

Psychologisch testonderzoek in de huisartspraktijk

C.J. IN 'T VELD
W.M. SNELLEN

In 't Veld CJ, Snellen WM. Psychologisch testonderzoek in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 2000;43(2):78-83.

De huisarts wordt regelmatig geconfronteerd met patiënten met moeilijk te interpreteren klachten. Aanvullend psychologisch diagnostisch onderzoek kan ertoe bijdragen dat de huisarts op efficiënte wijze een indruk krijgt van de kwetsbaarheid, de draagkracht en veranderings- en aanpassingsmogelijkheden van de betrokken patiënten. Dit stelt de huisarts in staat om een beter op maat gesneden beleid te voeren. Aan de hand van drie ziektegeval- len uit de praktijk wordt dit nader toegelicht.

C.J. in 't Veld, huisarts; W.M. Snellen, eerstelijnspsycholoog.

Correspondentie: C.J. in 't Veld, Voorstraat 88, 3231 BK Brielle.

Inleiding

Bij veel patiënten met langdurige en moeilijk te interpreteren klachten ontstaat vroeg of laat een soort patsituatie: ondanks veel zorg, energie en aandacht, sorteren de talrijke medische interventies nauwelijks enig effect, en vervallen patiënt en huisarts steeds meer in een uitzichtloze herhaling van zetten. In dergelijke situaties valt te overwegen de hulp van een eerstelijnspsycholoog in te roepen, met name ten behoeve van de diagnostiek. De energie kan dan worden gericht op het bewerkstelligen van veranderingen, juist bij die mensen die daartoe mogelijkheden hebben, en het rendement van de interventies neemt daar- door toe.¹

In dit artikel beschrijven wij aan de hand van drie casus de bijdrage die een eerstelijnspsycholoog kan leveren aan de (psycho)diagnostiek van 'probleempatiënten' in de huisartspraktijk. In deze casus is de Nederlandse Verkorte MMPI (NVM) het belangrijkste psychodiagnostisch instrument.

De Nederlandse Verkorte MMPI (NVM)

De Nederlandse Verkorte MMPI (NVM) is een in Nederland veel toegepaste persoonlijkheidstest, die is gebaseerd op de veel uitgebreidere Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI).^{2,3} De NVM bestaat uit 83 uitspraken, elk met drie antwoordmogelijkheden: 'juist', 'onjuist' en '?'. Deze uitspraken hebben betrekking op vijf onafhankelijke dimensies:

- negativisme;
- somatisatie;
- verlegenheid;
- psychopathologie;
- extraversie.

Negativisme

De dimensie *negativisme* heeft betrekking op de subjectief beleefde last van emoties als boosheid, schaamte, schuldgevoel, angst, onwelbevinden en het gevoel inade- quaat te functioneren, zoals die door de pa-

tiënt worden gerapporteerd. Voorbeelden van uitspraken die betrekking hebben op deze dimensie zijn: soms heb ik erg ver- langd thuis weg te gaan; soms heb ik zin om te vloeken; ik heb dagen, weken of maanden gehad dat ik allerlei dingen ver- waarloosde, omdat ik niet op gang kon ko- men.

Mensen die hoog scoren op deze dimen- sie hebben een (sterk) verhoogde draag- last. Deze verhoging kan zowel structureel als meer situatief van aard zijn. In het eer- ste geval is er een significante afwijking ten opzichte van de gemiddelde bevolking qua ernst van de persoonlijkheidspatholo- gie in het algemeen. Verzet en oppositie spelen een grote rol. Afhankelijk van het gehanteerde interpretatiesysteem (zie hierna) wordt een lage score beschouwd als ontkenning, aanpassing aan sociaal wenselijk gedrag en/of afwezigheid van passief-agressieve kenmerken.

Somatisatie

Somatisatie hangt samen met de neiging tot externaliseren, het ontwikkelen van li- chamelijke klachten onder invloed van psychische stress en het zich afhankelijk en regressief opstellen. Het gaat om de aanwezigheid van vage spannings- en angstklachten. Voorbeelden van uitspra- ken zijn: bij het minste gerucht word ik wakker; vaak is het net of er een prop in mijn keel zit.

