

**PERSOONLIJK RAPPORT****PERSOONLIJKE GEGEVENS**

Naam/ID: testnam1

Leeftijd: 41

Geslacht: man

Opleidingsniveau: mbo

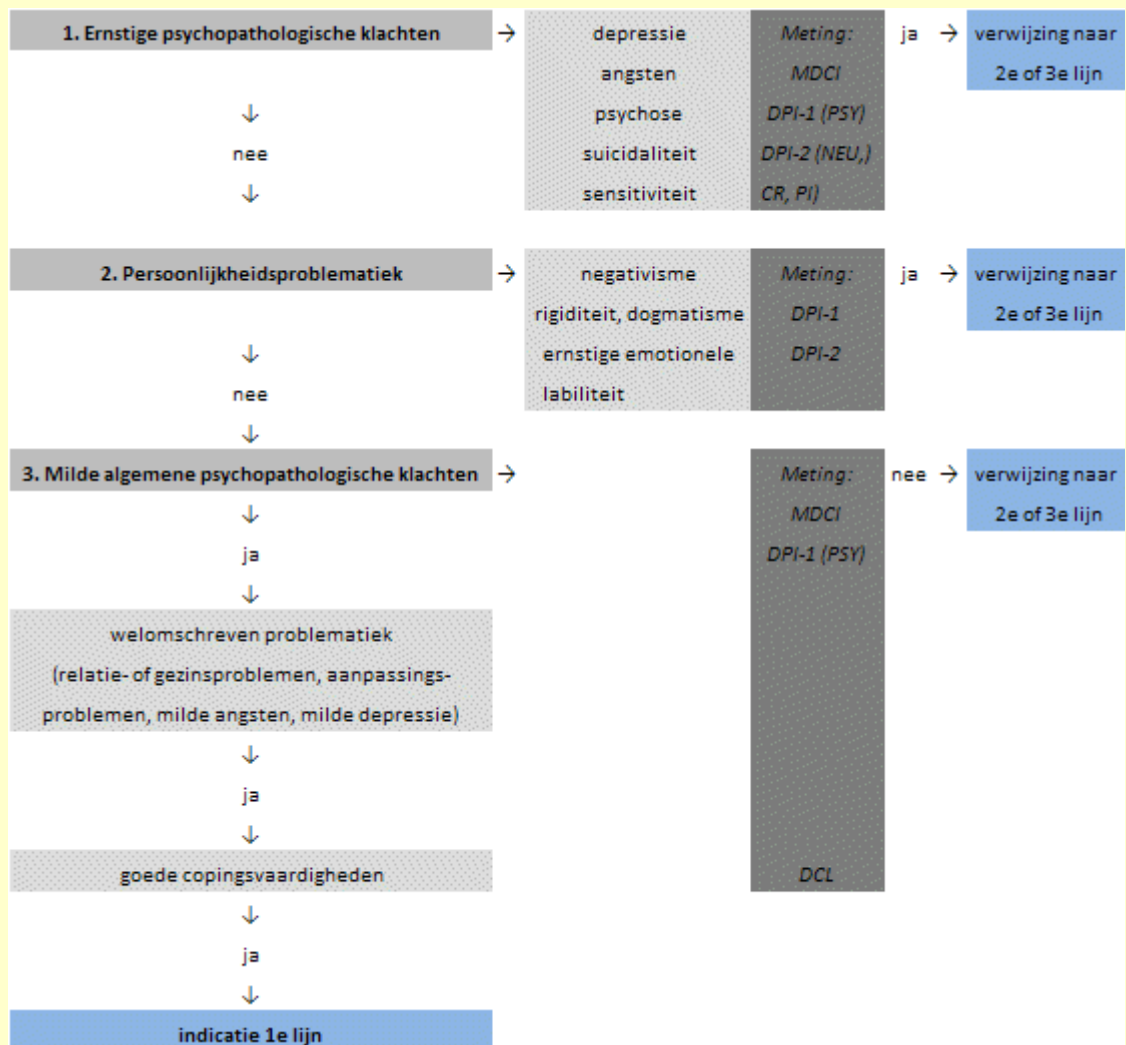
Afname: 20 december 2008

## EERSTE LIJN DIAGNOSE

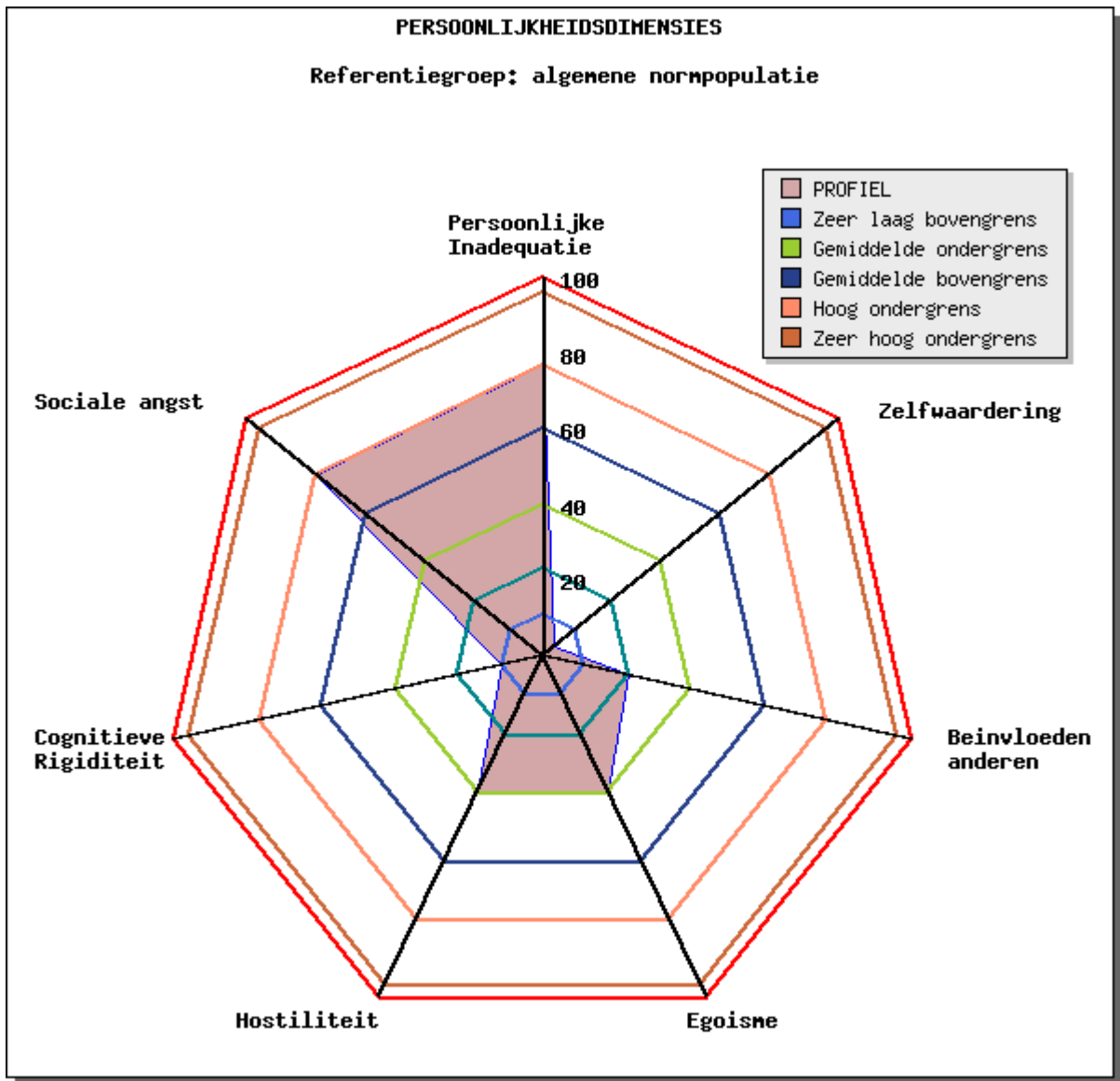
Bijdragen aan het diagnostisch proces:  
 DPI-1 en DPI-2: persoonlijkheidseigenschappen  
 DCL: coping  
 MDCI: algemene psychopathologische klachten

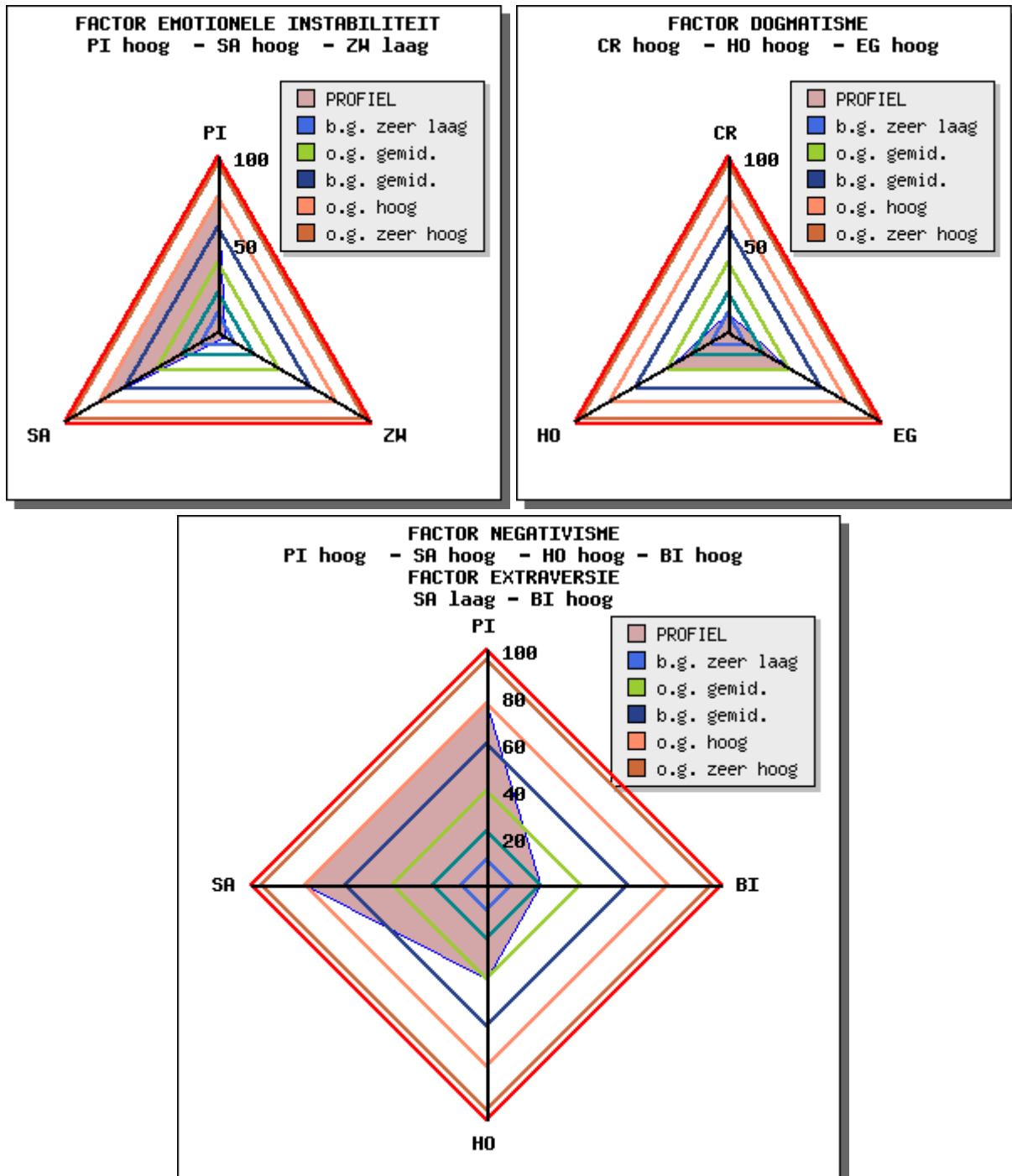
De meeste eerstelijns cliënten hebben recentelijk relationele problemen of psychische klachten zoals angst- of depressieve klachten ontwikkeld en deze zijn niet zo ernstig dat een verwijzing naar de tweedelijns (RIAGG) of derdelijns (psychiatrie) noodzakelijk is. Bij complexe problemen van een cliënt waar uitvoerige (multidisciplinaire) diagnostiek nodig is (zeer ernstige problemen als bijvoorbeeld psychose, suicidegevaar of problemen zoals bijvoorbeeld persoonlijkheids- stoornissen waar een langdurige behandeling vereist is), zal verwijzing moeten plaatsvinden naar de tweedelijns of derde lijn. Het gaat bij verwijzing naar de tweede- of derdelijns om ernstige psychiatrische problemen, als een ernstige depressie of psychotische stoornis.

Op basis van de kenmerken van de vragenlijsten DPI-1, DPI-2, MDCI en DCL kan het volgende schema als een mogelijke voorbeeld voor een diagnostische beslisboom voor de eerstelijns hulp kunnen dienen:



1. DPI-2





### DPI-2 Dimensionele structuur

#### Persoonlijke Inadequatie (PI)

In de items van deze schaal komen vage lichamelijke klachten, een gedrukte stemming, vage angsten en gevoelens van persoonlijke onbekwaamheid naar voren.

Psychisch labiel

Een hoge score wijst op gespannenheid, depressiviteit en labiliteit. Ze geven daarmee te kennen, dat ze zich gespannen, (faal)angstig, somber (over)bezorgd en (over)gevoelig voelen. Hiermee gaan vaak gevoelens van onzekerheid, neerslachtigheid en moedeloosheid gepaard. Er kunnen lichamelijke klachten zijn en vage angsten. Ze zijn vaak moeilijk in de omgang en vertonen

Psychisch sterk

Laagscoorders geven te kennen dat ze zich ontspannen, zelfverzekerd, opgewekt en onbezorgd voelen. Zij zijn gemakkelijk in de omgang, kunnen goed met tegenslagen omgaan en zijn evenwichtig en stabiel.

negatief gedrag tegenover zichzelf: moeilijk ongelijk bekennen, koppig, anderen de schuld geven, lang namokkend, slecht tegen verlies en gauw kwaad worden.

### Sociale angst (SA)

De items uit deze schaal verwijzen naar het vermijden van of het zich ongelukkig voelen in sociale situaties.

#### Sociaal geremd

Hoogscissors beschouwen zich als incompetent in contact met anderen; ze voelen zich sociaal geremd en verlegen. Ze hebben moeite met het meedoen aan sociale activiteiten in een groep en houden zich vaak afzijdig. Zij vinden het moeilijk sociale contacten te maken en te onderhouden. Zij voelen zich vaak erg geremd, gesloten, verlegen en (faal)angstig in sociale situaties en zijn daarin onhandig.

#### Sociaal open

Laagscoorders zeggen goed met anderen overweg te kunnen; ze zeggen gemakkelijk te praten en voelen zich sociaal open, vlot en sociaal. Zij leggen makkelijk sociale contacten en vinden het leuk deze te onderhouden. Ze zijn spontaan, vrolijk en opgewekt in het gezelschap van anderen.

### Cognitieve Rigiditeit (CR)

De items uit deze schaal hebben te maken met het volgens plan willen laten verlopen van gebeurtenissen en met vaste gewoontes en principes. In sommige items komt ook een zekere intellectuele starheid naar voren.

#### Dogmatisch-star

Personen met hoge scores houden van een strak planmatige aanpak in hun doen en laten en vinden het moeilijk om terug te komen op gewoontes en oplossingsmethoden.

#### Cognitief flexibel

Laagscoorders worden meer kenmerkt door een flexibele instelling en het zoeken naar nieuwe oplossingsmethoden

### Hostiliteit (HO)

In de items van deze schaal staat kritiek op en wantrouwen van andere mensen centraal.

#### Wantrouwend-verongelikt

Hoogscissors staan wantrouwend, soms negatief tegenover anderen. Zij zullen geneigd zijn hiervan blijk te geven door direct commentaar te geven, intolerant en ongeduldig te zijn. Ze zijn geneigd zich af te zetten tegen anderen. Zij gedragen zich egoïstisch, bezitterig en hebben de neiging voor hun verantwoordelijkheid weg te lopen en vertonen uitstel- en vermijdingsgedrag.

#### Tolerant-vriendelijk

Laagscoorders kunnen in het algemeen goed naar anderen luisteren, zijn tolerant, vriendelijk en begrijpend. Ze hebben vertrouwen in anderen willen zich inzetten voor anderen, zijn altruïstisch en vriendelijk. Zij voelen zich verantwoordelijk en vertonen geen uitstel- en vermijdingsgedrag.

