

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/288291919>

# Beoordeling van persoonlijkheid: zelfbeoordeling, derdenbeoordeling en expertbeoordeling

Research · December 2015

DOI: 10.13140/RG.2.1.3542.2803

---

CITATIONS

2

---

READS

103

2 authors, including:



[Regina M. Mosterman](#)

Psychologenpraktijk Elf

8 PUBLICATIONS 20 CITATIONS

SEE PROFILE

# Beoordeling van persoonlijkheid: zelfbeoordeling, derdenbeoordeling en expertbeoordeling

Regina M. Mosterman<sup>1</sup> en Willem K.B. Hofstee<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psychologenpraktijk Psychologenpraktijk Psychologenpraktijk Elf, Zwolle

<sup>2</sup>Rijksuniversiteit Groningen

***Abstract:** Assessment of personality usually relies on self-reports, even though some persons may be unable to view themselves realistically or are unwilling to report socially undesirable traits. However, self-inventories can also be filled out by others. In the present study 101 primary mental health care clients were assessed by self and 282 third persons using the Dutch short version of the MMPI (NVM). The results indicate that less agreement between self and others correlates with more symptoms and a passive coping-style. Comparison of self-reports, expert reports and significant-other reports shows that the self-reports are superior on most criteria. The experts are better predictors of somatization and psychopathology, whereas in this study the results of significant others are of lesser value in the prediction of symptoms, coping style, DSM-IV classifications, client behaviour and the way of finishing the therapy.*

## Inleiding

Voor het beoordelen van persoonlijkheid wordt binnen de geestelijke gezondheidszorg doorgaans gebruik gemaakt van klinische expertise gebaseerd op interview en observatie. Diagnostiek op basis van deze 'klinische blik' en de zelfonthullingen van de cliënt kan worden aangevuld met gestandaardiseerde zelfrapportagevragenlijsten. Bij dit laatste kunnen zich echter problemen voordoen. De cliënt/zelfbeoordelaar kan belangen hebben vanuit bijvoorbeeld het oogpunt van sociale wenselijkheid, ziektewinst of strafvermindering. Een ander probleem is dat de persoon in kwestie als gevolg van (persoonlijkheds-)pathologie niet of onvoldoende bij machte is een objectieve positie ten opzichte van zichzelf in te nemen. Vanwege de mogelijke tekortkomingen van zowel expert- als zelfbeoordelingen kan gekozen worden voor een derde weg: het inschakelen van derden die de cliënt goed kennen. Immers, derden zijn met meer en het middelen van hun oordelen geeft een betrouwbaarder, en in geval van persoonlijkheidspathologie mogelijk ook een meer valide resultaat (zie ook Hofstee, 1994, 1999).

In de klinische praktijk wordt geregeld een heteroanamnese afgenomen, vanuit de veronderstelling dat naast van de cliënt vaak nuttige informatie kunnen verschaffen over het beloop van het ziektebeeld en het premorbide functioneren. Wetenschappelijk onderzoek naar de inzet van derden is beperkt. Hoewel er aanwijzingen zijn voor een meerwaarde van informatie door significante anderen, zijn de resultaten niet eenduidig en is de mate van eventueel toegevoegde waarde van derdenbeoordelingen niet consistent.

---

December 30, 2006

<sup>1</sup>Drs. R.M. Mosterman (Ineke) is klinisch psycholoog in opleiding en werkzaam in een vrijgevestigde praktijk. Correspondentieadres: Bloemendaalstraat 5, 8011 PJ Zwolle. E-mail: i.mosterman@psychologenpraktijkelf.nl.

<sup>2</sup>Prof.dr. W.K.B. Hofstee (Willem) is emeritus hoogleraar psychologie. Correspondentieadres: Rijksuniversiteit Groningen, Heymans Instituut, Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS Groningen. E-mail: w.k.b.hofstee@rug.nl.

De wijze waarop informatie van derden kan worden vergaard, varieert. Een systematische wijze van informatie verzamelen is bijvoorbeeld het afnemen van een gestructureerd interview. Zo vond Klein (2003) met behulp van gestructureerde interviews in een follow-up onderzoek bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis na 7½ jaar dat informanten en patiënten overeenstemden in de mate waarin ze depressieve symptomen konden voorspellen.

Informanten waren echter veel beter in het voorspellen van de sociale aanpassing van de patiënt dan de patiënt zelf. Lara, Ferro & Klein (1997), die in hun onderzoek gebruik maakten van de SCID (Structural Clinical Interview for DSM-III-R), de PDE (Personality Disorder Examination) en de FHIPD (Family History Interview for Personality Disorders), concludeerden dat informanten belangrijke informatie kunnen verschaffen over As II psychopathologie, die niet verkregen wordt uit directe interviews met de patiënten zelf. In tegenspraak hiermee zijn de resultaten uit een onderzoek van Dreessen, Hildebrand & Arntz (1998). De concordantie tussen patiënt-gebaseerde en informant-gebaseerde diagnoses met behulp van de SCID-II bleek in hun studie laag te zijn. De interviews met patiënten waren meer valide dan de interviews met informanten.