Een hoge score betekent een neiging tot het laten afvloeien van psychische span- ningen door middel van het etaleren van li- chamelijke klachten en regressief-afhan- kelijk gedrag. Dat gedrag kan noodzake- lijk zijn om het psychisch evenwicht te be- waren en decompensatie te voorkomen, en kan dienen om confrontaties te vermijden met als achtergrond ziekte winst en het laag houden van het angstniveau. De bete- kenis van een lage score is afhankelijk van het algehele scoreprofiel en van de absolu- te en relatieve hoogte van de somatisatie- score daarin (zie hierna); die betekenis kan variëren van het bewaren van trots (narcis- me) als verdedigingsmechanisme tot een onvermogen om spanningen op sociale wijze te kanaliseren (dissociatie, schizoï- die).

Verlegenheid

De dimensie *verlegenheid* heeft betrekking op de hoeveelheid controle- en beheersingsmechanismen die iemand heeft ontwikkeld. Voorbeelden van uitspraken zijn: ik word gemakkelijk overtroefd in een discussie; ik moet dikwijls moeite doen om niet te laten merken dat ik verlegen ben; ik vind het lastig een gesprek aan te knopen als ik met onbekenden in contact kom.

Een hoge score wijst op een geremde agressie, conflictvermijding en dwangmatige zelfbeheersing. Hierbij dient te worden opgemerkt dat bij een gebrekkige angsttolerantie een verhoogd controlemechanisme nodig is om op adequate wijze stress te kunnen reguleren. Personen met een lage score zijn weinig gedifferentieerd, en hedonistisch en impulsief ingesteld.

Psychopathologie

Bij de dimensie (ernstige) *psychopathologie* hangt de score samen met iemands kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van heftige angsten, achterdocht, negatieve emoties in het algemeen en mogelijk ook met irreële waarnemingen en belevingen. Voorbeelden van uitspraken zijn: ik heb zeer eigenaardige en zonderlinge ervaringen gehad; iemand heeft het op mij gemunt; ik geloof dat ik achtervolgd word.

Personen met een hoge score kunnen onder invloed van stress snel angstig en achterdochtig worden en verliezen makkelijk de greep op eigen denken, voelen en handelen. Vaak komen gevoelens van vervreemding voor, soms gaat het hierbij om floride psychotische verschijnselen. Bij een lage score ontbreken deze tendensen.

Extraversie/introversie

Extraversie/introversie is de meest besproken en meest onderzochte persoonlijkheidsdimensie in de psychologische literatuur. Extraverte persoonlijkheden zijn naar buiten gericht, introverte persoonlijkheden vooral naar binnen. Voorbeelden van uitspraken die betrekking hebben op de dimensie extraversie zijn: ik ga graag naar feesten en partijen waar veel lawaai en plezier gemaakt wordt; ik houd van spel

en ontspanning; soms voel ik mij zonder enige reden buitengewoon gelukkig ('in de wolken'), zelfs als ik er eigenlijk slecht voorsta.

Een hoge score op extraversie hebben mensen die prikkelhongerig, actief in sociale contacten, levenslustig maar ook wat oppervlakkig, onkritisch en onvoorzichtig zijn. Diegenen die laag scoren zijn sociaal minder vaardig, geremd, twijfelzuchtig maar ook trouw, perfectionistisch en individualistisch. De hoogte van deze dimensie heeft consequenties voor de mogelijkheid tot het ontwikkelen en de kleuring van psychopathologie.

Interpretatie

De ruwe scores op de vragen worden met behulp van normtabellen omgezet in standaardcores, en deze standaardcores worden per dimensie ingedeeld in zeven categorieën, variërend van 'zeer laag' tot 'zeer hoog'.