### Egoïsme (EG)

In de items van deze schaal komt een gevoel van tevredenheid over zichzelf en zich niet voor een ander en diens problemen willen interesseren naar voren.

#### Zelfgenoegzaam

Hoogscissors zeggen tevreden over zichzelf te zijn en weinig of geen boodschap te hebben aan anderen en hun problemen.

#### Inlevend-behulpzaam

Laagscoorders vinden van zichzelf dat ze anderen willen begrijpen, helpen en zich in anderen inleven.

### Beïnvloeden van anderen (BI)

De items van deze schaal hebben te maken met zelfvertrouwen, initiatief willen nemen en leiding willen geven aan anderen.

#### Dominant-actief

Hoogscissors op deze schaal geven de voorkeur aan leidinggeven, ze zeggen overwicht op anderen te hebben. Zij willen andere mensen stimuleren, hebben zelfvertrouwen en zullen zich actief in een groep gedragen. Ze zijn vaak onafhankelijk, weinig beïnvloedbaar, zelfverzekerd en nemen graag de leiding in een groep. Soms zijn ze zelfs bazig.

#### Afhankelijk-passief

Laagscoorders voelen zich vaak onzeker in een groep, zullen eerder doen wat anderen zeggen, zich afhankelijk opstellen en zich passief in een groep gedragen.

### Zelfwaardering (ZW)

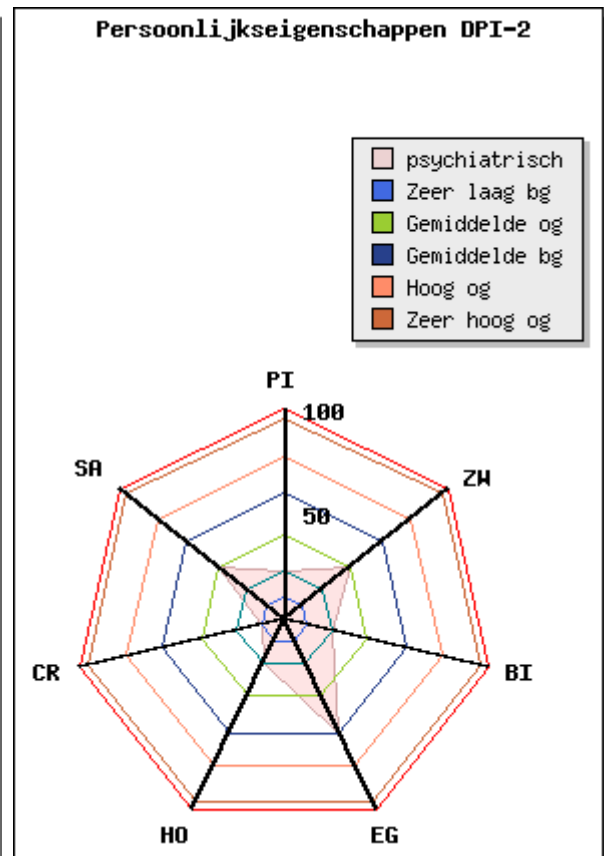
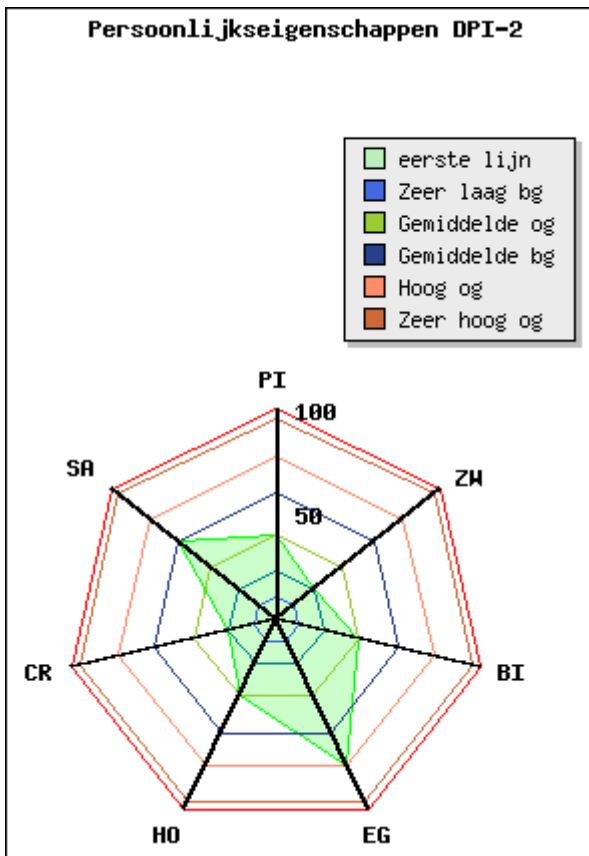
De items op deze schaal verwijzen naar een positieve instelling ten opzichte van werken en tevens naar veranderbaar en goed aangepast gedrag.

**Optimistisch**

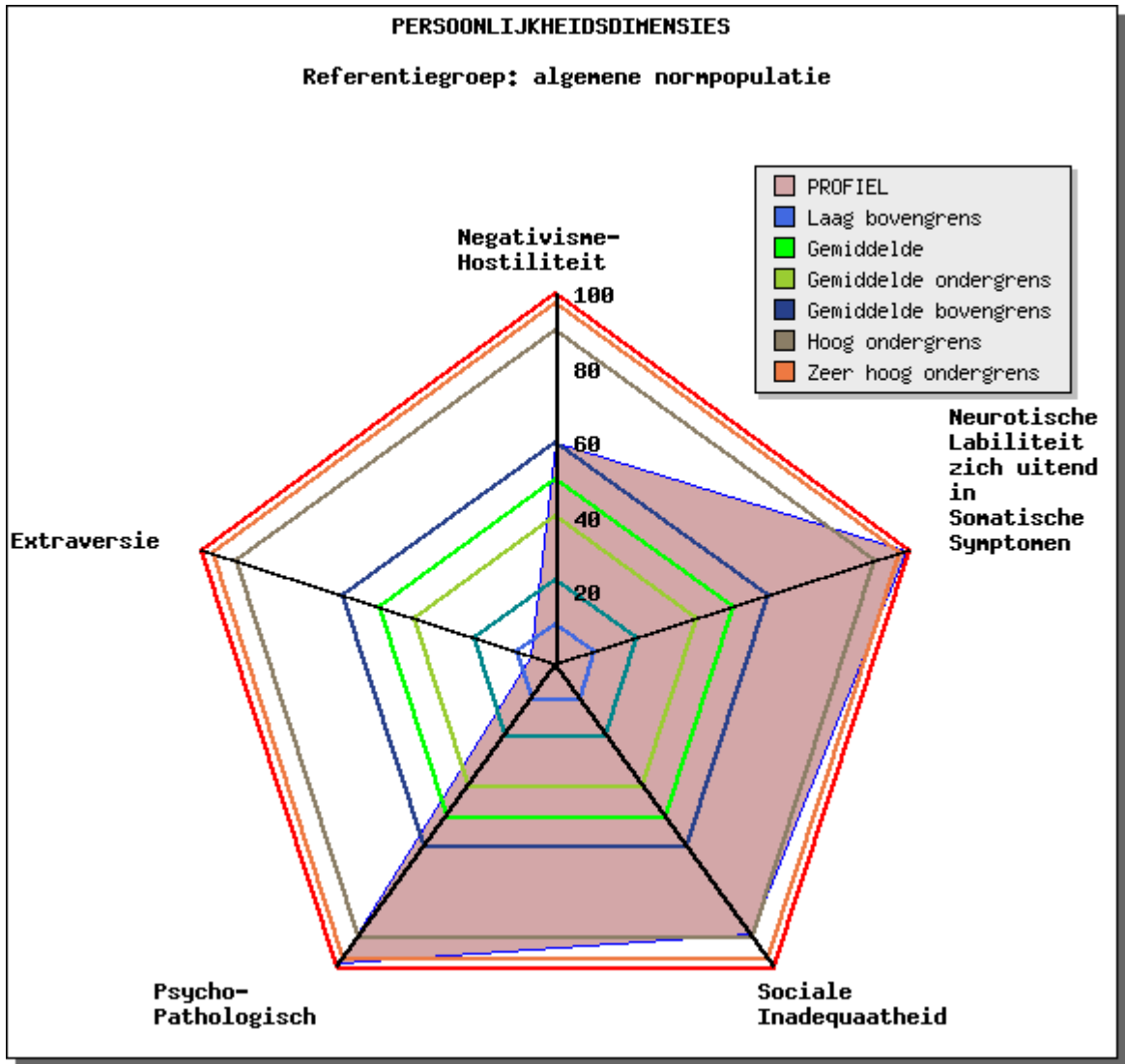
Personen die hoog scoren, hebben vrede met hun werk en bezigheden, ervaren weinig of geen onderscheid tussen wat ze zijn en wat ze graag zouden willen zijn en geven te kennen optimistisch van aard te zijn

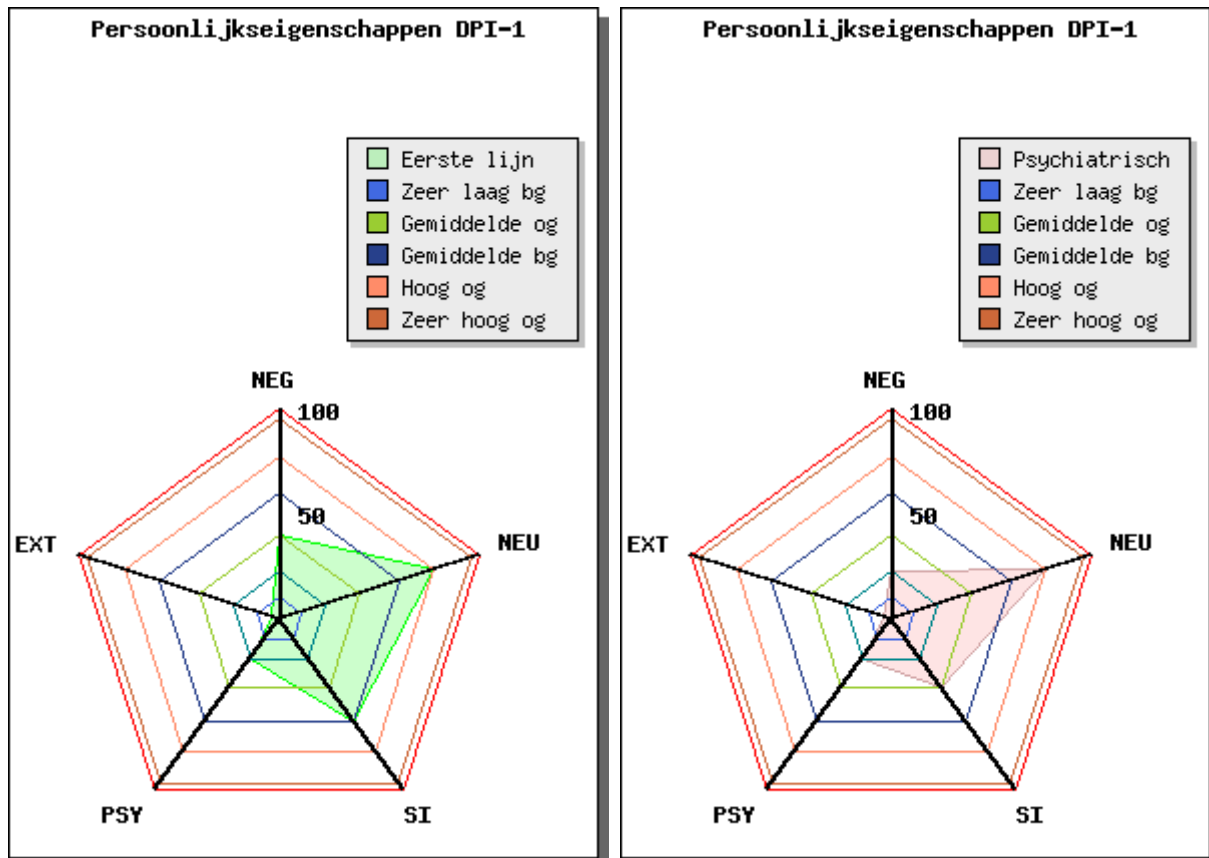
**Pessimistisch**

Laagscoorders geven te kennen dergelijke gevoelens niet te hebben en worden meer gekenmerkt door pessimisme, somberheid en gebrek aan vitaliteit Ze hebben weinig of geen vrede met hun bezigheden. Ze ervaren een kloof tussen wat ze zijn en wat ze graag zouden willen zijn.



2. DPI-1





Schaal	Theor. range	Observed score	True score (95 % betrouwbaarheidsinterval)		Gemiddelde algemene normgroep
Negativisme-Hostiliteit (NH)	0-44	16	9	23	15
Neurotische labiliteit - somatische symptomen (NS)	0-40	19	15	23	6
Sociale inadequaatheid (SI)	0-30	14	9	19	8
Psychopathologisch (PSY)	0-26	17	12	22	3
Extraversie (E)	0-26	6	1	11	17

#### Psychometrische kwaliteiten van de DPI

Interne consistentie (Cronbach's alfa), Gemiddelden en Standaarddeviaties normgroep algemene bevolking (n = 810) en normgroep eerstelijns (n = 828)

	Theor. range	Cronb. alfa	alg. normgroep gemiddelde (sd)	Cronb. alfa	eerstelijns gemiddelde (sd)
Negativisme-Hostiliteit (NH)	0-44	.77	15.1 (7.8)	.78	21.1 (8.2)
Neurotische labiliteit - somatische symptomen (NS)	0-40	.82	5.7 (5.4)	.83	13.5 (8.9)
Sociale inadequaatheid (SI)	0-30	.83	7.8 (6.2)	.86	14.4 (8.7)
Psychopathologisch (PSY)	0-26	.70	2.8 (2.9)	.73	2.9 (3.5)
Extraversie (E)	0-26	.74	17.1 (5.5)	.74	12.4 (5.9)

### Intercorrelaties eerstelijns (boven) en algemene normgroep (boven)

	NH	NS	SI	PSY	E
Negativisme-Hostiliteit (NH)	1.00	.34	.29	.41	.09
Neurotische labiliteit - somatische symptomen (NS)	.32	1.00	.27	.40	-.13
Sociale inadequaatheid (SI)	.27	.26	1.00	.19	-.31
Psychopathologisch (PSY)	.34	.29	.16	1.00	.04
Extraversie (E)	.11	-.21	-.34	.05	1.00

#### Negativisme-Hostiliteit (NH)

Deze schaal bevat items die betrekking hebben op:

- passief vermijdingsgedrag
- gevoelens van ontevredenheid
- gevoelens van teleurstelling
- wrok met allerlei zaken uit het dagelijks leven
- agressief gedrag in combinatie met verzet, irritatie en wantrouwen.

Een sterk verhoogde NH-score kan zowel door structureel aanwezige heftige negatieve affecten als situatieve stress en een toestandsbeeld (bijvoorbeeld depressie) veroorzaakt worden.

Hoogscorers op deze schaal geven aan een negatieve, ontevreden en vijandige instelling te hebben ten opzichte van anderen en de omgeving. Ze zijn geneigd op gevoelens van onbehagen te reageren met mopperen en klagen, ze voelen zich vaak gespannen en nemen een zelf-defensieve houding aan. Bij laagscorers is dit alles niet het geval.

#### Neurotische Labiliteit - zich uitend in Somatische Symptomen (NS)

Deze schaal bevat voornamelijk items die betrekking hebben op allerlei vage lichamelijke klachten o.i.v. spanning. Psychische spanningen worden niet als zodanig beleefd en geuit, maar worden via het lichaam gekanaliseerd en tot uiting gebracht.

Hoogscorers zijn personen die geneigd zijn op psychische spanningen met lichamelijke klachten te reageren. Bij laagscorers is dit niet het geval.

#### Sociale inadequaatheid (SI)

De items van deze schaal weerspiegelen voornamelijk een gevoel van verlegenheid en moeite in het contact met anderen. Een sterk verhoogde NH-score kan zowel door structureel aanwezige heftige negatieve affecten als situatieve stress en een toestandsbeeld (bijvoorbeeld depressie) veroorzaakt worden.

Hoogscorers geven aan zich vaak erg verlegen te voelen en dit als een probleem te ervaren. Ze zijn terughoudend, introvert, zwijgzaam, op zichzelf en weinig sociaal. Laagscorers voelen zich niet verlegen en zijn vlot, open, makkelijk pratend en sociaal.