Het gebruik van beoordelingsschalen en vragenlijsten bij derdenbeoordelingen is vooral onderzocht in niet-klinische populaties. In het kader van het grootscheepse 'Peer Nomination Project' dat al enige jaren in de Verenigde Staten loopt, worden onder andere self-reports vergeleken met Peer Nomination Inventory (NPI) Scales. Met betrekking tot het vaststellen van persoonlijkheidsstoornissen werden in een niet-klinische populatie opvallende overeenkomsten in de factorstructuur van zelf- en peerrapportages gevonden, maar slechts zeer beperkte correlaties tussen zelf- en peerscores (.20 tot .30) (Oltmanns, Turkheimer & Strauss, 1998).

In een klinische populatie gebruikten Miller, Pilkonis & Morse (2004) de NEO Personality Inventory (NEO-PI) bij het vaststellen van persoonlijkheidsstoornissen. Uit hun onderzoek bleek onder meer dat de overeenstemming tussen zelfbeoordeling en de beoordeling door significante derden systematisch varieerde met de observeerbaarheid van de criteria voor persoonlijkheidsstoornissen en dat informatie door derden een toegevoegde waarde had in het voorspellen van beperkingen en interpersoonlijke problemen. De NEO-PI werd ook gebruikt in een onderzoek van Clark en anderen (2000) naar de overeenstemming tussen informant en clinicus. Bij 78 patiënten met comorbide geheugenstoornissen en depressieve symptomen vonden deze auteurs dat informanten weliswaar informatie konden verschaffen over depressieve persoonlijkheidsveranderingen, maar dat de correlaties met de inschattingen van de medici beperkt waren, met name in het vaststellen van een depressieve stoornis.

In een onderzoek waarin een vergelijking werd gemaakt tussen zelf- en derdenbeoordelingen bij algemene persoonlijkheidsbeoordeling volgens het Five-Factor model en bij persoonlijkheidsstoornissen vonden Miller, Pilkonis & Clifton (2005) consistente correlaties tussen de beide benaderingen, met uitzondering van de narcistische persoonlijkheidsstoornis, en bleek de toegevoegde waarde van beoordeling door derden 8 tot 20% van de variantie te bedragen. Daarbij bleken derdenbeoordelingen verantwoordelijk voor meer variantie in het vaststellen van beperkingen met betrekking tot intieme relaties, werk en sociale relaties.

Wat dichter bij huis onderzochten Kamphuis, Emmelkamp en De Vries (2003) in een tweetal studies met behulp van ratingscales de overeenkomst tussen zelf- en informant- ratings van respectievelijk depressieve symptomen en persoonlijkheidsstreken. Het bleek dat partners tamelijk accurate inschattingen konden maken van het toestandsbeeld van de patiënt in termen van depressieve symptomen. De mate van overeenkomst tussen partners in het vaststellen van persoonlijkheidsstreken was voldoende tot hoog, waarbij relatiemoelijkheden geen rol speelden in de accuraatheid van de inschattingen.

In een literatuurstudie vonden Klonsky, Oltmanns & Turkheimer (2002) dat de overeenstemming tussen informant- en zelfrapportage van persoonlijkheidsstoornissen beperkt is, hoewel informanten het onderling wel eens neigen te zijn. Tussen zelf en informant bestaat meer overeenstemming wanneer het oudere personen betreft en wanneer het om cluster B-trekken gaat, met uitzondering van narcisme.

Gezien het grote belang van de rol van anderen in het leven van de mens in het algemeen en dus ook in dat van onze cliënten rijst de vraag of de interactie tussen cliënt en anderen en de visie van anderen op de persoonlijkheid van de cliënt te objectiveren is en of dit diagnostische waarde of klinische relevantie heeft. Daarnaast zal, voor toepassing in de klinische praktijk ook praktische haalbaarheid en kostenaspect meegewogen dienen te worden. Een interview van anderhalf uur bij zowel de cliënt als een significante ander zal zeker niet als standaard screeningsmethode ingang kunnen vinden.

In dit artikel wordt verslag gedaan van een exploratief onderzoek naar de inzet van derdenbeoordelingen bij persoonlijkheidsdiagnostiek, waarbij we ons hebben laten leiden door de navolgende vragen:

- 1) Is het mogelijk/praktisch uitvoerbaar een persoonlijkheidsvragenlijst in te zetten voor invulling door derden, daarbij rekening houdend met kosten- en tijdsinvestering?

- 2) Kunnen er uitspraken gedaan worden over de klinische relevantie van derdenbeoordelingen in de persoonlijkheidsdiagnostiek?
- 3) Wat is het verband tussen respectievelijk zelfbeoordelingen, gemiddelde beoordelingen door derden en beoordeling door de diagnosticus (expertbeoordeling) in relatie tot klachteniveau, copingstijl, DSM-IV classificatie, cliëntgedrag tijdens de therapie en de wijze van afsluiting van de therapie?

