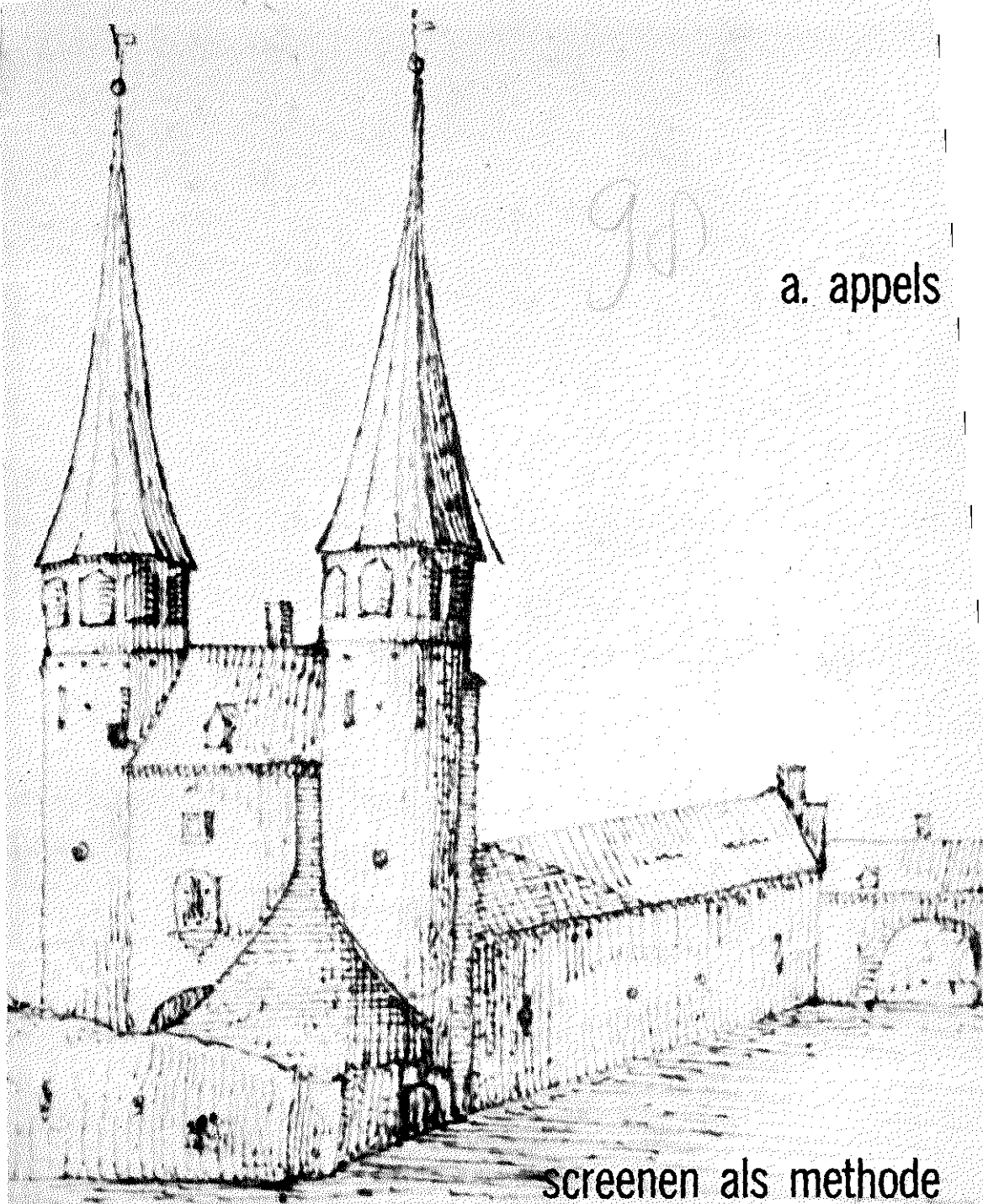


Copyright © 1975 Dr. A. Appels en Swets & Zeitlinger bv
ISBN 90 265 0223 0

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd door middel van druk, fotokopie, mikrofilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.
Alle rechten voorbehouden.



g.p.

a. appels

screenen als methode
voor preventie in de geestelijke gezondheidszorg

tevens handleiding bij de delftse vragenlijst

Promotor : Prof.Dr. C.B. Trimbos

Co-referenten : Prof.Dr. F. Verhage
Prof.Dr. H.A. Valkenburg

voor Yvonne Estourgie

en

ter nagedachtenis aan mijn vader

CURRICULUM VITAE

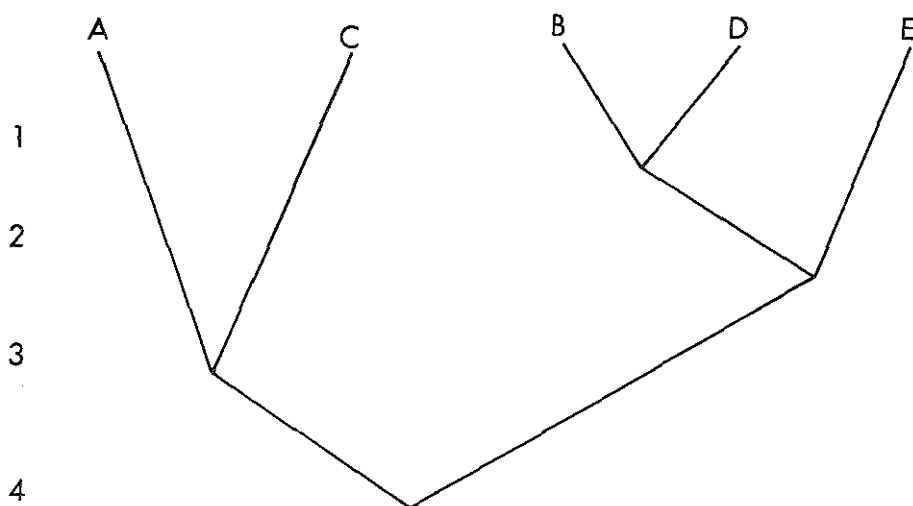
De auteur werd in 1938 geboren te Tilburg. Hij studeerde twee jaar filosofie en twee jaar theologie aan het groot seminarie te Haren (N.Br.).

Van 1961 - 1968 studeerde hij psychologie te Nijmegen met als hoofdrichting cultuurpsychologie. In 1967 studeerde hij met een stipendium van de Poolse regering aan de Marie Curie Sklodowska Universiteit te Lublin. Daaruit resulteerde een doctoraal scriptie over "prestatie-motivatie in een socialistische cultuur".

Vanaf januari 1969 is hij als wetenschappelijk medewerker verbonden aan de afdeling preventieve en sociale psychiatrie van de Erasmus Universiteit te Rotterdam. In samenwerking met de Stichting Studentengezondheidszorg van de TH te Delft ontwikkelde hij het screeningsprogramma, waarvan in deze dissertatie sprake is. Daarnaast werkt hij in een aantal cardiovasculaire projecten met als verbindend thema "het hartinfarct als cultuur-ziekte".

ERRATA

Pag. 40 onderstaande tekening weggevallen.



Pag. 79 de correlaties tussen hoofdletters DV en hoofdletter E en hoofdletter T zijn alle negatief.

Pag. 135 5e regel van boven "als" moet zijn "al".

Pag. 169 16e regel van boven "aangevend" moet zijn "aangewend".

Pag. 194 Noot 22 "scoren" moet zijn "scores".

I N H O U D

Pagina

VOORWOORD

HOOFDSTUK I	SECUNDAIRE PREVENTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	1
HOOFDSTUK II	HET ONDERZOEK	21
1.	Aanleiding	21
2.	Doelstelling	22
3.	De constructie van de vragenlijst	25
3.1	De selectie van de vragen	25
3.2	De selectie van de proefpersonen	27
3.3	De analyse van de itempool	27
3.4	Resultaten	36
3.4.1	De clusteranalyses	37
3.4.2	Een hiërarchische clusteranalyse van de DV	40
4.	De betrouwbaarheid van de DV	41
4.1	De interne consistentie	41
4.2	De stabiliteit	42
4.3	De standaard meetfout	44
5.	De validiteit van de DV	44
5.1	Het probleem van het criterium	45
5.2	DV en de subjectief ervaren wenselijkheid van hulp	49
5.3	DV en studiestaking/-vertraging	52
5.4	DV en het oordeel van de studenten- artsen	56
5.5	DV en het oordeel van een psychiater	58
5.5.1	De opbouw van het psychiatrisch onderzoek	59
5.5.2	De proefgroepen van het psychia- trisch onderzoek	63

	<u>Pagina</u>
5.5.3	De gang van zaken bij het psychiatisch onderzoek 66
5.5.4	De interne structuur van het psychiatisch oordeel 67
5.5.5	De resultaten van het psychiatisch onderzoek 72
6.	Een factoranalyse over twee validiteitscriteria 75
7.	De soortgenootvaliditeit van de DV 78
8.	De bepaling van het snijpunt 80
9.	De DV als Case Finding instrument 84
10.	De gesprekken met de hoogscoorders 91
HOOFDSTUK III	INTERMEZZO
	SCREENEN IN DE PRAKTIJK. INTERVIEW MET MEVROUW VAN REEKUM-VAN WAASBERGEN, STUDENTENARTS 118
HOOFDSTUK IV	SCREENEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK 128
1.	Aanleiding 128
2.	Organisatie van het onderzoek en response 129
3.	Betrouwbaarheid en validiteit van DV 131
4.	Waarom heeft het onderzoek geleid? 132
HOOFDSTUK V	SCREENEN ALS METHODE VOOR PREVENTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG 133
Noten	146
Appendices	195
Literatuur	207
Samenvatting	222
Summary	228
Handleiding bij de DV	234

VOORWOORD

Screenen is "in". Uitgebreide programma's voor het opsporen van mensen die lijden aan een beginnende vorm van kanker of hartziekten worden overal opgezet om het kwaad in zo'n vroeg stadium te kunnen bestrijden dat een fatale afloop voorkomen kan worden. In de afwezigheid van een volledige kennis van de oorzaken van een ziekte vormen screeningsprogramma's een van de weinige mogelijkheden om preventief werk te doen.

In dit boek wordt de vraag behandeld of screeningsprogramma's ook een plaats in de geestelijke gezondheidszorg verdienen. Is het mogelijk en zinvol om beginnende vormen van psychisch lijden op te sporen? Wat voor instrumentarium is daar voor nodig? Wat wordt wel, wat wordt niet ontdekt? Zijn er bepaalde negatieve bij-effecten? Bij welke populaties is het al dan niet zinvol? Is het ethisch verantwoord? Dit boek gaat over de vraag of screenen één van de zinvolle mogelijkheden is om secundaire preventie in de geestelijke gezondheidszorg te bedrijven.

Deze studie is voortgekomen uit een concrete vraag van de Delftse studentenartsen en uit de opdracht van de afdeling preventieve en sociale psychiatrie van de Erasmus Universiteit te Rotterdam om methoden voor preventie te ontwikkelen. Deze achtergrond heeft niet alleen sporen nagelaten in de inhoud van het boek, waarin vaak sprake zal zijn van de geestelijke gezondheidszorg voor studenten, maar ook in de stijl, waarin het geschreven is. De nu overal beginnende samenwerking ook op researchgebied tussen artsen en psychologen is een groot, maar lastig goed. Het vereist onder meer dat de partners het vakjargon zoveel mogelijk vermijden. Daarom is geprobeerd om met name ook het empirisch gedeelte zo eenvoudig mogelijk te beschrijven. Vaktechnische discussies en de stoffering van het betoog met aanhalingen uit de literatuur zijn daarom waar mogelijk naar de noten verwezen.

De Heer en Mevrouw van Reekum hebben als studentenartsen dit onderzoek niet alleen geïnitieerd maar ook tot het einde toe gestimuleerd. Hen komt de eerste dank toe. Ook B. Stuur, de huidige directeur van de studentengezondheidszorg en Prof.Dr.Ir. Boiten, voorzitter van de stichting

studenten gezondheidszorg, hebben deze studie altijd en ook met financiële middelen gesteund. Administratieve steun, gezelligheid en veel praktische hulp werd ontvangen van de medewerkers van de SGZ, Inge Wertmüller von Elgg, Marjo van Ammers-Vos en Adri van der Westen. De gegevens, die zij gereed maakten werden statistisch bewerkt door het instituut FOSS en door de afdeling SYSO van de EUR. De meest besproken man in dit boek is Wijnand Sengers, die door dit onderzoek waarschijnlijk Nederlands best becomeputeriseerde psychiater is geworden. Zijn vakkundig oordeel is tot in de vierde dimensie nageplozen. Er is een dankbaar gebruik van gemaakt. Sonja Hanedoes heeft het taaie werk verzet van de administratieve verzorging van het screeningsonderzoek in de huisartsenpraktijk van H. van Amerongen. Hoeveel werk dat inhield hebben ook Jan Bos en Peter Lansdorp ervaren toen zij het "no show" onderzoek op zich namen.

Ook de talrijke discussies over de idee van screenen binnen de staf van de afdeling preventieve en sociale psychiatrie hebben dit werk verrijkt. Zij hebben mij afgeleerd om de baby van dit projekt te beschouwen als een wonderkind. Ook geestelijke vaders maken zich soms illusies. Maar door de goede zorgen van allen die aan de wieg gestaan hebben, kan het nu zelf verder lopen.

Rotterdam, voorjaar 1975.

HOOFDSTUK I

SECUNDAIRE PREVENTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

In de gezondheidszorg onderscheidt men gewoonlijk drie vormen van preventie: primaire, secundaire en tertiaire preventie.

Primaire preventie bestrijdt het kwaad nog voordat het is uitgebroken. Het inenten van kleine kinderen tegen difterie en kinkhoest, fluoridering van het drinkwater, algemene hygiënische maatregelen zoals het ophalen van huisvuil, het zijn alle maatregelen die de mens tegen ziekte of lichamelijk letsel willen beschermen. Veel van deze maatregelen, zoals brandvoorschriften en middenbermbeveiliging zijn niet medisch van oorsprong. De krachtigste preventie gaat vaak uit van algemene politieke maatregelen of van verbeteringen in de sociaal-economische toestand van de bevolking. Zo is de bestrijding van de tuberculose niet alleen een succes geworden door de ontdekking van de tubercelbacil en de ontwikkeling van geneesmiddelen die deze kunnen bestrijden. Preventie van tuberculose werd ook pas mogelijk doordat een betere voeding en behuizing de mensen ongevoeliger maakten voor een besmetting.

Om aan primaire preventie te kunnen doen moet men de oorzaak van een ziekte kennen. Door de oorzaak te bestrijden voorkomt men dat de ziekte uitbreekt. Het succes van de primaire preventie kan men dus afleiden uit de daling van de zogenaamde incidentie van een ziekte. Onder incidentie wordt verstaan het aantal nieuwe gevallen van een ziekte, die binnen een bepaalde periode ontstaan.

Secundaire preventie wil voorkomen dat iets van kwaad tot erger wordt. Een bekend voorbeeld is het regelmatig doorlichten van mensen om zo tuberculose of longkanker in zo'n vroeg stadium te ontdekken dat de kans op genezing nog groot is. Secundaire preventie wil dus het aantal bestaande gevallen van een ziekte verlagen. Het succes van een programma voor secundaire preventie wordt afgeleid uit de daling van de zogenaamde prevalentie van een ziekte. Onder prevalentie wordt verstaan het aantal gevallen van een ziekte die op een bepaald moment bestaan.

Secundaire preventie wordt meestal toegepast om ziekten die op lange termijn dodelijk zijn onder controle te brengen, vooral wanneer de belangrijkste oorzaken nog niet bekend zijn. Vroegtijdige onderkenning gevolgd door een adaequate behandeling zijn de belangrijkste wapens. Deze vroegtijdige herkenning vindt vaak plaats in doelgerichte screeningsprogramma's. (1) Een bekend voorbeeld vormen de screeningsprogramma's voor hart- en vaatziekten. Daarin worden niet alleen mensen opgespoord die al aan een beginnende hart- of vaatziekte lijden, maar vooral ook mensen die meer dan anderen het risico lopen op het krijgen van een infarct. Mensen met een diastolische bloeddruk van 105 of een cholesterolniveau van 310 kan men niet ziek noemen wanneer er geen verdere verschijnselen zijn. Zij zijn echter wel risicodragend. Hun "afwijking" is vaak niet meer dan statistisch. Zij hebben geen pijn, geen last, geen klachten, maar toch verdienen zij speciale aandacht. Screenen als methode van secundaire preventie kan dus zowel betrekking hebben op een (beginnende) ziekte als op risicofactoren, die de kans op het verkrijgen van een ziekte vergroten. Hoewel screeningsprogramma's meestal tot de secundaire preventie gerekend worden zitten er daarom ook kenmerken van primaire preventie in.

Tertiaire preventie heeft betrekking op het voorkómen of verminderen van de negatieve bij-effecten van een ziekte en/of therapie. Het doel is het herstellen en behouden van de lichamelijke en geestelijke vermogens van een patient. Voorbeelden zijn de bestrijding van de mentale achterstand die veroorzaakt wordt door aangeboren doofheid of de speciale verzorging die erop gericht is dat bedlegerige patienten gaan "doorliggen". Tertiaire preventie zal dus vaak een onderdeel van de therapie zijn. Het succes wordt afgeleid uit de beperking of de opheffing van de invaliditeit die ten gevolge van ziekte ontstaat.

Bestaat er nu ook zoiets als preventieve psychiatrie? Primaire preventie is alleen mogelijk wanneer de oorzaak van een ziekte bekend is. Om deze oorzaak op te sporen moet natuurlijk de ziekte bekend, beschreven en duidelijk gedefinieerd zijn. En dan openbaart zich meteen een van de principiële moeilijkheden waarvoor de psychiatrie geplaatst wordt: de afwezigheid van duidelijke, onbetwistbare grondbegrippen. Zo kan men in een recente psychiatrische studie

over het al dan niet bestaan van de doodsdrijf de volgende opmerkingen lezen over de verschillen die er tussen depressieve toestanden bestaan. "Wij zijn belast met een psychiatrische traditie, stammend uit de bloeitijd van de ziekteleer eenheden (Kraepelin, Bleuler). Men zou kunnen pleiten voor een indeling, afhankelijk van het al dan niet gunstig reageren op verschillende anti-depressiva, die de laatste jaren ontwikkeld zijn. Men komt dan tot de indeling van depressies die reageren op MAO-remmers, depressies die reageren op tricyclische derivaten, depressies die reageren op electroshock, enz. Elke depressie wordt in zijn verschijningsvorm bepaald door de persoonlijkheidsstructuur van de lijder. Wij zouden zelfs de indeling kunnen verdedigen van sympathieke en onsympathieke depressies". En even verder, wanneer depressies zonder lichamelijke afwijkingen beschreven worden, lezen we: "...Bij deze groep is elke verdere indeling afhankelijk van de instelling en opleiding van de arts. Een fenomenologisch ingestelde psychiater zal een andere diagnose stellen dan een psycho-analytisch opgeleide psychiater" (Musaph 1972) (2).

Het kan met andere woorden van de dokter afhangen wat je mankeert. Nee, het hangt soms zelfs van hem af of je wat mankeert. In het geval dat de hem aangeboden klachten een ernstige depressie of een vorm van psychotisch gedrag aangeven zal hij stellig oordelen dat er wat aan de hand is, al weet hij niet precies wat. Maar als homosexualiteit of pedofilie hem als probleem worden voorgelegd, dan hangt het van hem af of hij hierin ziekten zal zien.

Psychiatrische grondbegrippen vormen geen "idées claires et distinctes". Zijn de problemen die de psychiater te behandelen krijgt wel altijd medische problemen of niet veel-
eer psychologische of maatschappelijke problemen? Zijn wat hij te behandelen krijgt wel ziekten? Als daarover geen eensgezindheid bestaat, en die is er zeker niet, en als verder de oorzaken van ziekte of deviantie of welk woord men nu ook mag kiezen onbekend zijn of nog nauwelijks wat bekend is over de omstandigheden, waaronder psychische morbiditeit optreedt, hoe kan men dan preventie gaan bedrijven? Wanneer het onmogelijk blijkt om helder te definiëren wat een psychiatrische "case" (geval) is, hoe kan men dan het incidentie- en prevalentieonderzoek doen, waaraan men toch moet aflezen of preventieve programma's succes hebben? (3)

Geen wonder daarom dat de belangrijkste (de enige?) successen van de preventieve psychiatrie te vinden zijn bij die ziekten die een duidelijke organische basis hebben zoals cretinisme en syphillis. Deze ziekten zijn daarop ook nage-noeg uit de psychiatrie verdwenen. Belangrijk voor de preventie van psychiatrische morbiditeit waren ook de effecten van algemene maatregelen, die een goed op zichzelf zijn, zoals de staatszorg voor weduwen en wezen en de verbetering van de woningen. (Carstairs, 1955; Lemkau, 1965).

Nu gonst het in de wereld van de geestelijke gezondheidszorg wel van ideeën, hypothesen, ideologieën, plannen en voorstellen over wat met wat samenhangt en wat daarom zou moeten gebeuren, gaande van het op grote schaal toedienen van electroshocks tot politieke omscholingscursussen, maar de uitwerking van deze ideeën blijft vaak vaag, onsystematisch en ontoetsbaar op de werkelijke effecten. "Men kan zich bij preventie niets concreets voorstellen" klaagt de redactie van het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid medio 1974.

De situatie zo somber in te zien lijkt echter ook niet nodig. De psychiatrie mag dan wel niet in staat zijn tot zulke spectaculaire acties als die van een Londense arts, die een cholera-epidemie kon stuiten door de zwengel van een besmette waterpomp te halen (Snow, 1963). De zorg voor de opvang van het jonge kind na verlies van de moeder of het verminderen van de eenzaamheid van bejaarden en activiteiten als crisisinterventie (Caplan, 1964), ondersteuningsgroepen (Romme, 1974) en community health programma's (Arthur, 1973) hebben zo'n gezonde theoretische basis en zijn zo concreet geformuleerd dat van hen wel degelijk een gunstig effect op het voorkomen van psychisch lijden verwacht mag worden.

In het voorbijgaan zijn de termen "psychiatrische ziekte", "psychische morbiditeit", "psychisch lijden" en "geestelijke (on)gezondheid" gevallen als het object van de preventieve psychiatrie. Gezien de historisch gegroeide komaf van deze medische begrippen is dit taalgebruik wel begrijpelijk en soms ook heel goed werkzaam, maar van de andere kant brengt deze terminologie ook een gevaar met zich mee. Psychische problematiek heeft lang niet altijd iets met ziekte te maken. Door uitsluitend in medische termen over preventie te praten loopt men het gevaar dat deze haar doel voorbij gaat schieten. Mensen patient noemen plaatst hen in een passieve rol, die

het tegenovergestelde is van wat men wil bereiken. De meeste mensen gebruiken zelf ook geen medische termen om hun moeilijkheden te beschrijven. En daar hebben ze gelijk in, al was het alleen maar om alle negatieve, uitstotende effecten te vermijden van gezien te worden als iemand "bij wie een draadje los zit". Maar hoe moeten we het objekt van de preventieve psychiatrie dan omschrijven? Als het voorkomen van deviantie? De hemel behoede ons voor de dag waarop de zwijgende meerderheid als norm voor geestelijke gezondheid genomen wordt en schenke ons vele kreatieve, gekke, gezellige, schokkende en lastige devianten. Wellicht is het maar het best om het objekt van de preventieve psychiatrie wat vaag te houden en het te formuleren als het voorkomen dat mensen zo'n last krijgen van psychische problemen dat zij daardoor in hun dagelijkse doen en laten ernstig gehandicapped of invalide worden; gehandicapped en invalide in die zin dat zij niet of slechts gedeeltelijk kunnen realiseren wat zij zouden willen verwezenlijkt zien. (4).

Nu doen veel psychische problemen zich voor als onderdelen van een normaal ontwikkelingsproces. Het "jeden Fortschritt hat sein Leiden" geldt ook voor de menselijke levensloop. Zorgwekkend is dit "Leiden" slechts wanneer het leidt tot scheefgroei, blijvend wordt, lidtekens achterlaat, waarvan iemand gedurende lange tijd last heeft. Van elke kleine of grotere crisis die iemand doormaakt is echter de afloop moeilijk te voorspellen. Is secundaire preventie van psychisch lijden dan eigenlijk wel mogelijk? Hoe zou men immers programma's kunnen opzetten waarin men tracht te voorkomen dat iets van kwaad tot erger wordt wanneer men niet weet hoe iets zou aflopen wanneer geen hulp geboden wordt!

Dit probleem doet zich scherp voor in Medisch Opvoedkundige Bureau's of andere niet-klinische instellingen, waar aan kinderen psychotherapie gegeven wordt. Het werk van deze organisaties berust op twee hypothesen: de continuïteitshypothese en de interventiehypothese.

Volgens de continuïteitshypothese is de emotionele storing van een kind symptomatisch voor een voortschrijdend psychisch proces, dat op volwassen leeftijd tot psychische morbiditeit kan leiden. Deze hypothese wordt vooral gesteund door het feit dat men bij vrijwel alle psychiatrische patienten een probleemrijke periode in de jeugd kan aanwijzen. De interventiehypothese stoelt op het idee dat het therapeutisch

ingrijpen het kind helpt in zijn huidige problemen en dat het daardoor minder kans heeft om later in ernstige psychische moeilijkheden te komen.

Lewis heeft onderzocht in hoeverre deze hypothesen ook door de feiten bewaarheid werden. Zijn conclusies zijn niet zo optimistisch. Volgt men emotioneel gestoorde kinderen tot in hun volwassenheid dan blijkt slechts een klein percentage dermate grote problemen te krijgen dat zij in een psychiatrische inrichting moeten worden opgenomen. En andersom mogen dan wel zeer veel psychiatrische patienten psychische problemen in hun jeugd gehad hebben, deze waren vaak weinig ernstiger dan die welke veel kinderen in hun jeugd hebben. Psychiatrische symptomen in de kinderjaren voorspellen nauwelijks hoe het in de toekomst zal gaan.

De interventiehypothese ondervindt nog minder steun. Men leest wel vaak, zegt Lewis, dat 2/3 tot 3/4 van de kinderen er door de psychotherapie op vooruitgingen, maar deze gunstige getallen leest men vooral bij specifieke test scores, die op deelgebieden betrekking hebben en niet bij over-all evaluaties van hun toestand. Bovendien ziet men vaak dat bij kinderen die op een wachtlijst geplaatst moesten worden, de problemen "vanzelf" verdwijnen. Het is vaak de tijd die de wonden geneest, of men nu gedurende die tijd hulp ontvangt of niet. (Lewis, 1965).

Voor Gruenberg vormt het voorbeeld van de MOB's de basis van zijn stelling dat er nog geen enkel programma voor secundaire preventie in de geestelijke gezondheidszorg bestaat, waarvan het nut bewezen is. (Gruenberg, 1960). (5).

Nu is dit probleem niet beperkt tot de geestelijke gezondheidszorg. De al eerder genoemde screeningsprogramma's voor hart- en vaatziekten zijn ook gebaseerd op de onbewezen hypothese dat vroegtijdige interventie een fatale afloop kan voorkomen. Moet men daarom de bemoeienis maar laten? De meningen van cardiologen en epidemiologen zijn verdeeld. Sommigen willen eerst een bewijs voordat de dure screening massaal georganiseerd wordt. Anderen vinden dat je niet werkeloos kunt blijven toezien totdat alles geëvalueerd is naar methoden en resultaten en willen nu al de mensen, waarvan je ziet dat zij het slecht maken, de best mogelijke hulp geven. De discussie tussen de epidemiologen is daarmee in

dezelfde patstelling geraakt als die, waarin de kindertherapeuten zich bevinden. (6).