#### Psychopathologisch (PSY)

Deze schaal bevat items die betrekking hebben op psychotische fenomenen (bizarre ervaringen, ongewone overtuigingen, boodschappen ontvangen of duidelijke wanen en hallucinaties) die het contact met de realiteit en de sociale interacties verstoren.

Hoogscorers geven aan allerlei bizarre belevingen en/of waanachtige gevoelens/of paranoïde gedachten te hebben. Er is een neiging overmatig en inadequaal te reageren op stressvolle situaties, waardoor men al snel door gevoelens wordt overspoeld en moeite heeft hoofd- van bijzaken te

onderscheiden. Dit heeft uiteraard ook zijn effecten op de stabiliteit van het zelfgevoel en de continuïteit in interpersoonlijke relaties. Gemiddelde en lage scores dienen als 'niet afwijkend' geïnterpreteerd te worden.

### Extraversie (E)

De items uit deze schaal slaan op allerlei vormen van sociale contacten en op een energieke en actieve instelling in deze. Iemand met een hoge score op de dimensie extraversie gaat graag naar feestjes, verkeert graag in het gezelschap van anderen en voelt zich prettig als er voldoende stimulatie en uitdaging is. Een extravert persoon is naar buiten gericht, spanningen vloeien makkelijk af en hij neigt minder tot piekeren en tobben.

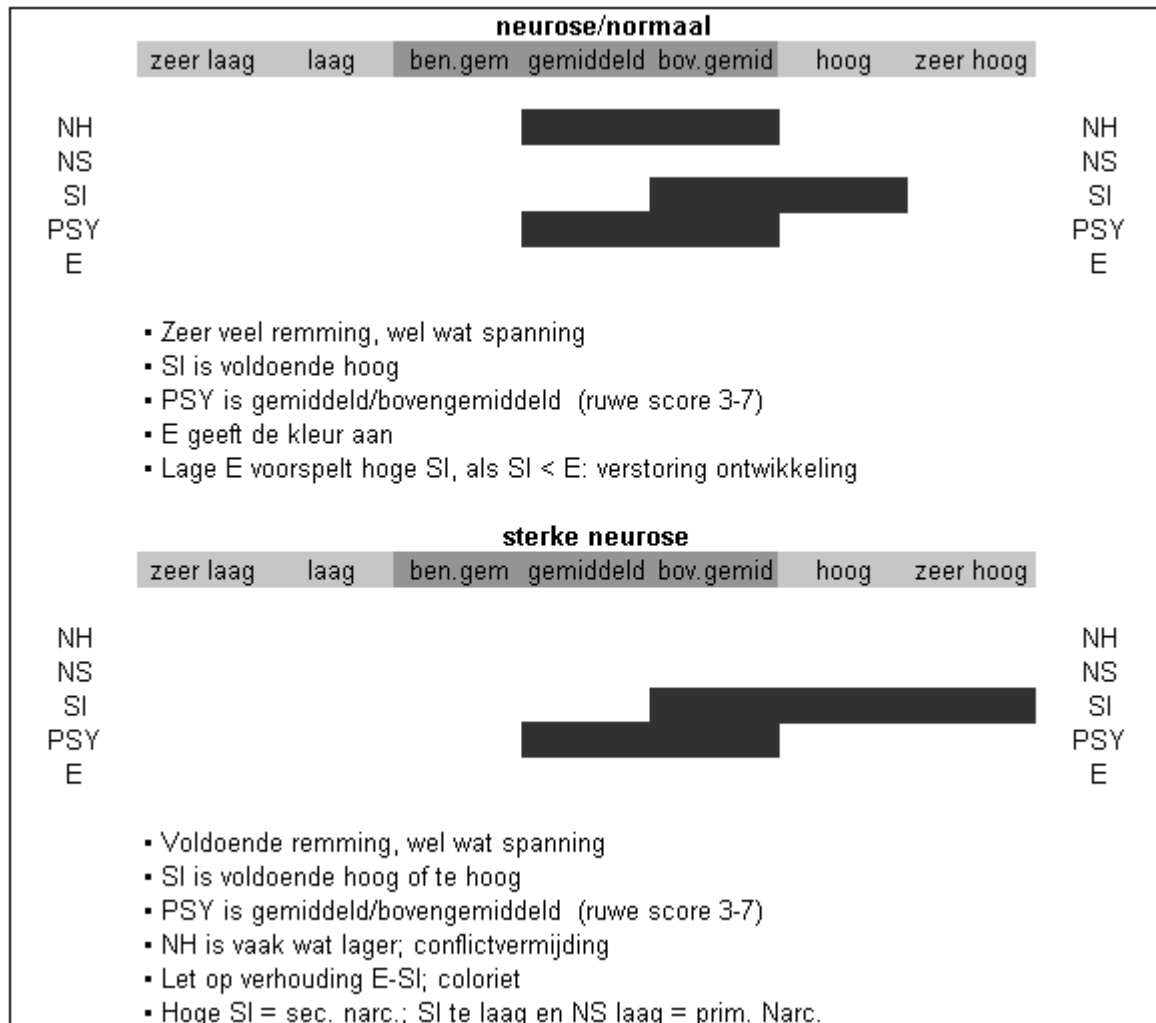
Hoogscorers zijn personen die als extravert beschouwd moeten worden. Laagscorers zijn niet extravert: men reageert niet impulsief, maar secundair, men neigt bedachtzaam te zijn en meer naar binnen gericht), Zowel extreem lage als extreem hoge extraversie-scores kunnen problematisch zijn. Een extreem lage score kan duiden op de neging zich geheel naar binnen te keren, zich af te sluiten voor externe prikkels, extreem secundair te reageren en zeer gevoelig te zijn voor negatieve consequenties van gedrag (chronische 'overarousal' en een neiging tot gedragsinhibitie). Een extreem hoge score kan duiden op chronische 'underarousal' waar sprake van een grote behoefte aan prikkels ('sensation-seeking'). Men verveelt zich snel als prikkels uitblijven en men heeft er grote moeite mee van binnenuit structuur aan te brengen.

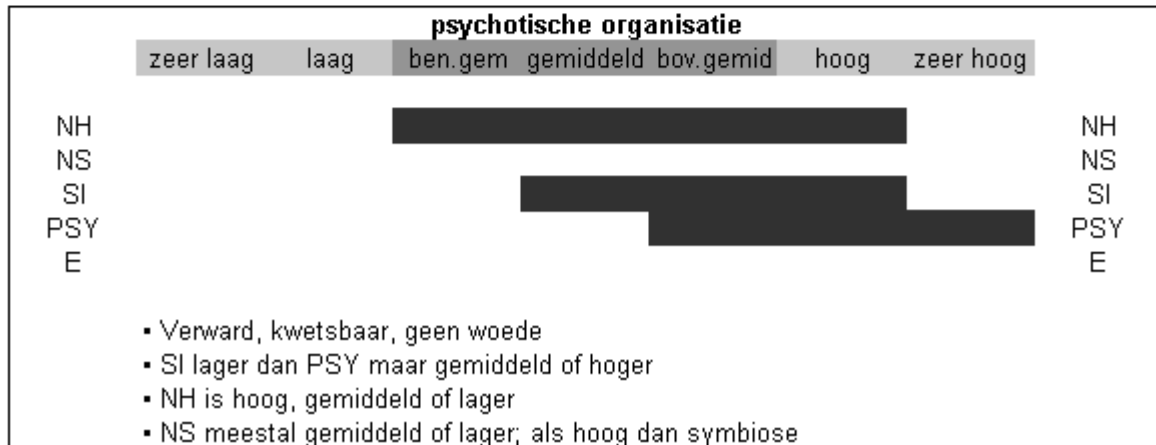
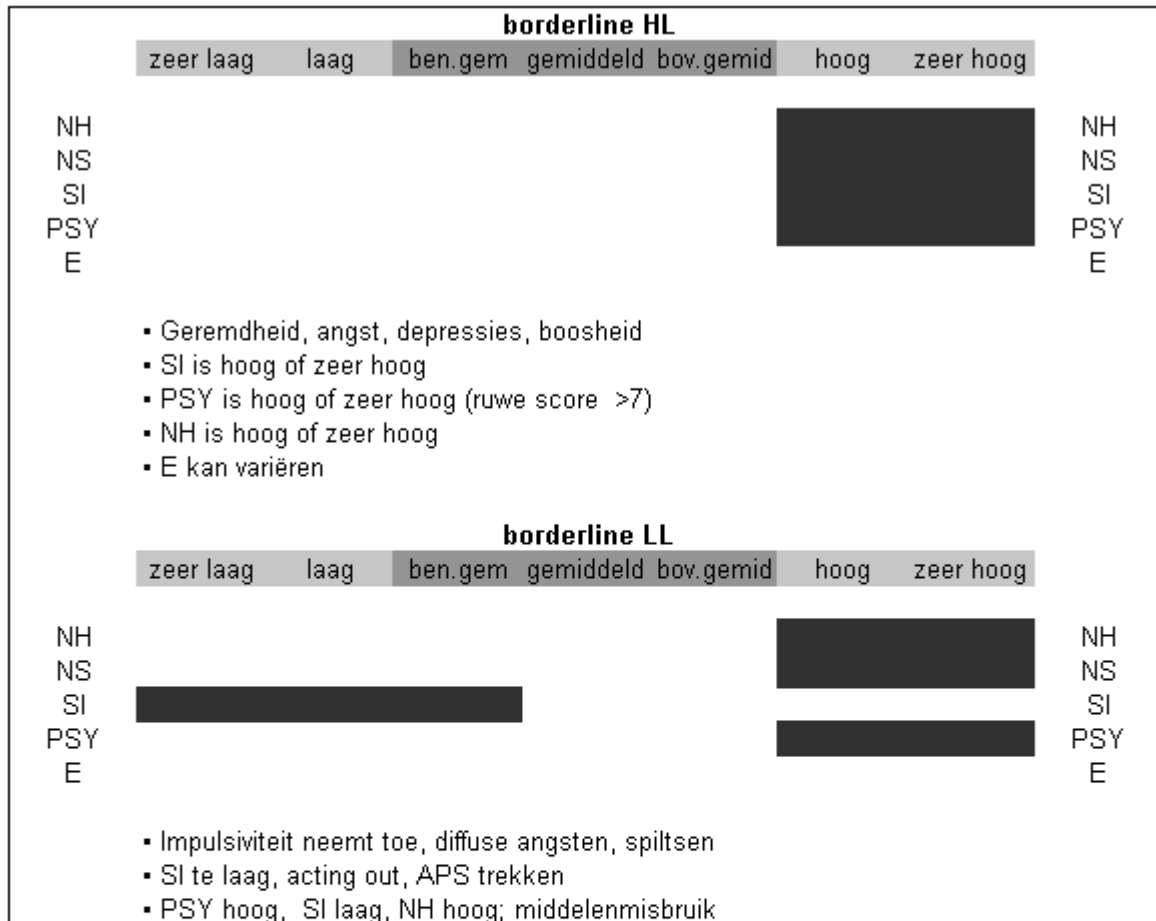
DPI structuur	DPI dynamiek
<b>Negativisme-hostiliteit (NH)</b>	
gespannenheid, negatieve gevoelens	gedragstendens.....resultante
<b>Neurotische labiliteit - zich uitend in somatische symptomen (NS)</b>	
somatische klachten	coping....naar buiten gericht <i>somatisatie</i> <i>sociaal uitbesteden</i>
<b>Sociale inadequaatheid (SI)</b>	
interpersoonlijk gedrag	coping.....naar binnen gericht <i>jeugd/opvoeding</i>
<b>Psychopathologie (PSY)</b>	
pathologisch gedrag	trait..... <i>structurele EGO-stevigte</i>
<b>Extraversie (E)</b>	
naar buiten gerichtheid, openheid	trait..... <i>naar buiten gerichtheid</i>

### Theoriegestuurde profielinterpretatie van de DPI op grond van de theorie van Kernberg (1976)

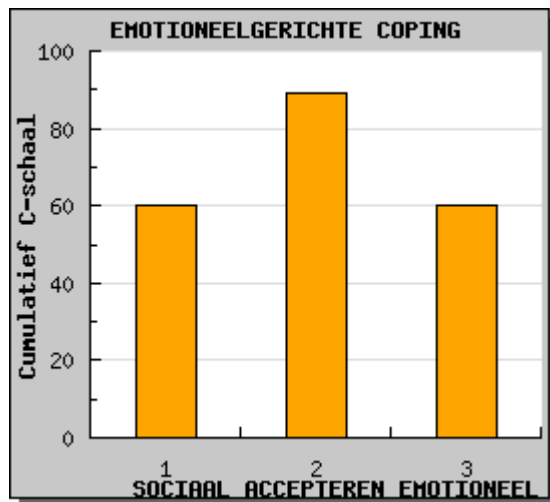
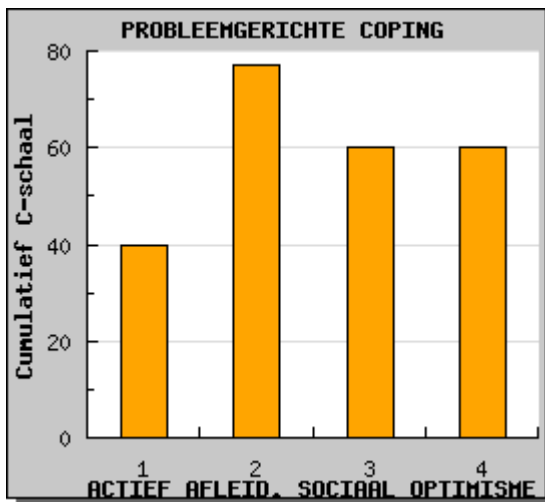
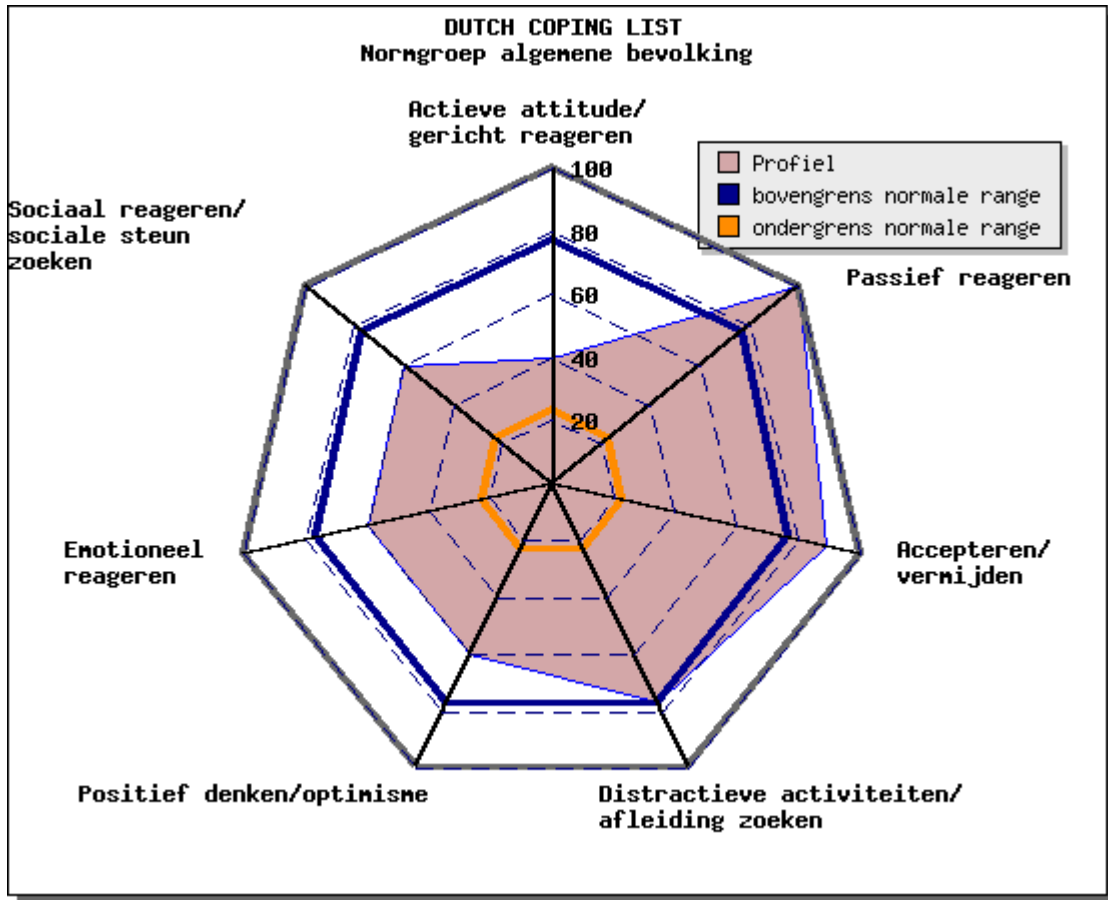
Bij de interpretatie van de DPI worden drie niveaus van rijpheid van persoonsontwikkeling onderscheiden: de psychotische persoonlijkheidsorganisatie, de borderline persoonlijkheidsorganisatie en de neurotische persoonlijkheidsorganisatie.