## Methodie

### Cliënten

In de periode juni 2005 tot april 2006 kregen alle cliënten die zich bij de vrijgevestigde praktijk van de eerste auteur hadden aangemeld, naast de gebruikelijke vragenlijsten, experimentele vragenlijsten aangeboden. Van deze 80 cliënten werden 74 vragenlijstsets geretourneerd. De 6 cliënten die niet meededen kenmerkten zich door taalproblemen (1), drop-out tijdens de intake (2), niet willen meedoen (1) en sociale angsten (2). De respons was hiermee hoog (92,5%). Voorts deden vier collega-psychologen<sup>1</sup> mee aan het onderzoek. Drie van hen waren eveneens werkzaam in een vrijgevestigde praktijk, de vierde werkte in een ggz-instelling. De totale onderzoeksgroep kwam daarmee op 101 cliënten (25 mannen en 76 vrouwen tussen de 18 en 68 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 36,7 jaar).

Van de eerstgenoemde 74 cliënten (20 mannen en 54 vrouwen) werden gedurende de therapie een aantal niet-therapiegerelateerde gedragingen vastgelegd. Ook werd de wijze waarop de behandeling werd beëindigd geregistreerd. Begin december 2006 waren 58 van de 74 behandelingen afgesloten.

### Instrumenten

De **NVM** (Nederlandse Verkorte MMPI, Luteijn & Kok, 1985) bestaat uit 83 items die ontleend zijn aan de oude MMPI. De subschalen van de NVM zijn Negativisme, Somatisering, Verlegenheid, Ernstige Psychopathologie en Extraversie. Ten behoeve van beoordeling door derden werd de NVM aangepast tot NVM-db (derdenbeoordeling). Hiertoe werden de items omgezet in de derde persoon enkelvoud. Er werden versies voor het beoordelen van mannen en vrouwen gemaakt.

De **SCL-90** (Symptom Check List-90, Arrindell & Ettema, 1986) inventariseert lichamelijke en psychische klachten. De vragenlijst bestaat uit 90 omschrijvingen en kent acht schalen: Angst, Agorafobie, Depressie, Somatische klachten, Insufficiëntie van denken en handelen, Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, Hostiliteit en Slaapproblemen. De totaalscore op de SCL-90 duidt het algehele niveau van psychisch/lichamelijk disfunctioneren aan (Psychoneuroticisme).

De **UCL** (Utrechtse Coping Lijst, Schreurs et al, 1993) geeft de manier aan waarop iemand omgaat met problemen of stressvolle situaties. De UCL bestaat uit 47 items die worden onderscheiden in zeven schalen: Actief aanpakken, Palliatieve reactie, Vermijden, Sociale steun zoeken, Passief reactiepatroon, Expressie van emoties en Geruststellende gedachten.

Het navolgende **cliëntgedrag** werd vastgelegd, gecorrigeerd voor de duur van de behandeling (gedrag gedeeld door aantal sessies):

- Moeizame afspraken: hierbij kan gedacht worden aan niet kunnen op aangeboden tijden, veelvuldig bellen/mailen over een afspraak, geregeld verzetten van afspraken.
- Afspraken afzeggen
- No-show: het zonder afzeggen niet verschijnen op het afgesproken tijdstip
- Tussentijds contact zoeken: tussen sessies door telefonisch, per mail of per brief contact zoeken
- Disfunctioneel gedrag: hierbij gaat het om te laat komen, deurknopgesprekken, ageren, geen nieuwe afspraak maken na een afzegging, geen toestemming geven de verwijzer/huisarts te informeren
- Betalingsgedrag: aantal betalingsherinneringen gedeeld door het aantal declaraties
- De wijze van beëindiging van de therapie werd vastgelegd:
- Reguliere afsluiting, waarbij de therapie in onderlinge overeenstemming beëindigd wordt

---

<sup>1</sup> Met dank aan Mirjam Spijker, Yolanthé Olthof, Monique Burger en Henk Stulp voor hun bijdrage in het verzamelen en aanleveren van gegevens.

- Verwijzing, waarna de therapie in overeenstemming wordt afgesloten, eventueel na overbruggingsgesprekken
- Drop-out: het voortijdig en onaangekondigd stoppen met de behandeling.