De ruwe scores worden steeds afgezet tegen twee normgroepen: een normale populatie uit de open bevolking en een psychiatrische patiëntenpopulatie. Bij de eerste vier dimensies heeft de laagste score steeds betrekking op de normgroep uit de psychiatrische patiëntenpopulatie.

De scores op de dimensies leveren een persoonlijkheidsprofiel op, dat kan worden geduid volgens een interpretatiesysteem, waarin de betekenis van de dimensies meer is uitgewerkt dan in de oorspronkelijke handleiding.^{2,4}

Er is een samenhang tussen de profielen en persoonlijkheidsconstellaties. Een veel voorkomende combinatie is bijvoorbeeld een lage score op de dimensie extraversie in combinatie met een hoge score op de dimensie verlegenheid. Het blijkt dat borderline-persoonlijkheden vaak hoog scoren op negativisme, somatisatie en psychopathologie. De score op de verlegenheidsschaal varieert, afhankelijk van de mate van impulsiviteit. Ik-zwakke zou zich vooral presenteren met een hoge score op psychopathologie in combinatie met een wat lagere verlegenheidsscore. Wat de validiteit betreft geldt in het algemeen dat er

meer persoonlijkheidspathologie is, naarmate de scores op de gezamenlijke schalen negativisme, somatisatie, verlegenheid en psychopathologie hoger zijn. Dit kan samenhangen met een gebrekkige ontwikkeling van de gewetensfunctie.

Voor meer uitgebreide empirische gegevens betreffende validiteit, betrouwbaarheid en normering wordt verwezen naar de COTAN (documentatie van tests en testresearch Nederland, Nederlands Instituut van Psychologen). Verdere empirische gegevens ter ondersteuning van de klinische interpretaties zijn te vinden in de literatuur.^{1,4,5}

Toepassing in de huisartspraktijk

De huisarts verwijst patiënten naar de eerstelijnspsycholoog met een gerichte vraag of omschreven probleemstelling. Afhankelijk van de werkwijze van de eerstelijnspsycholoog zal standaard of op indicatie testpsychologisch onderzoek volgen aan de hand van een protocol. De patiënt vult de vragenlijsten in op de praktijk. Soms is het ook mogelijk dat de patiënt de vragenlijsten mee naar huis neemt en na invulling opstuurt.

De psycholoog rekent vervolgens de scores uit en legt de interpretaties vast in een diagnostisch rapport. Doorgaans interpreteert de psycholoog de testcores tegen de achtergrond van anamnese, klachteninventarisatie en observatie tijdens één of twee gesprekken. Het is immers belangrijk dat de patiënt zich herkent in de resultaten. Veelal wordt aan de hand van dit gesprek en het diagnostisch rapport een behandelplan opgesteld. Na verduidelijking van de achtergronden en de functie van de klachten van de patiënt voor de huisarts, stellen huisarts en psycholoog samen een behandelplan op en maken zij werkafspraken over doelstelling en taakverdeling.

Casus 1

Mevrouw A, geboren in 1950, bezoekt frequent het spreekuur van de huisarts. Een

greep uit de voorgeschiedenis: behandeling van acne, spanningshoofdpijn, septumcorrectie, tympanoplastiek, tonsillectomie, adnexextirpatie, extirpatie nodus hiel, collesfractuur, mammabiopsie en onderzoeken door de internist en gynaecoloog wegens buikklachten.

Kort nadat de patiënt in de praktijk is gekomen, in 1984, voert de huisarts met haar een serie van zeven gesprekken, omdat zij last heeft van een scala aan lichamelijke klachten. Na een rustige fase neemt het aantal contacten tussen huisarts en patiënte steeds meer toe. In 1993 bijvoorbeeld, bezoekt zij dertien keer het spreekuur. Daarnaast is zij onder behandeling van een orthopedisch chirurg wegens een bursitis van de linker hallux; bij de orthopedie brengt zij tevens haar rugklachten ter sprake. Voortdurend wordt door patiënte aangedrongen op specialistisch onderzoek. Zij maakt zich ook erg bezorgd over de buikklachten.