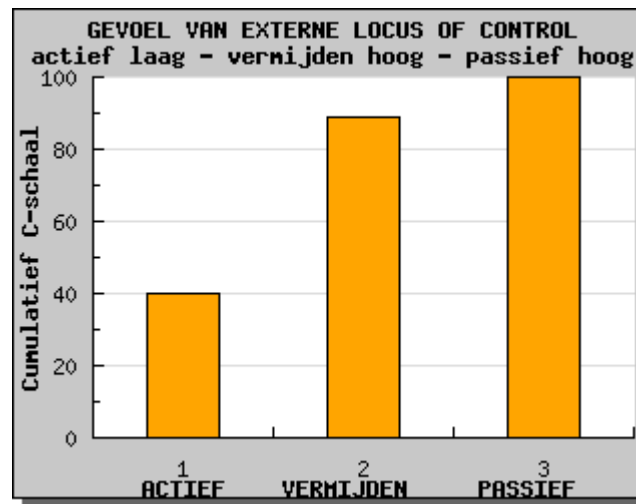
In de profielinterpretatie staat de schaal Psychopathologie (PSY) voor dispositie/neiging voor angst, de schaal Sociale Inadequaatheid (SI) voor controle/sociale remming, en de schaal Negativisme-Hostiliteit (NH) voor negatief affect/ervaren draaglast van de problematiek.





**3. COPING DCL**



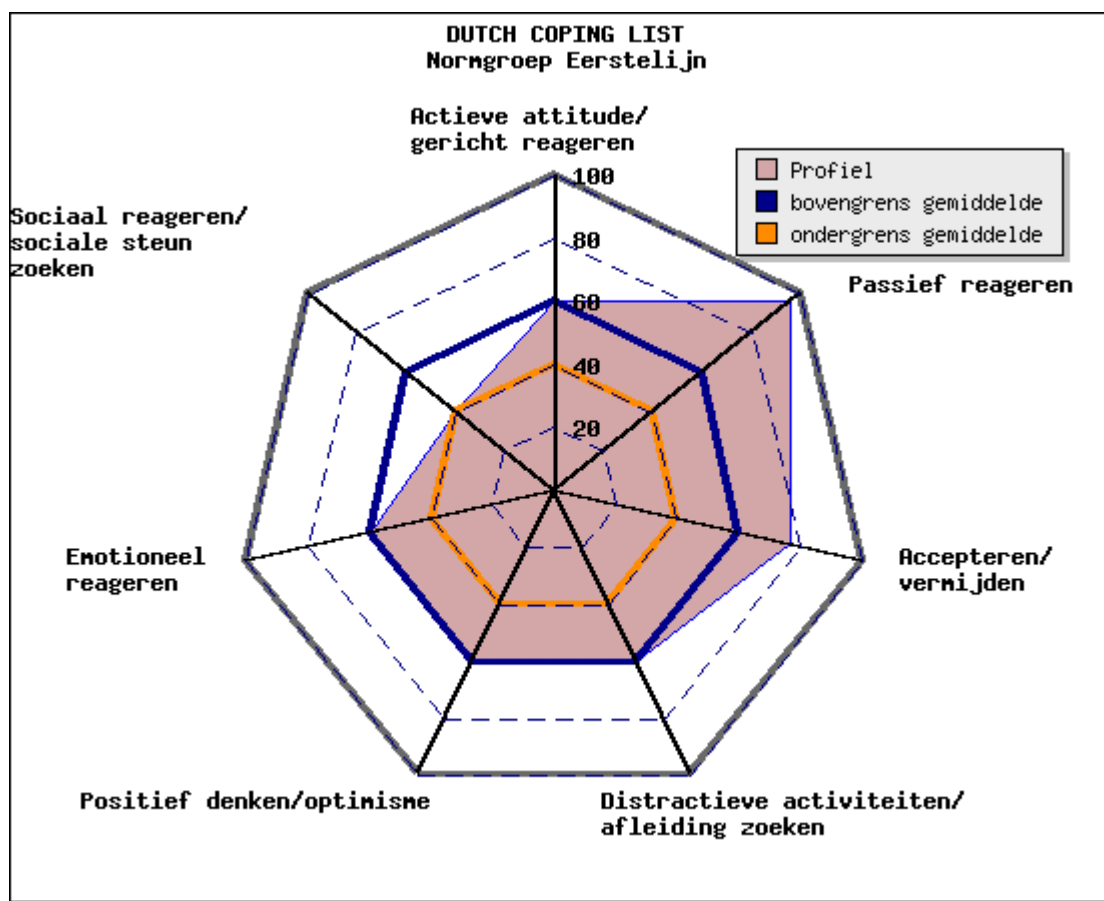


### Probleemgerichte coping en Emotiegerichte coping

Beide basisdimensies geven een indicatie van probleemoplossend vermogen waarbij probleemgerichte coping meer gebruik maakt van rationele capaciteiten en emotiegerichte coping meer gebruik maakt van sociale gevoeligheid. Een hoge score op Probleemgerichte coping betekent overwegend rationeel reageren in problematische situaties. Een hoge score op Emotiegerichte coping betekent dat anderen op een actieve wijze worden opgezocht om problemen te bespreken.

Hoge scores op de dimensies actieve attitude (op een actieve manier met problemen of stress omgaan) en sociaal gedrag (problemen met anderen delen) hebben een positief verband met persoonlijke bekwaamheid en zelfwaardering/zelfvertrouwen. Bij confrontatie met problemen zullen mensen met overwegend deze copingstijl deze problemen op een actieve, doelgerichte en constructieve wijze aanpakken en/of zichzelf moed inspreken (positief denken).

Een lage actiebereidheid (hoge scores op met name accepteren/vermijden en passief reactiepatroon - een depressieve attitude aannemen, zich gemakkelijk in beslag laten nemen door problemen - alsmede een hoge score op afleiding/verzachting) zoeken duidt op de neiging om de problemen meer te vermijden. Deze coping is dus meer emotiegericht en minder probleemgericht.



### Coping

Onder coping verstaat men kort gezegd de cognitieve en emotionele adaptatie aan omstandigheden, of anders gesteld, de beschikbare mentale strategieën om met stress om te gaan. Mensen reageren verschillend als zij met problematische gebeurtenissen te maken krijgen. Hoe men op zo'n situatie reageert hangt sterk af van de aard en de ernst van het probleem en de situatie waarin men zich bevindt. Toch reageren mensen over het algemeen vaak op een eigen specifieke wijze. Coping verwijst naar cognitieve en gedragsmatige strategieën die mensen gebruiken om met probleem situaties om te gaan. (Lazarus en Folkman 1984) In het stress onderzoek neemt coping een belangrijke plaats in. (Tellegen en Winnubst 1986). Copinggedrag is een procesmatig gedrag waarbij structurele eigenschappen van de persoon en omgeving herkenbaar zijn. In navolging van Lazarus (1966) dient de interactie tussen een individu en de omgeving benadrukt te worden in het begrijpen van het omgaan met stress. Tot op zekere hoogte kent een individu een consistente copingstijl, dat wil zeggen dat iemand een niet steeds wisselende, maar meer kenmerkende stijl heeft in het omgaan met situaties.

Uit onderzoek is gebleken dat lichamelijke en psychische stoornissen veroorzaakt kunnen worden door het regelmatig gebukt gaan onder ingrijpende slepende probleemsituaties. (Alswin 1994). Niet iedereen die bloot staat aan psychische druk zal een lichamelijke of psychische stoornis ontwikkelen. Er zijn vele factoren te noemen die een rol spelen bij het ontstaan van stoornissen na een stressvolle gebeurtenis. Belangrijke factor hierbij is de wijze van waarneming, interpretatie en reactie van het individu. Deze zijn zeer persoonsgebonden. Een bepaalde gebeurtenis wordt door een persoon geïnterpreteerd en geëvalueerd. De beoordeling van de gebeurtenis bepaalt of het stressvol was of niet. Iedere emotionele beoordeling gaat gepaard met bio-fysiologische veranderingen. Na de beoordeling van een probleem volgt de reactie, de coping.

#### *Verskillende functies van coping*

1. Coping als defensie mechanisme. Deze treden op bij angstverwekkende situaties waartegen men niets kan doen. Defensie mechanismen zorgen ervoor dat men de situatie "anders" waarneemt. Zij beschermen tegen waarneming en interne spanningen
2. Coping als persoonlijkheidskenmerk. De individuele consistente (gedragsmatig en cognitieve) benaderingswijze bij verschillende probleemsituaties. Hierbij wordt vaak gesproken over copingstijl. De coping stijl wordt gevormd door ervaring, persoonlijkheidskenmerken en gedragstijlen. Een copingstijl is

een individuele voorkeur voor bepaalde combinaties van copingvormen in verschillende situaties  
 3. Coping als interactioneel proces. Coping is geen statische toestand, maar is een proces dat zich in de tijd afspeelt. Het is een interactioneel proces tussen de persoon en zijn omgeving.

Copinggedrag is situationeel afhankelijk, afgestemd op de druk die vanuit de omstandigheden wordt uitgeoefend. Men spreekt van copingstijl als hetzelfde copinggedrag over meerdere verschillende gebeurtenissen getoond wordt. Naarmate iemand dezelfde copingstijl vertoont onder verschillende en sterk uiteenlopende omstandigheden kan deze copingstijl meer rigide genoemd worden.

Tegenwoordig is men ervan overtuigd dat zowel persoonlijkheidsfactoren als de appraisal een rol spelen in copinggedrag (Zeidner en Endler 1996). Verder is men het er meer en meer over eens in de copingliteratuur dat niet alleen de traits of de appraisal van de situatie een rol spelen, maar dat beiden ertoe bijdragen dat een persoon een bepaald copinggedrag zal uitvoeren.

### ***Effectiviteit van coping***

Coping is de manier waarop iemand zowel gedragsmatig, cognitief als emotioneel op aanpassing vereisende omstandigheden reageert. Het is een proces dat uit vele afzonderlijke componenten bestaat, constant verandert en afhankelijk is van nieuwe omstandigheden en ervaring. Coping als probleemoplossend gedrag heeft een bepaalde effect. Het resultaat kan wel of niet effectief zijn. Door het effect, dat een bepaald probleem-oplossend gedrag heeft, kan beoordeeld worden of het een adequate of een inadequate vorm van coping betreft.

De wijze van omgaan met belastende gebeurtenissen is van invloed op het psychisch, fysieke en sociaal welzijn van mensen. Dit betekent dat sommige copingstijlen effectiever zijn dan andere. Een effectief probleemoplossend vermogen heeft een positieve invloed op de gezondheid en het psychisch functioneren van een persoon. Dit betekent dat flexibiliteit van het copinggedrag en het uitbreiden van de copingvaardigheden een gunstige invloed hebben op de gezondheid en welzijn van de mens en effectief copinggedrag gezondheidsklachten helpt voorkomen. De effectiviteit van copinggedrag is alleen te meten binnen een bepaalde context. Coping strategieën die op het ene moment succesvol zijn, kunnen op het andere moment niet succesvol blijken te zijn. In de gebeurtenissen zijn te veel variabelen die van invloed zoals: de duur van de gebeurtenis, de plaats, de tijd, frequentie, intensiteit, voorspelbaarheid en controleerbaarheid van het moment enz. Ook de duur van het effect is niet voorspelbaar. Een goede coping strategie kan op korte termijn probleemoplossend zijn terwijl deze op langere termijn niet effectief kan zijn. De persoonlijke eigenschappen spelen uiteraard ook een rol: de ervarenheid, de empathie, motivatie.

Bij effectief copinggedrag zal men gezondheidsklachten beter kunnen voorkomen, het welzijn in standhouden of bevorderen. In sociaal opzicht voelt men zich prettig en de zelfwaardering wordt versterkt. Hierdoor is het interessant te weten welk copinggedrag effectief is of niet. Aangezien de effectiviteit van coping mede bepaald wordt door de situatie (de duur, de context, de personen enz.) is het niet mogelijk om van te voren een absolute norm te stellen voor effectieve copingstijlen. Met andere woorden: adequate coping is situatie-afhankelijk. Een ernstige ziekte is een voorbeeld van een noodsituatie die sterk beroep doet op de copingvaardigheden van de betrokkene(n). Bij het omgaan met een ernstige ziekte zijn specifieke copinglijsten ontwikkeld, zoals de verschillende copinglijsten bij pijnklachten en de astma copinglijst. De wijze waarop men met een chronische ziekte omgaat is van belang voor het beloop van deze ziekte. Het heeft invloed op het hanteerbaar maken van de ziekte, het voorkomen van verergering van de ziekte en het bevorderen van herstel van de zieke persoon. Niet alleen het omgaan met de ziekte maar ook de interactie van en met de omgeving (familie, collega's) heeft invloed op de ziekte en herstel. Een ernstige ziekte kan men zien als een catastrofe waarbij de zieke en zijn familie gedwongen worden zich te heroriënteren op de toekomst. Aanpassen (coping) op de veranderde omstandigheden is op velerlei wijzen mogelijk.

### **Persoonlijkheidstrekken in relatie tot copinggedrag: generieke copingstrategieën**

Coping verwijst naar de wijze waarop we met problemen en stresserende situaties omgaan. In het dagelijks leven staan we bloot aan allerlei bronnen van stress. Dit kan variëren van het zakken voor een examen tot het overlijden van een naaste. Globaal kan men copingwijzen onderverdelen in pogingen om van het probleem weg te vluchten (vermijding) en copingwijzen gericht op confrontatie (in een poging er mee om te gaan); daarnaast kan men onderscheiden in probleemgerichte en emotiegerichte copingstrategieën (Lazarus en Folkman, 1984). Op een overzichtelijke manier komen we tot de volgende drie basisdimensies van coping:

***Probleem gefocuste coping*** is gericht op het beheersen van de situatie of het probleem, bijvoorbeeld door het vermijden van situaties en activiteiten die de stress veroorzaken of doen toenemen, of door het doen van dingen die de stress verminderen. Bij probleemgerichte coping is het aanpakken van het probleem de manier om met de stress om te gaan. Men onderneemt daadwerkelijke acties om de verstoorde relatie met de omgeving te herstellen. Als men een agressieve buurman heeft, is een

rationeel-praktische oplossing voor deze situatie bijvoorbeeld verhuizen of de huid volschelden als het je te veel wordt. In andere situaties kun je ook iemand uit je leven bannen: 'Die wil ik nooit meer zien!' of je kunt ontslag nemen als je werk je teveel wordt, maar in de regel zoek je toch liever naar andere, minder ingrijpende oplossingen voor stress-situaties.

Bij probleemgerichte coping gebruikt men middelen om stressvolle situaties aan te pakken of te veranderen (bijv. een probleem als een uitdaging zien of een probleem van alle kanten bekijken), ontwikkelt men distractieve activiteiten (bijv. zich proberen te ontspannen), zoekt men sociale steun om problemen te bespreken en ontwikkelt men geruststellende gedachten.

Bij **emotiegerichte coping** staan niet zozeer het probleem, maar de ervaren emoties centraal. Een manier van omgaan met stress, die zich in je binnenste afspeelt. Men zoekt naar een manier om met de emoties die een bepaalde situatie oproepen om te gaan, bijvoorbeeld kun je proberen je kijk op de situatie te veranderen, zodat die minder bedreigend wordt of door het praten over deze gevoelens met naasten of goede vrienden. Bij het een slecht punt voor een proefwerk kan men denken 'dat vak is toch niet belangrijk voor mij als persoon'. Deze copingwijze is niet gericht op het wegnemen van de oorzaak van de stress, maar op het direct verminderen van de onprettige gevoelens.

Bij emotiegerichte coping tracht men de emotionele respons op een stressvolle situatie onder controle te brengen door deze te vermijden (bijv. moeilijkheden uit de weg gaan), door emotionele sociale steun te zoeken (bijv. troost en begrip zoeken) en door expressie van emoties (bijv. je ergernis laten blijken).