Het resultaat van deze discussie is in ieder geval dat epidemiologen en werkers op het terrein van de geestelijke gezondheid hun verwachtingen veel lager zijn gaan stellen. Het was misschien ook typerend voor een Amerikaanse denkwijze dat men in de "child guidance clinics" o.a. mikte op een echte reconstructie van de persoonlijkheid. Lewis matigt deze verwachting en stelt dat het wegnemen van storende symptomen alles is wat we mogen hopen. Meer dan dat is zijns inziens ook niet nodig in een open samenleving, waarin het kind nog talrijke kansen krijgt een positie te vinden, waarin het aan de belangrijkste persoonlijke behoeften kan voorzien. (7).

Met deze uitspraak komt Lewis zeer dicht in de buurt van de beginselen van de preventieve psychiatrie zoals deze door Caplan zijn geformuleerd (Caplan, 1964). Caplan zegt heel expliciet dat het doel van de preventieve arbeid niet de totale reconstructie van de persoon is, maar het helpen van de mens op zo'n wijze dat hij zelf zijn problemen beter kan hanteren. Caplan, op wiens klassieke werk over de preventieve psychiatrie veel van wat hier volgt steunt, vergelijkt de preventief ingestelde psychiater met de frontchirurg, die eerst de lichtgewonden en pas daarna de zwaargewonden behandelt. Het gaat in de secundaire preventie immers om het verlagen van het aantal bestaande "gevallen". Daarom geldt de voornaamste inspanning de korte behandeling van de vele patienten met een gunstige prognose en niet de langdurige, in principe eindeloze, reconstruerende behandeling van enkele moeilijke gevallen. Preventief werken houdt in dat men probeert de patient te leren hoe hij met zijn conflicten, die tot de psychiatrische symptomen leidden, om moet gaan en hoe hij nieuwe methoden om die conflicten op te lossen kan ontwikkelen, zodat hij deze in de toekomst niet meer in psychiatrische symptomen hoeft te verwerken. Het doel is meer "het schip vlot te trekken" en het te voorzien van een betere "navigatieapparatuur" dan het verrichten van omvangrijke reparaties en vernieuwingen. (8). Secundaire preventie is gericht op een snelle, effectieve behandeling nadat in een vroeg stadium gebleken is dat zich een psychiatrisch probleem bij iemand ontwikkelt of dat hij groot gevaar loopt gehandicapped of invalide te worden wanneer zijn omstandigheden zich ten slechte keren.

Vroegtijdige onderkenning is alleen mogelijk wanneer men op de een of andere wijze in staat is bepaalde "signalen" te duiden bij zichzelf of bij anderen. Nu is de grote moeilijkheid van vroegtijdige onderkenning dat er vrijwel geen enkele vorm van gedrag bestaat die ondubbelzinnig wijst op een beginnend proces van psychisch disfunctioneren. Gewichtsverlies, 's nachts weer in bed plassen, een onverwachte daling in schoolprestaties, het kunnen allemaal de eerste tekenen zijn van een beginnende crisis. Maar dat hoeft helemaal niet. Hoe een bepaald gedrag gewaardeerd moet worden hangt helemaal af van de context waarin het zich ontwikkelt. Ook hoeft lang niet elke crisis negatief gewaardeerd te worden. Vaak juist integendeel. Veel normale ontwikkelingsfasen worden begeleid door allerlei deviante gedragingen. Hoe vaak ziet men bijvoorbeeld niet dat pubers het anders, "alternatief" gaan doen, juist om door dit experimenteren tot een persoonlijke vrijheid te komen. Alle opvoeders zijn vertrouwd met dit soort verschijnselen. Serieus wordt het pas wanneer zich een ernstige crisis (9) voordoet of gedragingen de grens van het normale duidelijk lijken te overschrijden. Maar ja, waar ligt die grens?

Op elke middelbare school, bijvoorbeeld, komt het wel voor dat de leerprestaties van een leerling plotseling en onverklaarbaar dalen. De leerling verliest het contact met zijn klasgenoten en komt vaak te laat of soms helemaal niet, wat eigenlijk niet bij hem past. De ouders bellen de school om te vragen wat daar toch aan de hand is. De klasseleraar vraagt of er thuis iets mis is.

Wat betekent zo'n gedrag? Het kan natuurlijk op van alles wijzen. Men zou kunnen denken aan een identiteitscrisis, zeker wanneer de leerling in deze periode een debatclub opricht om over Kant te discussiëren en in het schoolblad schrijft over de mathematische achtergronden van de relativiteitstheorie. Men kan, wanneer de jongen zich nogal terugtrekt en soms bizarre opmerkingen plaatst, aan een hebefrenie denken. Het zou ook kunnen zijn dat er sprake is van een crisis bij iemand, die zijn homoseksuele gerichtheid ontdekt. Men kan vrijelijk nog meer hypothesen opstellen.

Zouden de verschijnselen op een hebefrenie wijzen (wat zeer zelden het geval zal zijn), dan zijn zij op zichzelf ernstig. In beide andere gevallen zal het vooral van de omgeving afhangen of zich deze crisis ten goede of ten kwade keert.

Hoe reageren de school, de klasgenoten, het gezin op homoseksualiteit? Wordt het bestreden, wordt ermee gespot of wordt het aanvaard? Is er een leraar die wat mild in kan spelen op de behoefte aan encyclopedische kennis van een gymnasiast in een identiteitscrisis en heeft hij gevoel voor de angst en de onzekerheid over het zelfconcept die daarachter kunnen zitten of wordt er met disciplinaire maatregelen bot tegen ingegaan? (10).

Een klasseleraar (personeelschef, hoofd van een grote afdeling, enz.) zou idealiter moeten beschikken over twee dingen: kennis van de normale ontwikkelingspsychologie, waaraan hij kan beoordelen of een bepaald gedrag een ernstige psychologische crisis aangeeft en iemand aan wie hij in het voorkomend geval om raad kan vragen.

Vroegtijdige onderkenning van ernstige psychische problematiek is alleen mogelijk wanneer klasseleraars en alle andere personen die veel met mensen omgaan, enige kennis hebben van de symptomen die kunnen wijzen op beginnende, ernstige psychische moeilijkheden. Dit kan alleen verwacht worden wanneer ook voor de psychohygiëne de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding van de grond is gekomen. Daarvan is nu nog geen sprake. (11).

Vroegtijdige onderkenning heeft verder alleen zin wanneer er op de een of andere wijze geholpen kan worden. In concreto houdt dit meestal in dat er iemand moet zijn naar wie men om raad kan gaan. De taak van de preventief werkende psychiater, psycholoog of orthopaedagoog is dan niet zozeer het in behandeling nemen van het "probleemgeval". Hij zal er veel meer op uit zijn de klasseleraar of de personeelschef te helpen het probleem op te lossen binnen de situatie, waarin het zich voordoet. Daartoe zal hij niet alleen bij de persoon zelf nagaan wat er aan de hand is, maar vooral ook natrekken in wat voor situatie het probleem zich voordoet (de klas, de docenten, de afdeling, het gezin) om te kijken of deze niet de "patient" kan helpen of dat deze soms de (mede)oorzaak van het ontstaan van het probleem was. Misschien geeft hij de klasseleraar enkele adviezen, misschien adviseert hij leerling en ouders naar een andere school uit te zien, waar wel een tolerant klimaat t.a.v. homoseksualiteit bestaat. Hij laat met andere woorden zijn oordeel over de situatie waarin het probleem zich voordoet tenminste even

zwaar wegen als zijn oordeel over de aard en de omvang van de individuele psychische problematiek.

Achter deze strategie zitten twee grondgedachten. Het eerste daarvan zagen wij reeds eerder. Het gaat in de secundaire preventie niet om het volledig en tijdrovend herstel van de ernstig gestoorde enkelingen maar om het voorkomen dat door een verkeerde afwikkeling van allerlei crisistoestanden het totale kwantum van mensen die psychiatrische hulp behoeven groter wordt.

De tweede grondgedachte is dat zoveel mogelijk voorkomen moet worden dat mensen geïsoleerd raken van hun omgeving, hetzij ruimtelijk door opname in een psychiatrische inrichting, hetzij sociaal door hen de aparte positie en behandeling van een patient te geven. "Behandeling" is niet alleen een dubbelzinnig woord, het is vaak ook een tweesnijdend mes. Iedere zieke hoopt dat hij door de behandeling van zijn dokter beter wordt. De dokter (of psychotherapeut) is de actieve bezitter van kennis en inzicht. De patient een passieve luisteraar, die zich onderwerpt aan de medische voorschriften. Patientten dragen de verantwoordelijkheid voor hun genezing aan hun arts over, wat vaak, maar zeker niet altijd, terecht is. We gaan immers naar een arts omdat deze, naar wij hopen, de kennis bezit die wij niet bezitten. We laten ons als passieve mensen behandelen, slikken gewillig wat hij ons voorschrijft. Het overdragen van de verantwoordelijkheid voor het eigen welzijn is echter in tegenspraak met zichzelf. Juist het zelf kunnen beslissen, kunnen kiezen, kunnen handelen is wat we geestelijke gezondheid noemen. Dit te ontnemen heeft alleen maar een verzwakkend effect, en kan daarom op zijn hoogst slechts tijdelijk in het voordeel van de patient zijn. Hetzelfde geldt in principe voor de omgeving van de patient. Een psychotherapeut kan de verantwoordelijkheid voor iemands welzijn niet overnemen van diens echtgenoot of echtgenote, van de klasseleraar of de afdeling, want daarmee zou hij de steun waar iemand het juist van moet hebben onttrekken aan hen, die de eerst aangewezen zijn om deze (soms moeilijke, dat zij toegegeven) steun te geven. Zo zou homosexualiteit nauwelijks een psychiatrisch probleem meer zijn wanneer de omgeving van de homo hem dezelfde mogelijkheden biedt om zijn gerichtheid te ontplooiën als zij dat doet ten aanzien van de hetero's.

Met de praktische uitgangspunten van vroegtijdige opsporing en vroegtijdig leggen van contacten met een hulpverlener (early referral) en de twee strategische principes van korte op persoon en omgeving gerichte acties en het leggen van de verantwoordelijkheid bij de persoon en diens omgeving, zijn de vier belangrijkste beginselen van de secundaire preventie getekend. Binnen dit kader spelen zich allerlei concrete vormen van secundaire preventie af. Soms dragen zij wel, soms dragen zij niet deze naam. De belangrijkste typen zullen nu de revue gaan passeren. Daarbij moet het wel opvallen dat van veel van deze activiteiten of programma's nooit bewezen zal kunnen worden dat zij bijdragen aan het verlagen van het aantal gehandicapte of invalide mensen in de samenleving, terwijl het zonneklaar is dat zij bij velen lijden en last verlichten.

Een indeling in typen kan op verschillende wijze gebeuren. Men zou de programma's voor secundaire preventie kunnen onderscheiden naar de specifieke groep waarop zij gericht is (kleuters, weduwen, militairen) of naar de mate, waarin officiële hulpverleners in deze programma's betrokken zijn (ondersteuningsgroepen, walk-in clinics). Omdat het onderzoek, waar straks over gerapporteerd gaat worden, gericht is op screenen als methode voor secundaire preventie wordt nu een indeling gevolgd naar de plaats waar het initiatief tot de "early referral" ligt: bij de persoon of bij zijn omgeving.

De meest voorkomende vorm van eigen initiatief is het inroepen van hulp bij allerlei instanties of personen, zoals consultatiebureau's voor levens- en gezinsmoeilijkheden, artsen, pastores, burens, gezagsfiguren in de buurt (12), psychologen, maatschappelijk werkers, enz. wanneer men problemen heeft of deze voelt aankomen. Deze diffuse vorm van early referral moet men tot het terrein van de secundaire preventie rekenen omdat het bijdraagt aan de vermindering van het psychisch lijden in de samenleving.

Voor veel mensen geldt dat zij hun problemen in de vorm van lichamelijke klachten aan hun huisarts aanbieden. Vaak is de psychologische achtergrond meteen duidelijk wanneer het klachten betreft van zenuwachtigheid, slapeloosheid, concentratiestoornissen of wanneer de patient zelf al meteen verwijst naar zijn slechte woonomstandigheden of burenruzie

als de oorzaak van zijn klachten. Bij andere klachten, zoals vermoeidheid, vermindering van de eetlust, vage hartklachten is het veel moeilijker om vast te stellen in hoeverre de klachten een psychosociale oorsprong hebben. Er kan een organische basis voor de klacht bestaan, maar als de huisarts deze niet kan vinden moet hij dan aan psychische problemen denken? De patient zal daar misschien niet mee ingenomen zijn want hij kan zijn problemen juist "verstopt" hebben achter lichamelijke symptomen om zijn conflicterende gevoelens (bijvoorbeeld het feit dat zijn huwelijk dreigt te mislukken) niet onder ogen te hoeven zien.

"Zenuwen" en angsten durft men wel te uiten. Gevoelens van moedeloosheid, het op te willen geven, er niet meer tegenop te kunnen, veel minder. Veel klachten maskeren een depressie, die de patient niet of slechts aarzelend zal willen toegeven. Toch is het belangrijk dat deze depressieve toestand onderkend wordt omdat zich daaruit veel narigheid kan ontwikkelen. Om vast te kunnen stellen of achter de vage klachten wellicht een depressie schuil gaat die de patient niet openlijk wil uiten heeft de Amerikaanse huisarts Popoff een korte test gemaakt, die niet alleen zo slim bedacht maar ook zo belangrijk is, dat wij hierop uitvoeriger willen ingaan (Popoff, 1969).

Popoff constateerde dat zijn patienten hun depressieve gevoelens vaak op een indirecte wijze uitten. Klassieke depressieschalen, die op de kliniek gebaseerd zijn, stellen te zware, te directe vragen, waarop iemand pas ja kan zeggen wanneer de depressie niet meer verhuld kan of hoeft te worden. Popoff voerde daarom een nieuwe antwoordcategorie in, die de "bedekte" depressie indiceert. Zo vraagt hij bijvoorbeeld:

- | | | |
|----|--------------------------------------|---------------------|
| a. | I'm depressed | (overt depression) |
| | I'm happy | (healthy) |
| | I don't let myself get depressed | (covert depression) |
| b. | I don't have much to look forward to | (overt depression) |
| | I look forward to the future | (healthy) |
| | I go along as best as I can | (covert depression) |

- c. I haven't been eating as well lately (overt depression)
I enjoy eating (healthy)
Food doesn't taste as good as it (covert depression)
used to

Popoff kon aantonen dat zijn korte test van 15 vragen een beter zicht op de emotionele toestand van zijn patienten gaf dan de op de psychiatrische kliniek geënte vragenlijst van Zung. Daarmee vormt dit korte screeningsinstrument een waardevolle bijdrage aan de uitbouw van de diagnostische middelen, waarop vroegtijdige onderkenning gebaseerd kan worden. Juist het onderkennen van een verborgen depressie is om vele redenen belangrijk. Niet alleen kan het een begin zijn van een open depressie of wijzen op een suïcidale toestand (13), het kan ook een indicatie zijn voor een beginnende, ernstige lichamelijke ziekte. Zo zijn er aanwijzingen voor gevonden dat deze emotionele toestand bij vrouwen de kans op het krijgen van kanker van de baarmoederhals (Schmale en Iker, 1966) en bij mannen de kans op het krijgen van een hartinfarct verhoogt. (Bastiaans, 1968; Greene e.a., 1972; Dreyfuss, 1969; Verwoerd en Dovenmuehle, 1964). (14).

Tot de groep van de "early referrals", die op eigen initiatief genomen worden behoren ook de zogenaamde "walk-in clinics" en de "human relations agencies". Walk-in clinics zijn gezondheidscentra waar men binnen kan lopen om zich voor het een of ander te laten onderzoeken. Donaldson vertelt van een walk-in clinic in Rotherham. De werkwijze van deze kliniek is illustratief voor het preventieve denken. Verpleegsters en technische staf doen de screening om de bemoeienis van de medische specialisten zo klein mogelijk te maken. Hun taak is het na te gaan of er op een bepaald terrein wat aan de hand is, maar niet om een diagnose te stellen. Dat laatste wordt aan de specialisten overgelaten.

Een van de testen waaraan men zich kon laten onderwerpen bestond uit een korte questionnaire over geestelijke gezondheid. Van de bezoekers maakte 33% van deze mogelijkheid gebruik. Wie boven een bepaald punt scoorde werd vervolgens in de gelegenheid gesteld met een psychiater te praten. Dit snijpunt was zo gelegd dat er meer mensen ten onrechte wel de uitnodiging met een psychiater te praten kregen dan er mensen waren die deze mogelijkheid ten onrechte niet aange-

boden kregen. In technische termen: de screeningerror werd bewust in de richting van de false positives gelegd. Verdere informatie over datgene waartoe het gesprek met de psychiater leidde wordt helaas niet gegeven. Donaldson vermeldt alleen nog dat men zich in het tweede jaar van het bestaan van de kliniek alleen nog na afspraak kon laten onderzoeken. Dit wijst er waarschijnlijk op dat de staf te klein was om in de behoefte aan hulp te kunnen voorzien. (Donaldson, 1969),

Een laatste vorm van "early referral" op eigen initiatief vindt men in de zogenaamde "human relation agencies". Hier toe kan men allerlei instanties of organisaties rekenen, waartoe men zich kan wenden met vragen en problemen. Deze organisaties helpen niet alleen mensen met psychische stoornissen maar verlenen ook advies en steun aan mensen met huwelijks- en opvoedingsproblemen, met moeilijkheden in de werksfeer, enz. Deze hulporganisaties, die vaak maar voor een gedeelte uit beroeps hulpverleners bestaan, hebben het grote voordeel dat de hulpvragers niet meteen als "patient" bestempeld worden. De problemen waarmee mensen komen, worden in dezelfde taal gehoord en besproken als waarin zij dat ook zelf doen, als relatieproblemen, levensvragen of als maatschappelijke problemen. De preventief werkende psychiater, die als consulent aan deze instellingen verbonden is, heeft zo indirect een groot aantal mensen onder zijn hoede, die meer dan anderen het gevaar lopen psychisch ontregeld te raken. Voor wat Nederland betreft zijn bekende vormen van dit type hulporganisatie: Release, JAC, AA-groepen (alcoholics anonymous) en de telefonische hulpdienst.

Vroegtijdige onderkenning en het leggen van contacten met een hulpverlener gaan ook vaak uit van de omgeving van de "patient". Caplan vermeldt een experiment van enkele psychiaters te Jerusalem. Deze observeerden het samenspel tussen moeder en kind in een consultatiebureau. In die gevallen, waarin zij constateerden dat dit stroef, moeilijk of slecht ging, namen zij contact op met de moeder om de moeilijkheden door te praten. In veel gevallen waren de problemen recent en oppervlakkig, maar vormden zij het begin van een vicieuze cirkel, die nu nog gemakkelijk doorbroken kon worden. In veel gevallen ging het er vooral om de moeder haar zelfvertrouwen terug te laten vinden. Wanneer de omgang tussen moeder en kind weer gezellig en soepel werd en het kind daar merkbaar op vooruit ging hervond een vrouw meestal snel haar zelfvertrouwen en kreeg zij weer plezier

in kinderverzorging. In sommige gevallen was er sprake van een fundamenteel persoonlijkheidsprobleem bij de moeder. Daar werd echter nooit direkt op ingegaan doch alleen indirect en symbolisch, want ook zo konden de spanningen van de moeder voldoende verlaagd worden om haar het evenwicht terug te laten vinden, zodat het kind er niet meer onder leed (Caplan, 1964).

Bower organiseerde het volgend screeningsonderzoek op de lagere school. Hij liet ieder kind een korte questionnaire invullen met vragen hoe het over zichzelf dacht. Vervolgens liet hij de kinderen elkaar in een sociometrisch spelletje beoordelen. Tenslotte vroeg hij ook de leerkrachten de kinderen te beoordelen op kenmerken van geestelijke gezondheid. Met behulp van deze drie testen identificeerde hij een belangrijk aantal psychisch gehandicapte kinderen. Aan de meesten van hen bleek ten onrechte nog geen speciale aandacht besteed te zijn. (bij Caplan, 1964). Een soortgelijk onderzoek is opgezet door Armistead en Crawford m.b.v. de Denver Developmental Screening test. Hun onderzoek is tot nu toe beperkt gebleven tot het opsporen van kinderen met leermoeilijkheden. (Armistead en Crawford, 1974).

Een gelukkig voorbeeld van een opsporingsactiviteit, die uitgaat van een omgeving die zich iets van zijn medeleden aantrekt wordt door de Utrechtse psycholoog Blom verteld. Studenten en staf van een van de Utrechtse faculteiten zochten contact met die studenten die in hun studie ver achterop waren geraakt. (Blom, 1974). Ieder die onze universiteiten kent weet dat een belangrijk percentage studenten langzaam uit het gezicht verdwijnt, terwijl niemand weet wie dat precies zijn, waarom en wat er verder van hen wordt. Voor hen is de Alma Mater een kille vrouw, die zelfs niet merkt wie er rond haar wegzinkt.

Vrijwel geheel op het vermijden van problemen in de toekomst gericht is het screeningsprogramma, dat gebruikt wordt bij de kandidaten van het peace corps, een organisatie van Amerikaanse vrijwilligers, die naar de ontwikkelingslanden gaan. De selectie van de kandidaten omvat de volgende elementen: een algemeen medisch onderzoek, waarbij zij die lijden aan een of andere vorm van psychische stoornis niet tot de training toegelaten worden. Tijdens de training worden de kandidaten geobserveerd door de opleiders en worden zij die labiel lijken doorverwezen naar een psychiater. Alle kandi-

daten vullen de MMPI, een zeer grote klinisch-psychologische test, in en schrijven een samenvatting van hun levensloop. Deze worden gelezen door een psycholoog, die "fragwürdige" gevallen selekteert. Verder wordt het trainingskamp eenmaal per week door een psychiater bezocht. Deze interviewt ongeveer 20% van de groep òf op basis van eigen observatie en lezing van de dossiers òf omdat een lid van de staf dat vraagt. Bij deze zware keuring hoeft slechts 1/5 van de kandidaten psychiatrisch onderzocht te worden en blijkt slechts een zeer gering percentage van hen die uitgezonden worden, hun werk wegens psychische moeilijkheden te moeten opgeven. (Caplan, 1964).

Screenen op emotionele problematiek als onderdeel van de keuring bestaat al lange tijd in het leger. De psychologie heeft voor velen zelfs pas haar aanzien gekregen toen het, met name door het werk van Woodworth, mogelijk bleek om met behulp van vragenlijsten en testen in korte tijd een massale groep mensen een hen passende plaats in een nieuwe organisatie te geven. De screening op emotionele problematiek had als voornaamste doel het uitselecteren van recruten, die om psychische redenen waarschijnlijk niet tegen oorlogstaken opgewassen zijn. In de meeste gevallen bestaan de screeningsinstrumenten uit korte vragenlijsten, gevolgd door een gesprek met een selectieofficier (vaak een arts), die in moeilijke gevallen een psychiater kan consulteren. (Miles, 1946).

Het succes van de militaire screening was voor sommigen aanleiding om voor te stellen iets soortgelijks te doen bij de toelating tot de universiteit. In andere landen kent men al veel langer een numerus clausus en de daarbij behorende ontevredenheid over de criteria waarop de selectie voor toelating tot de universiteit gebaseerd wordt. Zouden dan niet screeningsprogramma's voor geestelijke ongezondheid een oplossing kunnen bieden door hen aan te wijzen die vanwege hun psychische problemen een slechte studieprognose hebben?

Tegen dit onzalig idee is terecht veel kritiek uitgeoefend. Niet alleen zijn immers de gebruikte selectiemethoden te zwak om zo'n belangrijke beslissing op te baseren, men bleek er zelfs het gevaar mee te lopen juist de allerbeste studenten van de universiteit te weren. Bovendien is het grof onrechtvaardig en psychisch zeer schadelijk om mensen

vanwege een psychologische handicap te belemmeren in hun ontwikkelingsmogelijkheden. Tenslotte moet men beseffen dat een slecht studieresultaat (evenals een goed resultaat) ontstaat uit de interactie tussen universiteit en student. Men laat een universiteit niet beter functioneren door zwakkere kandidaten (wat men daar verder ook onder mag verstaan) buiten de poort te houden. (Furneaux, 1962; Dale, 1954; Fischer, 1941; Davy, 1960; Kelvin, 1965; Lucas, 1966).

Screenen van abiturienten wordt door sommigen wel voorgestaan om inzicht te krijgen in de psychologische trekken van een jaargang studenten en om bottle-necks in de gang door de universiteit op te sporen door deze screening op gezette tijden te herhalen. Bij deze screeningsvorm is dus de universiteit het eigenlijk object van onderzoek. (Thompson, 1973). Anderen willen toch de resultaten van universitair screeningsonderzoek op de individuen toepassen. Zo nemen Bouchal en Jaros bij alle medische studenten van de universiteit van Brno in Tsjechoslowakije tesamen met een intelligentietest een test voor emotionele labiliteit af. Omdat in hun onderwijssysteem toch 30% van de studenten moet afvallen richten zij hun hulp op die studenten die èn zeer intelligent èn zeer labiel zijn, op een "neurotische elite". (Bouchal en Jaros, 1969). Weer anderen willen de individuele gegevens van screeningsonderzoek gebruiken om de docenten te informeren bij welke studenten er een grotere kans bestaat op het ontwikkelen van studiebelemmerende psychische problematiek. Men ziet dan deze informatie als onderdeel van een zogenaamd "early warning system", een systeem van vroegtijdige onderkenning van beginnend psychosocial disfunctioneren. (Kelvin, 1965; Davy, 1969). (15).

Het toepassen van screeningsuitslagen direkt op het individu heeft buiten de selectie nog weinig toepassingen gevonden. De enige die dit voor zover wij weten heeft toegepast is Prince. Deze laat de 25% die het hoogst scoort op de 22-item lijst van Lagner bezoeken door een maatschappelijk werker die een interview afneemt. Een psychiater neemt deze interviews door, bepaalt de mate waarin iemand een psychiatrisch patient genoemd kan worden en verwijst eventueel naar een psychiatrische kliniek voor behandeling. Prince gaat daarbij van de forse veronderstelling uit "...that this high scoring group are suffering sufficient stress to warrant psychiatric treatment. Indeed, we assume that they are people

with the same kinds of illness as those receiving treatment in our psychiatric clinics". (Prince, 1967). (16).

Dat dit idee betrekkelijk weinig uitgewerkt is heeft verschillende oorzaken. Op de eerste plaats zijn er een aantal praktische moeilijkheden. Voor het individu-gericht screeningsonderzoek moet men niet alleen over een handzaam screeningsinstrument (17), maar ook over een goed administratief apparaat beschikken. Men moet over voldoende tijd en psychohygiënische kennis beschikken om de gesprekken met de geselecteerden te kunnen voeren en tenslotte moet men de mogelijkheid hebben om hulp te bieden waar dat nodig is. Naast deze praktische moeilijkheden bestaan er ook enkele theoretische bezwaren. Door dubieuze selectiepraktijken gewaarschuwd zullen velen het idee om ethische redenen afwijzen. Hun sterke argument is dat geen enkele psychologische test sterk genoeg is om daarop beslissingen over een individu te baseren. Verder kan men a priori de bedenking uiten dat wat er van iemand wordt afhangt van de interactie tussen persoon en omgeving en dat screenen in een sociaal vacuum weinig zin heeft.