De huisarts voelt zich ongemakkelijk, denkt veeleer aan een psychische achtergrond van de klachten en ziet er tegenop om patiënte opnieuw ter analyse naar de gynaecoloog te sturen. Steeds heftiger wordende klachten, door de huisarts geïdentificeerd als een gevolg van hoog oplopende spanningen doordat patiënte betraapt is bij een winkeldiefstal (die zij voor haar echtgenoot verborgen heeft gehouden) zetten de arts-patiëntrelatie onder druk. Uiteindelijk gaat patiënte in op het voorstel van de huisarts om de NVM-vragenlijst in te vullen om op die manier onderscheid te maken tussen klachten met een vooral lichamelijke achtergrond en klachten met een vooral psychische achtergrond.

Testresultaten en analyse

Negativisme	7/7
Somatisatie	7/7
Verlegenheid	5/6
Psychopathologie	4/4
Extra/introversie	3/4

Analyse van de scores op de vijf dimensies volgens de methode van Snellen⁵ geeft het volgende beeld van de psychische structuur van patiënte.

De bovengemiddeld tot hoge score op verlegenheid in combinatie met een ge-

middelde score op psychopathologie wijst op een neurotische structuur: een behoorlijke draagkracht, met veel zelftwijfel, besluiteloosheid, zelfevaluatie en agresiëremming. De draaglast zoals weerspiegeld in een extreem hoge score op negativisme is niet vanuit deze neurotische constellatie alleen te verklaren. Dit wordt enigszins verzacht door somatisatie als copingmechanisme.

De testresultaten wijzen zowel op neurotiserende invloeden uit het verleden als in het heden. Patiënte kan de grote spanningen waaronder zij staat wel verdragen, maar alleen ten koste van veel lichamelijke klachten en externalisatie en zelfkwelling.⁶

Psychotherapeutische beïnvloeding lijkt mogelijk. Hierbij lijkt een wat langere durende interventie gewenst. Waarschijnlijk zullen de neurotische zelfonzekerheid en neiging tot somatisatie hardnekkig blijken te zijn, maar een algehele verbetering van het relationeel en maatschappelijk functioneren is zeker te verwachten. Op grond van de uitslag van het testonderzoek stelt de psycholoog voor om in een aantal gesprekken de problemen uit te diepen.

Vervolg

Mevrouw A voert de gesprekken met de psycholoog veelal in het bijzijn van haar echtgenoot. In die gesprekken blijken diverse anamnestiche gegevens aan te sluiten bij de resultaten van het testonderzoek. Zo blijkt zij te zijn opgevoed door een veeleisende en onzelfstandige moeder. Op circa achtjarige leeftijd had zij seksueel grensoverschrijdende contacten met een man die voor haar tijdelijk een ouder vervangde. Familieruzies, de autoritaire houding van de echtgenoot en de geheim gehouden winkeldiefstal vormen de spanningsbronnen in het heden. Zij reageert op de spanning met veel lichamelijke klachten, leunt op de huisarts en zet haar omgeving klem.

Op initiatief van de psycholoog volgt zij psychomotorische therapie. Als gevolg van deze aanpak veranderen de gesprekken bij de huisarts van toon en inhoud. Er is een groeiend inzicht dat de lichamelijke klachten samenhangen met de omstandig-

heden waaronder patiënte in het verleden en het heden heeft geleefd.

Casus 2

De heer B, geboren in 1971, heeft vroeger astma gehad. Uit zijn jeugdjaren, die hij elders heeft doorgebracht, zijn overigens niet veel bijzonderheden bekend; na de scheiding van zijn ouders is hij samen met zijn moeder in zijn huidige woonplaats komen wonen.

Patiënt bezoekt zelden het spreekuur van de huisarts; wel wordt regelmatig een beroep gedaan op de dienstdoende collega's of de ambulancedienst. Er is dan sprake van een ziektebeeld dat doet denken aan een hyperventilatiesyndroom of aan atypische – epileptische insulten. De huisarts wordt tweemaal in een acute situatie te hulp geroepen; het ziektebeeld imponeert vooral als een aanval van hyperventilatie.