De derde basisdimensie is de **vermijdingsgerichte coping**, bijvoorbeeld afleiding zoeken, gezelschap zoeken. Deze vermijdingsrespons kan taak- en/of persoonsgericht zijn. Vermijden is niet altijd mogelijk en brengt nadelen met zich mee. Als vermijding te veel verstoring geeft in het dagelijks leven is men genoodzaakt andere strategieën te zoeken. De strategieën die men gebruikt, hangen af van de opvattingen die hij of zij over de situatie heeft, de oorzaak, het verloop, het vertrouwen dat men in staat is het te beïnvloeden en de copingvaardigheden men heeft.

Emotion-focused of individugerichte coping is gericht op het controleren van de emotionele respons op de stressvolle situatie. Mensen hebben de neiging emotion-focused coping te gebruiken als ze denken niets te kunnen doen aan de stressvolle situatie.

Problem-focused coping of taakgerichte coping is gericht op het reduceren van de eisen van de stressvolle omgeving of het vergroten van de bronnen waaruit men kan putten om met een stressor om te gaan. Mensen hebben de neiging om deze copingrespons te gebruiken wanneer zij de situatie als veranderlijk zien.

We gebruiken verschillende combinaties van copingstrategieën. Emotiegerichte coping en probleemgerichte coping hoeven niet altijd afzonderlijk gebruikt te worden en vaak worden zij naast elkaar gebruikt. Depressieve mensen neigen ertoe ineffektieve copingstrategieën te gebruiken, zoals bijv. zich emotioneel afzonderen, sociaal contact vermijden, piekeren, welke dan op hun beurt lichamelijke klachten in stand houden of zelfs verhogen.

Ook is het zo dat mensen meestal door fasen gaan bij het copen met een probleem. In de verschillende fasen kunnen ze verschillende strategieën gebruiken die beter aangepast zijn aan de fase waarin ze zich op dat ogenblik bevinden. Tenslotte zijn mensen ook meer variabel dan consistent zijn in hun copinggedrag over verschillende situaties.

### Dutch Coping List

Hoewel in de algemene modelvorming van DCL wordt uitgegaan van een interactionele benadering, is de DCL te plaatsen onder de opvatting van coping als persoonlijkheidsstijl. Bij deze benadering wordt ervan uitgegaan dat mensen gedragsmatig en cognitief consistent zijn over verschillende problematische situaties. Dit reactiepatroon wordt met de term copingstijl aangeduid. Individuele verschillen houden verband met vroegere leerervaringen, persoonlijkheidskenmerken en gedragsstijlen. Het begrip 'stijl' wordt in een ruime betekenis gebruikt dat zich kenmerkt door een zekere stabiliteit, maar in principe veranderbaar is. De DCL kan geplaatst worden onder de dispositionele benadering. Copingvormen zijn weliswaar geen onveranderlijke eigenschappen, maar individuen hebben een voorkeur voor bepaalde copingvormen over verschillende situaties heen. Het doel van de DCL is dan ook het vaststellen van het karakteristieke copinggedrag bij confrontatie met problemen of aanpassingvereisende gebeurtenissen.

Op basis van zeven schalen wordt de "copingstijl" van iemand onderzocht. D.w.z. hoe iemand in het algemeen neigt te reageren op een stress verwekkende situatie. Men kan in principe alle stijlen toepassen en het hangt van de situatie af welke men toepast. Er zijn ook per persoon voorkeursstijlen.

1. Actieve attitude/gericht reageren: op een actieve manier met problemen of stress omgaan. De situatie rustig van alle kanten bekijken, het probleem stap voor stap aanpakken, informatie zoeken bij anderen, doelgericht en met vertrouwen te werk gaan om het probleem op te lossen.

2. Distractieve activiteiten/spanningsreductie door afleiding of verzachting zoeken: nieuwe activiteiten zoeken om niet aan het probleem te hoeven denken en afleiding zoeken om de spanning te doorbreken, proberen zich wat prettiger te voelen door te roken te drinken.
3. Accepteren/vermijden: afwachten, de situatie aanvaarden en het probleem vermijden; de zaak op zijn beloop laten.
4. Sociaal reageren: steun zoeken en emoties uiten, de zorgen met iemand delen, andere mensen de gevoelens tonen.
5. Passief reageren: een depressieve attitude aannemen. Totaal overstelpt worden door de problemen en de situatie, de zaak somber inzien, piekeren over het verleden, niet in staat zijn om iets aan de situatie te doen.
6. Emotioneel reageren: emoties uiten, je laten gaan, het uiten van ergernis of kwaadheid, spanningen afreageren.
7. Positief denken/optimisme: relativiseren, de zaak van de zonnige kant bekijken en zich gerust stellen doordat het wel mee zal vallen.

Actief probleemgericht reageren is een rationele benadering om een probleem aan te pakken. De situatie rustig van alle kanten bekijken, het probleem stap voor stap aanpakken, informatie zoeken bij anderen, doelgericht en met vertrouwen te werk gaan om het probleem op te lossen.

Sociaal reageren is een emotionele benadering om met een probleem om te gaan. Het zoeken van begrip en steun, waarbij direct wordt overgegaan tot het delen van het probleem met anderen om vervolgens het probleem gezamenlijk aan te pakken en op te lossen.

Accepteren/vermijden is een rationele benadering, dat niet gericht is op de oplossing van een probleem maar op het vermijden ervan. Afwachten, de situatie aanvaarden en het probleem vermijden; de zaak op zijn beloop laten, uit de weg gaan en maar afwachten wat er gebeurt. Een probleem wordt niet opgepakt, maar er wordt ervaren wat er gebeurt als er geen actie ondernomen wordt.

Passief reageren is een emotionele benadering. Iemand laat zich volledig in beslag nemen door een probleem met als gevolg piekeren, somberheid en zichzelf terugtrekken.

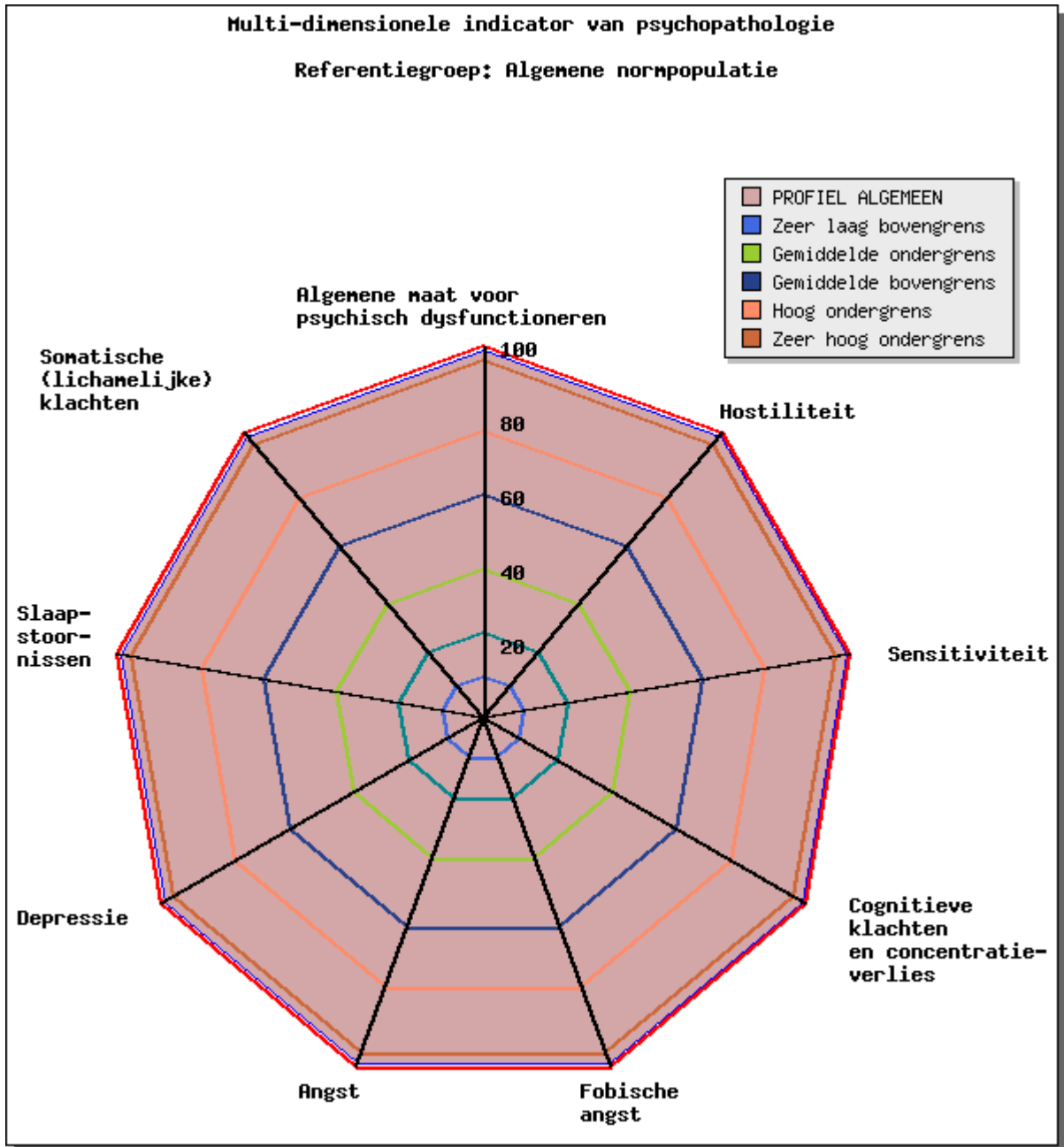
Spanningsreductie door afleiding zoeken is gedrag dat niet, althans niet primair, gericht is op het veranderen van de situatie (confrontatie/actief reageren, vermijding, niets doen) en/of de perceptie en evaluatie (optimisme, aanvaarding, berusting, pessimisme), maar op de arousal reductie: de nare gevoelens verzachten met middelen, zoals roken en drinken of door zich te ontspannen.

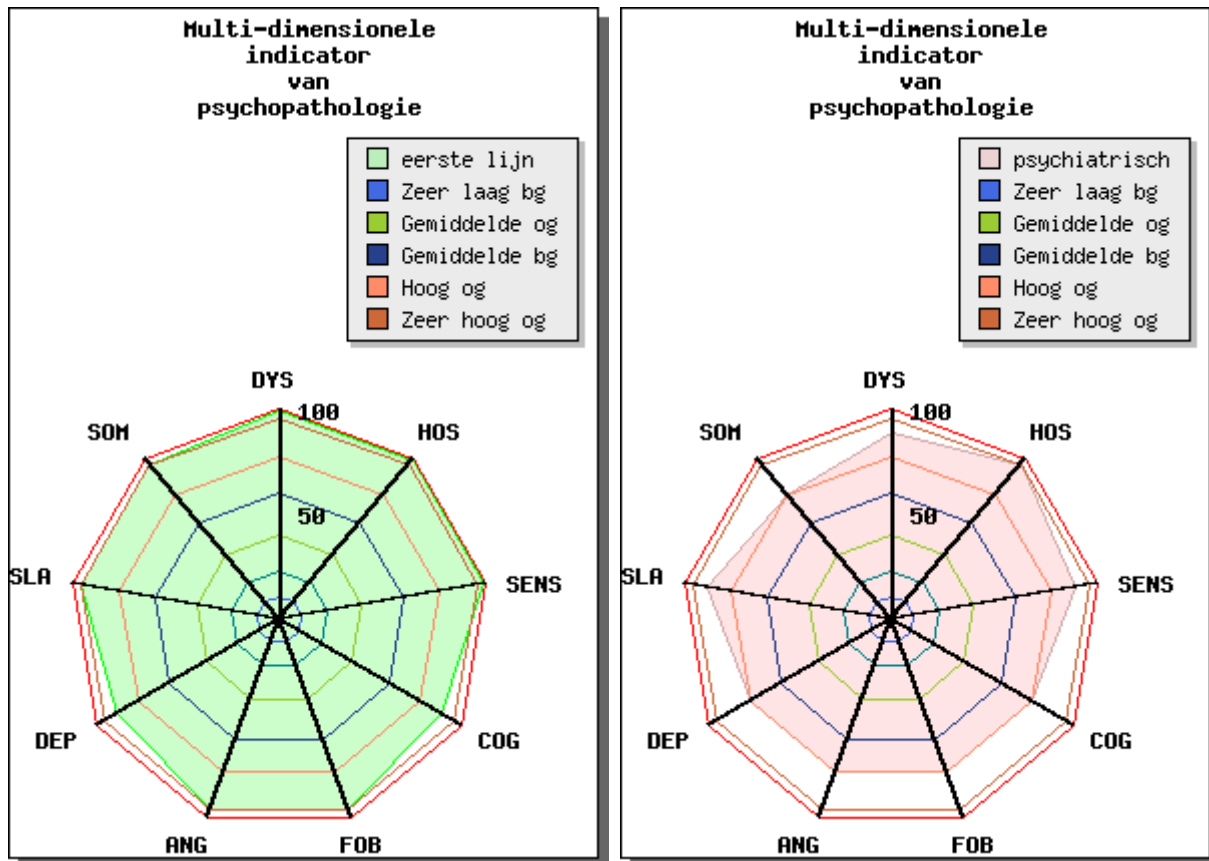
Afhankelijk van de situatie of het probleem wordt gebruik gemaakt van een van bovenstaande copingstijlen. Belangrijk is het besef dat het effect van copinggedrag een directe relatie heeft met het probleem waarbij het gedrag zichtbaar wordt. Hierbij moet worden opgemerkt dat een bepaalde stijl effectief dan wel ineffectief kan zijn, afhankelijk van de situatie.

De meeste van deze copingvormen komen tegelijkertijd voor en zijn wisselend in aanwezigheid. In het dagelijks leven zijn de verschillende copingvormen ook vaak moeilijk van elkaar te onderscheiden. De verschillende copingvormen beïnvloeden elkaar. Wijzigingen in de situatie beïnvloeden de copingvormen en de perceptie beïnvloedt de copingvormen.

Over het algemeen wordt een actief (probleemoplossend) copinggedrag als gunstig gezien. Het toepassen van de (fight-)copingstijl probleemgericht reageren heeft vaak de voorkeur omdat het de weg naar een oplossing positief kan beïnvloeden. Sociaal reageren (steun zoeken bij anderen) is daarbij vaak van groot belang.

**4. PSYCHOPATHOLOGIE MDCI**





### MDCI (Multidimensional Complaint Inventory)

De MDCI (Multidimensional Complaint Inventory) is een multidimensionele klachtenlijst, gebaseerd op de Hamilton-scales en de Hopkins Symptom Checklist. Lijsten als de MDCI zijn erop gericht om een actueel toestandsbeeld in kaart te brengen, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen persoonlijkheidstrekken en het toestandsbeeld. Deze testen zijn erg gevoelig voor sociaal wenselijke antwoorden, zonder dat hiervoor gecompenseerd wordt.

De MDCI is een multidimensionale schaal die een substantieel deel van relevante psychopathologische dimensies meetbaar maakt. Naast de algemene maat voor psychisch disfunctioneren geeft hij aanduidingen voor specifieke, klinisch relevante gebieden, zoals angst, depressie e.d. en is een tamelijk volledige representatie van 'mildere' dimensies van psychopathologie.

Bij de interpretatie van de scores zijn twee kanttekeningen te maken. De MDCI kan in een diagnostische situatie niet zonder meer op zichzelf staan. Men dient bovendien te beseffen dat het om zelfrapportage van klachten gaat. Dit betekent dat de meting van de specifieke dimensies in de individuele diagnostiek dient te worden aangevuld met andere vormen van beoordeling.