Deze bedenkingen zijn zinvol, maar moet men het daarom laten? Wordt zo niet een goede kans op secundaire preventie gemist of loopt een screeningsprogramma voor de geestelijke gezondheidszorg zichzelf voor de voeten door allerlei negatieve bijverschijnselen in huis te halen zoals "labeling" en verindividualisering van psychosociale problemen? Moet men bij de secundaire preventie bij voorkeur vertrekken vanuit de riskante situatie waarin mensen leven (en bijvoorbeeld vragen of de ouders gescheiden of recentelijk overleden zijn, of men bedreigd wordt door werkeloosheid, of men vindt dat men de juiste studiekeuze gedaan heeft) of verdient het de voorkeur te screenen op bestaanskenmerken (bijvoorbeeld: zit U vaak te tobben), die aangeven dat iemand het in zijn situatie zo moeilijk heeft dat hij daarvoor het gevaar loopt in zijn dagelijks doen en laten ernstig gehandicapt te worden?

Alleen een systematische evaluatie van een op individuele hulpverlening gericht onderzoek kan een van beide of beide uitgangspunten van empirische argumenten voorzien. Wat kan men doen voor mensen die het moeilijk hebben en wat zijn de bij-effecten van het aanbieden van hulp, waar niet per

se om gevraagd werd? Wat betekent het voor de hulpverlener? Voor welke groepen is screening wel, voor welke niet zinvol? Al deze vragen staan nog helemaal open. Ook is nog nooit systematisch nagezocht wat voor "gevallen" met het screeningsnet gevangen zullen worden (en wat voor mensen of situaties zich niet laten vangen).

Men kan a priori verwachten dat ieder screeningsinstrument vier groepen mensen uit zal filteren: de beginnende vorm van psychisch lijden, de chronische gevallen voor wie de problemen voor hen of hun omgeving het niveau van de ondraaglijkheid niet haalt, mensen die een bepaalde crisis doormaken en tenslotte zij die eerder dan anderen de kans lopen in een crisis te raken. De verwachting dat men ook veel mensen uit de laatste groep zal aantreffen is gebaseerd op het feit dat alle screeningsinstrumenten klachten inventariseren en daarom samenhangen met de algemene geneigdheid tot klagen, een persoonlijkheidskenmerk dat de kans vergroot in moeilijkheden te geraken.

Welke van deze vier groepen nu vooral door screeningsprogramma's opgespoord zullen worden is onbekend. Zouden het vooral chronische gevallen zijn dan is screening nauwelijks lonend, omdat de kortdurende hulpverlening, waarop secundaire preventie gebaseerd is bij deze groep weinig effect zal hebben. Wanneer vooral beginnende vormen van psychisch lijden door het screeningsapparaat opgespoord zouden worden, dan zou screeningsonderzoek vooral tot de secundaire preventie gerekend moeten worden. Wanneer zou blijken dat vooral mensen opgespoord worden die of in een crisissituatie zitten of vanuit hun persoonlijkheid een erg kwade kans hebben om in een crisissituatie te geraken, dan zou screening dezelfde overgangsvorm tussen primaire en secundaire preventie inhouden als screeningsprogramma's op het terrein van cardiovasculaire ziekten. In het laatste geval zou het succes van een screeningsprogramma voor de geestelijke gezondheidszorg vooral afgeleid moeten worden uit het aantal keren dat men iemand kan helpen een crisis ten goede te laten aflopen en aan de omvang van de anticiperende begeleiding. (18). Onder anticiperende begeleiding verstaan we in dit geval het leggen van een hulpverlenend contact nog voordat zich problemen hebben voorgedaan om daardoor de drempel voor het inroepen van hulp wanneer dit nodig is al op voorhand te verlagen.

Heel impliciet is daarmee ook het doel en de werkwijze van het leggen van het contact met hen die door het screeningsinstrument worden aangewezen, aangegeven. Screeningsinstrumenten zijn niet diagnostisch. Zij geven slechts een signaal, vormen een "screening aid" (Shipley, 1946). Dit kan en mag alleen maar uitlopen op een oriënterend gesprek, waarin wordt nagegaan of een of andere vorm van hulpverlening wenselijk en gewenst is. (19). Het doel van screenen is het toegang krijgen tot een bepaalde populatie om te zien wie van hen psychisch gehandicapped of invalide is of in een crisissituatie verkeert die gemakkelijk tot disfunctioneren kan leiden of dusdanige persoonlijkheidskenmerken heeft dat de kans op disfunctioneren groot is wanneer de omstandigheden zich ten kwade keren. Het geven van een of andere vorm van therapie als zodanig vormt geen onderdeel van screeningsprogramma's.

Wordt een crisissituatie aangetroffen, dan zal deze in zijn psychologische en sociale componenten geanalyseerd worden. De mogelijkheid is immers altijd aanwezig dat er alleen maar sprake is van een "crise heureux", een voorbijgaande, misschien turbulente fase, die iemand als onderdeel van zijn rijpingsproces doormaakt. Therapeutische bemoeizucht zou in zo'n geval vaak alleen maar het paard achter de wagen spannen. Bij hen die alleen verhoogd risikodragend zijn is geen basis voor therapeutisch handelen aanwezig en is alleen de weg geëffend voor hulp wanneer deze later wenselijk zou blijken. Vaak kunnen nu ook heel praktische adviezen gegeven worden, die de kans dat iemand in moeilijkheden raakt verkleinen. Alleen bij beginnende vormen van psychische stoornis zal een of andere vorm van psychotherapie vrij snel geïndiceerd zijn, omdat juist in dit stadium de subjectieve behoefte aan hulp meestal het grootst is, omdat het probleem nu nog niet "ingekapseld" is in allerlei verdedigingsmechanismen.

HOOFDSTUK II

HET ONDERZOEK

1.

Aanleiding

Toen begin 1969 de afdeling Preventieve en Sociale Psychiatrie van de (destijds nog zelfstandige) Medische Faculteit te Rotterdam haar onderzoekstaak begon te formuleren werd sterk gedacht in de richting van het bevolkingsonderzoek. Aan psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek ontbreekt het in Nederland vrijwel geheel, zodat men slechts gissen kan naar de aard en omvang van de psychische problematiek onder de Nederlandse bevolking en er vrijwel niets bekend is over de verdeling van de psychiatrische morbiditeit tussen diverse bevolkingsgroepen en het waarom daarvan. (1). Noodgedwongen passen we dan vaak de resultaten van buitenlands, m.n. Amerikaans, onderzoek op Nederland toe. Maar daaraan zijn twee duidelijke nadelen verbonden. Op de eerste plaats maken verschillen in cultuur en structuur tussen bijvoorbeeld de Amerikaanse en de Nederlandse samenleving de toepassing van buitenlandse onderzoekresultaten dubieus. Op de tweede plaats zijn er niet alleen tussen de landen maar ook binnen een land vaak grote verschillen in wat men onder een psychiatrisch "geval" verstaat, en in de methode, die gevolgd wordt om te bepalen in hoeverre iemand psychisch ziek is (2). Het grote ideaal van de afdeling was daarom een betrouwbaar "case-finding" instrument te ontwikkelen waarmee in de toekomst het broodnodige bevolkingsonderzoek gedaan zou kunnen worden.

In deze tijd kwamen de Delftse studentenartsen met het volgende verzoek. Al sinds enkele jaren vroegen zij de aankomende eerstejaars een medische vragenlijst in te vullen. De artsen lazen de antwoorden dan door en nodigden alle studenten met serieuze klachten over hun gezondheid voor een gesprek of onderzoek uit. De meerderheid van deze klachten bleken telkens een psychische oorsprong te hebben. Ernstige lichamelijke problematiek, waarvoor de student nog geen hulp gezocht had, bleek nauwelijks voor te komen. Onbesproken psychische problematiek des te meer. Daarom vroegen de

studentenartsen de hulp van de afdeling om hun vragenlijst zo te veranderen, dat zij ook abituriënten, die om redenen van psychologische aard hulp nodig hadden, zou kunnen aanwijzen.

Dit verzoek paste volledig in het onderzoeksbeleid van de afdeling, omdat het bij zou dragen aan de ontwikkeling van het zozeer gewenste case-finding instrument en daarom werd besloten een gemeenschappelijk projekt op te zetten.

2.

Doelstelling

De algemene doelstelling was het ontwikkelen van een vragenlijst die de kans aan zou moeten geven dat een student vanwege zijn emotionele problematiek hulp nodig heeft. Onder emotionele problematiek wordt hier verstaan de subjectieve ervaring van zoveel of zo intense psychische problemen dat men zich daardoor in het dagelijks doen en laten ernstig gehinderd voelt.

Het screeningsinstrument zou naar deze ervaring moeten vragen. Een score op een vragenlijst is echter niet de emotionele problematiek zelf. Een score is geen nosologische categorie, geen "ziekte", maar een psychometrisch construct, een maaksel van een psycholoog. Het geeft iets aan over de persoon, dat een bepaalde kans op tot uitdrukking brengt, zoals het psychologenmaaksel "IQ" wat zegt over de kans op studiesucces maar niet het feitelijk studiegedrag weergeeft. Onder emotionele problematiek zoals vastgesteld door een vragenlijst wordt daarom verstaan de kans dat iemand zo'n last heeft van psychische problemen dat hij daardoor in zijn dagelijks doen en laten ernstig gehandicapped of invalide is of worden zal.

De eerste beslissing die nu genomen moest worden betrof de vraag of de test één algemene index zou moeten geven of dat zij ook de aard van de problematiek min of meer gespecificeerd aan zou moeten geven. Meer technisch gezegd: moest de vragenlijst unidimensioneel of multidimensioneel worden? (1).

De unidimensionele test heeft het nadeel dat zij slechts één getal, één uitslag oplevert, terwijl de psychologische problematiek toch zo verschillend van aard kan zijn. Is het wel zinnig om aan te nemen dat één index sensitief kan registreren dat een student problemen heeft in de relatie met zijn ouders, of in zijn studiekeuze of met het leggen van sociale contacten? Wat zegt één getal over de aard van de psychologische moeilijkheden bij een groep mensen?

De multidimensionele test geeft een veel gedifferentieerder informatie. Een test als de MMPI, die bij bevestiging en uitsluiting niet alleen aangeeft of iemand meer dan gewone moeilijkheden heeft maar ook in welke richting deze zich uiteten, zo'n test geeft een beter inzicht in wat er nu precies aan emotionele problematiek bij de eerstejaars aanwezig is. De studentenarts heeft dan bovendien het voordeel dat hij snel gegidst wordt waarover hij het gesprek met de student moet laten gaan.

Aan het gebruik van een multidimensionele test als screeningsinstrument zijn echter ook enkele belangrijke nadelen verbonden. Op de eerste plaats is er het praktisch bezwaar van de lengte van de test. De MMPI bestaat uit 566 vragen. Het invullen daarvan neemt meestal meer dan een uur in beslag. Screeningsinstrumenten mogen geen hoge eisen stellen aan de onderzochten, omdat de participatie daar negatief door beïnvloed wordt. Men kan studenten die bij hun inschrijving toch al met formulieren overspoeld worden, bezwaarlijk vragen om zich ook nog eens aan een uitgebreid psychologisch onderzoek te onderwerpen. Een tweede praktisch bezwaar is dat multidimensionele testen als uitslag een profiel opleveren dat vaak moeilijk te interpreteren is. Handzaamheid en eenduidigheid van informatie zijn bij de verwerking van de gegevens die bij het screenen van grote groepen verkregen worden, een eerste vereiste. Tenslotte stelt de constructie van een multidimensionele test zware eisen aan de validering van de test. Dat is het leveren van het bewijs dat de test en de subschalen inderdaad meten wat zij pretenderen te meten. Theoretisch is het natuurlijk mogelijk elke subschaal te valideren, maar de praktische problemen die dat met zich meebrengt, zijn vrijwel onoverkomelijk. Zo zullen er bijvoorbeeld voldoende studenten met een bepaald kenmerk (bijvoorbeeld psychotische gedragsvormen of hypochondrische gemoedstoestanden) in de eerste-

jaarsgroep moeten zijn om aan te kunnen tonen dat de schalen de aanwezigheid van deze kenmerken inderdaad aangeven. En het is niet erg aannemelijk dat er in een groep jonge mensen, die juist voor hun eindexamen geslaagd zijn, zovelen met een gestoorde waarneming van de alledaagse werkelijkheid (psychotici) zullen zitten, dat men daarmee "statistiek kan bedrijven". De vraag is bovendien of men wel al die moeite moet doen om de meer psychotische gedragsvormen uit te screenen, omdat zij toch wel snel gesignaleerd worden. Geen enkele bloeiende psychose zal langdurig door de omgeving kunnen voortbestaan.

Van hun kant hadden de studentenartsen niet zozeer behoefte aan een diagnostisch instrument als aan een enkelvoudige index, een "rode lamp" of een "psychologische thermometer", die aangaf welke studenten voor een gesprek zouden moeten worden uitgenodigd. Hun behoefte ging meer in de richting van een "general maladjustment scale" dan van een verfijnd klinisch-diagnostisch instrument. Een dergelijke unidimensionele schaal reduceerde de mogelijkheid om een alle pathologie bestrijkend case-finding instrument te ontwikkelen, maar het voorbeeld van de 22-item screening test uit het Manhattan onderzoek van Srole en Lagner had al aangetoond dat een simpel instrument in staat kan zijn om sensitief de aanwezigheid van psychoneurotische problematiek (waarvan a priori verwacht werd dat deze de overgrote meerderheid van de psychische problematiek zowel in de algemene bevolking als in een studentenpopulatie vormt) aan te tonen. (Srole, 1962). (2).

Daarom werd besloten een enkelvoudig instrument te ontwikkelen dat a) aangeeft dat er waarschijnlijk iets aan de hand is, maar verder niet specificceert wat en waarom dat dan is, b) kort is en gemakkelijk is in te vullen en c) gemakkelijk te verwerken is.

3.

De constructie van de vragenlijst

3.1

De selectie van de vragen

Er bestaat in de psychologie een virtuele itempool van vragen die op emotionele problematiek wijzen. Het zijn de klachten waarmee mensen zich tot artsen, psychologen of anderen wenden, maar nu in vraagvorm gesteld. De clinicus kent deze klachten uit zijn spreekkamer. De handboeken beschrijven hen uitvoerig. Vanaf Woodworth hebben psychologen testen gemaakt, die in wezen telkens vragen: Hebt ook U hier last van? Zo destilleerde Thurstone in de twintiger jaren een lijst met 600 vragen uit de klinische handboeken en legde deze aan eerstejaars studenten voor om neurotici op te sporen. Wanneer hij een computer gehad had en de technieken van schaalconstructie toen al zover ontwikkeld waren geweest als zij nu zijn, dan zou de ontwikkeling van een screeningsinstrument niet nodig geweest zijn. (Thurstone, 1930).

Deze virtuele itempool is neergelegd in een groot aantal testen met zeer uiteenlopende benamingen, maar waarin men noodzakelijkerwijs vaak dezelfde vragen tegenkomt. Zo vindt men iets meer dan de helft van de vragen, die nu in Delft aan de studenten gesteld worden reeds in de test van Thurstone terug. Het heeft daarom geen zin om nieuwe vragen te bedenken. Wel is het de vraag welke items uit deze pool het meest geschikt zijn om emotionele problematiek bij abituriënten te indiceren. Moet men vooral de vragen selecteren die met identiteitsproblematiek, of met depressie of met een vage, algemene angst in verband staan? Voor elke keuze zijn positieve argumenten aan te voeren. Gesprekken met de studenten-artsen, de studentendecanen en met de vertegenwoordigers van de studenten in de stichting studentengezondheidszorg leverden geen duidelijke aanwijzingen op. Een eerste verkenning van de literatuur wees niet alleen geen richting aan; zij liet een absoluut gemis zien aan kennis over de aard en de omvang van psychische problematiek bij de Nederlandse student.

Daarom werd besloten een brede itempool te vormen, die het psychopathologisch veld zoveel mogelijk bestreek. De itempool zou dan vervolgens door een statistische analyse gereduceerd moeten worden. In de itempool werden enerzijds items opgenomen die blijkens de literatuur het meest sensitief zijn voor de aanwezigheid van psychologische problematiek op een bepaald klachtenveld en anderzijds items die in buitenlands onderzoek de beste discriminatie toonden tussen psychiatrische "cases" en "non-cases". De items werden overgenomen uit de volgende schalen:

- 50 items uit de Manifest Anxiety Scale van Taylor
- 30 items uit de N schaal van de Amsterdamse Biografische Vragenlijst
- 17 items uit de NS schaal van de Amsterdamse Biografische Vragenlijst
- 16 items uit de Hypochondrieschaal van de MMPI
- 14 items uit de Depressieschaal van de MMPI
- 19 items uit de psychopathische deviatieschaal van de MMPI
- 6 items uit de paranoia schaal van de MMPI
- 17 items uit de psychastenie schaal van de MMPI
- 15 items uit de schizofrenie schaal van de MMPI
- 4 items uit de manie schaal van de MMPI
- 22 items uit de 22-item screening score van Lagner
- 20 items uit het screeningsinstrument van Gurin
- 6 items uit de General Maladjustment scale van Welsh

Door de grote overlap die er tussen deze schalen bestaat bestond de oorspronkelijke itempool niet uit de som van alle items, maar uit 124 vragen.

Als item-formulering werd in alle gevallen de vragende vorm aangehouden. De items uit de MMPI, die alle in de bevestigende vorm zijn geschreven (b.v. Ik ben meestal gelukkig) werden herschreven. Elke vraag wordt gevolgd door drie antwoordmogelijkheden: Ja, ?, en Nee. Het opnemen van het vraagteken maakt het voor een aantal proefpersonen gemakkelijker een antwoord te geven, wat een gunstige invloed op de bereidheid om mee te werken heeft, en heeft bovendien het voordeel dat de spreiding van de scores groter wordt.

3.2

Selectie van de proefpersonen

Na de selectie van de items kwam de vraag aan de orde aan wie de vragenlijst voorgelegd moest worden. Moet iedereen die zich voor het eerst laat inschrijven als eerstejaars beschouwd worden, dus ook die ouderen die zich ter wille van een bijscholing slechts voor een of twee vakken inschrijven? Wanneer moet een antwoordformulier als onvoldoende ingevuld beschouwd worden?

De volgende criteria werden opgesteld om vragenlijsten niet te verwerken.

1. De formulieren van alle meisjes werden verwijderd, omdat hun aantal in Delft te klein is voor een afzonderlijke verwerking.
2. Niet opgenomen werden alle proefpersonen die op het moment van hun inschrijving 24 jaar of ouder waren. Bij deze grens werden de HTS-ers die na hun militaire dienst naar de TH gaan, nog in de groep opgenomen.
3. Die studenten die blijkens aantekeningen op de inschrijvingsformulieren geacht werden niet voldoende Nederlands te kennen.
4. Alle formulieren waarover onzekerheid met betrekking tot het identificatienummer bestond.
5. Alle niet volledig ingevulde formulieren. Als niet ingevuld of onvoldoende ingevuld werden die formulieren beschouwd waarop vier of meer vragen blanco waren gelaten.

3.3

De analyse van de itempool

Een belangrijke beslissing betrof de wijze waarop de itempool geanalyseerd zou moeten worden. De psycholoog kan daarbij kiezen uit een groot aantal mogelijkheden. Geleid door ervaring en doelstelling werden drie verschillende methoden overwogen: een item-analyse, een factor-analyse en een cluster-analyse.

In een item-analyse wordt nagegaan in hoeverre elk item samenhangt met een bepaald criterium. Dit criterium kan de test zelf zijn. Dan wordt per item nagegaan of het een duidelijk onderscheid maakt tussen de hoogscoorders en de laagscoorders op een test. Deze item-test correlatie is daarom zo belangrijk omdat het laat zien of elk item wel bijdraagt aan de beoogde discriminatie en of het hetzelfde meet als de andere items. Deze vorm van item-analyse moet in feite bij de constructie van iedere schaal uitgevoerd worden. Zij vormt een onderdeel van het onderzoek naar de betrouwbaarheid van de test.

Belangrijker nog is de item-criterium analyse. Daarbij wordt per item onderzocht of het een duidelijk onderscheid maakt tussen hen die een eigenschap of trek in geringe of in sterke mate bezitten of tussen hen die een bepaalde prestatie (bijvoorbeeld het slagen voor een examen) wel of niet geleverd hebben. De grote moeilijkheid bij de item-analyse ligt in de vraag of men wel een goed criterium heeft. Dat geldt voor intelligentietesten, prestatietesten en zeker ook voor testen die "geestelijke ongezondheid" of "behoefte aan psychologische hulp" zouden moeten aangeven. Voor dat laatste bestaan er geen ondubbelzinnige criteria. Sommige onderzoekers nemen als criterium de vraag of studenten van de diensten van een universitair gezondheidscentrum hebben gebruik gemaakt (Crown, 1973). Maar niet iedereen die over persoonlijke zaken eens met een hulpverlener wil spreken kan ongezond genoemd worden, terwijl er ook altijd mensen zijn die uit schaamte, gebrekkig zelfinzicht of om allerlei andere redenen geen hulp zoeken terwijl zij daar eigenlijk wel behoefte aan hebben. (1).

Geestelijke ongezondheid is geen enkelvoudig, ondubbelzinnig gegeven. Het manifesteert zich in verschillende terreinen zoals in het contact met andere mensen of in de voortgang van het dagelijks werk. Een ervaren psychiater kan in staat zijn om een bepaalde eenheid en structuur in deze uiteenlopende manifestaties te onderkennen, maar ook aan het hanteren van het onafhankelijk psychiatrisch onderdeel als extern criterium zijn bepaalde nadelen verbonden. Deze zullen later uitvoerig ter sprake komen. Voor het moment kan volstaan worden met de conclusie dat de afwezigheid van één, duidelijk criterium de keuze van de item-analyse niet aantrekkelijk maakt.

De vragenlijst moest dus geconstrueerd gaan worden met de itempool als basis. Zijn er in de itempool groepen (clusters) van items die samen een schaal kunnen vormen, en wel zodanig dat later de score's op deze schaal vergeleken kunnen worden met meer externe criteria? Men kan deze groepen zien als sterrebeelden aan het firmament. Op het eerste gezicht lijkt de hemel bezaai met losse sterren. Door nauwkeurige observatie en het meten van de afstanden tussen de sterren kunnen we in een geheel, dat met de losse hand gezaaid lijkt te zijn, groepen of structuren onderscheiden. We kunnen de hemel in kaart brengen.

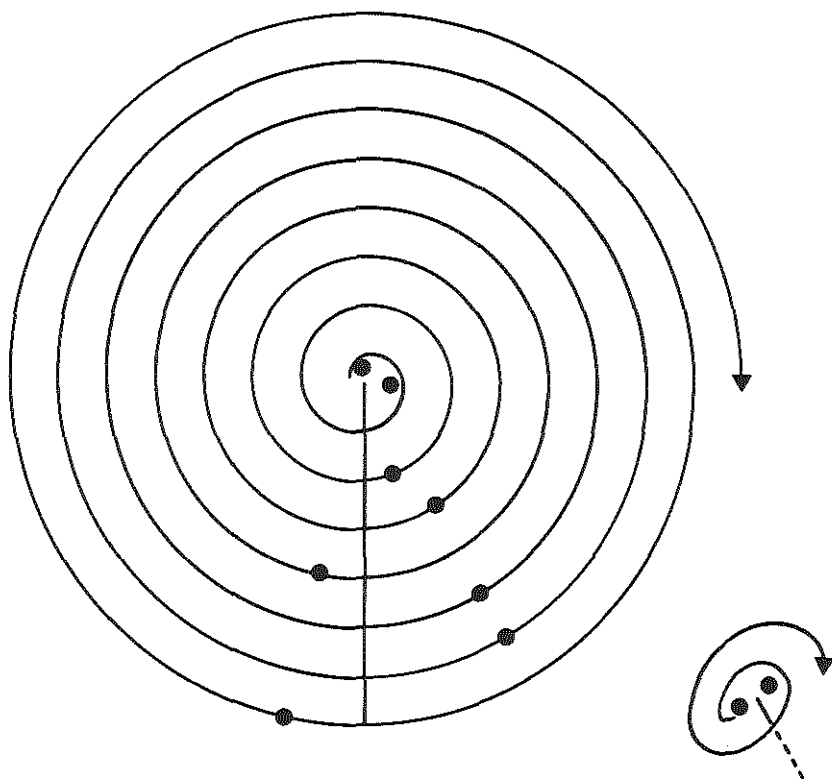
Iets soortgelijks doen we wanneer we op een grote groep gegevens een factor-analyse of een cluster-analyse toepassen. Dan wordt getracht om basispatronen of dimensies (factoren) in een complexe samenhang te vinden. Met name de factor-analyse probeert de echte grondpatronen zichtbaar te maken. Zij ordent de waarneming. Zoals bijvoorbeeld aan de samenhang van twee gegevenheden als bijvoorbeeld bloeddruk en atherosclerose een derde factor (bijvoorbeeld leeftijd) ten grondslag kan liggen, zo kunnen ook de items van een test met elkaar correleren (een sterrebeeld vormen) omdat zij een gemeenschappelijke dimensie hebben. Zij cirkelen als het ware om één as. De factor-analyse laat met andere woorden de diepte-structuur van een complexe samenhang zien. Factoriële validiteit, dat wil zeggen het langs factor-analytische weg verkregen bewijs dat de items van een test en het criterium alle één factor vormen is de hoogste, maar zelden verkregen, vorm van validiteit die in de sociale wetenschappen bestaat. Vaak bestaat een test uit meerdere factoren die alle iets van het criterium dekken. A priori was het te verwachten dat een factor-analyse meerdere dimensies in de itempool zou beschrijven. Multidimensionaliteit was echter niet in overeenstemming met de doelstelling. Een argument voor het kiezen van de factor-analyse als techniek om de itempool te analyseren is nog dat deze techniek heel duidelijk laat zien welke items het meest representatief zijn voor een bepaalde factor. De "beste" items krijgen niet alleen figuurlijk maar ook letterlijk een groter gewicht. Dat verfijnt de meting. Maar dit kan ook een nadeel betekenen. Wanneer ieder item een ander gewicht heeft wordt de uitwerking van de test moeilijker. Zo vermindert de handzaamheid van de test. Bovendien zijn gewichten vaak niet stabiel. Een tweede factor-analyse bij

een nieuwe groep proefpersonen levert vaak iets andere gewichten op. En welke moet men dan kiezen? Verfijnde gewichten tenslotte blijken vaak weinig bij te dragen aan het maken van het juiste onderscheid tussen mensen, zeker wanneer de test uit nogal wat (meer dan 15) items bestaat. Of men nu verfijnde of "ruwe" gewichten aan de items toekent, de rangorde die men van een aantal met betrekking tot een bepaald kenmerk aanbrengt is in beide gevallen vrijwel gelijk. (2). Dit feit en de wens om een unidimensioneel en handzaam instrument te ontwikkelen waren de belangrijkste tegenargumenten om met een factor-analyse de beste items uit de grote itempool te halen.

Gekozen werd dus voor de cluster-analyse. Dit type analyse zoekt naar samenhangende groepen of clusters van variabelen. In deze analyse wordt ernaar gestreefd om binnen een geheel van samenhangen een of meerdere groepen te vinden die onderling zoveel mogelijk samenhangen of consistent zijn en maximaal verschillen van andere groepen. Als methode werd de iteratieve cluster-analyse volgens Boon van Ostade genomen (Boon van Ostade, 1969). Dit is een verdere uitbouw en ontwikkeling van de methode van Wherry en Gailord. (Wherry and Gailord, 1943). In Nederland is deze methode onder andere bekend geworden door haar toepassing in de constructie van de Prestatie Motivatie Test (Hermans, 1969).