## Procedure

De cliënten doorliepen de gebruikelijke intakeprocedure, bestaande uit twee onderzoeksgesprekken en een indicatiegesprek. Tijdens het eerste cliëntgesprek werden, naast de standaard vragenlijsten (NVM, SCL-90, UCL), tevens drie exemplaren van de NVM-db meegegeven. De instructie aan de cliënt hierbij luidde: *'Van deze drie vragenlijsten is het de bedoeling dat u ze laat invullen door anderen, van wie u de indruk hebt dat ze u goed kennen. Het is dezelfde vragenlijst die u ook over uzelf invult. Het is niet de bedoeling dat u overlegt over de invulling. Uit de antwoorden van deze anderen wordt een gemiddelde berekend, dat wordt vergeleken met uw eigen antwoorden. Wanneer er grote verschillen bestaan in de wijze waarop u tegen u zelf aankijkt en de wijze waarop anderen u zien, zal dat in de behandeling betrokken worden.'* De invulinstructie voor derden was op de vragenlijst zelf aangegeven. Aan de gebruikelijke uitleg was toegevoegd (vrouwelijke versie): *'Uiteraard zult u bij veel zinnen niet weten of het voor cliënte juist of onjuist is. Het gaat er echter om dat u probeert in te schatten wat het meest op haar van toepassing is. Het gaat om uw beoordeling, en niet om wat u denkt dat zij er zelf van vindt. Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling om met cliënte te overleggen over de invulling. Voor ons blijft u anoniem. Uw gegevens worden niet met cliënte besproken. Uit de antwoorden van u en twee anderen die dezelfde vragenlijst invullen, wordt een gemiddelde berekend. Dit gemiddelde en de betekenis ervan wordt schriftelijk teruggerapporteerd aan cliënte en zonodig in de behandeling betrokken.'*

Tijdens het tweede gesprek werden de ingevulde vragenlijsten in ontvangst genomen, waarna het gesprek op de gebruikelijke wijze verliep. Hierna, alvorens de vragenlijsten te (laten) scoren, noteerde de psycholoog de verwachte schaalcores op de NVM: de expertbeoordeling. Van de door derden ingevulde NVM-db's werden de schaalgemiddelden uitgerekend. Hierna volgde het schrijven van het indicatieverslag, dat in het derde gesprek met de cliënt werd besproken. De DSM-IV classificatie op vijf assen werd geregistreerd.

## Resultaten

### Invloed van het experiment op de vragenlijstscores

Op grond van een discriminantanalyse bleek de onderzoeksgroep (N=101) qua sekse, leeftijd en scores op de NVM-schalen niet te verschillen van een cliëntengroep uit de praktijk van de eerste auteur (N=369) die niet aan het experiment had deelgenomen (Wilks' Lambda = .99; Chi<sup>2</sup> = 6,3; df = 5; p = 0,28). Cliënten werden dus niet significant beïnvloed door het feit dat ze wisten dat derden de NVM over hen zouden invullen.

### De samenhang van de verschillende beoordelingen

Van de 101 cliënten lieten 80 de NVM-derdenbeoordeling door drie personen invullen; van 21 cliënten werd de NVM-db door twee personen ingevuld. Totaal leverde dit 282 derdenbeoordelingen op. De relatie die deze derden tot de cliënt hadden was 76 keer een partner, 107 keer een familielid, 74 keer een vriend of vriendin en 25 keer een kennis, collega of anders. De gemiddelde correlatie van de schalen tussen de derden en de cliënt zelf varieerde tussen de .41 en .53, waarbij tussen cliënt en partner de mate van overeenstemming het hoogst was en die met de relatie 'anders' het kleinst. De beoordeling van de expert stemde minder overeen met de zelfbeoordeling van de cliënt dan de beoordeling door de partner, maar meer dan beoordelingen door de andere derden. De derdenbeoordelingen bleken meer overeen te komen met de zelfbeoordeling wanneer ze gemiddeld werden (zie tabel 1).

**Tabel 1:** Pearson correlaties van derden- en expertbeoordelingen met zelfbeoordelingen op de vijf NVM-schalen (Neg=negativisme; Som=somatisering; Verl=verlegenheid; Psy=ernstige psychopathologie; Ex=extraversie) (N=101)

	Neg	Som	Verl	Psy	Ex	Gemiddeld
Expert	.46	.57	.62	.43	.52	.52
Gemiddelde derden	.57	.55	.65	.54	.72	.61

### De relatie met klachten

De SCL-90 werd door 98 cliënten ingevuld. Het gemiddelde klachtenniveau (psychoneuroticisme) bedroeg 164 met een standaarddeviatie van 45. De minimumscore was 90 en de maximumscore 334.

Het bleek dat de zelfbeoordeling op de NVM-schalen negativisme en verlegenheid een sterker verband had met de psychoneuroticismescore op de SCL-90 dan de derden- en de expertbeoordeling. De beoordeling door de expert vertoonde een sterker verband tussen psychoneuroticisme en de schalen somatisering, psychopathologie en extraversie. De derden bleken het beter te doen op enkele subschalen van de SCL-90: hun beoordeling van negativisme correleerde het sterkst met slaapproblemen en hun score op psychopathologie hing het meest samen met sensitiviteit (zie tabel 2).