### DIMENSIES

De vragenlijst bestrijkt een belangrijk deel van de klachten die men bij eerstelijns- en (ambulante) psychiatrische patiënten kan aantreffen en is als zodanig geschikt zowel als screeningsinstrument als ook meetmethode bij de evaluatie van behandelingsresultaten. De vragenlijst geeft een schatting van de ervaren pathologie (leer van de oorzaken, de aard en de gevolgen van ziekten) over een achttal dimensies:

1. Somatoforme klachten. De lichamelijke spanningsklachten die men ervaart mogelijk als het gevolg van psychische spanningen.
2. Angst. Diffuse angst, algemene onrust. Gevoelens van zenuwachtigheid en snel bang zijn. Een gevoel van voortdurende gespannenheid. De mate waarin je last hebt van paniekaanvallen.
3. Fobische angst en agorafobie. Aan situatie of object gebonden angst. Het vermijden om alleen te zijn en tevens het vermijden van situaties waarin je je verloren of alleen zou kunnen voelen. Bijvoorbeeld het reizen met openbaar vervoer, het verkeren in open ruimtes of pleinen. Het vermijden specifieke situaties die angst inboezemen.
4. Depressie. De mate waarin je je somber voelt, weinig zin in dingen en je gevoelens van minderwaardig. De mate waarin je een somber toekomstperspectief hebt en gedachten aan de dood. Gevoelens van eenzaamheid en schuldgevoelens.
5. Sensitiviteit. gevoeligheid voor externe (sociale) prikkels. De mate waarin je snel gekwetst of geraakt bent, weinig kunnen hebben in relatie tot wat anderen tegen je zeggen. De mate waarin je je

minderwaardig en ongemakkelijk in relatie tot een ander voelt. Gevoelens en gedachten van wantrouwen. Het idee dat anderen de veroorzaker zijn van jouw huidige situatie, weinig vertrouwen in de mensheid. De mate waarin men denkt in de gaten gehouden te worden en dat mensen achter jouw rug over hen praten. De mate waarin men denkt dat er misbruik van je gemaakt gaat worden als je niet oppast.

6. Cognitieve klachten en concentratieverlies. Het vermogen je te concentreren, de aandacht erbij te houden en iets kunnen onthouden, vertraagd denken, inadaquatie en het gevoel tekort te schieten, niet te functioneren, dwanggedachten en dwanghandelingen.

7. Slaapstoornissen, last van slaapproblemen.

8. Hostiliteit. last van agressieve gevoelens. De mate van gevoelens van geïrriteerdheid en vijandigheid. De mate waarin men impulsen niet kan beheersen en in woede uitbarst.

Bovendien kan de uit psychische conflicten voortkomende neurose (psychiatrisch ziektebeeld zonder aanwijsbare lichamelijke oorzaak, gekenmerkt door angst en spanning en de reacties daarop, waarbij het waarnemingsvermogen intact blijft) – op het lichaam werkende onwelbevindingen in een algemene index van psychisch/lichamelijk disfunctioneren worden uitgedrukt: een aanduiding van het algehele niveau van psychisch, dan wel (verondersteld daarmee samenhangend) lichamenlijk disfunctioneren over de recente tijdsperiode (totaalscore, lijdensdruk). De betekenis van dit instrument is met name het meten van dit algemeen psychologisch onbehagen. Ook voor vergelijkbare instrumenten als de SCL-90 of de BSI is er erg weinig onderzoek naar de bruikbaarheid van instrumenten voor screening op het gehele scala aan DSM As I diagnosen verricht. Onderzoek met de SCL-90 en de BSI is veelal beperkt gebleven tot stemming en angst, of algemene onbehaaglijkheid.

#### Psychische stoornissen: Informatie voor professionals in zorg en beleid.

##### Sociale fobie

Iemand heeft een **sociale fobie**, ook wel sociale angststoornis genoemd, als de problematiek van de betrokkene voldoet aan de volgende criteria:

- Er is een duidelijke en aanhoudende angst voor 1 of meer sociale situaties of situaties waarin men moet optreden en waarbij men blootgesteld wordt aan onbekenden of een mogelijk kritische beoordeling door anderen. De betrokkene is bang dat hij of zij zich op een manier zal gedragen (of angstverschijnselen zal tonen) die vernederend of beschamend is.
- Bij blootstelling aan deze situaties treedt bijna altijd angst op, die zo hevig kan worden dat deze de vorm krijgt van een paniekaanval.
- Betrokkene is zich ervan bewust dat zijn of haar angst overdreven of onredelijk is.
- De gevreesde sociale situaties of de situaties waarin men moet optreden worden vermeden of doorstaan met intense angst of ongemak.
- De klachten of symptomen zijn duidelijk van invloed op de dagelijkse routine, het beroepsmatig functioneren, sociale activiteiten of relaties met anderen.
- Bij personen onder de 18 jaar is de duur van de symptomen ten minste 6 maanden.

De sociale fobie mag niet het gevolg zijn van een lichamelijke aandoening of het gebruik van drugs of een geneesmiddel. Ook mogen de klachten niet toe te schrijven zijn aan een andere psychische stoornis.

Indien er sprake is van een lichamelijke aandoening of andere psychische stoornis, dan houdt de sociale angst daar geen verband mee. De voornaamste angst van mensen met een sociale fobie is iets te doen waardoor zij kritiek van anderen uitlokken of zich belachelijk maken door zich op een bepaalde manier te gedragen of doordat zij zichtbaar last hebben van spanningsverschijnselen, zoals trillen of zweten. Deze mensen zijn bang om af te gaan tijdens een speech of een oninteressante partij te zijn in een gesprek. Iemand die snel bloost, kan vrezen dat iemand zijn emoties 'aan zijn gezicht kan aflezen' en hem als onzeker zal beoordelen. Uiteindelijk kan deze angst leiden tot het vermijden van allerlei sociale interacties of van prestaties die in het bijzijn van anderen moeten worden geleverd. Veel voorkomende situaties die worden vermeden zijn: spreken in het openbaar, deelnemen aan groepen, op visite gaan, een gesprek aangaan en voor zichzelf opkomen. Als deze situaties niet te vermijden zijn, worden zij doorstaan met intense angst. Vaak wordt dan gebruik gemaakt van subtielere vermijdingsvormen, ook wel 'veiligheidsgedrag' genoemd. De betrokkene gedraagt zich bijvoorbeeld op een feestje zo onopvallend mogelijk of verbergt het blozen met een dikke laag make-up. Anticiperend op sociale situaties kunnen mensen met sociale fobie erg gespannen zijn en slecht slapen.

Mensen met een sociale fobie vormen geen homogene groep. Zij kunnen aanzienlijk verschillen wat betreft de omvang van hun vermijdingspatroon, maar ook wat betreft de aard van de situaties die zij vermijden, achterliggende denkpatronen en de ontwikkeling van sociale vaardigheden. Speciale aandacht verdienen hierbij mensen met sociale fobie die bang zijn om in gezelschap te blozen, trillen of zweten. Zij zijn bang dat deze lichamelijke symptomen hun gespannenheid verraden, waardoor zij in een vicieuze cirkel terechtkomen en de angst steeds verder toeneemt.

### Gegeneraliseerde angststoornis

Volgens de DSM-IV zijn mensen met een **gegeneraliseerde angststoornis** voortdurend angstig en bezorgd over alledaagse dingen. Ze hebben moeite deze zorgen en angsten onder controle te houden. Daarnaast moeten bij volwassenen tenminste 3 en bij kinderen 1 van de volgende symptomen voortdurend aanwezig zijn gedurende een periode van minstens 6 maanden:

- Een constant gevoel van onrust en spanning
- Snel vermoeid
- Moeite met concentreren
- Geïrriteerdheid
- Spierspanning
- Verstoorde slaap

De gegeneraliseerde angststoornis wordt officieel gerekend tot de angststoornissen, maar vertoont veel overeenkomsten met een depressie. Er worden geen verschillende typen gegeneraliseerde angststoornis onderscheiden in de DSM-IV.

Onderscheid met andere stoornissen:

De gegeneraliseerde angststoornis onderscheidt zich op verschillende manieren van andere stoornissen zoals fobieën, paniekstoornis en depressie. Fobieën zijn vaak specifiek, dat wil zeggen dat de angst zich richt op specifieke situaties, voorwerpen of dieren terwijl er bij een gegeneraliseerde angststoornis sprake is van voortdurende angst in allerlei situaties. Paniekaanvallen wijken af van gegeneraliseerde angst door hun sterke intensiteit, hun korte duur en het feit dat ze meestal plaatsvinden zonder direct aanwijsbare aanleiding. Over het algemeen onderscheidt de gegeneraliseerde angststoornis zich van de andere angststoornissen doordat de leeftijd tot wanneer het optreedt veel hoger ligt (tussen de 50 en de 60 jaar).

Er is een grote overlap in symptomen tussen een gegeneraliseerde angststoornis en een depressie. Een belangrijk onderscheid is dat bij de gegeneraliseerde angststoornis het autonome zenuwstelsel is geactiveerd, wat bijvoorbeeld leidt tot zweten en hartkloppingen. Bij depressie komt dat veel minder voor.

### Paniekaanval

Een **paniekaanval** is een periode van hevige angst, die plotseling ontstaat. Deze gaat gepaard met tenminste 4 van de volgende symptomen:

- hartkloppingen
- transpireren
- trillen of beven
- ademnood
- pijn op de borst
- misselijkheid of buikklachten
- duizeligheid
- derealisatie (gevoel van onwerkelijkheid) of depersonalisatie (gevoel los van zichzelf te staan)
- angst om gek te worden of de zelfbeheersing te verliezen
- angst om dood te gaan
- verdoofde of tintelende gevoelens
- opvliegers of koude rillingen

De meest gerapporteerde symptomen tijdens een aanval zijn hartkloppingen, transpireren, opvliegers en koude rillingen, trillen en duizeligheid.

Bij een **paniekstoornis** treden meerdere paniekaanvallen op zonder duidelijke aanleiding en is naar aanleiding van een aanval gedurende tenminste 1 maand sprake van 1 van de volgende verschijnselen:

- voortdurende ongerustheid over het krijgen van een volgende aanval
- bezorgdheid over de gevolgen van de aanval
- gedragsverandering in samenhang met de aanval(len), bijvoorbeeld het vermijden van bepaalde plaatsen

Typen paniekstoornis:

De DSM-IV onderscheidt de paniekstoornis met of zonder agorafobie. Dit onderscheid is van belang bij de therapiekeuze. Van agorafobie is sprake als mensen plaatsen of situaties vermijden uit vrees er een paniekaanval te krijgen. Vaak worden mensenmenigten, reizen, bruggen en tunnels vermeden. Het onderscheid tussen de paniekstoornis met of zonder agorafobie wordt in veel onderzoek niet gemaakt.

Onderscheid met andere stoornissen:

De paniekstoornis moet worden onderscheiden van andere situaties waarin paniekaanvallen kunnen voorkomen: - Lichamelijke ziekten zoals chronische longziekten, hartritmestoornissen, en afwijkingen aan de schildklier (hyperthyroidie) of bij schildklieren (hyperparathyroidie). In deze situaties wordt de

diagnose 'angststoornis door een somatische aandoening' gesteld. - Psychiatrische ziekten zoals andere angststoornissen, depressie en hypochondrie (angst een ernstige ziekte te hebben). In tegenstelling tot deze stoornissen treden bij de paniekstoornis óók onverwachte paniekaanvallen op, en is de angst voor een ernstige ziekte alléén tijdens een paniekaanval aanwezig. - Gebruik van psycho-actieve stoffen zoals cafeïne, cannabis, cocaïne en amfetaminen. In deze situaties wordt de diagnose 'angststoornis door een middel, met paniekaanvallen' gesteld. - Onthouding van alcohol of benzodiazepinen. Ook in deze situatie wordt 'angststoornis door een middel, met paniekaanvallen' gediagnosticeerd.

### Depressie

Iemand heeft **depressie** wanneer hij of zij gedurende tenminste 2 weken minstens 1 van deze 2 kernsymptomen heeft:

Een zeer neerslachtige stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag

Een ernstig verlies van interesse in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag.

Daarnaast dienen nog andere symptomen aanwezig te zijn:

- Eetproblemen (heel veel of juist heel weinig eten) en veranderingen in het gewicht
- Slaapproblemen
- Geagiteerd en rusteloos zijn of juist geremd
- Vermoeidheid en verlies van energie
- Gevoelens van waardeloosheid of overmatige schuld
- Concentratieproblemen, vertraagd denken en besluiteloosheid
- Terugkerende gedachten aan dood of zelfdoding.

Er is sprake van depressie - officieel 'depressieve stoornis' of major depression - wanneer 5 symptomen tegelijk aanwezig zijn, inclusief neerslachtige stemming en/of interesseverlies.

### Somatoforme stoornissen

**Somatoforme stoornissen** zijn stoornissen waarbij mensen lichamelijke klachten hebben zonder dat medisch onderzoek iets oplevert. De patiënt blijft desondanks medische hulp zoeken. Er zijn in totaal zeven somatoforme stoornissen. De somatisatiestoornis en hypochondrie zijn de ernstigste.

Somatisatiestoornis:

De somatisatiestoornis is een chronische, ernstige ziekte. Mensen hebben last van talloze onverklaarde lichamelijke klachten, zoals hoofdpijn, misselijkheid, overgeven, buikpijn, diarree, pijnlijke menstruaties, vermoeidheid of flauwvallen. Zij beschrijven hun klachten op een emotionele manier en noemen ze vaak ondraaglijk en niet te beschrijven. Voor deze klachten wordt in medisch onderzoek echter geen oorzaak gevonden. Desondanks blijft de patiënt medische hulp zoeken. De somatisatiestoornis wordt ook wel het syndroom van Briquet of hysterie genoemd.

Volgens de DSM-IV heeft iemand een somatisatiestoornis als:

A Iemand een voorgeschiedenis heeft van vele lichamelijke klachten, beginnend voor het 30e jaar, en de klachten blijven een aantal jaren aanwezig. De klachten hebben geleid tot het zoeken van behandeling of tot significante beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.

B Aan elk van de onderstaande criteria moet zijn voldaan, waarbij de symptomen op verschillende momenten gedurende het beloop van de stoornis zich kunnen voordoen:

- 4 pijnklachten: in het verleden heeft iemand pijn op 4 verschillende plekken gehad (bijvoorbeeld hoofd, buik, rug, gewrichten, handen, onderarmen, voeten en enkels, borst, (en)el(darmen, pijn tijdens de menstruatie of tijdens de geslachtsgemeenschap, plasproblemen)
- 2 maag-darm klachten: in het verleden heeft iemand tenminste 2 maag-darm klachten gehad, die niet direct pijnlijk waren (bijvoorbeeld misselijkheid, opgeblazen gevoel, braken buiten de zwangerschap, diarree of een aantal voedingsmiddelen niet kunnen verdragen)
- 1 seksuele klacht: iemand heeft in het verleden tenminste 1 klacht op het gebied van de seksualiteit of voortplanting gehad, die niet direct pijnlijk was (zoals seksuele onverschilligheid, erectie- of ejaculatiestoornis, onregelmatige menstruatie, overvloedige menstruele bloedingen, braken tijdens de zwangerschap)
- 1 pseudo-neurologisch symptoom: in het verleden heeft iemand tenminste 1 symptoom of uitvalverschijnsel dat doet denken aan een neurologische aandoening of ziekte, die niet direct pijnlijk was (zoals stoornissen in de coördinatie of evenwicht, verlamingsverschijnselen of spierzwakte, slikproblemen of brok in de keel, afonie (alleen maar kunnen fluisteren), niet spontaan kunnen plassen bij een gevulde blaas, hallucinaties, verlies van de tast- of pijnzint, dubbelzien, blindheid, doofheid, toevallen; dissociatieve verschijnselen zoals geheugenstoornis of bewustzijnsverlies anders dan flauwvallen)

C. Ofwel (1) of (2):

na medisch onderzoek blijken de symptomen genoemd onder B niet veroorzaakt te worden door een bestaande lichamelijke aandoening of door middelengebruik (drugs of een geneesmiddel)

als er sprake is van een lichamelijke aandoening, dan zijn de ervaren lichamelijke klachten of de hieruit voortvloeiende sociale of beroepsmatige beperkingen ernstiger dan verwacht moet worden op grond van de medische geschiedenis van de patiënt, lichamelijk onderzoek of laboratoriumuitslagen  
D. De symptomen worden niet met opzet veroorzaakt en de patiënt doet niet alsof (zoals wel het geval is bij een nagebootste stoornis of simulatie)

#### Hypochondrie:

Mensen met hypochondrie denken voortdurend een ernstige ziekte te hebben, terwijl er medisch niets te vinden is. Zij letten continu op hun lichaam en voelen van alles. Symptomen die op zich niets ernstigs te betekenen hebben (zoals hoofdpijn of een droge mond) worden gezien als teken van een ernstige ziekte. Dit leidt tot angst iets te hebben. De ongerustheid blijft bestaan ook als er in medisch onderzoek niets gevonden wordt. Ook anderen kunnen mensen met hypochondrie moeilijk geruststellen. Als iemand met hypochondrie denkt een ernstige ziekte te hebben, dan kunnen diverse angstsymptomen zich voordoen, zoals tintelingen of een doof gevoel in ledematen, hyperventilatie, benauwdheid, pijn op de borst, hartkloppingen, transpireren, duizeligheid, misselijkheid. Deze symptomen worden weer gezien als bewijs dat er wel degelijk iets aan de hand is. Die gedachte leidt weer tot angst en dat veroorzaakt weer hartkloppingen en zweten en daarmee is de cirkel rond. Deze angstspiraal doet denken aan de symptomen die mensen met een paniekstoornis hebben.