In een vergaande vereenvoudiging, die de lezer zonder statistische scholing in staat wil stellen de gedachtengang bij het construeren van het screeningsinstrument te laten volgen, kan men zich het procédé van deze methode als volgt voorstellen. Stel dat men drie klachten (variabelen) heeft, die mensen vaak tegelijkertijd uiten. Bijvoorbeeld: slapeloosheid, moeilijkheden bij het inslapen, niet fris en uitgerust opstaan. Telt men van iedere proefpersoon de antwoorden op de eerste twee vragen op (de mogelijke scores zijn dus 2,1 en 0) dan kan men verwachten dat het ja of nee antwoord op de derde vraag (uitgerust opstaan) correleert met deze somscore. De drie variabelen hebben iets gemeenschappelijks, nl. slaapstoornissen. Daarom mag men de antwoorden op deze vragen bij elkaar optellen. De somscore op deze drie variabelen (die dus 3,2,1 of 0 kan zijn) zal op zijn beurt weer samenhangen met de klacht: "Ik zit vaak over iets te piekeren". En deze variabele hangt waarschijnlijk weer samen met "concentratiestoornissen". In de

cluster-analyse nu wordt nagegaan welke variabelen één consistente groep vormen door telkens een nieuw item aan de groep toe te voegen en te toetsen of dit inderdaad met de somscore van de reeds in de groep opgenomen variabelen correleert. Dit is uitgebeeld in onderstaande tekening.



In het centrum van deze tekening ziet men twee variabelen die onderling sterk met elkaar samenhangen. De analyse "vertrekt" vanuit dit duo. Telkens wordt een variabele toegevoegd en wordt gecontroleerd of hij tot het cluster toegelaten wordt. (Deze herhalingen heten iteraties). Men ziet zo een factor ontstaan (weergegeven als een rechte lijn), waaraan steeds nieuwe items worden toegevoegd totdat de afstand tussen een item en de factor te groot wordt. Voor de analyse begon is bepaald hoe groot deze afstand minimaal moet zijn. Zij kan worden uitgedrukt in een correlatiecoëfficiënt en wordt de clustergrens genoemd.

Twee items worden in de tekening niet in het cluster opgenomen. Zij kunnen de basis vormen van een nieuw "sterrebeeld" of zijn bij geen enkele groep onder te brengen. In dat laatste geval worden zij "unieke clusters" genoemd. De clustering van de items levert een continuüm op (gaande van nul tot de som van alle items) dat kan worden opgevat als een dimensie die aan alle items gemeenschappelijk is. (3).

Een belangrijk positief argument ten gunste van de keuze van de cluster-analyse is dat zij tot het meest handzame instrument leidt. Dit type cluster-analyse werkt nl. met gedichotomiseerde items. Dat houdt in dat de antwoordcategorieën in twee helften gesplitst worden. De ene helft wordt als indicatief voor het te meten kenmerk gezien, de andere helft als indicatief voor de afwezigheid van het kenmerk of eigenschap. Alle antwoorden worden met andere woorden in 1 of 0 gecodeerd. De splitsing wordt zodanig aangebracht dat ongeveer 50% van de proefpersonen aan de ene kant en 50% aan de andere kant vallen.

Voorbeeld van het dichotomiseren van de items
(fictieve data)

	JA	?	NEE
Slaapt U slecht?	54%	6%	40%
(score)	1	0	0
Hebt U een goede eetlust?	35%	15%	50%
(score)	0	0	1
Wordt U gauw moe?	33%	29%	38%
(score)	1	1	0

Elke vraag is dus een soort weegschaal die zoveel mogelijk in balans is gehangen. De totaalscore kan men dan opvatten als het totaal aantal keren dat de balans in één richting is uitgeslagen. Dit voorbeeld van de balans toont ook het belang aan van de interne consistentie: alle in serie opgestelde weegschalen moeten hetzelfde meten.

Nu zijn alle vragen uit een geestelijke gezondheidsvragenlijst scheef verdeeld. De meeste mensen antwoorden met NEE als hen gevraagd wordt of zij last van een bepaald iets hebben. Om nu de schaal zoveel mogelijk in balans te hangen wordt telkens ook het vraagteken als indicatief voor het bestaan van de klacht beschouwd. Elke bevestiging van de klacht en elk vraagteken wordt dus als 1 gecodeerd en de totaalscore bestaat zodoende uit het totaal aantal "enen", die iemand gescoord heeft. Het scoren van de formulieren wordt zo dus heel gemakkelijk.

Deze benaderingswijze illustreert ook het velen bevreemden-de gegeven dat de psycholoog bij het maken of beoordelen van een test niet zozeer op de inhoud van de vragen en de daarop gegeven antwoorden afgaat als wel op de plaats die een proefpersoon temidden van alle andere mensen inneemt. Ogenschijnlijk zou men zeggen dat het nogal wat verschil uitmaakt of iemand bijvoorbeeld op de vraag "Bent U vaak humeurig" met een "ja" of een "vraagteken" antwoordt. Dat laatste zou men kunnen interpreteren als: Ik ben meestal niet humeurig, zodat ik geen ja kan zeggen, maar in sommige situaties of in het contact met sommige mensen ben ik het wel, zodat ik ook geen nee kan zeggen. De psycholoog waagt zich echter niet aan het interpreteren van wat een proefpersoon met een bepaald antwoord bedoelt. Ook hij weet niet hoe vaak iemand humeurig moet zijn om een bepaald antwoord te geven. Dat laat hij zijn proefpersoon maar uitmaken. De psycholoog let er alleen maar op waar iemand zichzelf op het continuum, dat loopt van het bevestigen van geen tot zeer veel klachten, plaatst. (De validatiegegevens vertellen hem welke betekenis men aan dit continuum kan hechten).

Men kan de drie antwoordcategorieën ook zien als een continuum dat loopt van de bevestiging tot de ontkenning van de klacht. Het vraagteken staat ergens tussen deze twee uiteinden in. Wanneer men dan statistisch onderzoekt hoe de onderlinge afstand van deze drie categorieën is, dan blijkt zeer vaak dat het vraagteken dichterbij de bevestiging dan de ontkenning van de klacht ligt, zodat de vraagtekens vaak hetzelfde of vrijwel hetzelfde gewicht krijgen. Het geven van gewichten aan de vraagtekens loont dan de moeite vaak nauwelijks meer.

De vraagtekens worden dus bij de zijde van de bevestiging van de klacht getrokken. In de weegschaal komen zij aan de positieve kant. Maar zelfs als men dat doet heeft nog vrijwel geen enkel item een 50% - 50% verdeling. De empirische verdelingen blijven scheef. Daarmee komt de vraag op hoe scheef de balans van iedere weegschaal mag hangen om bruikbaar te blijven. In statistische termen: welke p-waarde moeten de items minimaal hebben om voor opname in de cluster-analyse in aanmerking te komen?

In principe kan men dan twee strategieën volgen. Men kan vooral gaan letten op de vragen die slechts door een klein aantal studenten positief worden beantwoord of men kan vooral die items kiezen die de 50% - 50% verdeling het best benaderen. Zo zal de vraag "Is er iemand die Uw gedachten steelt" slechts door een zeer klein percentage positief beantwoord worden. Hetzelfde geldt voor een vraag als: "Hoort U weleens buitenaardse stemmen?" Een positief antwoord op deze vraag kan een ernstige vorm van psychose indiceren. Een hoge score op een cluster van zeldzaam bevestigde klachten wijst met vrijwel absolute zekerheid op de aanwezigheid van ernstige pathologie, met name de psychoses. Zulke ernstige psychische defecten als schizofrenie of de psychotische depressie zijn echter, zeker in een studentenpopulatie betrekkelijk zeldzaam. En als ze er zijn worden ze toch wel ontdekt. Het heeft daarom weinig praktische waarde om deze psychische defecten door middel van screeningsprogramma's op te sporen. Een tweede praktisch bezwaar is nog dat de inhoud van zeldzaam bevestigde items vaak een tamelijk bizar karakter heeft, waardoor de geloofwaardigheid en de bereidheid om de vragenlijst serieus te beantwoorden negatief beïnvloed kunnen worden. Het laten vallen van een groep relevante items heeft echter wel de consequentie dat de vragenlijst als breed-spectrum case-finding instrument in waarde afneemt. Het validatie onderzoek zal aan moeten tonen hoe groot het verlies is dat geleden werd toen bij de keuze of het akcent meer op het case-finding instrument of meer op het handzaam screeningsinstrument gelegd moest worden, het laatste de voorkeur kreeg.

Het screeningsinstrument werd dus gericht op het opsporen van de veel vaker voorkomende psychoneurotische problematiek. Psychoneurotische problemen zijn de klachten van alledag: slaapstoornissen, concentratiestoornissen, vage

lichamelijke onlustgevoelens, depressieve stemmingen, etc. Het zijn de problemen die elk mens wel kent, omdat ieder-een weleens slecht slaapt, niet op gang kan komen of zich weleens ongelukkig voelt. Psychoneurotische problemen vormen een continuum dat loop van het niet of vrijwel niet hebben van klachten tot het gebukt gaan onder zoveel of zo intense klachten dat men in het dagelijks leven niet meer vooruit kan. Neurotici zijn dus geen ander "type" mensen die zich duidelijk van de "normalen" onderscheiden. Zij hebben op een bepaald moment in hun leven meer of intenser wat iedereen wel heeft. De overgangen zijn vloeiend. Daarom hangt het zovaak van externe factoren af of iemand het stempel "neurotisch" krijgt opgelegd.

Psychoneurotische klachten zijn huis, tuin en keukenklachten. Over verkoudheid, slapeloosheid of nervositeit. Qua inhoud zijn ze niets bijzonders. Wie is er nooit eens verkouden? Maar sommige mensen zeggen dat zij vaak verkouden zijn, hoewel zij, als men hun jaarlijks aantal verkoudheden op zou kunnen tellen, even vaak of misschien zelfs minder vaak verkouden zijn dan de mensen die NEE antwoorden op de vraag of zij vaak verkouden zijn. Testpsychologisch is het niet interessant hoe vaak iemand verkouden is, maar wel of iemand al dan niet vindt dat hij vaak verkouden is. Dat geeft aan hoe hij zijn verkoudheden beleeft. Of het hem doet klagen. Wat telt is of iemand tegelijkertijd over een groot aantal gewone problemen klaagt. Iemand die veel klaagt, die zijn dagelijks leven als een zware last beleeft, is kwetsbaar en de kans is groot dat hij serieuze problemen heeft of deze zal krijgen wanneer hij in een stressvolle situatie komt. Theoretisch en praktisch is het daarom wenselijk om juist die vragen te selecteren, die op psychoneurotische klachten wijzen en dat zijn zoals gezegd veel voorkomende klachten.

Ook psychometrisch hebben veel bevestigde vragen voordelen. Zo zijn ze minder gevoelig voor de wens zich goed voor te doen, wat de betrouwbaarheid van een testuitslag ten goede komt. Vragen met een mediane moeilijkheidsgraad hebben bovendien een grotere variantie, zodat de kans op gemeenschappelijke variantie en daarmee de correlatie tussen de items groter wordt. Dit verhoogt met andere woorden de kans op het vinden van een intern consistent, betrouwbaar cluster. Wanneer bovendien alle items een p-waarde van .50 hebben

dan mag men verwachten dat de uiteindelijke schaal een normaalverdeling krijgt, wat enkele belangrijke voordelen heeft. Om de laatste reden kiest bijvoorbeeld Hermans bij de constructie van de Prestatie Motivatie Test (PMT) items die tenminste een 30% - 70% verdeling hebben. (Hermans, 1969).

Een andere redenering wordt gevolgd door Dirken bij de constructie van de VOEG. Zijn strategie was om de klagende in de VOEG zoveel mogelijk tot zijn recht te laten komen en hij koos daarom een zeer lage p-waarde, nl. van 10%. Het gevolg daarvan is dat de VOEG een heel scheve verdeling heeft gekregen, waardoor veel statistische berekeningen niet met behulp van de totaalscore kunnen worden uitgevoerd. (Dirken, 1969).

Daarom werd besloten alleen over die items een cluster-analyse uit te voeren, die tenminste een p-waarde van .20 hadden. Bij deze grens vermijdt men een al te scheve verdeling, kan men er zeker van zijn dat de klachten alledaags zijn en is de kans verkleind dat vragen die voor studenten relevant zijn, a priori worden afgewezen.

3.4

Resultaten

De waarde van het screeningsinstrument werd drie jaar achtereen nagegaan. Deze herhalingen zijn noodzakelijk om er zeker van te zijn dat de diverse onderzoeksresultaten alle in dezelfde richting wijzen, waardoor zij veel betrouwbaarder worden. Bovendien geeft dit de mogelijkheid om het screeningsinstrument te verfijnen en te verkorten en om waar nodig en mogelijk, tussentijds gerezen vragen te kunnen beantwoorden.

Terwille van de overzichtelijkheid zullen de gegevens niet per jaar maar per onderdeel besproken worden. De waarde van het screeningsinstrument zal daarbij telkens getoetst worden op zijn validiteit, zijn betrouwbaarheid en zijn praktisch nut. Het derde en belangrijkste criterium houdt in dat nagegaan wordt of de studenten wel baat hebben bij een oproep op basis van hun hoge score, en zo ja, voor hoeveel studenten dat dan geldt en wat voor hulp hen geboden kan worden.

Validiteit en betrouwbaarheid vormen standardeisen waaraan iedere test moet voldoen. Onder validiteit of geldigheid wordt verstaan dat de test inderdaad meet wat zij pretendeert te meten. Onder betrouwbaarheid wordt verstaan dat een test datgene wat zij meet ook goed meet. Zo moet bijvoorbeeld een intelligentietest de bekwaamheid om nieuwe problemen op te lossen meten en niet het aantal jaren onderwijs dat men genoten heeft. Alle vragen van zo'n test moeten iets met intelligentie te maken hebben en wanneer men de test twee keer bij iemand afneemt moet zij vrijwel hetzelfde IQ geven. Een test waarvan de validiteit en de betrouwbaarheid laag of onbekend is, is niet geschikt om daarop uitspraken over iemand te baseren.

3.4.1

De cluster-analyses

In 1969 werd de totale itempool van 124 vragen beantwoord door 1300 studenten (= 98% van de abiturienten), wier gegevens voor verwerking in aanmerking kwamen (1). Itempool en antwoordpercentages zijn weergegeven in appendix 1. Men kan deze tot op zekere hoogte ook lezen als een zelfstandige enquête, die een beeld geeft van de omvang van de psychologische problematiek bij de abiturienten van de TH. Ieder voor zich geven deze antwoorden al aan dat de emotionele problematiek bij deze groep omvangrijker is dan men meestal geneigd is aan te nemen.

Blijkens bijgeschreven commentaren waren vijf vragen slecht geformuleerd. Vierenzestig klachten werden door minder dan 20% van de studenten bevestigend beantwoord, zodat er 55 items (= vragen) voor een verdere analyse in aanmerking kwamen. Op deze groep werd een exploratieve cluster-analyse uitgevoerd en wel eenmaal met een drempelwaarde van .10, waarbij slechts een item afviel, eenmaal met .20 als drempelwaarde, waarbij een eerste subcluster gevormd werd van drie items en een uniek cluster gevonden werd, en tenslotte eenmaal met .30 als drempelwaarde. Bij de laatste analyse werd een groot cluster gevormd van 41 items en twee kleinere, weinig homogene en moeilijk interpreteerbare clusters van respectievelijk 7 en 6 items en tenslotte een uniek cluster. Het grote cluster werd vervolgens

als de eerste versie van de vragenlijst beschouwd. Hieraan werd de naam "Delftse Vragenlijst", hier verder afgekort als DV, gegeven.

In 1970 werd deze lijst opnieuw aan alle eerstejaars voorgelegd, doch nu in een iets verkorte vorm. Door doublures uit de vragenlijst te halen werd het geheel tot 35 vragen verkort. Het belangrijkste argument hiervoor was om door een verkorting de test handzamer te maken. Verkorting heeft als negatieve consequentie dat de interne consistentie van de test daalt, maar deze daling in betrouwbaarheid is zo gering dat zij niet opweegt tegen de praktische voordelen. (Bij een verkorting met 6 vragen daalt de betrouwbaarheid volgens de Spearman-Brown formule slechts met twee honderdste punt).

Ongelukkigerwijs was in 1970 echter door een administratieve vergissing het vraagteken als antwoordcategorie weggelaten. De items kregen daardoor een scheve verdeling (de meeste in de gunstige richting), die vaak afweek van de .20 - .80 verdeling, die als norm gesteld was. Een clusteranalyse is zodoende moeilijk vergelijkbaar met de gegevens uit 1969. Het wegvallen van de vraagteken categorie verhoogde tevens de non-response op een aantal items. Zo werden bijvoorbeeld de vragen "Bent U meestal gelukkig" en "Let U meer op Uzelf dan de meeste mensen" door meer dan 3% van de studenten niet beantwoord. De reden hiervoor is niet moeilijk te vinden. Bij de eerste vraag denken veel respondenten "wat noem je gelukkig" en bij de tweede vraag wordt vaak gedacht: "ik weet niet hoeveel de meeste mensen op zichzelf letten". In 1969 had 17% van de studenten het vraagteken gekozen bij de eerste vraag en 32% bij de tweede vraag. Dit commentaar, dat ook tijdens de gesprekken met de studentenartsen nogal eens geuit werd is begrijpelijk. Het is van dezelfde orde als de vraag hoe vaak "vaak" is in de vraag "hebt U vaak last van hoofdpijn?". Eerder is al uiteengezet waarom de psycholoog het antwoord op die onoplosbare vraag maar aan zijn proefpersoon overlaat. Hem gaat het om de statistische constatering dat de tegenvraag "tja, wat noemt U gelukkig" positief samenhangt met het antwoord op alle andere vragen. In principe geldt dit ook voor de vraag of men meer op zichzelf let dan de meeste mensen. Maar het bijna dubbel zo grote percentage dat hier de vraagtekencategorie kiest wijst er toch op dat hier ook

een logisch probleem meespeelt. Toen bovendien bleek dat dit item op een aantal personen irriterend werkte werd besloten dit item te laten vallen. Ook werd nog een item verwijderd dat een doublure vormde van een ander item.

In 1971 werd de DV voor de derde maal afgenomen. Zij bestond dus nu uit 33 vragen. Hierop werd een cluster-analyse uitgevoerd met een grenswaarde van .20. Alle items bleken één cluster te vormen. De laagste lading was .35. De cumulatief relatieve verdeling van de cluster score is weergegeven in appendix 4. Deze verdeling kan tevens gelezen worden als normtabel voor de DV 4. Appendix 2 toont de frequentieverdeling.

Met deze analyse werd de definitieve vorm van de DV bereikt. In het kader van een onderzoek bij derdejaars werd zij nogmaals bij een grote groep afgenomen. Deze groep had in 1969 de grote itempool beantwoord, zodat ook voor hen een cluster-analyse over de definitieve 33-vragen versie kon worden uitgevoerd. Tabel 1 geeft een overzicht van deze drie cluster-analyses. In deze tabel zijn tevens de gemiddelden en de standaard deviaties van de clusterscores opgenomen.

tabel 1

Gemiddelde en Standaard Deviatie en Laagste/Hoogste Clusterlading van de DV.

	N	laagste lading	hoogste lading	gemiddelde	Standaard Dev.
1969	1300	.32	.54	9.94	6.50
1971	907	.35	.55	9.47	6.82
1972 (derdejaars)	755	.32	.59	13.49	7.07

3.4.2

Een hiërarchische cluster-analyse van de Delftse Vragenlijst

Vooraf om studieuze redenen is ook een zogenaamde hiërarchische cluster-analyse op de DV uitgevoerd, en wel volgens de methode van Johnson. (Johnson, 1967). Het doel daarvan was enerzijds na te gaan of een ander type cluster-analyse verschillende resultaten op zou leveren en anderzijds te bestuderen of er verschillende subclusters in de DV aanwezig zijn.

Het algemene doel van de cluster-analyse is te onderzoeken of er een bepaalde structuur in de gegevens zit door na te gaan of men de gegevens in zo homogeen mogelijke groepen samen kan brengen. Het aantrekkelijke van de hiërarchische cluster-analyse is, dat elke stap van dit groeperingsproces zichtbaar gemaakt wordt, zodat men ook visueel kan controleren hoe de opbouw van kleinere naar grotere groepen, dat wil zeggen van sterk samenhangende groepen naar minder sterk samenhangende groepen, tot stand komt.

Heeft men bijvoorbeeld vijf objecten A . B . C. D. en E. met een onderling bekende afstand, dan worden allereerst die objecten bij elkaar gegroepeerd die de kleinste onderlinge afstand hebben. (Bijvoorbeeld B. en D.) Deze groep wordt vervolgens als één object behandeld, waarna gezocht wordt naar het object (bijvoorbeeld E.) dat de kleinste afstand tot de nieuw gevormde groep heeft, waarna een nieuwe groep of cluster B. + D. + E. ontstaat. In een tekening laat zich dit eenvoudig illustreren.

Op niveau 1 komen B. en D. bij elkaar en op niveau 2 wordt het cluster B. + D. + E. gevormd. Op niveau 3 komen A. en C. bij elkaar, terwijl op niveau 4 alle objecten in een geheel zijn opgenomen. Op deze manier wordt niet alleen de structuur van de samenhang der objecten duidelijk gemaakt maar kan men tevens aan de (meestal als correlatiecoëfficiënt weergegeven) niveau's de sterkte van deze samenhang aflezen.

De samenhang tussen de objecten kan berekend worden volgens een minimum en een maximum methode, afhankelijk van de wijze waarop de afstanden van de objecten tot elkaar berekend worden. De oplossing volgens het maximum model verdient daarbij de voorkeur. (Bijnen, 1969).

De boomstructuur van de DV laat één groot cluster zien, Waarin alle items op het niveau .38 samenkomen. (appendix 3). Er lijkt geen sprake te zijn van een opbouw vanuit twee of meer duidelijk herkenbare subclusters. De correlatiemaat tussen de datamatrix en de matrix van de ultrametrische afstanden (berekend met behulp van tetrachorische correlaties) bedraagt .70, wat wijst op een goede fit. Ook de hiërarchische cluster-analyse toont met andere woorden aan dat de DV een homogeen instrument is.

4.

De betrouwbaarheid van de Delftse Vragenlijst

4.1

Interne consistentie

Is de DV betrouwbaar in die zin dat alle items met elkaar samenhangen en hetzelfde meten?

De vraag of de test intern consistent of homogeen is kan men beantwoorden door de items onderling te correleren. Voor deze berekening werd de formule van Kuder-Richardson gebruikt. Tabel 2 toont de resultaten. Deze geven aan dat de Delftse vragenlijst een homogeen instrument is.

tabel 2

Interne consistentie van de DV (Kuder-Richardson)

jaar	1969	1971	1972 (3e jaars)
KR	.87	.89	.88

4.2

De stabiliteit van de DV

Een van de meest gehoorde opmerkingen over de (on)waarde van psychologische testen is dat het zo van het toevallige moment afhangt wat voor uitslag men krijgt. Men kan een slechte of juist een goede dag hebben, moe zijn, juist iets rots hebben meegemaakt, angstig zijn omdat van de uitslag zoveel kan afhangen, etc.

Deze opmerking is belangrijk. Mensen veranderen. Zij kunnen in de put zitten of extra goed uitgerust zijn. Al deze omstandigheden beïnvloeden uiteraard de score op een test. Is zo'n uitslag dan nog wel iets meer waard dan een moment-opname? Hoe kan de psycholoog claimen dat zijn testen iets over de persoon zelf te zeggen hebben?

Laten we nu eens aannemen dat een testuitslag inderdaad niet meer is dan een moment-opname, van toevallige omstandigheden afhankelijk en dus nogal onbetrouwbaar. Wanneer we de test dan nog eens afnemen moet er dus een heel andere uitslag gevonden worden. De eerste score voorspelt dus helemaal niet wat de score zal zijn wanneer de test nog eens wordt ingevuld. De score is met andere woorden niet stabiel. Deze uitspraak is te toetsen. Vertaald in statistische termen luidt zij: er bestaat geen correlatie tussen de scores op dezelfde test wanneer deze tweemaal wordt afgenomen.

Om de stabiliteit van de Delftse Vragenlijst te toetsen werd de DV zowel in 1969 als in 1970 en 1971 opnieuw aan een aselechte steekproef van studenten voorgelegd. Deze

groepen bestonden uit die studenten die uitgenodigd waren om aan het zogenaamde valideringsonderzoek deel te nemen. Bovendien kon vanuit het derdejaars onderzoek de stabiliteit van de DV over een periode van 2½ jaar berekend worden. Tabel 3. toont de stabiliteitscoëfficiënten, uitgedrukt in produkt-moment correlaties.

tabel 3

Stabiliteit van de DV				
	1969	1970	1971	derde- jaars
N	53	59	44	755
tijd tussen eerste en tweede afname	2 maanden	5 maanden	3 maanden	2½ jaar
stabiliteit	.79	.76	.76	.52

Deze correlaties zijn zo hoog dat geconcludeerd mag worden dat een score op de DV een tamelijk stabiel karakter heeft en dat grote verschuivingen binnen twee testafnames in het algemeen niet voor zullen komen. Het zal met andere woorden maar heel weinig voorkomen dat iemand om toevallige redenen de ene keer een hoge score behaalt en bij een tweede afname een heel lage, of omgekeerd. (1).

Wat geldt voor de totaalscore geldt ook voor elke individuele vraag. Per item werd nagegaan, met behulp van de zogenaamde phi-coëfficiënt, of zij die in 1969 een vraag positief beantwoordden, dit ook in 1972 zouden doen. Voor alle items werden statistisch significante stabiliteitscoëfficiënten gevonden. Tabel 4. laat de correlatie zien van het item met de laagste stabiliteit.

tabel 4

Stabiliteit van het item met de laagste stabiliteit over een periode van twee-en-een-half jaar.

		1972		
		nee	ja	
1969	nee	371	181	$\chi^2 = 20.38$
	ja	100	103	$\phi = .16$

4.3

De standaard meetfout van de DV

De interne consistentie van de test mag dan wel goed genoemd worden, van de andere kant is zij niet gelijk aan 1.00. De betrouwbaarheid is dus niet volmaakt. Er zit een zekere ruis in de test, waardoor meetfouten ontstaan. Hoe groot de kans op een fout is valt af te leiden uit de zogenaamde standaard meetfout. Deze wordt berekend met behulp van de standaarddeviatie en de maat voor de betrouwbaarheid van de test.

De formule is: $SE = \sigma \sqrt{1 - r_{tt}} = 6.50 \sqrt{1 - .87} = 2,34$.

Dit betekent dat we met een zekerheid van 2 op 1 kunnen zeggen dat de "ware" (maar onbekende) score van iemand die bijvoorbeeld 12 scoort, ligt tussen een score van $12 - 2,34$ en $12 + 2,34$ of afgerond tussen 10 en 14. (Guilford, 1965).

5.

De validiteit van de Delftse Vragenlijst

5.1

Het probleem van het criterium

Het voorafgaande heeft ons geleerd dat uit een grote itempool een coherente lijst te destilleren is, bestaande uit relatief veel voorkomende klachten van psychoneurotische aard, en dat de hoogte van een score op deze vragenlijst maar zelden geheel door toevallige, momentane factoren bepaald wordt.

Van deze vragenlijst valt echter nog te bewijzen dat zij aan haar doel beantwoordt. Dat doel is een indicatie te geven dat het wenselijk is een student om redenen van geestelijke gezondheid voor een oriënterend gesprek uit te nodigen. Het is m.a.w. nog aan te tonen dat de vragenlijst "geestelijke ongezondheid" meet. Dit onderdeel van de testconstructie, waarin getracht wordt het bewijs te leveren dat de test inderdaad meet wat zij pretendeert te meten, draagt de vakterm "validering" of "validatie".