Na een aantal spoedopnamen wordt de diagnose gesteld op epilepsie, uitgelokt door alcoholgebruik. Patiënt krijgt anti-epileptica voorgeschreven. Toch blijft de neuroloog twifelen aan de juistheid van de diagnose en in een later stadium wordt de diagnose ingetrokken. De geraadpleegde psychiater vindt geen aanknopingspunten voor psychopathologie.

De moeder van B maakt zich over de gang van zaken ongerust en dringt aan op nadere analyse in een academisch centrum. Na onderzoek luidt de diagnose: geen duidelijke epilepsie; waarschijnlijk liggen de hyperventilatie-aanvallen ten grondslag aan de klachten. Op dat moment wordt in overleg tussen de huisarts, de heer B en zijn moeder besloten tot een psychologische persoonlijkheidstest om beter te weten hoe het beste met de klachten om te gaan.

Testresultaten en analyse

Negativisme	5/7
Somatisatie	5/7
Verlegenheid	3/4
Psychopathologie	3/4
Extra/introversie	7/7

Uit de testresultaten komt het volgende beeld naar voren.

Een extreme extraversie predisponeert tot een onkritische en manipulerende attitude. In het verlengde hiervan wijst een beneden-gemiddelde score op verlegenheid op een gebrekkige gewetensfunctie, een weinig gedifferentieerd gevoelsleven en een hedonistische instelling. Er is neiging tot opportunistisch gedrag en schijnaanpassing. Het gemis aan remmingen en begrensdeheid ten opzichte van de buitenwereld (hoge extraversie) versterken elkaar. Hierdoor kunnen onder druk gemakkelijk gedragsstoornissen optreden.

B heeft de neiging zich sterk voor te doen (verlaagde score op de psychopathologieschaal) en veel contactgroei in een hulpverleningsrelatie is op grond hiervan niet te verwachten ('uit het oog, uit het hart'). Grenzen moeten van buitenaf worden gesteld.⁷ De verhoogde score op negativisme weerspiegelt dan ook situatief bepaalde onlusten op grond van onbevredigende omgevingsfactoren. Werkelijke motivatie en mogelijkheden tot introspectie zijn op grond van primitieve eigenschappen niet aanwezig. Gezocht moet worden naar spanningsvermindering door beïnvloeding van situationele factoren, structurering en het stellen van grenzen.

Op grond van dit resultaat wordt een advies gegeven om de bron van de moeilijkheden op te sporen en het sociale evenwicht met concrete, tamelijk directieve interventies te beïnvloeden. Het is de huisarts bekend dat de verhouding van de moeder van B met de ouders van haar huidige partner niet eenvoudig is en dat dit spanningen veroorzaakt. Daarnaast heeft B door zijn werk in de horeca onregelmatige werktijden, en ligt alcoholgebruik voor de hand.

In een gesprek met de psycholoog worden de gegevens uit het testonderzoek bevestigd. De psycholoog geeft in dit gesprek B het advies om tijdens het werk geen alcohol te gebruiken, zo regelmatig mogelijk te leven en met regelmaat te sporten.

De huisarts bespreekt vervolgens met de moeder de invloed die de problemen in de gezinssituatie kunnen hebben op haar zoon.

Vervolg

Hierna treedt een rustige fase in zonder acute gezondheidsproblemen; door vertrek van B uit de praktijk in verband met een stageperiode elders, is het verdere beloop niet bekend.

Casus 3

Mevrouw C, geboren in 1942, is het vertrouwen in haar huisarts kwijt en maakt een overstap naar onze praktijk. Zij heeft sinds enkele maanden last van 'benauwdheidsklachten', die door de vorige huisarts werden gediuid als hyperventilatie. Toch wordt zij, in verband met een licht verhoogd TSH-gehalte in het serum, verwezen naar de internist. De schildklierfunctie blijkt echter normaal en ook de internist komt tot de diagnose hyperventilatie.