**Tabel 2:** Pearson correlaties tussen beoordelaars en SCL-90 (N=98)

		Ang	Ago	Dep	Som	In	Sen	Hos	Sla	Psneur
Neg	Zelf	.35*	.15	.48*	.34*	.42*	.44*	.42*	.20*	.52*
	Derden	.04	.08	.20	.11	.30*	.12	.14	.30*	.19
	Expert	.26*	.09	.42*	.18	.28*	.26*	.30*	.24	.37*
Som	Zelf	.40*	.26	.42*	.78*	.48*	.40*	.22	.49*	.59*
	Derden	.07	-.05	.17	.34*	.32*	.13	.08	.36*	.22
	Expert	.52*	.40*	.54*	.50*	.57*	.35*	.41*	.36*	.60*
Verl	Zelf	.17	.11	.13	.07	.33*	.46*	.10	.20	.27*
	Derden	.06	.01	.10	.01	.15	.35*	.11	.09	.16
	Expert	.11	.13	.01	-.03	.15	.25	.00	-.06	.11
Psy	Zelf	.16	.06	.16	.08	.19	.34*	.28*	.07	.24
	Derden	.09	.06	.17	.09	.25	.38*	.17	.29*	.23
	Expert	.29*	.19	.34*	.13	.33*	.24	.24	.12	.32*
Ex	Zelf	.13	.08	-.03	.01	-.06	-.07	.15	-.20	.01
	Derden	.12	.01	.00	.03	.03	-.06	.05	-.12	.03
	Expert	.10	.13	.14	.20	-.03	.03	.09	-.05	.12

\* $p < 0,01$

### De relatie met coping

Met name de UCL-schaal passief reactiepatroon vertoonde significante verbanden met de NVM-schalen, waarbij de zelfbeoordelingen de hoogste correlaties hadden op negativisme en verlegenheid, en de expert op somatisering en psychopathologie. De derdenbeoordelingen toonden nergens sterkere verbanden dan de zelf- en expertbeoordelingen (zie tabel 3).

**Tabel 3:** Pearson correlaties tussen beoordelaars en UCL (N=95)

		Act	Pal	Ver	Soc	Pas	Expr	Ger
Neg	Zelf	-.13	.35*	.27*	.13	.64*	.19	.04
	Derden	-.19	.16	.18	.03	.46*	.01	-.11
	Expert	-.22	.23	.08	.06	.33*	.25	-.06
Som	Zelf	.03	.36*	.08	.19	.46*	.14	.24
	Derden	-.04	.03	.05	-.03	.32*	-.09	.04
	Expert	-.10	.32*	.13	.13	.53*	.11	.15
Verl	Zelf	-.27*	.05	.41*	.30*	.37*	-.19	.06
	Derden	-.28	-.02	.32*	-.26	.26	-.16	-.02
	Expert	-.18	-.07	.31*	-.22	.15	-.01	-.01
Psy	Zelf	.07	.02	.06	-.06	.27*	.04	-.02
	Derden	-.09	.05	.07	-.10	.35	-.08	-.01
	Expert	-.06	.16	.12	.11	.36*	-.02	.03
Ex	Zelf	.04	.31*	-.05	.26*	-.10	.28*	.06
	Derden	.02	.31*	.02	.26	-.03	.16	.04
	Expert	-.09	.25	.06	.23	.09	.20	.03

\* $p < 0,01$

### De relatie met de DSM-IV

Vanwege de geringe aantallen in een aantal categorieën zijn de DSM-IV classificaties geclusterd. De As 1 classificaties zijn onderverdeeld in stemmingsstoornissen (N=30), angststoornissen (N=25), aanpassingsstoornissen (N=21) en overige stoornissen (N=25).

Er werden met behulp van variatieanalyses geen significante verschillen op de NVM-schalen gevonden bij zelfbeoordelingen en expertbeoordelingen. De derdenbeoordeling op negativisme gaf echter een significant verschil weer tussen stemmings- en angststoornissen ( $F = 3.08$ ,  $df = 3$ ,  $p = .031$ ), waarbij degenen met hogere negativismescores vaker een stemmings- dan een angststoornis bleken te hebben.

De classificaties op As 2 werden in drie groepen verdeeld: 45 cliënten zonder persoonlijkheidsproblematiek, 27 met persoonlijkheidsproblematiek (hetzij clustertrekken, hetzij persoonlijkheidsstoornissen) en 29 met een uitgestelde diagnose. Er werden geen significante verschillen tussen de groepen bij de verschillende beoordelingen van de NVM-schalen gevonden. Wanneer de As 2-classificaties in twee groepen werd verdeeld (45 cliënten zonder persoonlijkheidsproblematiek en 56 met (mogelijke) persoonlijkheidsproblematiek) werd er een significant verschil gevonden tussen beide groepen op de zelfbeoordeling van negativisme ( $t = -2.07$ ,  $df = 99$ ,  $p = .041$ ). Degenen zonder persoonlijkheidsproblematiek hadden een gemiddelde van 19,0 op negativisme tegen 22,2 bij degenen met persoonlijkheidsproblematiek of een uitgestelde diagnose.