"Geestelijke ongezondheid" werd zojuist met enige nadruk tussen aanhalingstekens geschreven. Het is nl. onmogelijk om exact te definiëren wat daaronder verstaan dient te worden. Waaraan lezen we af of iemand om psychologische redenen al dan niet hulp nodig heeft? Wie heeft het recht dat uit te maken? Waarop baseert hij zijn oordeel? Wat is normaal? Betekent "goed aangepast zijn" of het zonder heftige crises en conflicten door het leven gaan wel gezondheid? Of is zo iemand dan juist een saaie doerak in wie alle fantasie, alle verantwoordelijkheidsgevoel, alle begaanheid met mens en wereld gestorven is? Is de neurose soms niet het zout in de pap? "A writer's goldmine"? Een element van creativiteit? Of een aanwijzing dat iemand nog ziet hoe de wereld reilt en zeilt met zijn onrecht, zijn uitbuiting, zijn vervreemding? Wie zou er niet depressief van worden?

Vragen te over. Terechte vragen. Zij wijzen alle in één richting. Wat is het criterium? Wat mag het zijn?

Nu is in ieder validiteitsonderzoek het vinden van een goed criterium een van de moeilijkste opgaven. Wat zou men bijvoorbeeld als criterium moeten nemen wanneer men wil onder-

zoeken of een bepaalde persoon of een groep "vervreemd" is? Of wat is een goed criterium voor intelligentie? Kan men wel een vorm van slim gedrag bedenken, waarop ervaring of opleiding niet veel invloed hebben? De vraag naar het goede criterium is even belangrijk of misschien nog belangrijker dan de keuze van de vragen of de opgaven, die een bepaald gegeven willen meten. Dat geldt voor vrijwel iedere vragenlijst die in de sociale wetenschappen gebruikt wordt. Het geldt bij uitstek voor vragen die een zo beladen en normatief begrip als "geestelijke ongezondheid" zouden meten. Wat is de norm?

De vraag naar de norm is zo moeilijk en in principe zo onoplosbaar dat men zou kunnen of misschien wel moeten overwegen om de onmacht te bekennen en het zoeken van criteria verder maar te vergeten. Dan wekt men in ieder geval geen valse verwachtingen en valse pretenties met alle nadelige consequenties van dien. Maar van de andere kant ontnemt men zich dan iedere mogelijkheid om wat te doen voor mensen in psychische nood. Want wat men dan ook voor alternatieven kiest, steeds blijft daarbij een notie van wat geestelijke gezondheid is impliciet of expliciet meespelen. Wij weten niet wat geestelijke ongezondheid is. Maar is een ontologische definitie eigenlijk wel nodig? Wat ieder van ons wel weet is dat de aanwezigheid van emotionele problematiek zich op een groot aantal levensgebieden manifesteert en daar ook als zodanig herkenbaar is. Maar daarmee ontstaat ook de mogelijkheid om na te gaan of een psychologisch instrument samenhangt met het al dan niet disfunctioneren op een relevant gebied. De herkenbaarheid van psychologische problematiek opent althans in principe de mogelijkheid dat een beoordelaar de aanwezigheid daarvan kan vaststellen. Wanneer al deze criteria in één richting wijzen, dan wordt het toch wel moeilijk om alle validiteit aan een meetinstrument te ontfangen.

Over één criterium kan men het waarschijnlijk snel eens worden. Iemand komt voor psychologische hulp in aanmerking wanneer hij of zij daar vrij en zelfstandig de wens toe te kennen geeft. Het is in principe het recht om serieus genomen te worden. Concreter geformuleerd betekent dit dat studenten, die spontaan de wens te kennen geven om over persoonlijke problemen met iemand anders van gedachten te wisselen, in staat geacht moet worden om de aanwezigheid

van emotionele problematiek bij zichzelf te onderkennen. In het kader van een validatie-studie kan uit deze gedachtengang de hypothese afgeleid worden dat die studenten die spontaan de wens op een gesprek met een studentenarts, -psycholoog of -psychiater te kennen geven, hoger zullen scoren op een psychologisch screeningsinstrument dan zij die deze wens niet uiten. Of iets anders geformuleerd: de pretentie dat de Delftse Vragenlijst een behoefte aan hulp indiceert kan getoetst worden aan het criterium van de subjectief ervaren wenselijkheid van hulpverlening.

Maar alhoewel dit criterium vanwege het vrije en democratische karakter zeer aantrekkelijk is, kleven er toch enkele bezwaren aan, die het ongeschikt maken om als enig criterium te dienen. In sommige gevallen kan immers het uiten van deze wens juist op een goed zelfinzicht en een goede gezondheid wijzen, terwijl het niet uiten van deze wens in andere gevallen op een gebrekkig zelfinzicht of zelfs op een totaal psychisch disfunctioneren kan wijzen. Het probleem van het criterium in de geestelijke gezondheidszorg wordt juist door dit laatste veroorzaakt. Het zelfinzicht kan zo vertroebeld of afwezig zijn dat iemand er geen idee meer van heeft hoe schadelijk, ondragelijk en destructief zijn gedrag voor hemzelf en voor anderen is. Dat dit voorkomt, daarover hoeft geen twijfel te bestaan. Het probleem ligt bij de overgangssituaties, waarin mensen voor andere mensen uitmaken of iets nog wel acceptabel is. Wanneer is iets acceptabel? Wanneer nog wel, wanneer niet meer? Waarom? Een hele scala van normen en waarden, van machtsposities of subjectieve onmachtsgevoelens, van de positie van de beoordeelde en de beoordelaar in de sociaal-economische structuur is hierbij in het geding. Al deze normen zijn bovendien gekoppeld aan de situaties waarin bepaalde gedragingen voorkomen. Zo vinden we het acceptabel dat iemand huilt op de begrafenis van een familielid, maar abnormaal of inacceptabel wanneer hij of zij dit doet bij moeilijkheden in de werksituatie.

Onze oordeelsvorming is wankel. Niet alleen omdat we mensen zijn met persoonlijke vooroordelen en tekorten in de tussen-menselijke waarneming. Een belangrijker en moeilijker te onderkennen foutenbron ligt in het feit dat iedereen gedoemd is te denken en waar te nemen vanuit een referentiekader dat tijd- en cultuurgebonden is. Onze nor-

men zijn geen absolute normen. Hoe is bijvoorbeeld niet onze houding ten aanzien van de homosexualiteit veranderd? En wie zal durven beweren dat onze waardering van depressieve gemoedstoestanden altijd hetzelfde zal blijven?

Het criterium van de beoordelaar is altijd zwak en relatief. Maar wie ervaring heeft met mensen, die in ernstige psychologische moeilijkheden verkeren (en wie heeft dat helaas niet), weet dat deze relativiteit ook weer niet absoluut is. Mensen hebben vaak dermate grote emotionele problemen dat voor ieder die hen of hun gezinsleden serieus neemt het duidelijk is dat hulp geboden moet worden. En voor wie veel ervaring heeft met deze mensen is het mogelijk om diepte, ernst en omvang van de klachten te peilen.

Wijsgurig gesproken beroepen we ons hiermee in laatste instantie op de "common sense", op het "gezond verstand", dat ondanks alle relativeringen toch telkens weer constateert dat hier en nu mensen geholpen moeten worden. Het is niet zo'n vaste grond, maar daarmee moeten we het en kunnen we het doen. We hebben niet beter. De onderzoeker is dan wel verplicht om zo duidelijk en uitgebreid mogelijk aan te geven waarop hij zijn oordeel baseert, om al zijn "idolen" uit te stallen. In deze validatie-studie, waarin grote waarde toegekend wordt aan het psychiatrisch oordeel, zal daarom heel uitvoerig op de interne structuur van dit oordeel worden ingegaan. Maar ook aan het oordeel van de studentenartsen, die volledig vertrouwd zijn met de TH en zijn bevolking, hechten wij zo'n grote waarde, dat het als validatiecriterium gebruikt zal worden.

Tenslotte is nog een vierde criterium mogelijk, nl. dat van het objectieve of voor ieder waarneembare gedrag. "Geestelijke ongezondheid" houdt een vergrote kans in dat iemand faalt in het verwezenlijken van zijn eigen mogelijkheden. Vertaald voor Delft betekent dit dat verondersteld mag worden dat de aanwezigheid van emotionele problematiek een dusdanige negatieve invloed op het verloop van de studie heeft dat deze of vertraagd verloopt of vroegtijdig afgebroken wordt. Ook dit criterium is niet absoluut omdat een studie om velerlei redenen vertraagd of afgebroken kan worden. Maar wanneer desondanks toch een relatie gevonden wordt, dan kan het validiteitsargument daardoor alleen aan

betekenis winnen.

Samenvattend kan gezegd worden dat alhoewel er geen enkel ondubbelzinnig criterium voor behoefte aan psychologische hulp bestaat, het scepticisme dienaangaande toch niet hoeft te verhinderen om de volgende vier uitspraken, die gezamenlijk de validiteitstoets vormen, aan een toets te onderwerpen. (1).

- a. Er bestaat een positieve samenhang tussen de scores op de Delftse Vragenlijst enerzijds en de spontaan geuite behoefte aan een gesprek met een studentenarts, -psycholoog en -psychiater. (2).
- b. Er bestaat een positieve samenhang tussen de scores op de Delftse Vragenlijst enerzijds en studievertraging en studiestaking anderzijds.
- c. Er bestaat een positieve samenhang tussen iemands score op de Delftse Vragenlijst en zijn emotionele toestand, zoals deze gezien wordt door een studentenarts.
- d. Er bestaat een positieve samenhang tussen iemands score op de Delftse Vragenlijst en zijn emotionele toestand, zoals deze gezien wordt door een psychiater.

5.2

Delftse Vragenlijst en de subjectief ervaren wenselijkheid van hulp.

Aan de jaargang 1971 en aan hen die in 1972 derdejaars waren werd respectievelijk bij inschrijving en in de derdejaars enquête de vraag voorgelegd of zij een gesprek met een studentenarts, een studentenpsycholoog of een studentenpsychiater op prijs stelden. Met deze vraag wilden wij drie dingen nagaan. Op de eerste plaats was het wenselijk gebleken om eens vast te stellen hoeveel studenten positief zouden reageren op de vraag of zij een gesprek met een hulpverlener wensten. Tot nu toe was alleen het spontane aanbod bekend, maar niet ieder die een gesprek wenst komt er ook toe om eens een afspraak met iemand te maken. Op de tweede plaats was in de loop van het onderzoek de vraag opgekomen of een screeningsinstrument wel nodig was en niet eenvoudig

vervangen kon worden door de open vraag "wilt U graag eens komen praten"? Is immers zo'n directe vraag niet eerlijker en efficiënter dan de omweg van een vragenlijst, waarvan de argeloze eerstejaars niet weet wat daarmee gebeurt? Op die vraag komen wij in het laatste hoofdstuk terug. Dan zal blijken dat een screeningsinstrument toch niet door één, rechtstreekse vraag vervangen kan worden. Op de derde plaats geven de antwoorden op deze vraag de mogelijkheid om de DV op zijn validiteit te toetsen. In tabel 5. is weergegeven hoeveel procent van de studenten de drie vragen positief beantwoordden en wat de gemiddelden van de ja-zeggers en de nee-zeggers op de DV waren. (1).

Alle verschillen in deze tabel zijn statistisch significant op één uitzondering na, namelijk de score op de DV in 1969 en de wens een gesprek met een psychiater te hebben zoals deze 2½ jaar later geuit wordt. Deze resultaten bevestigen dat er een zekere validiteit aan de Delftse Vragenlijst toegeschreven mag worden. Hij blijkt zelfs over een periode van 2½ jaar samen te hangen met de wens op een gesprek met een psycholoog of studentenarts.

In het voorbijgaan willen we nog wijzen op de hoge percentages derdejaars die een gesprek aanvragen. Zo zou 20% van de derdejaars graag een psycholoog spreken en 11% graag een psychiater. Dat kan wijzen op een toename in emotionele problematiek, voor welke hypothese in de volgende paragraaf een empirisch argument gegeven zal worden, maar ook op een verlaging van de drempel, die het bij-effect is van een actief programma van secundaire preventie. (2).

tabel 5 - 51 - DV en subjectief ervaren wenselijkheid van een gesprek met een hulpverlener

	eerstejaars 1971		derdejaars 1972		score bij inschrijving 1969	
wenst gesprek met	JA	NEE	JA	NEE	JA	NEE
<u>studentenarts</u>						
N	24	865	145	915		
procentueel	3%	97%	14%	86%		
gemiddelde score op DV)	12,30	9,30	16,90	12,99	11,92	9,69
t/F	2.10 (p < .04)		24.50 (p < .01)		9.28 (p < .01)	
<u>studentenpsycholoog</u>						
N	39	840	206	851		
procentueel	4%	96%	20%	80%		
gemiddelde score op DV)	14,33	9,11	16,63	12,75	11,27	9,63
t/F	4.76 (p < .01)		33.77 (p < .01)		6.87 (p < .01)	
<u>studentenpsychiater</u>						
N	21	859	113	943		
procentueel	2%	98%	11%	89%		
gemiddelde score op DV)	13,29	9,26	17,11	13,05	10,83	9,83
t/F	2.70 (p < .01)		20.18 (p < .01)		1.44 (n.s)	
significantie-toets	t-toets		One-way variantie analyse			

5.3

Delftse Vragenlijst en studiestaking/studievertraging

Het volgend criterium, waaraan getoetst wordt of de DV inderdaad de aanwezigheid van emotionele problematiek weergeeft, bestaat uit het natrekken van de relaties tussen de scores op de DV en een voor Delft relevant criterium voor slagen of falen in de verwerkelijking van de eigen mogelijkheden. Dit criterium kan gevonden worden in het verloop van de studie.

In zekere zin is het een hoog spel om studiestaking en studievertraging als criterium te nemen, omdat het studieverloop aantoonbaar van vele factoren afhankelijk is. Zo heeft een brede commissie onder voorzitterschap van De Groot in de vijftiger jaren al aangetoond hoe intelligentie, de cijfers behaald voor de exacte vakken op het eindexamen en de (verkeerde) keuze van de studierichting samenhangen met studiemislukking en studievertraging (De Groot, z.j.) Buitenlands onderzoek geeft tot nu toe geen helder beeld over de relatie tussen studiesukses en emotionele stabiliteit. Soms wordt een positief verband, soms wordt geen, en soms wordt een kromlijning verband gevonden, wat mede afhankelijk is van de maat die men hanteert voor studiesukses (1). In Nederland heeft Saenger - Ceha als onderdeel van haar dissertatie een aantal "drop-outs" vergeleken met een controle groep op hun score voor neuroticisme. Zij vond geen verschil tussen beide groepen maar voegt daar aan toe dat dit vanwege het retrospectieve karakter van haar onderzoek weinig zegt. (Saenger - Ceha, 1970) De vraag is dus of dit verband wel gevonden wordt wanneer het onderzoek prospectief gedaan wordt.

Om de relatie tussen DV en studiestaking na te trekken werd de studentenadministratie van de TH gevraagd om een opgave van de studenten uit de jaargang 1969, die hun studie in het eerste jaar gestaakt hadden. De administratie verstrekte deze gegevens, waarbij een onderscheid gemaakt werd in vijf groepen:

- A : Studie gestaakt in cursusjaar 1969-1970 (64 studenten)
- B : Studie onderbroken (tijdelijk gestaakt) in het cursusjaar 1969/1970 (8 studenten)

- C : Niet meer ingeschreven in het cursusjaar 1970/1971 wegens staking van de studie. (141 studenten)
- D : Niet meer ingeschreven in het cursusjaar 1970/1971 wegens onderbreking van de studie. Administratief bekend geworden in het cursusjaar 1970/1971 (38 studenten)
- E : Niet meer ingeschreven in het cursusjaar 1970/1971 wegens onbekende redenen, d.w.z. ultimo mei niet geantwoord op schriftelijke enquête, c.q. verklaard alsnog te zullen inschrijven (38 studenten).

In totaal hebben dus 286 studenten hun studie in het eerste jaar gestaakt of onderbroken. Van 155 studenten is de score op de DV bij inschrijving bekend. Dit percentage van 54% bekende score's is aanzienlijk lager dan wat op grond van de algemene response van 98%, die bij inschrijving geconstateerd werd, verwacht mocht worden. Is er iets bijzonders aan de hand met deze groep, waardoor zij minder in aanmerking komt om als proefgroep voor de studiestakingshypothese te dienen?

Bij nadere analyse blijkt dat 30% van de ontbrekende gegevens komt van personen die bij inschrijving ouder waren dan 23 jaar, 5% van meisjes, waarvan de gegevens vanwege de kleine groep niet verwerkt waren, terwijl nog eens 18% van deze studiestakers zich na 1 januari 1970 had laten inschrijven en om die reden niet opgenomen waren in het bestand, waarover de berekeningen zijn uitgevoerd. Van iets meer dan de helft van deze groep is dus te achterhalen waarom hun score's onbekend zijn. Van de totale groep studiestakers ontbreekt daarmee 15% om onbekende redenen. De mogelijkheid dat er een ernstige vertekening in het totaalbeeld zit lijkt ons niet zo groot dat de voorgenomen toets niet uitgevoerd zou mogen worden.

Ter toetsing van de hypothese dat zij die hun studie voortijdig staken als groep gekenmerkt worden door een hogere score op het screeningsinstrument werd voor ieder van de vijf groepen een cumulatieve relatieve frequentieverdeling gemaakt van hun score's op de DV om deze vervolgens te vergelijken met de distributie van hen die hun studie niet gestaakt hadden. Vervolgens wordt dan vergeleken of het percentage proefpersonen dat boven een bepaald punt scoort

in de ene groep belangrijk afwijkt van het percentage proefpersonen uit de andere groep dat boven datzelfde punt scoort. Stel bijvoorbeeld dat slechts 20% van de "blijvers" een score heeft van 20 of hoger en dat 45% van de stakers boven dat punt scoort dan mag geconcludeerd worden dat beide groepen niet toevallig van elkaar afwijken. Deze toets draagt de naam van de ontwerpers Kolmogorov - Smirnov toets. (Siegel, 1956). Tabel 6 laat de uitslagen zien.

tabel 6

Score op de DV en studiestaking/studieonderbreking

groep	N	Mediaan "blijvers"	Mediaan "stakers"	χ^2
Stakers (A + C + E)	132	11	14	11.39 (.01)
Onderbrekers (B + D)	22	11	12	2.14 (n.s.)

Vanwege de kleine aantallen zijn enkele groepen gecombineerd, mede omdat de administratieve indeling vanuit psychologisch gezichtspunt minder relevant is. Ter illustratie zijn van iedere groep ook de medianen opgegeven. (De mediaan is het punt waarboven 50% scoort).

Dit resultaat toont aan dat er een positieve relatie is tussen studiestaking in het eerste jaar en emotionele problematiek. Uit de groep van hen die boven de "rode streep", dat is het punt waarboven de studentenartsen voor een gesprek gaan uitnodigen (zie paragraaf 8) bleek 24% de TH in het eerste jaar verlaten te hebben.

Gegevens met betrekking tot studievertraging kunnen aan het derdejaars onderzoek ontleend worden (2). De resultaten zoals deze in tabel 7 weergegeven zijn spreken daarbij voor zichzelf. In deze tabel zijn alleen de score's bij inschrijving opgenomen omdat in dit verband alleen aan prospectief verkregen resultaten enige bewijskracht toekomt. Omdat de resultaten van dit onderzoek ook op zichzelf interessant en belangrijk zijn, worden zowel de aantallen ge-

geven van de derdejaars die de enquetevragen beantwoordden als van hen wier inschrijvingsscore bekend was. Dit laatste getal is uiteraard iets kleiner. In de tabel is dit getal telkens tussen haakjes aangegeven. Het is op het kleinere getal dat de berekeningen zijn uitgevoerd. De berekeningen bestonden uit een z.g. one-way variantie analyse.

tabel 7

Score op de DV en studievertraging

Hoeveel ligt U voor of achter bij het officiële studieprogramma?

	N	%	(N)	score	F
ik lig voor	66	06	(34)	9,15	
ik lig gelijk	258	24	(168)	8,09	
een maand achter	59	05	(37)	11,10	
2 tot 3 maanden achter	142	13	(99)	10,16	3.65
3 tot 6 maanden achter	140	13	(110)	11,36	p < .01
6 tot 12 maanden achter	304	28	(230)	10,26	
meer dan een jaar achter	114	11	(76)	10,38	

Bent U veranderd van studierichting?

	N	%	(N)	score	F
Ja	112	11	(82)	10,45	0.56
Nee	966	89	(673)	9,99	ns.

Denkt U er wel eens over om van studierichting te veranderen?

	N	%	(N)	score	F
Ja	202	19	(149)	11,34	8,23
Nee	878	81	(602)	9,63	p < .01

Denkt U er wel eens over om met Uw studie op te houden?

	N	%	(N)	score	F
Ja	235	22	(160)	12,02	21,06
Nee	851	78	(595)	9,39	p < .01

Van deze resultaten komt alleen de eerste vraag in aanmerking om als bewijsstuk voor de validiteit te dienen, omdat het hier gaat om een constateerbaar feit. De andere vragen hebben eerder betrekking op een beleving van de studie en daarom mag men zowiezo verwachten dat twee typen "self-report" (die in feite de gemeenschappelijke component hebben "voelt U zich prettig" of "zit U vaak te piekeren") een zekere correlatie vertonen. Veranderen van studierichting kan niet gezien worden als een criterium voor het belemmerd zijn in de verwerkelijking van de eigen mogelijkheden en is om die reden ongeschikt om als valideringscriterium gebruikt te worden. (Zij die veranderd zijn van studierichting blijken in 1972 significant hoger te scoren, maar dit resultaat is ook te interpreteren als een gevolg van studieverandering). De verschillen op de eerste vraag ondersteunen de validiteitsclaim, zoals dat ook de samenhang met studiestaking deed. De antwoorden op de andere vragen illustreren hoe emotionele problematiek interfereert met het verloop van de studie. De antwoorden vertellen bovendien van een omvangrijke onzekerheid bij de derdejaars of zij wel op de goede weg zitten. Wellicht is het daarom ook dat zo'n hoog percentage opgaf een gesprek met een hulpverlener op prijs te stellen.

5.4

Delftse Vragenlijst en het oordeel van de studentenartsen

Drie jaar achtereenvolgend hebben de studentenartsen een aselechte groep eerstejaars uitgenodigd voor een gesprek. (1) Voor dit gesprek begon werd de studenten gevraagd de Delftse Vragenlijst nog een keer in te vullen (wat de mogelijkheid bood om de stabiliteit van de DV te bepalen), terwijl zij aan het einde van het gesprek uitgenodigd werden om met het psychiatrisch onderzoek mee te doen. Het gesprek werd de studenten aangeboden als een onderzoek bij een door het toeval bepaalde groep eerstejaars over de lichamelijke en geestelijke gezondheid van abituriënten. De artsen waren uiteraard onwetend van de score's op de DV voor het lichamelijk onderzoek en het gesprek over eventuele psychische problemen begon.

De bevindingen werden vastgelegd op een aantal zogenaamde 7-puntsschalen. (appendix 5). Dat zijn een zeer eenvoudig type schalen, waarop de beoordelaar uit zeven posities kan kiezen wat hij het meest van toepassing acht. Bijvoorbeeld:

niet neurotisch 1 2 3 4 5 6 7 neurotisch

De beoordelingen worden zodoende kwantitatief verwerkbaar en kunnen nu aan de score's op de DV gecorreleerd worden. Tabel 8 toont de resultaten. Hiervoor is de score gebruikt behaald bij de tweede afname. (2).

tabel 8

Produkt-moment correlaties tussen DV en beoordeling door de studentenarts

	1969	1970	1971
De student heeft veel klachten	.52	.35	.57
De klachten hebben vooral een psychische achtergrond	.56	.29	.38
De student is angstig	.33	.08	.21
De student is depressief	.46	.17	.35
De student is geestelijk labiel	.57	.18	.41
De student is neurotisch	.55	.22	.38
De student is geestelijk ongezond	.43	.19	.29
De student kan zijn werk niet goed doen	.44	.38	.46
N	53	59	44
Significantiegrens			
.05	.23	.23	.25
.01	.32	.32	.34

Omdat in geen van de drie onderzoeksjaren een student in de steekproef was opgenomen met psychotische gedragskenmerken, is in de tabel de beoordeling "psychotisch" achterwege gelaten.

Het totale veld van correlaties laat een vrij duidelijke, positieve samenhang zien. Deze samenhang ondersteunt de claim dat de DV valide is. Alleen de correlaties van 1970 liggen iets lager dan voor beide andere jaren. Dit is waarschijnlijk veroorzaakt door het feit dat in 1970 een nieuwe arts tot het team toegetreden was en deze dus minder ervaring met studenten had.

Bij het lezen van deze tabel moet men erop bedacht zijn dat het gevaarlijk is afzonderlijke correlaties te interpreteren. Zo zou men geneigd kunnen zijn om aan de hand van kleine verschillen te concluderen dat de DV eerder gevoelig is voor het oordeel neurotisch dan voor de depressieve indruk die de student maakt. Onderling correleren alle beoordelingen echter nogal sterk, waardoor het mogelijk is dat een bepaalde correlatie tussen test en criterium medebepaald wordt door de onderlinge samenhang van criterium-uitspraken.

5.5

Delftse Vragenlijst en het oordeel van een psychiater

Omdat het Delfts onderzoek niet alleen ten doel had een screeningsinstrument voor studenten te ontwikkelen maar ook bij moest dragen aan de ontwikkeling van een case-finding instrumentarium werd aan het psychiatrisch oordeel een zeer grote betekenis gehecht. Daarom zal in deze sectie van het verslag vrij gedetailleerd op de opbouw van dit onderzoek en op de interne structuur van het psychiatrisch oordeel ingegaan worden. Indien ergens, dan moet toch hier uitvoerig verantwoord worden hoe de oordeelsvorming tot stand kwam. Een correlatie tussen een test en een criterium zegt immers in principe evenveel over het criterium als over de test. De eigenschappen van de test op zichzelf zijn hiervoor al ter sprake gebracht. Nu zal ook het criterium aan een onderzoek onderworpen worden. Op deze manier wordt het enerzijds beter mogelijk om de in dit onder-

zoek gehanteerde criteria van psychisch disfunctioneren te verduidelijken, zoals deze in dit onderzoek gehanteerd zijn, en wordt het anderzijds beter mogelijk om aan te geven wat de test wel en wat zij niet vermag, wat zij wel en wat zij niet waard is.

De functie van het psychiatrisch onderzoek in het geheel van de Delftse studie is drieledig:

1. Het bepalen van de relatie tussen de vragenlijst en het oordeel van een psychiater over het psychisch functioneren. Als zodanig vormt dit onderzoek een deel van de validatie-studie.
2. Het schatten van de psychische morbiditeit bij eerstejaars studenten, om aan de hand daarvan
3. te bepalen vanaf welke score de studentenartsen de studenten voor een gesprek zouden moeten uitnodigen.

5.5.1

De opbouw van het psychiatrisch onderzoek

Het enige ons bekende psychiatrisch onderzoek dat voor 1969 bij een groep niet-patiënten was gedaan werd uitgevoerd door Giel in een huisartsenpraktijk te Stolwijk. (Giel, 1971). Van zijn ervaringen konden wij profiteren bij het opstellen van het psychiatrisch interview. Hier en daar is zijn onderzoeksprotocol uitgebreid, met name door toevoeging van enkele schalen die in buitenlands onderzoek gebruikt werden. (Srole, 1962).

Het interview is opgebouwd als een semi-gestructureerd, open gesprek. Nadat naam, geboortedatum, stamnummer en geslacht geregistreerd zijn start het onderzoek met een vraag naar enkele descriptieve gegevens: burgerlijke staat, studierichting en bron van studiefinanciering. Daarna wordt gevraagd hoe het met de studie gaat en hoe de aanpassing aan het studentenleven (woonsituatie, voeding, omgang met medestudenten) verloopt. De psychiater legt de antwoorden vast in een van de drie volgende beoordelingen: bevredigend, twijfelachtig, onbevredigend. Vervolgens vraagt de psychiater of de student bepaalde problemen, moeilijkheden of klachten heeft. In feite opent hij het gesprek met de vraag "hoe gaat het er mee", waarna alle

zojuist genoemde vragen in een soepele opeenvolging gesteld kunnen worden.