Volgens de DSM-IV heeft iemand hypochondrie als:

- Iemand overmatig bezorgd is een ernstige ziekte te hebben op basis van lichamelijke symptomen die verkeerd geïnterpreteerd worden
- Deze overmatige bezorgdheid hardnekkig blijft bestaan, ondanks het feit dat er medisch niets gevonden wordt wat daarop wijst en ondanks geruststelling niet helpt
- De overmatige bezorgdheid geen waan is (zoals bij een waanstoornis) en niet beperkt blijft tot een bezorgdheid over het uiterlijk (zoals bij de stoornis in de lichaamsbeleving)
- De overmatige bezorgdheid in significante mate lijden veroorzaakt of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen
- De stoornis tenminste 6 maanden duurt
- De overmatige bezorgdheid niet toe te schrijven is aan een gegeneraliseerde angststoornis, obsessief-compulsieve stoornis, paniekstoornis, depressieve episode, separatie-angststoornis of een andere somatoforme stoornis

#### Obsessief-compulsieve stoornis

Volgens de DSM-IV1 gelden voor de **obsessief-compulsieve stoornis** de volgende criteria:

- Iemand heeft dwanggedachten (ook obsessies genaamd) of verricht dwanghandelingen (ook compulsies of dwangrituelen genaamd).
- De persoon is zich ervan bewust dat deze dwanggedachten of dwanghandelingen overdreven of onredelijk zijn.
- De dwanggedachten of dwanghandelingen veroorzaken veel leed, kosten veel tijd of komen in botsing met het normale gedrag van betrokkene of met het werk, de sociale activiteiten of de relaties.

Dwanggedachten (obsessies) worden als volgt gedefinieerd:

- Er is sprake van terugkerende en hardnekkige gedachten, impulsen of voorstellingen die ervaren worden als opgedrongen en zinloos, en die duidelijke angst of lijden veroorzaken.
- Deze gedachten, impulsen of voorstellingen zijn niet eenvoudig een overdreven bezorgdheid over problemen uit het dagelijks leven.
- De persoon probeert die gedachten, impulsen of voorstellingen te negeren of te onderdrukken, of ze te neutraliseren met andere gedachten of handelingen.
- De persoon is zich ervan bewust dat die gedachten, impulsen of voorstellingen het product zijn van de eigen geest en niet 'van buitenaf worden binnen gebracht'.
- Inhoudelijk hebben obsessies vaak betrekking op besmetting met ziekte of vuil, fouten maken met rampzalige gevolgen, eigen agressief gedrag, ongewenste seksuele gedachten, en godslaster.

Dwanghandelingen worden als volgt gedefinieerd:

- Er is sprake van zich herhalende gedragingen (b.v. handen wassen, controleren) of mentale bezigheden (b.v. bidden, tellen) waartoe men zich gedwongen voelt in reactie op een dwanggedachte.
- De gedragingen of mentale bezigheden zijn gericht op het voorkómen of verminderen van het lijden, of op het voorkómen van een bepaalde gevreesde gebeurtenis of situatie. De gedragingen of mentale bezigheden tonen echter geen realistische samenhang met hun doel of ze zijn buitensporig.

Inhoudelijk zijn compulsies onder andere te onderscheiden in:

- controleren en geruststelling vragen
- schoonmaken en wassen
- symmetrie handhaven en ordenen (o.a. tellen)
- overmatig bidden
- hamsteren of verzamelen

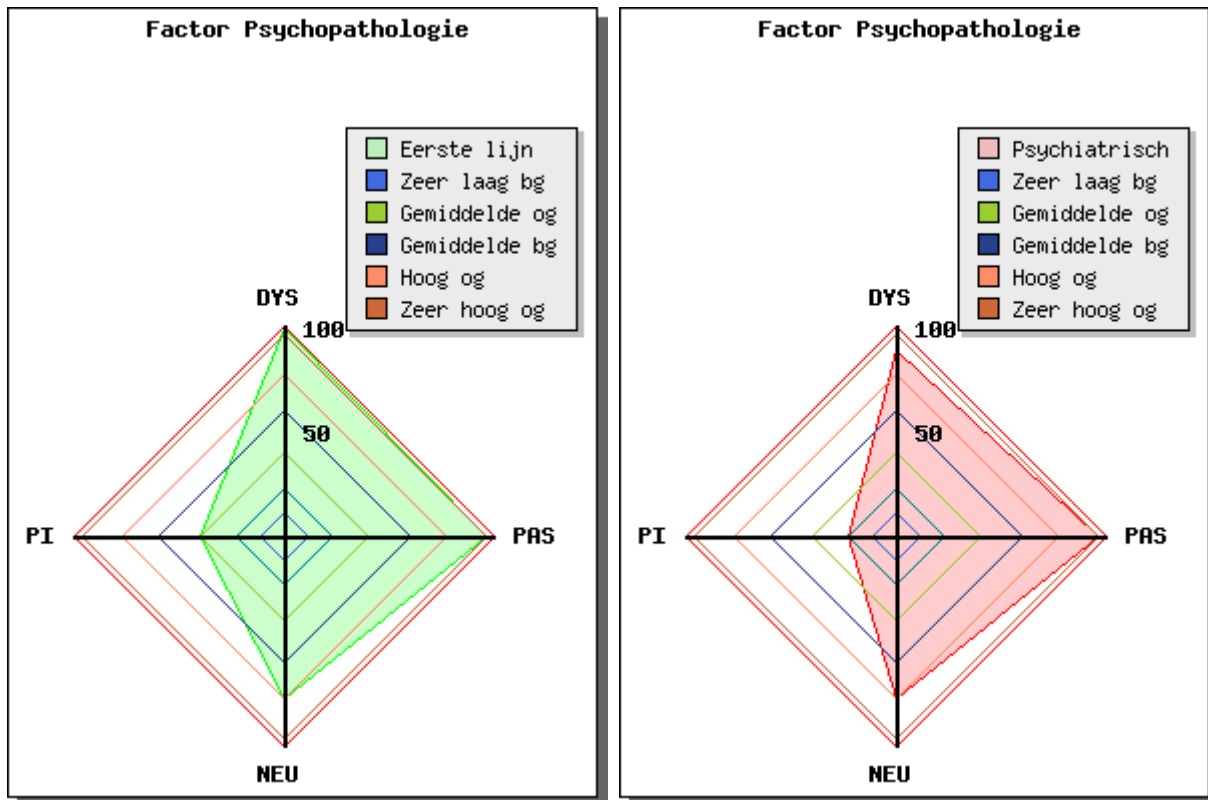
**Paranoïde persoonlijkheidsstoornis (PPS)****Paranoïde persoonlijkheidsstoornis (PPS)**

Volgens de DSM-IV heeft iemand een paranoïde persoonlijkheidsstoornis (PPS) als tenminste 4 van de volgende criteria aanwezig zijn in meerdere situaties. De persoon:

- vermoedt, zonder gegronde redenen, dat anderen hem of haar uitbuiten, schade berokkenen of bedriegen
- is geheel gepreoccupeerd door ongerechtvaardigde twijfels aan de trouw of betrouwbaarheid van vrienden of collega's
- neemt anderen met tegenzin in vertrouwen, op grond van de ongerechtvaardigde vrees dat de informatie op een kwaadaardige manier tegen hem/haar gebruikt zal worden
- zoekt achter onschuldige opmerkingen of gebeurtenissen verborgen vernederingen en bedreigingen
- is halsstarrig rancuneus, dat wil zeggen vergeeft geen beledigingen, aangedaan onrecht of kleineringen
- bespeurt kritiek, voor anderen niet duidelijk herkenbaar, op zijn of haar karakter of reputatie en reageert snel met woede of tegenaanval
- is terugkerend achterdochtig, zonder rechtvaardiging, betreffende de trouw van de partner.

Mensen met PPS zijn wantrouwend en achterdochtig. Ze hebben een vastomlijnde manier van denken en handelen op basis van achterdochtige ideeën over anderen. Ze zijn ervan overtuigd dat hun visie op de wereld de juiste is en voelen zich bedreigd als anderen het anders zien. Ze zijn vaak koppig en vasthoudend, ook als hun standpunt onjuist is. Dit kan soms irrationeel aandoen en de indruk wekken dat iemand last heeft van een waanidee. Verder voelen zij zich vaak kwetsbaar. De angst die dit oproept proberen ze te verminderen door te zoeken naar een oorzaak buiten zichzelf. De dreiging die zij waarnemen zetten zij vervolgens om in woede om zo hun angstgevoelens te verminderen. Zijn de problemen van een cliënt erg complex zodat uitvoerige, multidisciplinaire diagnostiek nodig is, zijn de problemen zeer ernstig (bijvoorbeeld psychose, suicidegevaar) of vereisen de problemen een langdurige behandeling (bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornissen), dan vindt er snelle verwijzing plaats naar de tweedelij.

## 5. FACTOREN



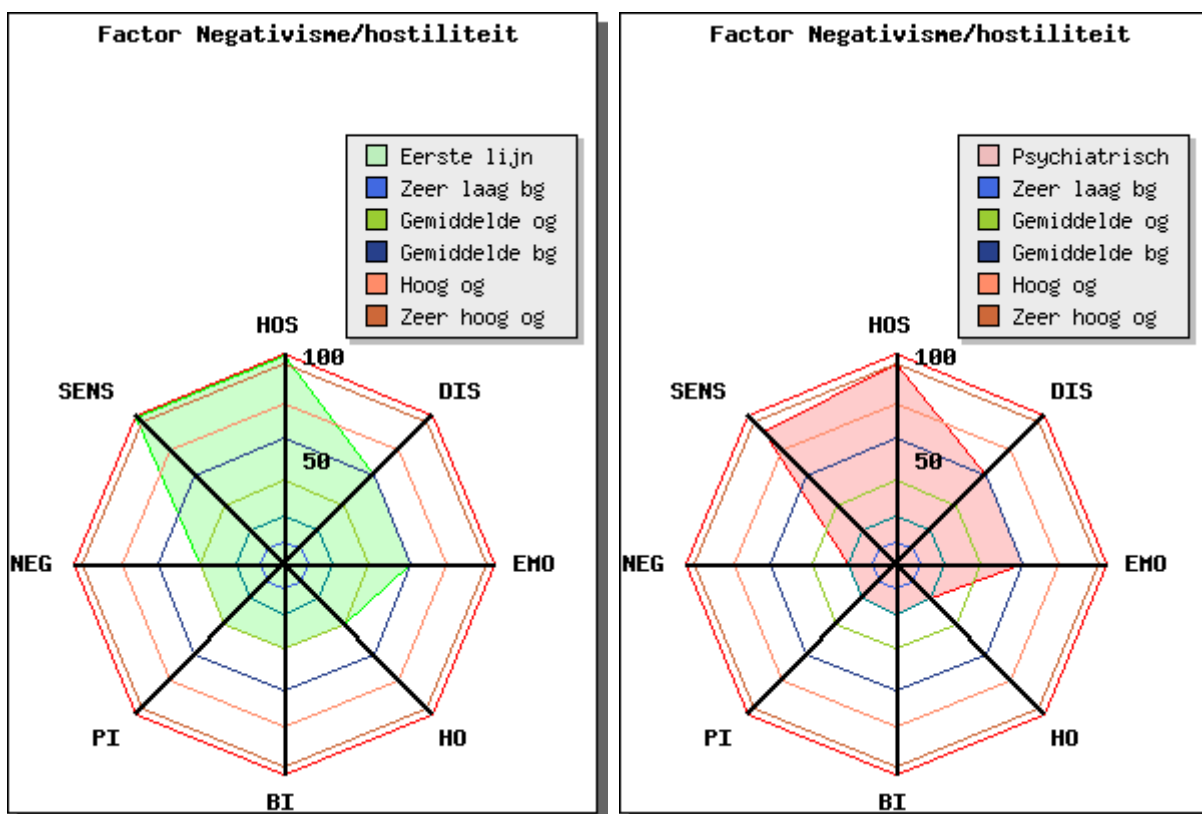
*DYS (MDC1): Algemeen psychologisch onbehagen*  
*NEU (DPI-1): Somatische Symptomen*

*PI (DPI-2): Persoonlijke Inadequatie*  
*PAS (DCL): Passief reactiepatroon*

Personen met algemene psychopathologische klachten hebben regelmatig last heeft van allerlei lichamelijke klachten, zoals duizeligheid, vermoeidheid, last van pijn op de borst of in de hartstreek, maagklachten, kortademigheid, rugpijn, hoofdpijn, misselijkheid, slaapproblemen en psychische klachten als zenuwachtigheid, somberheid, angstigheid en gespannenheid. Men voelt zich labiel en onevenwichtig. Ook kunnen psychische klachten zich gemakkelijk vertalen in allerlei lichamelijke kwalen. Ze laten zich overwegend gemakkelijk in beslag nemen door de problemen.

Met name depressieve personen en personen met angst- of paniekstoornis ervaren veel psychopathologische klachten.

Personen met relatie- en gezinsproblematiek of aanpassingsstoornissen ervaren in veel mindere mate algemene psychopathologische klachten.



*HOS (MDCI): Hostiliteit*

*NEG (DPI-1): Negativisme-Hostiliteit*

*BI (DPI-2): Beïnvloeden van anderen*

*EMO (DCL): Emotioneel reactiepatroon*

*SENS (MDCI): Interp. sensitiviteit*

*PI (DPI-2): Persoonlijke Inadequatie*

*HO (DPI-2): Wantrouwen, verongelijkheid*

*DIS (DCL): Passief reactiepatroon*

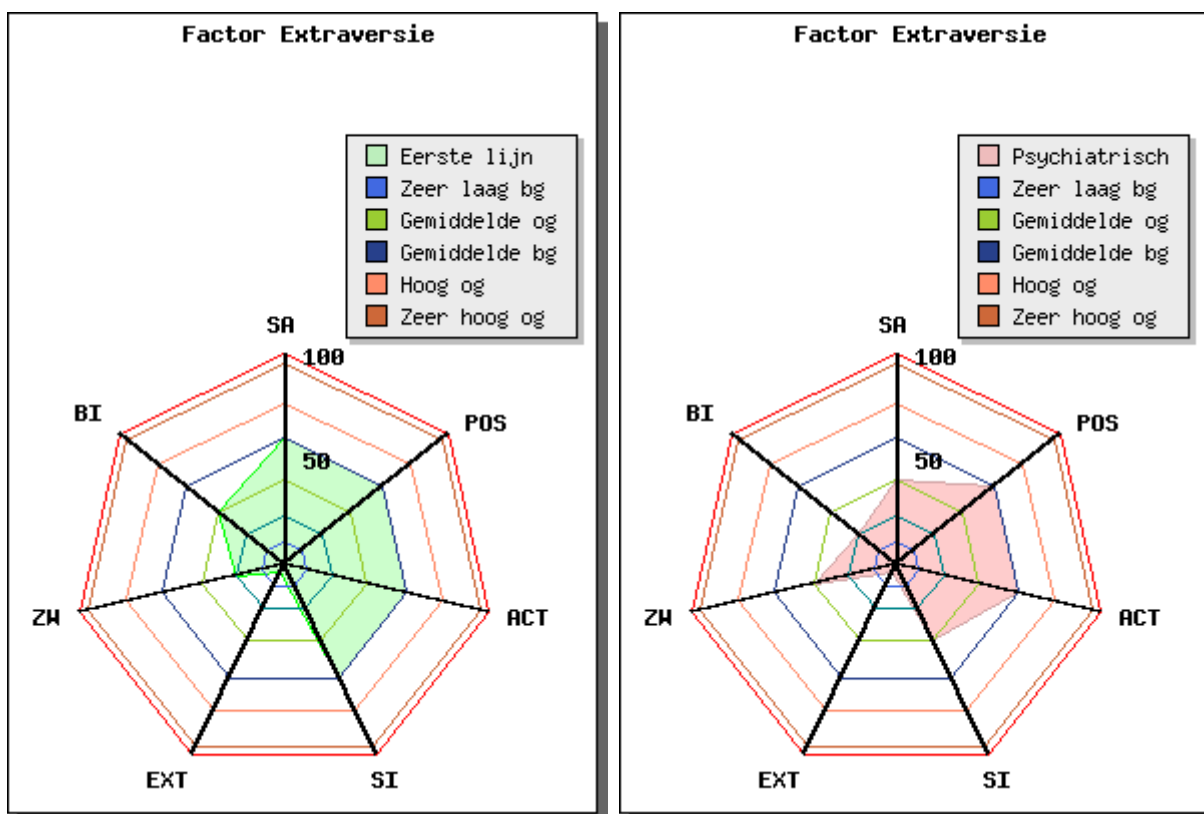
Personen die hoog op deze factor scoren zijn gespannen, labiel, boos en gefrustreerd. Ze hebben een negatieve en ontevreden houding naar de directe omgeving. Bovendien hebben ze de neiging andere mensen te wantrouwen.