De As 3-classificaties werden gesplitst in een groep zonder somatische problematiek (N=69) en een groep met somatische problematiek (N=32). De beide groepen bleken significant te verschillen op zowel de zelfbeoordeling van somatisering ( $t = -2.49$ ,  $df = 99$ ,  $p = .015$ ) als de derdenbeoordeling ( $t = -2.87$ ,  $df = 99$ ,  $p = .005$ ), waarbij degenen zonder somatische diagnoses een gemiddelde schaalscore van 11,2 respectievelijk 10,0 hadden en degenen met somatische diagnoses een gemiddelde schaalscore van 15,5 respectievelijk 13,7. Ook de zelfbeoordeling op psychopathologie verschilde significant ( $t = 2.00$ ,  $df = 99$ ,  $p = .049$ ). Hier bedroegen de gemiddelde schaalscores voor de groep zonder somatische diagnoses 3,0 en voor de andere groep 1,8.

Ook de classificaties op As 4 werd in twee groepen opgedeeld: 34 cliënten zonder en 67 met psychosociale en omgevingsproblemen. Alleen de derdenbeoordeling op psychopathologie gaf een verschil tussen beide groepen weer ( $t = -2.27$ ,  $df = 95.55$ ,  $p = .026$ ). De gemiddelde schaalscores lagen op 2,0 (zonder) en 2,9 (met as 4 problematiek).

As 5, tenslotte, de Global Assessment of Functioning schaal, toonde significante correlaties met de negativisme-, somatisering- en psychopathologieschalen: hogere scores op deze schalen gingen samen met een lagere GAF-score (zie tabel 4).

**Tabel 4:** Pearson correlaties tussen NVM-schalen en DSM-IV As 5 classificatie bij zelf-, expert- en gemiddelde derdenbeoordeling (N=101)

As 5 classificatie	zelf	derden	expert
Negativisme	-.30*	-.22	-.23
Somatisering	-.32*	-.30*	-.36*
Verlegenheid	-.22	-.11	-.10
Psychopathologie	-.06	-.03	-.29*
Extraversie	.15	.12	.04

\* $p < .01$

### De relatie met cliëntgedrag

Moeizaam afspraken maken blijkt samen te hangen met een hogere score op extraversie zelfbeoordeling ( $r = .30$ ,  $p = .010$ ). Geregeld afspraken afzeggen hangt niet samen met een van de NVM-schalen. No-show hangt negatief samen met de expertbeoordeling op verlegenheid ( $r = -.25$ ,  $p = .035$ ) en positief met de somatiseringscore van de derdenbeoordeling ( $r = .23$ ,  $p = .049$ ). Oftewel, een lagere score op verlegenheid en een hogere score op somatisering van de genoemde beoordelaars gaat vaker samen met het niet verschijnen op afspraken. Tussentijds contact zoeken wordt gezien bij hogere scores op psychopathologie, zoals beoordeeld door zelf ( $r = .29$ ,  $p = .012$ ) en derden ( $r = .28$ ,  $p = .016$ ). Ook disfunctioneel gedrag wordt gezien bij een hogere score op de zelfbeoordeling van psychopathologie ( $r = .24$ ,  $p = .039$ ). De psychopathologieschaal speelt eveneens een rol bij betalingsproblemen. Bij de zelfbeoordeling is het verband  $r = .33$ ,  $p = .004$  en bij de expertbeoordeling is het verband  $r = .31$ ,  $p = .007$ .

### **De relatie met de wijze van beëindiging**

Van de 74 cliënten waren begin december 2006 nog 16 in behandeling. Het gemiddelde aantal gesprekken van de gehele groep, inclusief intake- en indicatiegesprekken, bedroeg 19.2 (mediaan 21, SD = 7.8). Van 46 cliënten was de behandeling na gemiddeld 9.6 gesprekken op reguliere wijze afgesloten (mediaan 9, SD = 4.5); 4 cliënten waren verwezen na gemiddeld 7.3 gesprekken (doorgaans wordt overbruggingsgesprekken geboden tot de verwijzing geheel rond is) (mediaan=6, SD=4.3). De 8 cliënten die hun behandeling afbraken deden dat na gemiddeld 10.38 gesprekken (mediaan 8.5, SD = 5.3).

Uit variantieanalyse blijkt een significant verschil tussen de verschillende wijzen van beëindiging van de behandeling in gemiddelde score op de psychopathologieschaal van zelfbeoordeling ( $df = 3$ ,  $F = 5.15$ ,  $p = .003$ ) en derdenbeoordeling ( $df = 3$ ,  $F = 5.53$ ,  $p = .002$ ). Bonferroni post-hoc vergelijkingen tonen aan dat bij de zelfbeoordelingen de score bij cliënten die verwezen worden hoger is dan cliënten die nog in behandeling zijn ( $p = .017$ ) en bij cliënten bij wie de behandeling op reguliere wijze is afgesloten ( $p = .003$ ). Ook de expertbeoordeling van de psychopathologieschaal toont deze verschillen (respectievelijk  $p = .001$  en  $p = .039$ ), alsook een verschil tussen de verwezen groep en de drop-outgroep ( $p = .012$ ), waarbij cliënten die worden verwezen hogere psychopathologiescores hebben dan cliënten die de behandeling voortijdig staken.