Daarna tast de psychiater met een of twee open vragen een aantal psychopathologische gebieden af, te weten: neurotische verschijnselen, verschijnselen van angstneurotische reaktievormen, van depressie, van hypomane stemmingswisselingen, van paranoïde reaktievormen, van dwang, van chronische psychosen met name schizofrenieën, van hysterische reaktievormen en van identiteitsstoornissen.

Na deze sectie komt de relatie tot de gezinsleden (waarbij de categorieën "goede relatie", "storende onenigheid" en "wil weg uit het gezin" gebruikt worden), de sociale aanpassing (met als beoordelingscategorieën "in het algemeen geen problemen", "moeite met kontakten leggen" en "sociaal geïsoleerd"), en de sexualiteit aan de orde. Bij dit laatste wordt een onderscheid gemaakt tussen het oordeel van de onderzochte (beoordelingscategorieën "problematisch", "niet-problematisch") en het oordeel van de onderzoeker (beoordelingscategorieën "gezonde verwerking", "problematische verwerking", "pathologische verwerking").

In het onderzoek van 1971 werd hierna nog gevraagd naar het oordeel van de student over de vroegere situatie thuis ("prettig", "onduidelijk", "onprettig") en naar zijn schoolervaring ("prettig", "onduidelijk", "onprettig").

Hiermee is het interview in principe afgesloten. De psychiater legt daarna zijn oordeel vast op een aantal schalen. Hij start met een beschrijving van de status quo en gebruikt daarvoor de volgende 7-puntsschalen:

Geestelijk stabiel	1 2 3 4 5 6 7	geestelijk labiel
Hoge psychische draagkracht	1 2 3 4 5 6 7	grote kwetsbaarheid
Duidelijke groei-moeilijkheden	1 2 3 4 5 6 7	sterke fixaties
Helemaal niet neurotisch	1 2 3 4 5 6 7	sterk neurotisch
Helemaal niet psychotisch	1 2 3 4 5 6 7	apert psychotisch

Geestelijk gezond	1 2 3 4 5 6 7	geestelijk ongezond
Niet depressief	1 2 3 4 5 6 7	depressief
Geen repressie	1 2 3 4 5 6 7	repressief
Geen rationalisatie	1 2 3 4 5 6 7	rationaliserend
Niet testdefensief	1 2 3 4 5 6 7	testdefensief

Vervolgens worden om het oordeel zo concreet mogelijk te maken een aantal toekomstverwachtingen uitgesproken:

1. De student zal binnen normale tijd afstuderen. (Ja, nee, onzeker).
2. De student zal tijdens zijn studieperiode wel/niet in psychiatrische c.q. psychologische behandeling komen.
3. De student zal voor zijn afstuderen mogelijk wel/zeker niet gehuwd zijn.
4. De student zal de studie voortijdig opgeven (Ja, nee, onzeker).
5. De student zal tijdens de studie enigerlei chronische klacht ontwikkelen. (Ja, nee, onzeker).
6. De student zal in de komende drie jaar meer dan normaal medische hulp zoeken. (Ja, nee, onzeker).
7. De student zal tijdens de studie jaren een suïcidepoging doen. (Ja, nee, onzeker).
8. De student zal tijdens de studie met de justitie in aanraking komen wegens een vermogens- of zedendelict. (Ja, nee, onzeker).

Tenslotte spreekt de psychiater een eindoordeel uit over de mate waarin iemand ten gevolge van psychische stoornissen belemmerd wordt of gehandicapped is in zijn functioneren. Het is aan deze over-all uitspraak dat de meeste betekenis toegekend wordt als validatiecriterium en deze uitspraak wordt ook gebruikt voor het schatten van de psychische morbiditeit bij de eerstejaars. In technische termen worden deze beoordelingen door het buitenlands onderzoek, en in aansluiting daarop door ons, gebruikt als het conceptuele criterium voor psychische morbiditeit. De rating die een proefpersoon ontvangt is zijn criteriummaat. Twee van deze over-all beoordelingen werden gebruikt:

- A : mate waarin onderzochte belemmerd wordt in zijn functioneren ten gevolge van psychische "stoornis". (Giel, 1971).
- a. niet relevant
 - b. minimaal - Geen duidelijke tot juist waarneembare stoornis in het normale functioneren. Minder dan 10% invalide.
 - c. licht - Werkstoornis of stoornis in de sociale aanpassing waarneembaar. 20% tot 30% invalide
 - d. matig - Ernstige, maar niet volledige werk- of sociale aanpassingsstoornis, vergeleken bij het premorbide niveau van functioneren. 30% tot 50% invalide
 - e. ernstig - Het is patient onmogelijk om op het premorbide niveau te functioneren. Meer dan 50% invalide.

B : Definitions (Srole, 1962)

1. No significant symptom formation. (symptom free)
2. Mild symptom formation, but functioning adequately.
3. Moderate symptom formation with no apparent interference in life adjustment.
4. Moderate symptom formation with some interference in life adjustment.
5. Serious symptom formation and functioning with some difficulty.
6. Serious symptom formation and functioning with great difficulty
7. Seriously incapacitated, unable to function.

Aan deze eendoordelen werden nog een viertal uitspraken toegevoegd, te weten:

1. De mening van de psycholoog dat de student "at risk" is was juist (ja/nee).
2. Psychiatrische of psychologische hulp is geïndiceerd (ja/nee). In 1971 werd deze uitspraak vervangen door:

psychiatrische of psychologische hulp is wenselijk.
(ja/nee).

3. Onderzochte is persoonlijk aan deze hulp toe (ja/nee).
4. Andersoortige hulp waarmee student het meest gebaat zou zijn....

Tot zover het onderzoeksprotocol voorzover dat kwantitatief verwerkbaar is. Het protocol bevatte daarnaast nog ruimte voor het noteren van waargenomen symptomen, voor diagnostische overwegingen en voor aanvullende opmerkingen.

5.5.2

De proefgroepen van het psychiatrisch onderzoek

In de drie jaren die het onderzoek duurde, werd telkens een iets andere groep psychiatrisch onderzocht. Men kan zich afvragen waarom dit nodig was. Het is normaal een onderzoek ten minste eenmaal te herhalen om te controleren of de resultaten die de eerste keer behaald werden niet (mede) veroorzaakt werden door toevallige, onbekende kenmerken van de eerste groep. Maar waarom drie groepen?

Daarvoor zijn verschillende redenen. Telkenjare was de DV korter geworden en diende zodoende nagegaan te worden of dit een validiteitsverlies ten gevolge had. Een tweede reden lag in het wegvallen van de vraagtekencategorie op het formulier van 1970, waardoor geen adaequate informatie over de hele jaargang beschikbaar was. Een derde niet onbelangrijke reden lag in het feit dat pas gaandeweg voldoende ervaring opgedaan werd met het psychiatrisch onderzoek zelf en de aard van de proefgroep, die voor dit onderzoek nodig is. Zo verwachtten de deelnemers aan het onderzoek in het begin twee antwoorden van het psychiatrisch onderzoek, nl. op de vraag of de DV valide was en op de vraag naar de aard van de psychische problematiek bij eerstejaars studenten. In 1969 was ook nog een derde doelstelling in het onderzoek ingeslopen. In dat jaar was de proefgroep samengesteld op basis van de grote itempool van 124 vragen. A priori hadden wij het gevoel dat zij die meer dan honderd klachten positief beantwoord hadden alleen al daarom door een psychiater gezien moesten worden. Dit te meer omdat deze groep in dat jaar nog niet door de student-enartsen voor een gesprek uitgenodigd zouden worden.

Telkenjare werd gemikt op een steekproef van 50 studenten. Dit aantal is klein genoeg om binnen een beperkte tijd onderzocht te kunnen worden en groot genoeg om de belangrijkste statistische berekeningen uit te kunnen voeren. Omdat rekening gehouden diende te worden met een beperkt aantal studenten die niet aan het onderzoek wilde deelnemen, werd de steekproef telkens iets groter gemaakt.

Tabel 9. geeft een overzicht van de select en aselekt getrokken steekproeven en van de aantallen studenten die ieder jaar aan het onderzoek deelnamen en waarvan de psychiatrische gegevens bekend zijn.

tabel 9

Samenstelling van de onderzoeksgroepen van het psychiatrisch onderzoek

	1969	1970	1971
select	62	--	20
aselect	--	66	67
psychiatrische gegevens bekend	53	51	13 + 44

In 1969 werd geen aselechte steekproef getrokken, maar een groep die samengesteld was uit 20 extreem laagscoorders, negen studenten met een modale (= meest voorkomende) score en 23 studenten met een extreem hoge score van honderd of meer positief bevestigde klachten. Van deze 62 studenten stemden er 53 met een onderzoek in. Zij die niet op de uitnodiging ingingen waren gelijk over de drie groepen verdeeld.

In 1970 werd een aselechte groep van 66 studenten getrokken. Daarvan namen zeven studenten de uitnodiging niet aan, drie studenten werden wel door de studentenarts onderzocht, doch bleven weg op de afspraak die met hun instemming met de psychiater gemaakt was. (Er werd in deze gevallen geen tweede uitnodiging gestuurd). Verder bleken vier meisjes en één buitenlander ten onrechte in de steekproef opgenomen te zijn.

De onderzochte groep bestond uit 51 studenten. De uitval van 15 studenten deed de vraag rijzen of deze groep dan nog wel representatief is voor het totaal. Om dit na te gaan werden de scores van de proefgroep vergeleken met de scores van alle eerstejaars. De Kolmogorov - Smirnov toets bleek niet significant. Voor wat de aanwezigheid van klachten betreft mag deze groep daarmee representatief voor het geheel geacht worden.

Ook in 1971 werd een aselechte steekproef getrokken van totaal 67 studenten. Daarvan hebben er achttien niet aan het psychiatrisch onderzoek deelgenomen. Hiervoor waren meerdere oorzaken aanwijsbaar. De belangrijkste daarvan was wel dat de rector magnificus in de tijd waarin dit onderzoek begon, een vermaning aan de studenten had gericht om niet van kolleges en practica weg te blijven. Het effect daarvan was meteen voelbaar geweest in de opkomst. Een van de studentenartsen heeft toen contact opgenomen met de rector, waarna een tweede uitnodigingsbrief geconcipieerd werd, waarin uitdrukkelijk melding werd gemaakt van de medewerking van de rector. Deze tweede brief beïnvloedde de participatie weer gunstig. Een tweede faktor lijkt te liggen in de bevinding dat het vooral de studenten met een vrij lage score op de DV zijn die niet kwamen. Zes van hen hadden een zeer lage score op de DV. De niet-komers hadden als groep dan ook een lagere score dan de komers. (Mann Witney U test, $z=1.62$; $p=.053$).

Wetend dat er een significant negatieve samenhang bestaat tussen de DV en defensiviteit (zie paragraaf II. 7.) lijkt het niet onaannemelijk te veronderstellen dat defensiviteit de participatie negatief beïnvloed heeft. Van vijf studenten ontbraken tenslotte de gegevens van het psychiatrisch onderzoek ook al hadden zij zich bereid verklaard aan het onderzoek mee te werken. In een geval betrof dit de zoon van een zenuwarts en daarom onderzocht de psychiater hem liever niet. In het tweede geval maakte de student een nieuwe afspraak, waarop hij echter niet verscheen. In het derde en vierde geval vond het gesprek wel plaats maar werden de bevindingen niet vastgelegd op het psychiatrisch beoordelingsschema, terwijl in het laatste geval vergeten werd het stamnummer in te vullen, zodat de student niet meer te identificeren viel.

Ondanks deze uitval blijkt dat de distributie van de score's van de groep waarvan de psychiatrische gegevens bekend zijn (N = 44) niet significant afwijkt van de distributie van de totale populatie (Kolmogorov - Smirnov toets). Daarom leek het gerechtvaardigd ook deze groep voor de verdere bewerkingen te gebruiken.

Nu was een tweede doelstelling van het onderzoek uit 1971 om na te gaan of de zogenaamde "rode streep" (dat is de plaats waarboven de studentenartsen voor een gesprek gaan uitnodigen), die in 1969 voorlopig getrokken was wel op de goede plaats lag. Om dit na te kunnen gaan dienden er in de steekproef voldoende studenten met een hoge score aanwezig te zijn. Daartoe werden twintig studenten met een score boven de mediaan aan de aselechte steekproef toegevoegd. Van dertien studenten uit deze groep zijn de psychiatrische gegevens bekend.

5.5.3

De gang van zaken bij het psychiatrisch onderzoek

De studenten die aan het psychiatrisch onderzoek deelnamen werden in eerste instantie door de studentenartsen uitgenodigd. Deze deden een lichamelijk onderzoek, gevolgd door een gesprek, waarop zij hun oordeel over de geestelijke gezondheid van de student baseerden, en nodigden na afloop daarvan de student voor een gesprek met een zenuwarts uit. Het waren dus de studentenartsen die de bedoeling van het onderzoek aan de studenten uitlegden. Wanneer de student met dit gesprek instemde maakte hij middels de assistente van de studentenarts een afspraak met de psychiater. Het psychiatrisch onderzoek werd uitgevoerd door Dr. W. Sengers, wetenschappelijk hoofdmedewerker van de afdeling preventieve en sociale psychiatrie van de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

Nadat Sengers eerst nog zelf de bedoeling van het gesprek had uitgelegd liet hij zijn onderzoek volgens eerder beschreven lijnen verlopen. In het eerste jaar nam ieder gesprek ongeveer een half uur in beslag, in de daarop volgende jaren duurde het meestal korter.

Typische dingen hebben zich bij geen van deze gesprekken voorgedaan. Een enkele keer kwam er een bezorgde telefoon van een vader of moeder die vroeg wat hun zoon dan wel bij een psychiater moest doen. Deze ouders konden meestal snel gerustgesteld worden. Soms bleek het wenselijk dat Sengers een tweede afspraak maakte om de aangeboorde problematiek verder door te spreken. Maar ook dit kwam slechts sporadisch voor. Voor Sengers zijn gesprek begon had hij telkens de medische status van de student ter beschikking gesteld gekregen, maar daarvan heeft hij nooit gebruik gemaakt.

5.5.4

De interne structuur van het psychiatrisch oordeel

Bij de bespreking van het vraagstuk der criteria in het onderzoek over geestelijke gezondheid hebben we ons in laatste instantie moeten beroepen op het common-sense argument dat zeker voor hen, die uit hoofde van hun professie veel in aanraking komen met mensen in psychische moeilijkheden, de aanwezigheid en de omvang van emotionele problematiek te onderkennen is. Dit is geen erg vaste bodem om op te staan. Een hele reeks wetenschappelijke onderzoekingen lijkt aan te tonen dat er nauwelijks iets onbetrouwbaars is dan het oordeel van een psychiater (1). Wat daar ook van waar is, en dat is waarschijnlijk niet weinig, één ding blijft staan en dat is dat we niet beter hebben. Het enige wat dan nog rest is ten minste zo eerlijk mogelijk te zijn en zover mogelijk trachten na te gaan hoe de oordeelsvorming in elkaar heeft gezeten. Dat laat ten minste nog de lezer de vrijheid en de mogelijkheid de conclusies af te wijzen of te accepteren.

W. Sengers is zich van deze beperkingen altijd bewust geweest en trachtte daarom zo uitvoerig mogelijk in interne memo's vast te leggen hoe hij te werk was gegaan. Reeds voordat hij in 1969 met het eerste onderzoek begon schreef hij: "De opdracht is voor mij een ongewone. Want ik ben gewend mensen te helpen die zich met een of andere klacht tot me wenden, die dus een "aanbod" hebben. Dit aanbod zal in dit onderzoek ontbreken. Er zal dus van mij een aanbod of opening moeten komen, met andere woorden, ikzelf zal

de te onderzoeken student moeten motiveren om mee te werken aan hetgeen van mij gevraagd werd. En dat betekent dat ik erin moet slagen om tijdens een eenmalig gesprek tot een dusdanig persoonlijk contact met de onderzochte te komen, dat ik op grond daarvan in staat zal zijn me een oordeel over de mate van hun geestelijke gezondheid dan wel ongezondheid te vormen."

De onderzoekssituatie is voor de clinicus ongewoon en onwennig. Sengers twijfelt er daarom al bij voorbaat aan of zijn oordeel wel betrouwbaar is. "Ik ben geneigd om sceptisch te denken over de mate van betrouwbaarheid van mijn oordeel, ondanks het feit dat ik meen te beschikken over een ruime psychiatrische ervaring in het beoordelen van mensen. Nu zou die betrouwbaarheid kunnen worden vergroot als er tijdens het gesprek iemand bijzit (een psycholoog bijvoorbeeld)... Een grotere betrouwbaarheid zou worden verkregen als er ook na-onderzoek verricht wordt, bijvoorbeeld na vijf jaar. Het exact benoemen van een tijdsfactor lijkt me een essentieel punt bij prognosestellingen op grond van wetenschappelijk onderzoek. Bijvoorbeeld zou de prognose "onderzochte zal op den duur een psychiatrische behandeling nodig hebben" mij niets zeggen zolang deze niet luidt "onderzochte zal binnen uiterlijk x-jaar in psychiatrische behandeling zijn".

Reeds voor het onderzoek begon formuleerde Sengers dus al de behoefte aan een externe controle op de waarde van zijn oordeel. Aan zijn wens om een co-rater te hebben, waardoor door onderlinge vergelijking vastgesteld kan worden in hoeverre een beoordeling louter subjectief is, kon niet voldaan worden om de eenvoudige reden dat deze niet beschikbaar was. Een na-onderzoek is eenmaal uitgevoerd. Dit leerde van de ene kant wel dat in een enkel geval de beoordeling herzien moest worden maar toonde van de andere kant ook de "infinite frustration" (De Groot, 1961) van het herhaalde onderzoek aan. In principe kan men aan het na-onderzoeken blijven, doch van geen enkel onderzoek kan men dan zeggen of dat het nu is dat als criterium genomen moet worden. Men krijgt dan een "Droste-effekt", waarbij men niet weet welke nu de "echte" zuster is.

In de zorgvuldige aantekeningen die Sengers maakte na het onderzoek van 1969 staat een algemene opmerking over de

algemene approach waarmee hij dit onderzoek deed. "Grote betekenis ten aanzien van de vraag naar de mate van de geestelijke gezondheidstoestand heb ik gegeven aan de tijdens dit gesprek ervaren dynamiek binnen dit gesprek: inhoeverre er "beweging" kwam, er bleek was van het kunnen beschikken over een reeks van affecten en de hantering daar weer van, het zich "kunnen laten gaan" ten aanzien van mij. Zo waren er bijvoorbeeld studenten die aan het einde van het gesprek nog net zo waren (zich uitten) als aan het begin: de sterk gefixeerden. De meesten kwamen echter duidelijk los, toonden hun "ware gezicht" en gingen dan ook anders de kamer uit dan ze erin gekomen waren. Ik vind deze dingen belangrijker dan de inhoud van hetgeen ze vertelden, bijvoorbeeld aangaande eventuele klachten (hoewel die uiteraard ook aangetekend zijn). Belangrijker met het oog op prognose, de vraag naar de indicatie van een eventuele hulp, de aard van die hulp en het 'daaraan toe zijn'.

Voor Sengers was dus de dynamiek binnen het gesprek belangrijker dan de inhoud van het gesprek. Het was met andere woorden minder belangrijk voor hem hoeveel of hoe grote problemen iemand presenteerde, maar hij lette er vooral op wat iemand daarmee deed of kon doen. Later zullen we hierop terugkomen bij de bespreking van de vraag wat de DV nu precies meet. Sengers' statement bevat twee principes van waar uit hij iemands geestelijke gezondheidstoestand benadert, de dynamiek binnen het gesprek en de inhoud van de klachten. Het screeningsinstrument hooguit één.

Kan nu ook een empirische analyse van het psychiatrisch oordeel deze twee optieken terugvinden en de wijze waarop deze werkten iets verfijnder beschrijven? Om deze vraag te beantwoorden is het psychiatrisch oordeel eenmaal aan een factoranalyse onderworpen. Factoranalyse is een statistische techniek waarmee men basisdimensies in een complexe samenhang tracht op te sporen.

De factoranalyse werd uitgevoerd op het psychiatrisch onderzoek van 1970, en wel op de elf beoordelingsschalen die in het onderzoeksprotocol waren opgenomen. De factoranalyse liet zien dat er twee belangrijke, zinvolle dimensies in het oordeel zaten. (In statistische termen: Bij een hoofdassenanalyse over de produkt-moment correlaties werden twee factoren gevonden met een eigenwaarde van respectievelijk 6.07 en 1.45, waardoor 61% en 13% van de totale variantie

verklaard werd). Deze dimensies werden vervolgens zo tegenover elkaar geplaatst dat zij zo helder mogelijk geïnterpreteerd konden worden (rotatie volgens varimax). Tabel 10. laat beide dimensies zien.

tabel 10

Factorstructuur van elf psychiatrische beoordelingen na rotatie

	I	II	h^2
emotioneel labiel	.76	.39	.73
grote kwetsbaarheid	.67	.29	.53
sterke fixaties	.55	.26	.37
sterk neurotisch	.64	.55	.71
geestelijk ongezond	.77	.46	.80
depressief	.69	.15	.50
repressief	.22	.85	.77
rationaliserend	.41	.70	.65
defensief	.06	.87	.77
mate van belemmernis	.91	.19	.86
mate van impairment	.91	.01	.82

De eerste faktor kan men lezen als de over-all indruk van het psychosociaal (dis)functioneren. De tweede faktor wordt gedefinieerd door de trias repressief, rationaliserend en defensief en zou als een instellingsfaktor omschreven kunnen worden. Daarmee lijkt de factoranalyse aan te sluiten bij de opmerking van Sengers dat de dynamiek, de stijl van het gesprek voor hem ten minste even belangrijk waren als de inhoud van de klachten. Dit lijkt ook weerspiegeld te worden in het feit dat de beoordelingen "sterk neurotisch" en "geestelijk ongezond" substantiële ladingen hebben op beide factoren. Beide optieken zijn als zodanig herkenbaar, maar niet onafhankelijk van elkaar werkzaam. (2).

Bij inspectie van de correlatiematrix, die over alle items van het psychiatrisch onderzoek gemaakt was als een soort onvolmaakte maar snelle gids waar verbanden verwacht mochten worden, viel het op dat vrij hoge produktmoment correlaties gevonden werden tussen "sexualiteit volgens onderzoeker" en vrijwel alle andere beoordelingen. Deze samenhang lijkt zo hoog dat van een afzonderlijke, derde optiek sprake lijkt te zijn. Een nieuwe factoranalyse bevestigde deze indruk. Maar omdat aan deze laatste analyse enkele technische bezwaren zitten kunnen we alleen zeggen dat de gegevens sterk suggereren dat het oordeel over de beleving van sexualiteit een zwaar gewicht in de schaal heeft gelegd, zwaarder waarschijnlijk dan Sengers zich bewust was.

Zoals later zal blijken hangt de DV alleen samen met de eerste faktor en niet met de instellingsfaktor noch met het psychiatrisch oordeel over de beleving van de sexualiteit. De gang door de interne opbouw van het psychiatrisch oordeel laat tevens zien waarom de correlatie tussen test en psychiatrisch oordeel een plafond heeft, dat beneden de maximale correlatie van 1.00 ligt. De vragenlijst is ongevoelig voor de dynamiek waarmee iemand zijn problemen hanteert of kan hanteren en anderzijds zit er een ruis in het criterium, die deels van systematische deels van toevallige aard is.

Soms corrigeert men bij de constructie van psychologische testen op deze ruis om zo de "ware" correlatie tussen test en criterium vast te stellen. Men noemt dit de "correction for attenuation". Deze correctie is in dit onderzoek doelbewust achterwege gelaten. Want ook al zou men de beschikking hebben over een index voor de betrouwbaarheid van het psychiatrisch onderzoek dan zou deze correctie ongevoelig zijn voor het verschil in systematische en toevallig veroorzaakte ruis in het criterium. Waar het om gaat is of ondanks deze ruis toch een niet-toevallige samenhang tussen test en psychiatrisch oordeel gevonden wordt. Maar vanwege de ruis in het criterium zullen de correlaties de samenhang tussen DV en psychiatrisch oordeel eerder onder dan overschatten.

5.5.5

De resultaten van het psychiatrisch onderzoek

De bespreking van de resultaten van het psychiatrisch onderzoek zal in drie gedeelten plaats vinden. Op de eerste plaats zal in één tabel een bondig overzicht gegeven worden van de relaties tussen de DV en die psychiatrische beoordelingen die niet als conceptuele criteria dienden. Op de tweede plaats zal ingegaan worden op de samenhang tussen DV en de psychiatrische beoordelingen "mate van belemmerenis" en "mate van impairment". Dit tweetal vormt de conceptuele criteria voor emotionele problematiek, waaraan in het validatie-onderzoek grote betekenis wordt gehecht. Op de derde plaats zullen een aantal validatiegegevens in één factoranalyse verzameld worden om zoveel mogelijk een totaalbeeld te krijgen van deze criteria en wat daarvan met de score op de DV samenhangt. (De DV berekeningen zijn uitgevoerd met een DV van 41 items in 1969, van 35 items in 1970 en 33 items in 1971).

Tabel 11. geeft een bondig overzicht van de relaties tussen DV en de niet-conceptuele criteria. Terwille van de overzichtelijkheid is alleen met een + of - teken aangegeven of wel of geen samenhang gevonden werd. (Hierbij werd een eenzijdige overschrijdingskans van 5% aangehouden). De gebruikte statistische toetsen zijn de chi-kwadraat voor alle gegevens uit 1969 en de Mann Withney U test voor beide andere jaren. (Siegel, 1956). De samenhang tussen DV en psychiatrische beoordelingen op zevenpuntsschalen werd voor 1970 en 1971 berekend met de produktmoment correlatie. In een aantal gevallen was de groep die een bepaald kenmerk had zo klein dat geen enkele berekening kon worden uitgevoerd. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de beoordeling "verschijnselen van hysterie". In deze gevallen is de beoordelingscategorie soms in zijn geheel weggelaten of is het betreffend vakje opengelaten.

De resultaten zoals vermeld in tabel 11. spreken in het algemeen voor zichzelf. Belemmeringen in sociale contacten, een matige studieprognose, depressiviteit, "at risk" zijn en de wenselijkheid van een of andere vorm van niet-somatische hulp blijkt in alle drie de onderzoeksjaren met de DV samen te hangen.

tabel 11 Samenhang tussen DV en een aantal psychiatrische beoordelingen. Het + teken geeft een positieve samenhang aan, het - teken de afwezigheid.

psychiatrisch oordeel over:	1969	1970	1971
studieverloop	+	+	-
aanpassing studentenleven	-	+	-
neurotische verschijnselen	+	-	+
verschijnselen van depressie	+	+	+
relatie tot gezinsleden		+	
sociale aanpassing (contacten)	+	+	+
sexualiteit			
in ogen van onderzochte	-	-	+
in ogen van onderzoeker	-	-	-
binnen normale tijd afstuderen	+	+	+
in psychiatrische behandeling komen	+		+
ontwikkelen van chronische klachten	-	+	-
meer dan normaal medische hulp zoeken	+	+	-
"trouwen"	-	+	+
psychiatrische/psychologische hulp is wenselijk/geïndiceerd	+	-	+
andersoortige hulp	+	-	+
"niet somatische" hulp is wenselijk	+	+	+
at risk	+	+	+
geestelijk labiel	-	-	+
grote kwetsbaarheid	-	-	-
sterke fixaties	-	-	-
neurotisch	-	+	-
geestelijk ongezond	-	-	-
depressief	+	+	+
rationaliserend	-	-	-
repressief	-	-	-
defensief	+	-	+
	(negatief)	(negatief)	

Aan de negatieve zijde valt op dat van de beoordelingen op zevenpuntsschalen alleen de beoordeling "depressief" consistent met de DV correleert. (1). Daarvoor zijn twee verklaringen mogelijk, die waarschijnlijk beide een grond van waarheid hebben. De eerste verklaringsmogelijkheid is dat deze beoordelingen sterk beïnvloed worden door de "instellingsoptiek" (de dynamiek binnen het gesprek). Een tweede mogelijkheid is dat de gebruikte tegenstellingsparen niet voldeden in die zin dat Sengers deze begrippen moeilijk kon hanteren. (2).