Ontevreden mensen ergeren zich snel aan dingen die om hen heen gebeuren, en hebben soms last van woede-uitbarstingen die ze niet in de hand hebben. Ontevreden persoonlijkheden vinden dat mensen hen onderwaarderen, en dat hun problemen vooral de schuld zijn van anderen. Zij zijn ontevreden over veel kanten van hun karakter, en vaak zo kwaad dat ze dingen kapot maken.

Deze personen hebben de neiging zowel in gedachten, gevoelens en gedrag, hun emoties als woede, geïrriteerdheid en vijandigheid gemakkelijk te uiten. Ontevreden mensen kunnen slecht tegen kritiek en maken gemakkelijk ruzie.

Een lage score op deze factor betekent dat iemand tevreden is met de inhoud en kwaliteit van het dagelijks leven.

Personen met relatie- en gezinsproblematiek en personen met depressie zijn het meest negativistisch ingesteld. Personen met een angststoornis en personen met een aanpassingsstoornis uiten geen frustraties of zijn helemaal niet negativistisch ingesteld.



*EXTR (DPI-1): Extraversie*  
*ZW (DPI-2): Zelfwaardering*  
*POS (DCL): Positief denken/Optimisme*  
*(SA) (DPI-2): Sociale angst*

*BI (DPI-2): Beïnvloeden van anderen*  
*ACT (DCL): Actief reactiepatroon*  
*SI (DPI-1): Sociale inadequaatheid*

Mensen met een extraverte persoonlijkheid zijn sociaal en vinden het plezierig om veel mensen om zich heen te hebben. Zij maken gemakkelijk vrienden en brengen hun vrije tijd het liefst met andere mensen door. Extraverten leggen gemakkelijk contact met anderen, en zijn op feestjes vaak degene die leven in de brouwerij brengt. Ze kunnen goed met anderen overweg. Extraverte mensen praten gemakkelijk en voelen zich open, vlot en sociabel.

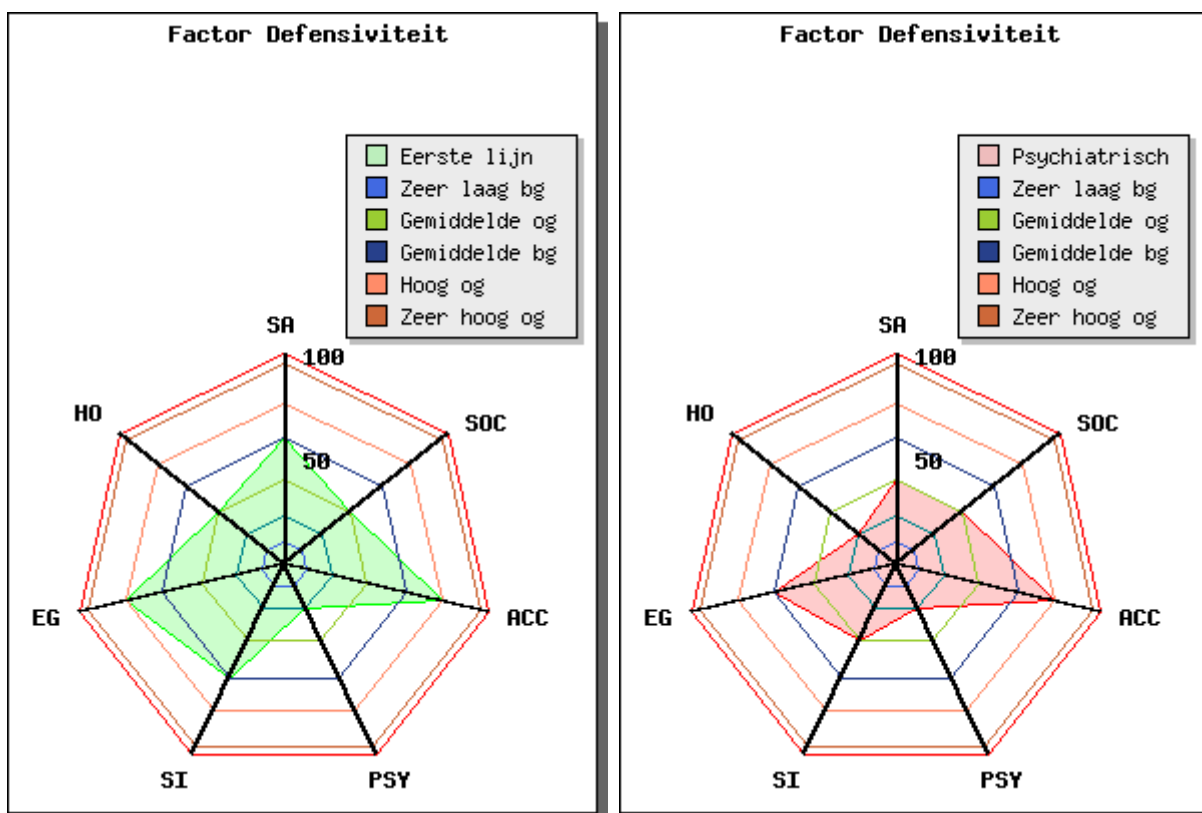
Extraverte mensen hebben vaak wel moeite hebben zich in te leven in anderen en zijn soms impulsief (eerst doen, dan denken). Ze hebben een sterke behoefte aan nieuwe prikkels en afwisseling in het leven. Anderen kunnen extraverte persoonlijkheden soms als dominant en overheersend ervaren in sociale situaties.

Personen met een lage score op de schalen sociale angst (SA) en sociale inadequaatheid (SI) en een hoge score op de schalen beïnvloeden van anderen (BI), zelfwaardering (ZW), extraversie (EXTR), actief reageren (ACT) en positief denken/optimisme (POS) 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 initiatiefrijke 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.

Mensen met een introverte persoonlijkheid zijn verlegen en bewegen zich normaliter niet gemakkelijk in allerlei sociale situaties. Introverten vermijden liever contacten met veel mensen. Introverte mensen hebben vaak moeite om gevoelens en gedachten te uiten. Spanningen en stress worden vaak vertaald in lichamelijke (spannings)klachten. Introverte mensen hebben eerder last van angstklachten of depressieve klachten. Aan de andere kant zijn ze vaak prettig in de omgang. Introverte mensen zijn niet impulsief. Ze hebben het vermogen zich in te leven in anderen.

Personen met een hoge score op de schalen sociale inadequaatheid (SI en SA) en een lage score op de schalen beïnvloeden van anderen (BI), zelfwaardering (ZW), extraversie (EXTR), actief reageren (ACT) en positief denken/optimisme (POS) 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.

Personen met relatie- en gezinsproblematiek en personen met een aanpassingsstoornis zijn extravert.  
 Personen met relatie- en gezinsproblematiek zijn hiervan het meest extravert.  
 Personen met een angststoornis en personen met een depressie zijn introvert.  
 Personen met een angststoornis zijn hiervan het meest introvert.

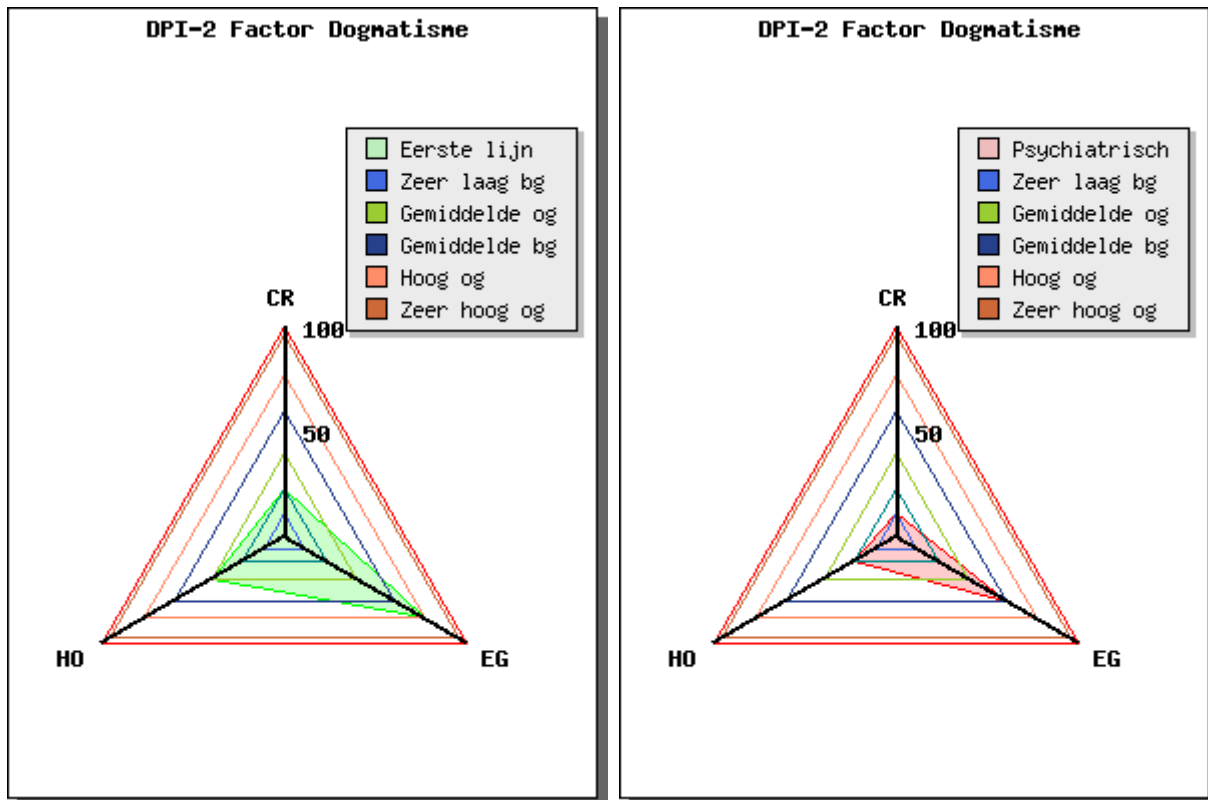


*SA (DPI-2): Sociale angst*  
*EG (DPI-2): Egoïsme, zelfgenoegzaamheid*  
*PSY (DPI-1): Psychopathologisch*  
*ACC (DCL): Accepteren/vermijden*

*HO (DPI-2): Wantrouwen, verongelijkheid*  
*SI (DPI-1): Sociale inadequaatheid*  
*SOC (DCL): Sociaal reactiepatroon*

Personen die hoog scoren op deze factor zijn erg op zichzelf en hebben de overtuiging niets te hebben aan de kennis, kunde en hulp van andere mensen. Men verkeert in de veronderstelling dat anderen weinig goeds in de zin hebben en dat je voortdurend op je hoede moet zijn. Ze zijn wantrouwend en achterdochtig. In contacten met anderen is men zeer gespannen of onrustig. Deze personen zijn vaak teleurgesteld in anderen, kennen veel wrok en vermijden het liefst intieme contacten en grote groepen mensen. Indien ze met problematische situaties worden geconfronteerd, zullen ze geen steun zoeken, de situatie vermijden en zich terugtrekken in zichzelf. Anderen zien deze personen vaak als egoïstisch, intolerant en ongeduldig. In sommige gevallen is de kwalificatie narcisme op hen van toepassing. Ook kan men afwijkende opvattingen of belevingen óf psychotische symptomen waarnemen bij deze cliënten. De afstandelijkheid of defensiviteit staat bij deze personen dan ook in het kader van wantrouwen en zelfgenoegzaamheid. Afstandelijkheid, defensiviteit en het niet toelaten van sociale steun kan naast wantrouwen bijvoorbeeld ook te maken hebben met een depressieve episode, het ontbreken van sociale vaardigheden, narcistische tegenafhankelijkheid, het werkelijk ontbreken van de steun van anderen.

Personen met relatie- en gezinsproblematiek en personen met een aanpassingsstoornis zijn niet defensief of afstandelijk.  
 Personen met een aanpassingsstoornis zijn hiervan het minst defensief of afstandelijk.  
 Personen met een depressie of angststoornis zijn defensief.  
 Personen met een angststoornis zijn hiervan het meest defensief.



CR (DPI-2): Cognitieve rigiditeit

HO (DPI-2): Wantrouwen, verongelijkheid

EG (DPI-2): Egoïsme, zelfgenoegzaamheid

Personen met relatie- en gezinsproblematiek zijn iets dogmatischer dan de overige drie groepen.

Vragenlijst	Schalen	Gemiddelde normscore (sd)			Score
		algemeen	1e lijn	2e/3e lijn	
DCL eigenschappen coping half-bewust	ACT	19 (4)	17 (4)	14 (4)	17
	DIS	16 (5)	18 (4)	20 (4)	19
	ACC	15 (4)	17 (4)	19 (4)	19
	SOC	12 (4)	14 (4)	14 (4)	12
	PAS	11 (4)	15 (4)	18 (3)	21
	EMO	6 (2)	6 (2)	6 (2)	7
	POS	12(3)	11 (3)	12 (2)	12
MDCI beleving bewust	ANG	14 (5)	20 (8)	27 (9)	31
	FOB	8 (3)	10 (5)	14 (7)	18
	DEP	22 (7)	38 (13)	42 (15)	49
	SOM	17 (7)	22 (8)	27 (10)	33
	COG	14 (5)	20 (7)	22 (8)	28
	SENS	25 (8)	34 (12)	39 (15)	57
	HOS	8 (3)	10 (3)	12 (5)	20
	SLA	5 (3)	7 (3)	8 (4)	12
DPI-1 structuur gedragstendens onbewust	DYS	124 (33)	169 (48)	209 (64)	273
	NEG	15 (8)	21 (8)	24 (10)	16
	NEU	6 (5)	13 (9)	15 (10)	19
	SI	8 (6)	14 (9)	17 (8)	14
	PSY	3 (3)	3 (3)	5 (5)	17
	EXT	17 (5)	12 (6)	14 (6)	6

DPI-2 eigenschappen dimensionale structuur	PI	11 (8)	18 (10)	25 (10)	17
	SA	10 (7)	13 (8)	16 (8)	14
	CR	27 (8)	26 (8)	27 (9)	17
	HO	17 (7)	17 (8)	21 (7)	13
	EG	12 (5)	9 (5)	12 (5)	11
	BI	14 (6)	12 (6)	13 (7)	8
	ZW	28 (6)	22 (7)	20 (7)	16

#### Typering van de diverse cliëntgroepen eerstelijns

##### Relatie- en gezinsproblematiek

- I weinig algemene psychopathologische klachten, niet zozeer angstig, gespannen of depressief, nauwelijks lichamelijke klachten
- II soms negativistische of ontevreden instelling
- III overwegend extravert, makkelijk uiten van boosheid, frustraties
- IV niet zozeer afstandelijk of defensief ingesteld
- V in enige mate dogmatisch

##### Depressie

- I veel algemene psychopathologische klachten, angstig, gespannen, somberheid, lichamelijke klachten
- II negativistische en ontevreden instelling
- III overwegend introvert, nauwelijks uiten van boosheid, frustraties
- IV afstandelijk of defensief ingesteld
- V niet dogmatisch

##### Angststoornis/paniekstoornis

- I zeer veel algemene psychopathologische klachten, angstig, gespannen, somberheid, lichamelijke klachten
- II afwezigheid van negativistische of ontevreden instelling
- III zeer introvert, nauwelijks uiten van boosheid, frustraties
- IV zeer afstandelijk of defensief ingesteld
- V niet zozeer dogmatisch

##### Aanpassingstoornis

- I nauwelijks algemene psychopathologische klachten
- II afwezigheid van negativistische of vijandelijke instelling
- III enigszins relatief introvert
- IV niet afstandelijk of defensief ingesteld
- V niet dogmatisch