Disfunctioneel cliëntgedrag en betalingsproblemen blijken een samenhang te vertonen met de wijze van beëindiging ( $df = 3$ ,  $F = 4.60$ ,  $p = .005$  en  $df = 3$ ,  $F = 3.77$ ,  $p = .014$ ). Uit Bonferroni post-hoc vergelijkingen blijkt dat cliënten die worden verwezen minder disfunctioneel gedrag vertonen ( $p = .039$  en  $p = .049$ ) en minder betalingsproblemen hebben ( $p = .011$  en  $p = .025$ ) dan cliënten die nog in behandeling zijn of bij wie de behandeling op reguliere wijze is afgesloten.

### **Beoordelaarsovereenstemming**

Als maat voor de overeenstemming tussen zelf en derden is gekozen voor de correlatie per cliënt, over items, tussen zelf en gemiddelde derden (de expert heeft alleen schaalscores ingevuld, en is in deze berekeningen dan ook buiten beschouwing gelaten). De gevonden waarden varieerden tussen .16 en .84 met een gemiddelde van .54 (SD .14). Hoewel de overeenstemming tussen de verschillende beoordelingen geen sterkere verbanden kan geven dan de beoordelingen afzonderlijk, geeft deze maat een overall-indicatie van de verbanden met de uitkomstcriteria. Het blijkt dat naarmate er op de NVM-items minder overeenstemming bestaat tussen zelf en derden er meer klachten worden gerapporteerd op de SCL-90 schalen somatische klachten ( $r = -.31$ ,  $p = .002$ ), insufficiëntiegevoelens ( $r = -.36$ ,  $p = .000$ ), sensitiviteit ( $r = -.29$ ,  $p = .004$ ), slaapproblemen ( $r = -.29$ ,  $p = .003$ ) en psychoneuroticisme ( $r = -.32$ ,  $p = .001$ ). Ook wordt er vaker passief reactiepatroon gevonden op de UCL ( $r = -.34$ ,  $p = .001$ ). Met DSM-IV classificaties werd geen verband gevonden, evenmin als met cliëntgedrag en wijze van beëindiging.

### **Discussie**

Ter beantwoording van de in de inleiding gestelde vragen kan in de eerste plaats gemeld worden dat het zonder veel inspanning mogelijk en praktisch uitvoerbaar is derdenbeoordelingen met behulp van vragenlijsten in te zetten in het diagnostisch proces. Mensen zijn over het algemeen graag bereid iets over zichzelf te vernemen en cliënten vormen daarop geen uitzondering. Na soms enige aarzeling ('mijn man is de enige die weet dat ik naar een psycholoog ga') en enig wikken en wegen wie het meest in aanmerking zou komen om als 'derde' gevraagd te worden, waren de reacties overwegend positief. De enkeling die weigerde gaf daarmee overigens ook diagnostische informatie: te (sociaal) angstig, denken niet gekend te worden door derden of geen nauwe relaties hebben met derden, gegevens die over het algemeen zeer relevant zijn. Hoewel het niet de opzet van het onderzoek was, kan de inzet van derden gezien worden als een interventie: er ontstond een gesprek, er werd nagepraat over de invulling en over de terugrapportage. De effecten van deze interventie zijn niet nagegaan. De extra tijdsinvestering voor de psycholoog is beperkt; buiten de onderzoekscontext bedraagt deze minder dan een kwartier per cliënt (extra vragenlijsten scores, gemiddelden uitrekenen en terugrapporteren).

De beoordeling van persoonlijkheid is aan de hand van een vijftal criteria gevalideerd: De eerste twee criteria, klachten en copingstijl, zijn gebaseerd op (subjectieve) zelfrapportage van de cliënt. Het derde criterium, de DSM-IV classificaties, is gebaseerd op de klinische indruk van de diagnosticus in combinatie met de vragenlijstscores. De twee laatste criteria, cliëntgedrag en wijze van therapiebeëindiging, zijn objectieve maten. Ondanks het feit dat de samenhang tussen zelf- en expertbeoordelingen op de NVM beperkter is dan tussen zelf- en derdenbeoordelingen, blijken de experts over het algemeen beter in staat te zijn met hun persoonlijkheidsbeoordeling de genoemde criteria te voorspellen dan de derden. Hierbij dient in gedachten te



worden gehouden dat de expert zijn beoordeling op slechts twee gesprekken baseert, terwijl de derden de cliënt waarschijnlijk al vele jaren kennen. De zelfbeoordeling blijkt over het geheel genomen de beste voorspeller van klachten en coping te zijn, waarbij de expertbeoordeling op de somatisering- en de psychopathologieschalen een aantal sterkere verbanden toont. De resultaten op DSM-IV classificaties, cliëntgedrag en wijze van beëindiging tonen een wat meer gemengd beeld. Negativismescores blijken een rol te spelen in de As 1 en As 2 problematiek en de As 5 score; somatisering bij de As 3 en de As 5, waarbij psychopathologie een rol speelt bij As 4 en As 5. Verschillende problematische cliëntgedragingen worden voorspeld uit verschillende beoordelingen, hoewel de verbanden niet erg sterk zijn. Ook drop-out blijkt niet duidelijk voorspeld te kunnen worden uit persoonlijkheidskenmerken.