Het belangrijkste argument voor de validiteit van de DV wordt ontleend aan de correlaties tussen vragenlijst en de twee conceptuele criteria. Tabel 12. toont de resultaten. Deze zijn alle significant op ten minste het 1% niveau. Voor de gegevens van 1969 werd de chi-kwadraat toets gebruikt met Yates' correctie, voor beide andere jaren werd de tetrachorische correlatie berekend. (3).

tabel 12

Samenhang tussen DV en de twee conceptuele criteria
(χ^2 en tetrachorische correlaties)

	1961	1970	1971
mate van belemmernis	19.65	.29	.72
mate van impairment	10.65	.36	.58
N	53	51	44

Deze tabel laat duidelijk zien dat er een significant positieve samenhang bestaat tussen de scores op de DV en de twee belangrijkste psychiatrische uitspraken.

6.

Een factoranalyse over twee validiteitscriteria

Om een overzichtelijker beeld te krijgen over de validatiestudies werd een factoranalyse uitgevoerd over twee criteria tesamen: oordeel van de psychiater en oordeel van de studentenarts. Het was de bedoeling met behulp van deze factoranalyse twee vragen te beantwoorden: Bestaat het criterium uit één of meerdere factoren? En: Wat is de correlatie tussen DV en de criteriumscore's (= factorscore's)? De factoranalyse werd uitgevoerd op de zevenpuntsschalen van het psychiatrisch oordeel en op de twee conceptuele criteria "mate van belemmernis" en "mate van impairment" enerzijds en de oordelen van de studentenartsen anderzijds.

Als gegevens werden gebruikt de beoordelingen van de selecte steekproef van 1969 en de aselechte steekproeven van 1970 en 1971. Vanwege technische beperkingen van het computerprogramma werden de gegevens van die proefpersonen, waarvan één of meerdere data ontbraken, niet gebruikt. Het totaal aantal proefpersonen daalde daardoor tot 128. (Om het aantal proefpersonen zo groot mogelijk te houden en zo dus te voorkomen dat toevalligheden veel invloed op de correlaties krijgen werden de drie groepen gecombineerd).

Als factoranalyse werd de hoofdassenmethode gebruikt met het kwadraat van de multiple correlatie in de diagonaal. Als criterium voor het aantal te roteren factoren werd opgegeven: ten minste een eigenwaarde van 1.00. Rotatie vond plaats volgens het varimax principe. Tabel 13. toont de resultaten van de factoranalyse.

tabel 13

Factorstructuur van twee criteria na varimax rotatie

		I	II	III	h^2
psychiater	emotioneel labiel	.59		.59	.72
	grote kwetsbaarheid	.50		.51	.52
	sterke fixaties	.43		.42	.36
	neurotisch	.56		.58	.66
	geestelijk ongezond	.59		.55	.71
	depressief	.61			.47
	repressief			.81	.68
	rationaliserend			.69	.50
	defensief			.79	.62
	mate van belemmernis	.88			.83
	mate van impairment	.88			.81
studenten arts	veel klachten		.47		.38
	psychische achter- grond		.59		.41
	angstig		.61		.39
	depressief		.74		.62
	emotioneel labiel		.87		.80
	neurotisch		.84		.76
	geestelijk ongezond		.90		.83
	kan werk niet doen		.82		.68
Correlatie van factorscore's met DV		.42	.28	-.20	

Er worden drie factoren getrokken met respectievelijk een eigenwaarde van 6.94, 3.36 en 1.47. (Hoe groter de eigenwaarde, hoe "belangrijker" de factor; de verklaarde variantie bedraagt cumulatief 37%, 54% en 62%). De drie factoren kunnen betrekkelijk gemakkelijk geduid worden als:

1. Het over-all oordeel van de psychiater over het psychisch (dis)functioneren. 2. Het oordeel van de studentenartsen en 3. de "instellings" of dynamiekfactor (cf. tabel 10.)

De drie correlatiecoëfficiënten tussen factorscore's en DV zijn alle significant, maar ook betrekkelijk laag, lager dan men zou verwachten wanneer men afgaat op de afzonderlijke correlaties tussen DV en de afzonderlijke beoordelingen van de studentenartsen en de twee conceptuele criteria.

Zonder een groot probleem (het probleem dat de correlaties toch wel erg kleintjes zijn voor een test die een screeningsinstrument wil zijn) weg te willen praten moet toch gewezen worden op een paar aanwijzingen die aangeven dat de correlatiecoëfficiënten de samenhang tussen DV en criteria vrij laag schatten.

De missing data hebben zich geconcentreerd in de groep die het minst gunstige oordeel van de psychiater kreeg. Zo blijkt 27% van hen bij wie een of meerdere beoordelingen ontbraken door de psychiater "impaired" genoemd te zijn tegenover 10% in de voor de factoranalyse gebruikte steekproef. De groep, die meer dan gemiddeld gekenmerkt wordt door de aanwezigheid van emotionele problematiek is daardoor ondervertegenwoordigd. In statistische termen: de correlatie is waarschijnlijk gedrukt door een restriction of range.

Een tweede kritiek op deze factoranalyse is gericht op de assumptie dat de beste rotatie zodanig moest gebeuren dat de factoren haaks op elkaar staan en dus volledig onafhankelijk van elkaar zijn. In feite zijn echter alle correlaties van het oordeel van de studentenartsen met de twee conceptuele criteria significant. De ongeroteerde factorstructuur laat enerzijds wel zien dat het artsenoordeel een eigen tweede factor vormt, doch de ladingen op de eerste factor zijn alle zo substantieel (.44 of hoger) dat men niet mag aannemen dat de artsen op een geheel

kozen voor een studie van de soortgenootvaliditeit omdat zij vaak gebruikt worden in studies over het inroepen van hulp, de effecten van psychotherapie of over de invloed van zaken als woon- en werksituatie op de geestelijke gezondheid. De twee laatste testen waren ook afgenomen bij de aselecte groepen waarmee de studentenartsen hun validatiegesprekken hadden.

tabel 14

Correlaties tussen DV enerzijds en ABV en MAS anderzijds

	1969	1970	1971
N (neuroticisme)	.82	.92	.87
NS (neurotische somatisatie)	.64	.38	.45
E (extroversie-introversie)	.20	.08	.51
T (testdefensiviteit)	.35	.29	.20
MAS	.91	--	.87
N	53	59	44
significantiengrens			
.05	.23	.23	.25
.01	.32	.32	.34

De hoge correlaties tussen DV enerzijds en de neuroticisme-schaal van de ABV en de MAS anderzijds (wat medeveroorzaakt wordt doordat deze testen gemeenschappelijke items bevatten) wijzen erop dat de DV een soortgenoot is van de N-schaal van de ABV en van de Manifest Anxiety Scale. Inhoudelijk kan de Delftse Vragenlijst daarom het best als een "general maladjustment scale" of als een neuroticisme test beschreven worden. (1) (2).

eigen wijze gekeken hebben, zodat achteraf gesproken een scheve rotatie, waarbij de factoren niet haaks op elkaar gezet worden en dus wel correleren, de feiten meer recht zou hebben gedaan.

Tenslotte dient nog de vraag gesteld te worden of de assumptie dat het verband tussen DV en criteria rechtlijnig is, een aanname die in alle voorafgaande berekeningen stilzwijgend gemaakt is, houdbaar is. Om deze vraag te bezien werd een puntenwolk (= scatterdiagram) gemaakt, waarbij op de ene as de score's op de eerste factor en op de andere as de score op de DV werd afgezet.

Scatterdiagrammen zijn altijd moeilijk te beoordelen. In dit geval lijkt de regressielijn, die behoort bij de geconstateerde correlatie wel herkenbaar. Maar tevens ziet men dat er meer samenhang is tussen een gunstig oordeel van de psychiater en een lage score op de DV dan tussen een hoge score op de vragenlijst en het criterium. Juist bij de extreem hoge score's lijkt het meest van het lineaire model afgeweken te worden. De afwijking is onvoldoende om te zeggen dat het verband kromlijnig is, maar het scatterdiagram illustreert reeds nu de getallen die straks aan zullen geven dat de specificiteit van de test groter is dan de sensitiviteit.

7.

De soortgenootvaliditeit van de Delftse Vragenlijst

Het berekenen van de correlaties tussen een nieuw instrument en een of meerdere bestaande testen vormt vaak een onderdeel van een validatiestudie. Wanneer twee testen hoog met elkaar correleren spreekt men van soortgenootvaliditeit. Deze vorm van validiteitsbepaling komt echter een vrij geringe betekenis toe. Twee testen mogen dan wel hoog met elkaar correleren, maar de validiteit moet toch blijken uit de samenhang van een van deze twee met een relevant criterium.

Tabel 14. toont de produkt-moment correlaties tussen de DV en de schalen van de Amsterdamse Biografische Vragenlijst en de Manifest Anxiety Scale. Deze twee schalen waren ge-

8.

De bepaling van het snijpunt

De validatiestudie heeft het aannemelijk gemaakt dat de DV de aanwezigheid van psychoneurotische klachten weergeeft. Tevens werden een aantal verbanden gevonden die aantoonen dat de vragenlijst een factor weerspiegelt die het dagelijks leven in hoge mate negatief kan beïnvloeden. En ook al bleek dat zij die hoog op deze vragenlijst scoren daarom nog niet per se psychiatrische hulp nodig hebben, dat zij een bedreigde groep vormen mag wel aangenomen worden. Weinig hoogscoorders zijn "cases" in strikte zin. De meeste van hen zijn echter wel "pre-cases", mensen die gezien hun psychische kwetsbaarheid meer dan anderen het gevaar lopen te disreguleren wanneer de levensomstandigheden moeilijker worden.

Maar wie zijn dan precies die hoogscoorders? Wat voor een score moet men ten minste behaald hebben om zo genoemd te worden? Vanaf welk punt zou men mensen voor een gesprek moeten gaan uitnodigen?

Dit zijn geen vragen die alleen maar empirisch beantwoord kunnen worden. In paragraaf II 3.3 is uitgelegd dat psychoneurotische klachten alledaagse klachten zijn die iedereen in meer of mindere mate heeft. De mate waarin men last heeft van psychoneurotische problemen of probleempjes vormt een continuum dat loopt van zeer weinig tot zeer veel. Het trekken van een grens ergens in dat continuum heeft daarom iets willekeurigs. In principe vindt iedereen wel baat bij een persoonlijk gesprek, waarin hij zijn individuele problemen eens door kan praten. Maar het is duidelijk dat dit alleen al om praktische redenen niet kan. Ergens moet een grens getrokken worden. Waar die moet liggen hangt van een aantal factoren af, bijvoorbeeld van de mankracht die ter beschikking staat om de gesprekken te voeren of van de psychologische opvattingen die een hulpverlener of een beleidsinstantie huldigt. Het bepalen van de plaats waarboven men iemand hoogscoorder gaat noemen is in laatste instantie een beleidsbeslissing. Het empirisch onderzoek kan hiervoor slechts enkele suggesties geven.

Om deze beslissing empirisch te ondersteunen werden de psychiatrische steekproeven van 1969 en 1971 opnieuw geanalyseerd. Daartoe werd met behulp van de methode van Kastenbaum

(De Jonge, 1963) voor "mate van belemmernis" en "mate van impairment" apart een kruistabel gemaakt, waarin de score's op de DV afgezet werden tegen de beoordelingen op de conceptuele criteria.

Vervolgens werd ergens in de score's op de DV een streep getrokken en wel op een voorlopige plaats. Daarna werden drie hypothesen getoetst:

- Hypothese I : de verschillen in beoordeling bij de groep ter linkerzijde van de streep (= de lagere score's) berusten op toeval.
- Hypothese II : de verschillen in beoordeling bij de groep ter rechterzijde van de streep (= de hogere score's) berusten op toeval.
- Hypothese III: De verschillen tussen beide groepen zijn toevallig.

Tabel 15. illustreert de werkwijze. Het is genomen uit het onderzoek van 1969. In dit voorbeeld is het snijpunt of de "rode streep" gelegd tussen de score's 26 en 27. Getoetst wordt nu 1) of er een significant verschil bestaat tussen de psychiatrische beoordelingen van de groep met een score op de DV van 0 tot 26 (hypothese I), 2) of er een significant verschil bestaat tussen de psychiatrische beoordelingen van de groep met een score van 27 of hoger (Hypothese II) en 3) of het verschil tussen beide groepen significant is (Hypothese III). De eerste twee toetsen zijn noodzakelijk om na te gaan of het wel mogelijk is om één snijpunt te hanteren. Wanneer immers een niet-toevallig verloop in de score's bij een van de subgroepen gevonden zou worden, is het bepalen van één snijpunt onmogelijk.

Deze berekeningen werden enkele malen herhaald met telkens een iets ander snijpunt om zo dat snijpunt te vinden dat gezien de χ^2 - waarde maximaal differentieerde tussen beide groepen zonder dat er verschillen binnen een van de twee groepen optraden.

Voor beide conceptuele criteria bleek in 1969 de grootste significante χ^2 - waarde gevonden te worden wanneer het snijpunt gelegd werd tussen de score's 26 en 27. Acht procent van de studenten behaalde een score van 27 of hoger. De "rode streep" werd daarom voorlopig gelegd tussen het 92e en 93e percentiel (In 1969 bestond de DV nog uit 41 vragen). De hypothesen I en II konden niet verworpen worden (1).

tabel 15 Illustratie van de berekening van het snijpunt volgens de methode van Kastenbaum
score's op DV (1969)

I M P A I R M E N T		0	1	3	4	5	6	8	9	10	11	12	14	15	22	25	26	27	29	30	31	32	33	34	35	36	37	39	0-26	27-39	
	1	5	1	1			1	1		1	2				1	1				2	1					2		14	5	19	
	2	3	1		1	1	1	1				1	2	1			1		1			1	1	1				13	4	17	
	3								1												1							1	1	2	
	4	1		1						1								1	2		1	2			1	2	1	3	10	13	
	5																		1									0	1	1	
	6																		1									0	1	1	
	7																											0	0	0	
	N	9	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	4	1	3	4	1	1	1	1	4	1	31	22

Hypothese I (0-26) niet significant
Hypothese II (27-39) niet significant
Hypothese III (0-26)-(27-39) .01 < p < .025

Om na te gaan of deze plaats betrouwbaar was in de zin van stabiel werden dezelfde berekeningen in 1971 nog eens uitgevoerd. Daartoe werden 13 studenten met een score boven het gemiddelde toegevoegd aan de aselechte groep waarover de validatiestudie was uitgevoerd (cf. tabel 9). Men moet immers voldoende waarnemingen hebben om een statistische toets uit te kunnen voeren.

Voor beide conceptuele criteria bleek op meerdere plaatsen een vrijwel gelijkwaardige, statistisch significante split gemaakt te kunnen worden zonder dat er verschillen in een van de twee subgroepen optraden. Of de streep tussen de scores 19/20, 20/21 of 21/22 gelegd werd maakte weinig verschil uit. De beste split lag tussen de score's 20 en 21, wat correspondeert met een split tussen het 92e en 93e percentiel. In feite dus dezelfde plaats als die welke in 1969 gevonden werd.

Het advies wordt dus om alle studenten met een score van 21 of hoger voor een gesprek uit te nodigen. Dit cutting-point is, het zij nogmaals benadrukt, niet meer dan een praktisch advies. De gebruiker moet daarover in laatste instantie zelf beslissen. Het zou ook zeer onjuist zijn om allerlei psychiatrische of psychologische betekenissen aan dit snijpunt te verbinden. De term "rode streep" is een woord dat gemakkelijk klinkt. Maar daardoor is het ook suggestief en niet ongevaarlijk. Het is gekozen omdat de vergelijking met een thermometer vrij goed aangeeft waar het om gaat. Scoort men boven de rode streep, dan is er vrij waarschijnlijk wat aan de hand. Maar thermometers stellen geen diagnose. Naar wat een verhoogde score verwijst, vereist een apart onderzoek. Het kan iets ernstigs zijn, maar dat hoeft helemaal niet. Van de andere kant bewijst een lage score niet dat iemand perfect in orde is. Zoals er zeer ernstige ziekten zijn die niet met koorts gepaard gaan, zo zijn er ook negatief te waarderen psychologische beelden die niet tot uitdrukking komen in het hebben van veel psychoneurotische klachten. De rode streep geeft dus niet de grens tussen ziek en gezond, tussen psychische stoornis en emotionele stabiliteit aan. Een score boven het cutting point betekent dus helemaal niet dat iemand neurotisch is. Het zegt alleen: je kunt niet iedereen onderzoeken en daarom adviseren wij vooral bij deze groep eens te kijken wat er aan de hand is. Dat is alles en niets meer (2). Het zou

dus helemaal uit den boze zijn om het cutting point te gebruiken voor selectie-doeleinden, door bijvoorbeeld te zeggen dat zij boven het snijpunt maar beter niet kunnen gaan studeren.

9.

De Delftse Vragenlijst als case-finding instrument

Is de DV geschikt om psychiatrische gevallen op te sporen? Beantwoordt de vragenlijst aan het doel dat in het begin van het projekt vanuit de afdeling preventieve en sociale psychiatrie geformuleerd was?

Allereerst is dan natuurlijk de vraag wat onder een psychiatrisch "geval" verstaan wordt. Wij vermijden op deze plaats echter liever de uitvoerige discussie die daarover in de vakliteratuur bestaat om meteen over te gaan tot de beste operationalisaties die deze discussie (zonder tot eenstemmigheid te leiden) opgeleverd heeft. Want wat voor kritiek men ook op deze operationalisaties mag hebben, zij doen weinig afbreuk aan de conclusie van deze paragraaf dat de DV als case-finding instrument maar een geringe betekenis heeft.

De operationele definities van "een psychiatrisch geval" werden ontleend aan de psychiatrische beoordelingen "mate van belemmernis" en "mate van impairment", een duo dat zich inmiddels enig burgerrecht in de sociale psychiatrie verworven heeft. In deze twee beoordelingen wordt een streep getrokken die in beide gevallen ligt bij een rating van 4 of hoger.

"Belemmerd" wordt dan iemand genoemd met ten minste een ernstige, doch niet volledige werkstoornis of stoornis in de sociale aanpassing. Of anders gezegd: "Belemmerd" en bijgevolg een "case", wordt iedereen genoemd die volgens een psychiater 30% of meer invalide is ten gevolge van een psychische "stoornis".

De beoordeling "mate van impairment" wordt meestal gesplitst vanaf "moderate symptom formation with some interference in life adjustment". Zij die een dergelijke of ongunstiger beoordeling krijgen worden "impaired" ge-

noemd, een vrijwel onvertaalbaar woord dat zich misschien nog het best door "gehandicapped" laat weergeven.

Om na te gaan in hoeverre de DV als case-finding instrument geschikt is wordt uitgegaan van de klassieke epidemiologische begrippen: sensitiviteit - specificiteit - detection rate - misclassificatie. (Ferrer, 1968; Valkenburg, 1974; Armistead, 1974). Onderstaande figuur illustreert de definities.

Berekening van de epidemiologische maten

		criterium	
		positief	negatief
t e s t	positief	A	B
	negatief	C	D

Sensitiviteit Het percentage "zieken" dat door de test ontdekt wordt.

De formule is: $\frac{A}{A + C}$

Specificiteit Het percentage gezonden, die ook door de test gezond verklaard worden.

De formule is: $\frac{D}{B + D}$

Detection rate Het percentage mensen dat door de test ziek genoemd wordt en dat ook in werkelijkheid is.

De formule is: $\frac{A}{A + B}$

Misclassificatie Het percentage mensen dat door de test ten onrechte "gezond" genoemd wordt.

De formule is: $\frac{C}{C + D}$

Deze formules zijn in tabel 16. toegepast op de gegevens van de twee aselechte steekproeven van het psychiatrisch onderzoek. Een score boven het snijpunt geeft in dit geval aan dat iemand als een psychiatrische "case" beschouwd wordt. (split

tussen het 92e en 93e percentiel.

De kleine getallen in de tabel maakt het berekenen van de indices tot een hachelijke zaak. De noemers zijn soms zo klein dat het nauwelijks zinvol is om percentages te berekenen. Daarom zijn ook eenmaal de gegevens van alle proefpersonen uit alle drie onderzoeksjaren gecombineerd en gebruiken we bij de conclusies grove omschrijvingen als "minder dan de helft".

tabel 16

Sensitiviteit, specificiteit, detection rate en misclassificatie van de DV

1970		psychiater		<u>impaired</u>	
		case	non-case		
DV	case	3	6	sensitiviteit	.50
				specificiteit	.87
				detection rate	.33
				misclassificatie	.09
	non-case	3	39		
		psychiater		<u>belemmerd</u>	
		case	non-case		
DV	case	1	7	sensitiviteit	.50
				specificiteit	.86
				detection rate	.13
				misclassificatie	.02
	non-case	1	42		
1971		psychiater		<u>impaired</u>	
		case	non-case		
DV	case	0	5	sensitiviteit	-
				specificiteit	.86
				detection rate	-
				misclassificatie	.16
	non-case	6	31		
		psychiater		<u>belemmerd</u>	
		case	non-case		
DV	case	0	5	sensitiviteit	-
				specificiteit	.88
				detection rate	-
				misclassificatie	-
	non-case	0	37		

alle proef-
personen

'69-'70-'71		psychiater	<u>impaired</u>	
	case	non-case		
DV	case	17	25	sensitiviteit .55
				specificiteit .81
				detection rate .40
				misclassifica- tie .12
	non-case	14	104	

		psychiater	<u>belemmerd</u>	
	case	non-case		
DV	case	4	2	sensitiviteit .67
				specificiteit .76
				detection rate .10
				misclassifica- tie .02
	non-case	2	117	

Overziet men deze gegevens dan blijkt de screeningserror vooral in de richting van de false positives te liggen. Of minder technisch gezegd: de kans dat de uitspraak "gezond" waar is, is groter dan de kans dat de uitspraak "ziek" waar is. (1).

Met betrekking tot het gebruik van de vragenlijst als screeningsinstrument voor preventieve activiteiten, "screening for help", is dit niet zo erg. Hoogschoolers mogen dan slechts in ongeveer de helft van de gevallen als psychiatrische "case" benoemd worden in de geoperationaliseerde betekenis, verscheidene van hen zijn "pre-cases", mensen met wie het waarschijnlijk niet zo goed gaat, ook al kan men ze niet gehandicapped noemen. Gezien vanuit de doelstellingen van de secundaire preventie is het juist nuttig om ook deze groep voor een oriënterend gesprek uit te nodigen. (Op het probleem van de false negatives wordt in Hoofdstuk V ingegaan).

Voordat verder op de waarde van de DV als screeningsinstrument ingegaan wordt willen we in het voorbijgaan nog wijzen op de bevinding dat in 1970 12% van de studenten de beoordeling "impaired" gekregen heeft. Deze schatting is wat ruw (het "ware" percentage ligt met 95% zekerheid tussen 8% en 16%); (Moser, 1961). Maar de 14% van 1971, die we voorzichtigheidshalve niet aanhouden, geeft toch aan

dat deze schatting niet onredelijk is. Dit betekent dat van de 1500 jongens en meisjes die jaarlijks naar Delft komen er om en nabij 180 zo'n last hebben van psychiatrische symptomen dat zij daardoor in hun dagelijks doen en laten licht tot ernstig gehandicapt zijn. (2).

Ongeveer de helft van deze groep haalt een score boven het snijpunt. Dit is meer dan op basis van toeval verwacht mag worden, maar het toont ook aan dat de waarde van de DV als case-finding instrument beperkt is. (3).

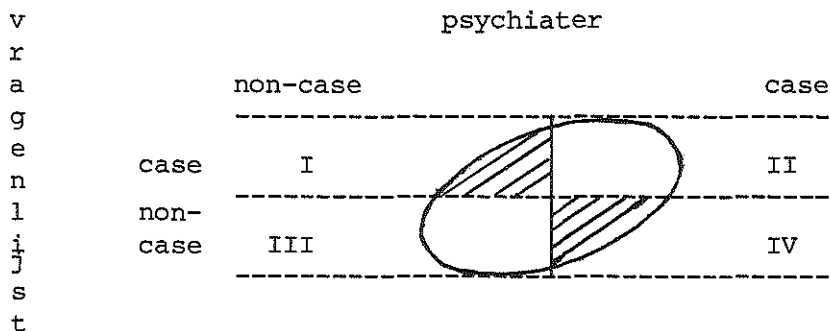
Wat kan hiervan de oorzaak zijn? Ligt het snijpunt te hoog? In 1971 scoorden zij die "impaired" genoemd werden in het vrij brede gebied tussen de score's 9 en 18. Het helpt dus niet of nauwelijks het snijpunt iets te verlagen. Kan het soms ook zijn dat zij die "impaired" genoemd worden als het ware al een gestabiliseerde problematiek hebben, die zich slechts op enkele levensgebieden uit? De vragenlijst bestrijkt gebieden als: concentratiestoornissen, slaapstoornissen, gevoelens van depressie en stemmingslabiliteit. Is het nu soms zo dat in het ontstaan van een psychische handicap eerst een periode doorgemaakt wordt waarin alle subsystemen als het ware aangedaan worden, waarna, als de moeilijkheden niet verdwijnen, de problematiek zich fixeert op enkele subsystemen? Dit is een hypothese die aantrekkelijk lijkt, maar die tevens op de gevaarlijke assumptie gebaseerd is dat men een inhoudelijke betekenis aan de items mag geven.

Een andere mogelijkheid ligt in het feit dat de DV een persoonlijkheidstrek meet en geen symptomen. Persoonlijkheidstreken bestaan uit kenmerken waarvan iemand vindt dat ze wel bij hem passen (bijvoorbeeld: ik ben vaak pessimistisch). Symptomen daarentegen zijn niet ego-syntoonisch maar ego-dystoonisch. Dat wil zeggen dat iemand een psychiatrisch symptoom beleeft als iets dat eigenlijk niet bij hem hoort, als iets dat hem soms vreemd of onbegrijpelijk voorkomt (bijvoorbeeld: ik ben de laatste tijd veel pessimistischer dan normaal). Persoonlijkheidstreken zijn stabiel. Psychiatrische symptomen kunnen erg wisselen in de tijd. De Engelse psychiater Goldberg heeft een screeningstest (GHQ) ontworpen, die vooral opgebouwd is uit ego-dystoonische vragen. Afgaande op de sensitiviteit en de specificiteit van respectievelijk .96 en .88 in een eerste onderzoek en

.87 en .93 in een tweede onderzoek lijkt deze benaderingswijze tot betere resultaten te leiden. (Goldberg, 1972).

