19	Dis	76	18	13	17
- onrustig slapen? .....	20	Dis	57	11	00	28
- onbestemde angstgevoelens? .....	21	Ang	56	25	48	19
- lusteloosheid? .....	22	Dis	64	29	01	32
- beven in gezelschap van andere mensen? .....	23	Ang	33	25	32	29
- angst- of paniek-aanvallen? .....	24	Ang	52	25	44	21
Voelt u zich de afgelopen week:						
- gespannen? .....	25	Dis	74	20	19	17
- snel geïrriteerd? .....	26	Dis	60	19	26	17
- angstig? .....	27	Ang	62	29	46	21
Hebt u de afgelopen week het gevoel:						
- dat alles zinloos is? .....	28	Dep	40	67	27	22
- dat u tot niets meer kunt komen? .....	29	Dis	49	61	07	25
- dat het leven niet de moeite waard is? .....	30	Dep	22	85	25	15
- dat u geen belangstelling meer kunt opbrengen voor de mensen en dingen om u heen? .....	31	Dis	35	56	24	12
- dat u 't niet meer aankunt? .....	32	Dis	57	56	22	15
- dat het beter zou zijn als u maar dood was? .....	33	Dep	11	84	17	15
- dat u nergens meer plezier in kunt hebben? .....	34	Dep	36	80	16	08
- dat er geen uitweg is uit uw situatie? .....	35	Dep	32	74	17	16
- dat u er niet meer tegenop kunt? .....	36	Dis	51	63	22	15
- dat u nergens meer zin in hebt? .....	37	Dis	56	54	12	27
Hebt u de afgelopen week:						
- moeite met helder denken? .....	38	Dis	64	30	18	27
- moeite om in slaap te komen? .....	39	Dis	49	09	08	22
- angst om alleen het huis uit te gaan? .....	40	Ang	15	37	54	01
Bent u de afgelopen week:						
- snel emotioneel? .....	41	Dis	72	24	17	13
- angstig voor iets waarvoor u helemaal niet bang zou hoeven te zijn? (bijv. dieren, hoogten, kleine ruimten) .....	42	Ang	16	11	67	10
- bang om te reizen in bussen, treinen of trams? .....	43	Ang	09	26	62	-02
- bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen? .....	44	Ang	28	24	48	03
Hebt u de afgelopen week weleens een gevoel of u door een onbekend gevaar bedreigd wordt? .....						
45	Ang	25	09	65	06	
Denkt u de afgelopen week weleens 'was ik maar dood'? .....						
46	Dep	16	82	15	13	
Schieten u de afgelopen week weleens beelden in gedachten over (een) aangrijpende gebeurtenis(sen), die u hebt meegemaakt? .....						
47	Dis	62	14	22	06	
Moet u de afgelopen week weleens uw best doen om gedachten of herinneringen aan (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) van u af te zetten? .....						
48	Dis	59	15	31	13	
Moet u de afgelopen week bepaalde plaatsen vermijden omdat u er angstig van wordt? .....						
49	Ang	18	07	64	15	
Moet u de afgelopen week sommige handelingen een aantal keren herhalen voordat u iets anders kunt gaan doen? .....						
50	Ang	01	22	22	25	

\* Dis=Distress, Dep=Depressie, Ang=Angst, Som=Somatisatie.

† F1, F2, F3, F4: geroteerde factoren van de factoranalyse.

Antwoordmogelijkheden: 0=nee, 1=soms, 2=regelmatig, 3=vaak, 4=heel vaak of voortdurend.

Scoringswijze: vervang de scores '3' en '4' door een '2'. De schaalcores worden gevormd door de som van de (getransformeerde) itemscores.

te dissimuleren, kunnen in individuele gevallen de score naar boven of naar beneden beïnvloeden. Naast het berekenen van een score is het dan ook aan te bevelen de hoog gescoorde items met de patiënt te bespreken en eventueel verder te vragen naar verwante symptomen en mogelijke oorzaken van de klachten. Navraag naar de inhoud van piekeren (item 19) en herbelevingen (items 47 en 48) kan bijvoorbeeld veel waardevolle informatie opleveren. Zo komt men het beste tot een afgewogen klinisch oordeel over de psychische toestand van de individuele patiënt.

#### Dankbetuiging

Met dank aan de Bedrijfsvereniging voor Detailhandel, Ambachten en Huisvrouwen (DE-TAM) te Utrecht voor het beschikbaar stellen van de gegevens en aan dr. J.J.F. ter Laak en drs. H.D. Kuiper voor hun kritisch commentaar op een eerdere versie van het manuscript.

#### Literatuur

- 1 Terluin B. Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Utrecht: DETAM, 1994.
- 2 Terluin B, Gill K, Winnubst JAM. Hoe zien huisartsen surmenage? *Huisarts Wet* 1992; 35: 311-5.
- 3 APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition - Revised); DSM-III-R. Washington DC: American Psychiatric Association, 1987.
- 4 Kleber RJ. Stressbenaderingen in de psychologie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1982.
- 5 Terluin B. Welke syndromen schuilen achter de diagnose surmenage? Een clusteranalyse. *Huisarts Wet* 1996; 39(8): 358-65.
- 6 Drenth PJD, Sijtsma K. Testtheorie. Inleiding in de theorie van de psychologische test en zijn toepassingen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1990.
- 7 Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G, Mendelsohn FS. Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology: measures for use in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 1229-36.
- 8 Norusis MJ. SPSS base system user's guide. Chicago: SPSS, 1990.
- 9 Foulds GA. The hierarchical nature of personal illness. London: Academic Press, 1976.
- 10 Frank JD. Persuasion and healing. Baltimore: John Hopkins Press, 1973.
- 11 Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 316-36.
- 12 Goldberg DP, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Dimensions of neuroses seen in primary-care settings. *Psychol Med* 1987; 17: 461-70.
- 13 Wilmink FW. Patient, physician, psychiatrist. Assessment of mental health problems in primary care [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1989.