In een eerste gesprek komen de achtergronden van het verlies van vertrouwen in haar vorige huisarts aan de orde. Het blijkt dat mevrouw C veel heeft meegemaakt de laatste tijd. Zij voelt zich angstig en raakt snel in paniek, vooral in winkels. Daarnaast heeft zij steeds een licht gevoel in het hoofd. Afsproken wordt dat er een ECG zal worden gemaakt (de internist heeft dat niet gedaan). Daarnaast krijgt zij informatiemateriaal over hyperventilatie. Zij maakt een afspraak met een fysiotherapeut voor het leren van ontspanningsoefeningen.

Tijdens een vervolgconsult wordt de uitslag van het cardiogram besproken (niet afwijkend). Mevrouw C herkent in de informatiebrochures over hyperventilatie veel van haar klachten. Afsproken wordt dat zij een testformulier invult om tot beleidsafspraken te komen.

Testresultaten en analyse

Negativisme	3/4
Somatisatie	4/7
Verlegenheid	5/7
Psychopathologie	2/2
Extra/introversie	2/3

Uit de test komt het volgende beeld van mevrouw C naar voren.

De verhoogde score op verlegenheid wijst, in samenhang met de verlaagde sco-

re op psychopathologie, op het bestaan van een neurotische structuur met een sociaal wenselijk aspect (ontkenning van mogelijke zwakke eigenschappen en moeite met het nodig hebben van een hulpverleningsrelatie).

Bij introversie in combinatie met sterke remmingen (hoge verlegenheidscore) is een structureel verhoogd arousalniveau te verwachten, weerspiegeld in een verhoogde negativismescore. Deze wordt echter niet aangetroffen, hetgeen leidt tot de klinische interpretatie dat spanningen worden afgeschermd, zowel naar de omgeving als naar de eigen beleving. Dit gaat gepaard met vermijdingsgedrag (hoge score op verlegenheid en somatisatie).

Lichamelijke klachten worden door haar niet begrepen, zij is overdreven streng voor zichzelf en heeft de neiging zichzelf voortdurend in te perken. Negatieve emoties (spanningen, agressieve gevoelens, enz.) worden hardnekkig ontkend, wat gepaard gaat met veel weerstand en vermijding.

Wanneer de hulpverlening zich niet te veel richt op verandering blijft het evenwicht in stand zonder dat er sprake is van alarmerende consequenties. Door dikwijls een beroep te doen op de huisarts en andere hulpverleners wordt het vermijdingsgedrag versterkt en in stand gehouden.

Vervolg

Op grond van de testcores besluit de psycholoog deze patiënte niet zelf te zien. Hij geeft de huisarts het advies om niet al te zeer in te gaan op de onlustgevoelens, maar de problematiek voornamelijk toe te dekken. Hij gaat er hierbij van uit, dat patiënte niet werkelijk verwacht dat de hulpverlening meer doet, ook al geeft zij dit niet openlijk toe om niet het gevaar te lopen de steun te verliezen.

Het is slechts zinvol om op een meer fundamenteel niveau de problematiek aan te pakken wanneer patiënte daarvoor werkelijk de noodzaak voelt en dus gemotiveerd is. Die motivatie is op dit moment niet aanwezig, omdat de draaglast – en dus de lijdensdruk – daarvoor niet hoog genoeg is. De inschatting is dat het ook niet zo ver zal komen.

De klachten hebben de functie om het evenwicht te bewaren en de dieper liggende conflicten af te weren. Hiermee wordt confrontatie met deze dieper liggende conflicten voorkomen. Door de goede draagkracht kan patiënte dit evenwicht langdurig volhouden zonder de prijs van pijnlijke gevoelens bij confrontatie, gepaard met inzicht te moeten betalen. Zij twijfelt voortdurend aan zichzelf en voelt zich schuldig en minderwaardig (hoge verlegenheidsscore). De huisarts en andere hulpverleners spelen een rol in het in stand houden van het evenwicht: er dienen dan ook steeds nieuwe klachten te worden ontwikkeld.