Op basis van het onderzoek zoals dat door ons is opgezet blijkt de inzet van derden geen meerwaarde in het diagnostisch proces te hebben. Een mogelijke verklaring hiervoor kan gevonden worden in de NVM als onderzoeksinstrument. Hoewel de NVM kan bogen op een meer dan 25-jarige gebruiksgeschiedenis in zowel de klinische praktijk als wetenschappelijk onderzoek blijken de items bij nadere beschouwing een merkwaardig samenraapsel te zijn van, taalkundig niet al te fraaie, uitspraken die verschillende aspecten van de persoonlijkheid weerspiegelen, waarbij het aandeel niet-observeerbare uitspraken groot is. Bovendien blijkt uit een heranalyse van de structuur van de NVM door Mosterman en Hofstee (ter publicatie aangeboden), dat een indeling in drie factoren gebaseerd op absolute scores een sterkere voorspellende waarde heeft dan de oorspronkelijke vijf-factorstructuur, gebaseerd op relatieve scores. Uit de heranalyse bleek tevens dat de NVM geen efficiënte vragenlijst is voor screening van een eerstelijns populatie: meer dan de helft van de items gaat zitten in de vaststelling dat die populatie *niet* of nauwelijks wordt gekenmerkt door ernstige psychiatrische symptomen, de paranoïdie-items voorop.

Het lijkt dan ook wenselijk bij eventueel vervolgonderzoek een vragenlijst te selecteren die met name richt is op observeerbare gedragskenmerken. Daarnaast dient gezocht te worden naar mogelijkheden om de criteria nader te verfijnen dan wel uit te breiden.

### Literatuur

- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Bateman, A.W. & P. Fonagy (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *The British Journal of Psychiatry* 177: 138-143.
- Clark, L.M., Bosworth, H.B., Welsh-Bohmer, K.A., Dawson, D.V., Siegler, I.C. (2000). Relation between informant-rated personality and clinician-rated depression in patients with memory disorders. *Neuropsychiatry Neuropsychology Behav. Neurology*, 13, 39-47.
- Dreessen, L., Hildebrand, M., Arntz, A. (1998). Patient-informant concordance on the Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). *Journal of Personality Disorders*, 12, 149-161.
- Hofstee, W.K.B. (1994). Who should own the definition of personality? *European Journal of Personality*, 8, 149-162.
- Hofstee, W.K.B. (1999). Big-Five-profielen van persoonlijkheidsstoornissen. *De Psycholoog*, 34, 381-384.
- Kamphuis, J.H., Emmelkamp, P.M.G., Vries, V. de (2003). Moderated validity of clinical informant assessment: use in depression and personality. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 102-107.
- Klein, D.N. (2003). Patients' versus informants' reports of personality disorders in predicting 7½-year outcome in outpatients with depressive disorders. *Psychological Assessment*, 15, 216-222.
- Klonsky, E.D., Oltmanns, Th.F., Turkheimer, E. (2002). Informant-Reports of Personality Disorder: Relation to Self-Reports and Future Research Directions. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9, 300-311.
- Lara, M.E., Ferro, T., Klein, D.N. (1997). Family history assessment of personality disorders: II. Association with measures of psychosocial functioning in direct evaluations with relatives. *Journal of Personality Disorders*, 11, 137-145.
- Luteijn, F. & Kok, A.R. (1985). *NVM, Nederlandse Verkorte MMPI, herziene handleiding*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Miller, J.D., Pilkonis, P.A., Clifton, A. (2005). Self- and other-reports of traits from the five-factor model: relations to personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19(4), 400-419.
- Miller, J.D., Pilkonis, P.A., Morse, J.Q. (2004). Five-Factor Model Prototypes for Personality Disorders: The Utility of Self-Reports and Observer Ratings. *Assessment*, 11, 127-138.
- Mosterman, R.M., Eurelings-Bontekoe, E.H.M. & Hofstee, W.K.B. (ter publicatie aangeboden). Voorspellers van behandelresultaat.
- Mosterman, R.M. & Hofstee, W.K.B. (ter publicatie aangeboden). Requiem voor de NVM.
- Oltmanns, Th.F., Turkheimer, E., Strauss, M.E. (1998). Peer Assessment of Personality Traits and Pathology in Female College Students. *Psychological Assessment*, 5, 53-65.
- Schreurs, P.J.G., Willige G. van de, Brosschot, J.F., Tellegen, B., Graus, G.M.H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst: UCL. Omgaan met problemen en gebeurtenissen. Herziene handleiding 1993*. Lisse, Swets & Zeitlinger.