Het is beter om als huisarts dit patroon te onderkennen en te begrijpen, dan te trachten ten koste van veel frustratie een poging te doen de situatie in meer structurele zin beïnvloeden.

Om de gevoelens van angst en de klachten van hyperventilatie te verminderen wordt een behandeling ingesteld met clomipramine. Ter controle van de medicatie bezoekt patiënte regelmatig het spreekuur. Haar klachten zijn aanzienlijk verbeterd en zij heeft haar evenwicht goeddeels hervonden.

Beschouwing

De psychologische testmethodiek heeft in de beschreven casus ertoe bijgedragen op efficiënte wijze een indruk te krijgen van

de kwetsbaarheid, draagkracht en veranderings- en aanpassingsmogelijkheden van de betrokken patiënten. De huisarts is op deze manier beter in staat een op maat gesneden beleid te voeren. In alle gevallen werd door deze aanpak verder onderzoek in de tweede lijn voorkomen dan wel uitgesteld.

In toenemende mate is bij patiënten sprake van mengproblematiek: het toestandbeeld wordt in sterke mate bepaald door zowel psychische als psychosociale problematiek. Diagnostiek 'aan de hand van een gewapend oordeel' (o.a. door gebruik te maken van testmethoden) kan de kans op fout-positieve en fout-negatieve uitkomsten in diagnostisch opzicht aanzienlijk verkleinen. Dit kan onnodige verwijzingen voorkomen, evenals het niet herkennen of miskennen van psychische problematiek.

Diagnostiek is vooral van waarde wanneer de huisarts het gevoel heeft dat er meer mogelijkheden zijn om de klachten van een patiënt te beïnvloeden of wanneer een behandelproces stagneert.

In principe is iedereen met een IQ boven 75 in staat deze vragenlijsten in te vullen; in de praktijk wordt deze aanpak door patiënten op prijs gesteld. De testresultaten bieden de huisarts een steviger basis voor het beleid, kunnen de mogelijkheid van verandering in de toekomst voorspellen en vormen voor de huisarts een verantwoording van het eigen handelen.

Door psychodiagnostiek in de eerste

lijn worden onnodig lange behandelprocessen voorkomen en wordt eerder niet onderkende psychopathologie opgespoord. Het diagnostisch arsenaal van de eerstelijnspsycholoog biedt op deze wijze een waardevolle ondersteuning aan de huisarts.

Literatuur

- 1 Eurelings-Bontekoe EHM, Duijssens IJ, Snellen WM, et al: DSM-III-R and ICD-10 personality disorders and personality dimensions as assessed by the Dutch Short Form of the MMPI: preliminary results. *J Personality and Individual Differences* 1995;2:231-9.
- 2 Luteyn F, Kok AP. Herziene handleiding N.V.M. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1985.
- 3 Hathaway SR, McKinley JC. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory Manual. New York: Psychological Corporation, 1983.
- 4 Snellen WM. De voordelen van diagnostiek met behulp van persoonlijkheidsvragenlijsten. In: Eurelings-Bontekoe EHM, redactie. Persoonlijkheidsdiagnostiek in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Amsterdam: N.I.P. sectie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, 1994.
- 5 Snellen WM. M.M.P.I.- en N.V.M.-profielen bij borderline persoonlijkheden. In: Derksen JJL, Jonker TSJ, redactie. De borderline patiënt. Diagnostiek, behandeling en onderzoek. Amersfoort/Leuven: Acco, 1989.
- 6 Stein DJ, Hollander E, Skodol ZE. Anxiety Disorders and Personality Disorders: A Review. *J of Personality Disorders* 1993;7:87-104.
- 7 Schadé A, Koerselman GF. De diagnose 'psychopathie'; ten onrechte in onbruik? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1994;4:265-77.