Verschillen in de opbouw van het psychiatrisch interview en in de samenstelling van de proefgroepen maken de onderzoeken echter moeilijk vergelijkbaar. De GHQ bevat ook onvermijdelijk een aantal trait-vragen en de stabiliteit in de tijd is hoger dan op grond van de theoretische uitgangspunten verwacht mocht worden. In de publicatie mist men ook node de correlatie tussen GHQ en een neuroticisme test, alhoewel de data voorhanden waren. Maar hoe dan ook, een nieuwe poging om een psychiatrisch screeningsinstrument te ontwikkelen zou zeker van Goldberg's ervaringen gebruik dienen te maken.

De ontwerper van deze test komt voor een aantal moeilijkheden te staan die inherent zijn aan de vragenlijst methode. Enkele principiële tekorten van deze methode laten zich illustreren aan de hand van onderstaande figuur.



In deze figuur is de samenhang tussen psychiatrisch oordeel en vragenlijst weergegeven als een puntenwolk. Vorm en richting hiervan illustreren de significant positieve samenhang die in het algemeen gevonden wordt. De puntenwolk loopt echter ook door twee gebieden, waar psychiater en vragenlijst het onderling oneens zijn. Deze delen van de puntenwolk zijn gearceerd aangegeven. Zij stellen de mogelijke foutenbronnen voor. Deze kunnen van toevallige aard zijn doordat bijvoorbeeld de vragenlijst niet goed is ingevuld of doordat de psychiater zich vergist heeft. Daarnaast zijn er ook enkele principiële tekorten.

De foutenbronnen waarop veld I wijst zijn:

1. Problematiek is passagère met gunstige prognose.
2. Hulp is al aanwezig.
3. De persoon beschikt over voldoende interne en/of externe opvang- en compensatie mogelijkheden.
4. De persoon durft zich wel bloot te geven in de "zachte situatie" van het invullen van een vragenlijst, maar niet in het open gesprek met een psychiater.

De foutenbronnen waarop veld IV wijst zijn:

1. Grote defensiviteit bij het invullen van de vragenlijst (4).
2. Sterke fixaties die zich niet in klachten uiten, maar die wel een zeer belemmerende werking hebben.
3. Te infantiele persoonlijkheidsstructuur om de levens-taak naar behoren te kunnen vervullen. Klachten of symptomen zijn echter niet aanwezig.
4. De vragenlijst is niet gevoelig voor een of meerdere psychopathologische gebieden, (bijvoorbeeld psychopathie).
5. Fixatie van psychische problematiek op enkele sub-systemen?

Deze figuur illustreert overeenkomst en discrepantie tussen psychiater en vragenlijst voor zover het gaat om "screening for help", om case-finding met het oog op hulpverlening. In onderzoek met andere doelstellingen hoeft echter niet altijd als fout aangerekend te worden wat hier wel als zodanig benoemd moest worden.

Dit feit illustreert ook de relatieve betekenis van case-finding voor het preventief en sociaal psychiatrisch onderzoek. De tweedeling case - non-case is vaak te eng. De gedachtengang achter deze dichotomie, die in Amerikaans onderzoek vaak gehanteerd wordt, lijkt essentialistisch: iemand heeft veel symptomen en is dus een case. In deze gedachtengang is niet alleen niet opgenomen dat veel mensen tussen case en non-case in zitten (waardoor controlegroepen van non-cases vaak ten onrechte als "gezond" beschouwd worden) maar wordt ook niet in beschouwing genomen wat men-

sen met hun klachten doen, hoe ze "vertaald" worden (in sociale en creatieve activiteiten of in psychosomatische ziekten, depressies, enz.) Voor de preventieve en sociale psychiatrie is het tenminste even belangrijk waarom sommige mensen met weinig symptomen wel psychiatrische hulp ontvangen en andere mensen met veel symptomen niet.

10.

De gesprekken met de hoogscoorders

Het nut van screeningsprogramma's hangt uiteindelijk af van de beslissingen waar zij toe leiden, van de hulp die al dan niet geboden kan worden tijdens of na, soms ver na, het contact met een hulpverlener. Zo wordt ook de validiteit van een meetinstrument uiteindelijk bepaald door de zinvolheid van de beslissingen waartoe zij leidt.

Hoe zinvol is het om studenten met een hoge score op een psychoneurotische klachtenlijst uit te nodigen voor een gesprek? Hoeveel van hen nemen de uitnodiging aan? Wat zijn hun problemen? Wat kan men voor hulp bieden? Hoe vaak is dat nodig?

Om deze vragen enigermate te kunnen beantwoorden (enigermate, want ook hier zal blijken dat er geen ondubbelzinnig, definitief criterium bestaat) zijn drie pogingen tot een evaluatie gedaan.

De eerste twee bestonden uit een zo systematisch mogelijke analyse van de gesprekken die de studentenartsen met de hoogscoorders hadden in de jaren 1970 en 1971. Het derde evaluatie onderzoek bestond uit een open enquête onder hen die in 1972 voor een gesprek waren uitgenodigd. Deze studenten werd achteraf om hun mening gevraagd. De studentenartsen hebben in 1970 en 1971 zorgvuldig aantekeningen gemaakt over de wijze waarop het gesprek verliep, over de relatie van de student tot zijn ouderlijk milieu, zijn sociale relaties en studiemotivatie, zijn beleving van de seksualiteit, de aard van zijn problemen en de hulp die al dan niet geboden, wenselijk of onmogelijk was. Deze aantekeningen werden neergelegd in een formulier dat vrij open van vorm was.

Men staat bij dit type onderzoek voor de moeilijke keuze of het onderzoek "open" of "gesloten" moet zijn. Bij een gesloten formulier kan de invuller kiezen uit een beperkt aantal antwoord categorieën. Het bevat een beperkt aantal vragen met van tevoren geselecteerde antwoordmogelijkheden. Een open formulier bevat geen geprecodeerde vragen, maar laat de invuller vrij in zijn rapportage. Beide systemen hebben hun eigen voor- en nadelen. Zo is het gesloten formulier niet alleen veel makkelijker te verwerken, het stelt ook veilig dat men informatie krijgt over alles wat men graag zou willen weten. Maar wat is wetenswaard? Om goede vragen te kunnen stellen moet men al een goede kennis van het onderzoeksterrein hebben. Anders mist men vaak belangrijke informatie, omdat men niet precies wist waarop men moest letten. Gesloten vragen sluiten de waarneming vaak te vroeg af. Men kan vaak beter eerst eens goed gaan kijken en luisteren.

Omdat hier een veld betreden werd dat voor ons allen nieuw was, werd de voorkeur aan een open rapportage gegeven, zowel wat de gesprekken van de studentenartsen als de enquête onder de studenten betreft.

De evaluatie wordt levensechter maar minder precies. Onderling was wel afgesproken waarop ieder ook zou letten (en dit stond als "kopjes" op de verslagsformulieren) maar de studentenartsen waren in principe vrij om categorieën die in een bepaald gesprek niet relevant waren of niet ter sprake waren gekomen terzijde te laten. Daarom zal straks in de tabellen vaak sprake zijn van "geen informatie".

Het meest waarheidsgetrouwe beeld krijgt men wanneer men al deze verslagen doorleest. Daarom zullen eerst een vrij groot aantal verslagen letterlijk worden weergegeven. Alleen met betrekking tot die gegevens waaruit zou kunnen blijken over welke persoon het gaat, zijn veranderingen aangebracht. Tesaamen geven zij een goede impressie van sfeer, inhoud en resultaat van de gesprekken.

Kasus 1

De student heeft altijd enorme conflicten gehad met zijn vader, een jurist. Daardoor heeft hij altijd met psychologen en opvoedkundigen te maken gehad. Toen hij in de vijfde klas van het gymnasium zat heeft hij daarom bij an-

dere mensen op het platteland gewoond. Dat gezin vond hij erg fijn. Nu hij in Delft zit voelt hij zich eindelijk bevrijd. Hij blijft een goede verhouding met zijn ouders op prijs stellen.

Kasus 2

Student wiskunde. 18 jaar. Op de katechisatie van de Ned. Hervormde Kerk pikte de dominee de mening van de jongeren niet. Daardoor ontstonden conflicten. Hij heeft lange tijd nodig gehad om dit te verwerken. Voelt zich bij de studentenpredikant weer thuis in de kerk.

Kasus 3

Student bouwkunde, 24 jaar. Politiek vluchteling uit Tsjecho-Slowakije. Is met een Tsjechisch meisje gehuwd dat in Den Bosch als kleuterleidster werkt. Moeder, zuster en broer zijn nu ook hierheen gevlucht. Zuster heeft door taalmoeilijkheden een slechte baan. Hij voelt zich verantwoordelijk voor het onderhoud van zijn familie. Zijn grootste probleem is daarom: mag ik nu wel gaan studeren of moet ik gaan werken om mijn familie te kunnen onderhouden.

Kasus 4

19-jarige studente. Natuurkunde. Vader had een goede baan maar is door een fusie uitgerangeerd. De verhouding tot haar ouders is goed. Thuis is zij echter de buffer tussen haar ouders en een broer die slecht studeert en daarom grote conflicten met zijn ouders heeft. (Als zij dit vertelt begint zij te huilen). Haar studiemotivatie is zeer positief, aanpassingsproblemen hebben zich niet voorgedaan. Ook sexueel doen er zich geen moeilijkheden voor. Zij verschijnt als een goed gemotiveerd, pittig meisje dat wel erg gevoelig is en dat een grote kans op "afknappen" heeft indien zij onder meer druk komt te staan. Dit laatste werd uitvoerig met haar besproken. Op dit moment heeft zij geen hulp nodig. Afgesproken is dat wanneer zij die behoefte wel zou voelen, zij dan terugkomt. Zij heeft het gesprek erg gewaardeerd.

Kasus 5

Student van 18 jaar. Vliegtuigbouw. Ouders gescheiden toen hij drie jaar was. Hij woont bij zijn moeder die hem bij zich wil hebben en hij mag daarom niet op kamers gaan wonen. Over persoonlijke problemen heeft hij nooit contact met zijn moeder. Vrienden en vriendinnen heeft hij weinig. Zijn studiemotivatie is zeer goed. Het gesprek komt zeer moeilijk op gang vanwege zijn defensieve instelling. Pas nadat de lijst met vragen nog eens doorgenomen was (op de DV waren veel vraagtekens ingevuld) waarbij bleek dat de score nog ongunstiger uitviel en dit tegen hem verteld werd, werd hij opener. Het gesprek kwam toen op zijn defensieve houding, zijn barrières naar buiten met alle risico's van dien voor zijn persoonlijke contacten en vorming tot mens. Tijdens dit gesprek werd hij eerlijker over de eigen wijze van reageren. Na afloop zei hij dit gesprek op prijs gesteld te hebben en beloofde langs te komen indien hij daar ooit behoefte aan zou voelen. In het volgend studiejaar zal de studentenarts nog eens contact met hem opnemen.

Kasus 6

18-jarig student. Civiel. Goede contacten met zijn ouders, maar heeft nooit vrienden of vriendinnen gehad. Hij uit zich moeilijk. Zijn studiemotivatie is slecht. Hij wilde eerst piloot worden, doch werd afgekeurd wegens gespannenheid. Hij is vaak depressief en heeft suïcide gedachten. Hij gelooft niet, maar zou dat wel graag willen. Er is bij deze student sprake van een sterke identiteits- en studieproblematiek. Hij heeft het gesprek, dat vlot tot stand kwam, positief gewaardeerd. Hij wordt naar aanleiding van dit gesprek getest, waarna verder contact zal volgen.

Kasus 7

18-jarige student, wiens moeder overleed toen hij 15 jaar oud was. Dit is een grote klap voor hem geweest. Zijn vader woont nu alleen en de student woont bij een oudere broer met wie hij een goede relatie heeft. Hij ging met een duidelijke motivatie studeren, doch de studie valt tegen vanwege het grote pakket wiskunde. Het kost hem veel

moeite zich aan het nieuwe leven aan te passen. Hij maakt een veel oudere indruk dan zijn kalenderleeftijd. Hij wil wel, maar hij kan zich moeilijk geven. Hij maakt een nogal depressieve indruk. De studentenarts heeft hem hulp geboden die hij zal accepteren.

Kasus 8

Indiase student uit Suriname. Hij heeft een slechte verhouding met zijn ouders. Hij heeft uitermate grote moeilijkheden sinds zijn verblijf in Nederland. Hij spreekt gebrekkig Nederlands en heeft hier geen vrienden en vriendinnen. Hij woont in Den Haag bij een oom en tante die niet erg aardig voor hem zijn. Zijn oom zit in de gevangenis wegens een poging tot moord. Hij zou graag op kamers gaan wonen, maar daar is zijn familie op tegen. Hij is al jaren depressief (eksogene depressie). Hij heeft weinig trek in het leven en de studie lukt ook niet meer. Ook op seksueel gebied heeft hij problemen. Zo gelooft hij dat je van masturbatie slap wordt. Het gesprek met de studentenarts vond hij erg fijn. Het was voor de eerste keer dat hij over zijn problemen kon praten. Hij komt nu terug voor een aantal gesprekken. Verder zal hij in contact worden gebracht met de International Student Club.

Kasus 9

19-jarige chemie student. De vader is een self-made man. Het huwelijk van zijn ouders noemt hij matig. Hij heeft een duidelijke studiemotivatie. Is altijd in chemie geïnteresseerd geweest. Hij woont in Rotterdam op kamers. Hij heeft contacten maar niet veel. De student, een aardige, vrij open jongen, met wie het gesprek vlot op gang komt, heeft duidelijke problemen over zijn homosexualiteit. Hij durft er met niemand over te praten. Ook niet met zijn ouders. Hij is subdepressief, drinkt hierdoor nogal wat en heeft ook concentratiemoeilijkheden. Het contact met de studentenarts vond hij erg fijn. Er is een afspraak gemaakt voor verdere gesprekken.

Kasus 10

19-jarige studente. Is enig kind en heeft goede contacten met ouders. Zij heeft een vriend die binnenkort afstudeert. Zij is wat teruggetrokken en vertelt dat haar stemming vaak

schommelt. Vrij onlangs is zij zwanger geworden en besloot toen direct om de studie te staken en te gaan trouwen. Het gesprek, dat vlot verliep, vond zij positief, maar er was geen reden om het contact te continueren.

Kasus 11

20-jarige student. Hij stottert. Zijn boventanden staan heel ver naar voren. Hij heeft dikke lippen. Dit hindert hem erg. Zijn grootste probleem is dat hij niet alleen durft te slapen. Als kind leefde hij in een soort spiritistische omgeving. Wordt daardoor angstig.

Kasus 12

Student van 21 jaar. Thuis zijn er veel conflicten. Hij beschrijft zichzelf als sociaal bewogen. Hij heeft angst voor de maatschappij. Hij heeft 12 maanden militaire dienst achter de rug en is toen al onder psychotherapie gekomen. Hij heeft neiging tot depressie. Tijdens het gesprek, dat wel soepel verliep, was er bijna geen ogencontact. Hij heeft reeds contact met een studentenpsycholoog. Met de laatste is telefonisch contact opgenomen.

Kasus 13

Tijdens de examenperiode van deze student is diens vader in een psychiatrische inrichting opgenomen. Hij trok zich dit heel erg aan. Nu, een half jaar later, is zijn vader weer beter en gaat het met hem ook weer goed.

Kasus 14

Student bouwkunde. 18 jaar. Zijn vader is R.K. en liberaal. Vroeger waren er veel conflicten thuis. Nu heeft hij deze geaccepteerd. Zijn studiemotivatie is positief maar hij heeft een duidelijke aanpassingsproblematiek. Hij heeft moeilijkheden in het leggen van contacten en heeft nooit echte vrienden gehad. Hij wil ook geen lid worden van een studentenvereniging. Hij is links, langharig en wil midden in de maatschappij staan. Hij is een gesloten, labiele, neurotische jongen met wie het gesprek moeilijk op gang kwam. Achteraf vond hij het gesprek wel positief en maakt een nieuwe afspraak voor een gesprek om over zijn contactproblemen te praten.

Kasus 15

Student van 20 jaar. HBS-B. Natuurkunde. Vader bedrijfsleider. Een man met een grote mond en een klein hartje. De moeder is koppig en kan lang boos zijn. Thuis zijn er veel spanningen. Op de middelbare school is hij tweemaal blijven zitten. Hij heeft een duidelijke studiemotivatie. Wilde al heel lang natuurkunde gaan studeren. Hij zou geen aanpassings- of conflictproblematiek hebben. Hij heeft alleen studie-"vrienden". Hij zegt ook geen seksuele problematiek te hebben. Hij heeft een meisje in Denemarken. Hij doet hier heel gesloten over. Hij is gesloten en vrij neurotisch. Het is een zéér defensieve jongen met wie het gesprek moeizaam verloopt. Zijn studieprognose is matig. Hem wordt voorgesteld zich te laten testen, maar daartoe is hij niet gemotiveerd. Hij gelooft niet in testen omdat ze te vaak mis-schieten. Hij compenseert zijn onzekerheid door een autoritaire houding. Gevraagd hoe hij uitnodiging en gesprek gevonden had, antwoordde hij : "neutraal". Verdere contacten zouden wel zin hebben, maar daartoe is de student zeker niet gemotiveerd.

Kasus 16

In augustus had deze student een down-periode i.v.m. ernstige ziekte van zijn vader. Deze is in september gestorven. Vader was de enige met wie hij contact had. Hoewel 68 jaar was het toch een man die begrip had voor de problemen van zijn zoon en hem steeds steunde. Moeder komt naar voren als een tyrannieke, zeer neurotische vrouw, die o.a. de verhouding met zijn meisje kapot maakte. Na de dood van zijn vader waren er thuis veel conflicten. Sinds februari woont hij op kamers. Hij heeft goede gesprekken gehad met een paar vrienden en een studentenpastor. Hij is nu opgewekt, voelt zich vrij en studeert ook makkelijker. Hij heeft een zeer grote exogene problematiek thans goed verwerkt. Het gesprek vond hij prettig en hij was blij geweest met het verzoek om te komen. Verdere contacten zijn nu niet nodig. Hij had eigenlijk in het najaar opgeroepen moeten worden.

Kasus 17

Boerenzoon van 19 jaar. Op het gymnasium altijd een van de beste van de klas. Tienen. Was een streber. Eindexamen mondeling zeer nerveus. Hij kan geen mondeling doen. Hij had

toen vieren. Hij heeft het examen gekregen omdat hij zo goed was. Hij wilde eerst pater worden, hoewel hij nooit heeft geloofd. Hij zag het gewoon als een baan. Heeft ook over sociologie gedacht. Het is een gespannen jongen die geen enkel risico neemt. Hij streeft nog steeds naar tien- en en heeft die ook gehaald. De studie staat centraal. Hier- naast weinig interesse. Gaat elke week terug naar huis. Het gesprek vond hij prettig, omdat hij thuis nooit kan praten. Als enige zoon is hij de oogappel. Duidelijke com- promis iguur. Een of andere vorm van behandeling is niet nodig. Indien hij zelf nog eens behoefte aan een gesprek voelt zal hij terugkomen. Hem is nog geadviseerd veel aan sport te gaan doen.

Kasus 18

De jongste van twee zoons. Thuis is iedereen erg vrij. Wat niet bevalt wordt direct gezegd. Hij heeft veel vrienden in een jongerensociëteit. Hij heeft nooit enige vorm van sexuele voorlichting gehad. Hij vindt zichzelf materialis- tisch en dictatoriaal. Het huwelijk zal wel niet meevallen, want hij is erg op zijn vrijheid gesteld. Hij lost zelf zijn problemen op en zal nooit een ander om hulp vragen. Linkse jongens vindt hij maar niets. Hij is anticommunis- tisch en vindt dat Amerika terecht in Vietnam gevochten heeft. Hij praat zeer druk met toenemend stotteren en blo- zen. Hij vecht nooit. Hij is volgens zichzelf niet agres- sief. Maar ongelijk zal hij nooit bekennen, ook al weet hij dat hij het heeft. De studie bevalt goed. Hij werkt hard om in het week-end geheel vrij te zijn. Het is een vreemde knaap, wel boeiend. Typisch solitair figuur met la- tent sterke agressie. Hij doet keihard. Hij kan dit wel- licht blijven, hoewel een break-down, en dan totaal, niet onmogelijk is.

Het gesprek vond hij niet nodig. Hij krijgt advies om een stencil over sex mee te nemen. Hem wordt nog gezegd dat hij welkom is indien er zich ooit problemen zouden voor- doen, maar daarop antwoordt hij dat hij dat wel niet zal doen. In ieder geval lijkt te verwachten dat hij nog wel eens terug zal komen.

Casuïstiek illustreert veel, doch bewijst weinig. Was het nu goed, zinvol of nutteloos dat de studentenartsen con- tact met deze mensen hebben gelegd? Was het noodzakelijk

of zou ook zonder hun hulp de student uiteindelijk zijn problemen of probleempjes hebben opgelost? Die vragen zijn moeilijk, zo niet onmogelijk te beantwoorden. Deze rapportage en evaluatie beschrijft slechts onze waarnemingen en opinies. Hieronder worden deze systematisch geordend opdat de lezer alle noodzakelijke informatie verkrijgt om zichzelf een oordeel te vormen.

Maar voordat de lezer zodadelijk zijn oog laat gaan langs rubrieken en getallen moet hij gewaarschuwd worden voor een zekere schijnexactheid, die er in de komende tabellen zit. Wie rubriceert interpreteert. Met subjectieve hand wordt soms een mededeling in een vakje geplaatst. Soms zelfs wel gewrongen. De rubriceringen vertellen verder alleen over de problematiek die in het eerste gesprek ter sprake kwam. Dat kan iets heel anders zijn dan, of maar een gedeelte van datgene wat psychologisch werkelijk belangrijk was. Dit verslag mag daarom zeker niet gelezen worden als een representatief onderzoek naar de aard van de psychologische problematiek bij de eerstejaars studenten. Wat tijdens een eerste gesprek niet relevant lijkt kan later erg belangrijk blijken. Ook het omgekeerde is mogelijk, dat namelijk achter het gepresenteerde en besproken probleem iets anders ligt dat later veel belangrijker blijkt.

In 1970 werden de gesprekken vanwege praktische omstandigheden pas in februari 1971 gehouden. Dan ziet men bij een vijftal studenten dat de problemen inmiddels zijn opgelost of dat de student het evenwicht heeft teruggevonden (kasus 16). Drie studenten blijken dan inmiddels zelf al de weg naar een hulpverlener gevonden te hebben. Hetzelfde vindt men ook in 1971 toen twee maanden eerder met deze gesprekken begonnen kon worden. Ook dan treft men studenten aan die zelf al de adequate hulp hebben ingeroepen (kasus 12) of wier problemen inmiddels zijn opgelost. Dat is weliswaar een heel kleine groep, maar het duidt erop dat hoge score's niet per se op een ernstige psychische problematiek of een behoefte aan hulp, waartoe iemand niet eigener beweging komt, hoeft te wijzen. Of om het nog eenmaal in de beeldspraak van de thermometer te zeggen: koorts kan vaak verdwijnen omdat het lichaam zelf het temperatuursevenwicht herstelt. Maar eigenlijk zou deze vergelijking weer meteen teruggenomen moeten worden. De stabiliteitscoëfficiënten van de vragenlijst hebben immers geleerd dat emotionele labiliteit niet iets is wat in even korte tijd kan stijgen en

dalen als de lichaamstemperatuur. Dat de meerderheid van de hoogscoorders kwetsbaar blijft, blijkt niet alleen uit hun score's maar ook uit het taaie en beklijvende van hun klachten.

Voordat deze klachten besproken gaan worden eerst nog de vraag hoeveel hoogscoorders de uitnodiging aannemen. Tabel 17. geeft de aantallen.

tabel 17

Response op uitnodiging voor gesprek

	1970	1971
Uitgenodigd	75	120
Verschenen	56 (74%)	94 (77%)
Niet verschenen	19 (26%)	26 (23%)

Driekwart van de studenten neemt de uitnodiging aan. Of dat veel is of weinig valt bij gebrek aan vergelijkingsmateriaal moeilijk te zeggen. Ook over de reden van niet komen is weinig bekend. Sommige studenten hadden de TH inmiddels verlaten, een klein aantal liet op de tweede uitnodiging weten geen belangstelling te hebben, maar van de meesten is onbekend waarom zij niet kwamen. (Het kleiner aantal opgeroepen in 1970 werd vooral door praktische redenen veroorzaakt) (1).

Over de wijze waarop het gesprek met hen die wel kwamen gevoerd werd kan men elders uitvoerig lezen (Hoofdstuk III). Wij beperken ons hier tot een analyse van de verslagen die de studentenartsen schreven.

tabel 18

Kwam het gesprek moeizaam op gang?

	1970	1971
Ja	29%	28%
Nee	67%	66%
Geen informatie	4%	6%

Ongeveer 30% van de gesprekken komt moeizaam op gang. Dit kan wijzen op een afwachtende of defensieve houding bij de studenten. Het geeft ook aan dat deze vorm van hulpverlening nieuwe, hoge en in de praktijk vaak vermoeiende eisen stelt. Het is een oriënterend gesprek, waarvan het initiatief niet bij de cliënt maar bij de hulpverlener ligt. Ook in de psychiatrische studie kwam deze moeilijkheid naar voren. Dit oriënterend gesprek begint meestal met de vraag of er bepaalde problemen zijn of met de vraag hoe het thuis of met de studie gaat.

tabel 19

Relatie tot het ouderlijk milieu

	1970	1971
goed	42%	30%
matig	16%	17%
slecht	18%	20%
geen informatie	24%	33%

Deze tabel suggereert dat de bron van de problematiek vaak dicht bij huis gezocht moet worden. Hoe kan het ook anders bij een groep die juist het ouderlijk milieu aan het verla-

ten is en bezig is in te groeien in een nieuwe omgeving. In 1970 bleken bij drie en in 1971 bij vijf studenten de problemen samen te hangen met de echtscheiding van hun ouders. Dit was de duidelijkst te traceren sub-groep. Voor deze studenten kan men de bron van het kwaad uiteraard niet weg nemen, maar alleen al het simpele doorspreken van en luisteren naar hun vaak trieste ervaringen is hulpverlening pur sang.

tabel 20

Studiemotivatie

	1970	1971
goed	45%	44%
matig	15%	11%
slecht	9%	9%
geen informatie	31%	36%

Een matige of slechte studiemotivatie was zelden de oorzaak van psychische problemen maar verwees meestal naar andere problemen.

De volgende twee categorieën "contacten met omgeving; vrienden en vriendinnen" en "aanpassings- en conflictproblematiek" staan natuurlijk met elkaar in verband. De eerste vraag werd gesteld als onderdeel van de vragen hoe het vroeger thuis en op de middelbare school ging, de tweede vraag betrof in principe de overgang naar Delft. Het hoofdje "aanpassings- of conflictproblematiek" stond als een van de steekwoorden op het formulier van de artsen. Dit bleek de rubricering achteraf te bemoeilijken omdat onder dit hoofd twee verschillende dingen kunnen vallen. Zo kan er sprake zijn van een conflictproblematiek vanwege slechte relaties met het ouderlijk milieu, maar werd de overgang naar Delft als een bevrijding gevoeld, die nauwelijks moeite kostte. Anderzijds ziet men ook dat voor een aantal studenten de overgang naar Delft moeilijk was, juist zoals ook voor hen het vinden van een eigen plaats in gezin

en school vaak problemen en gevoelens van isolatie en eenzaamheid opleverde.

De tabellen 21. en 22. laten hier vrij weinig van zien. Zij illustreren slechts dat bij een vrij groot aantal hoog-scoorders aanpassingsproblemen zijn die zich vooral uiten in moeilijkheden in het leggen van contacten met leeftijd- en studiegenoten.

tabel 21

Contacten met omgeving; vrienden en vriendinnen

	1970	1971
goed	46%	36%
matig	16%	13%
slecht	11%	12%
geen informatie	27%	39%

tabel 22

Aanpassings- of conflictproblematiek

	1970	1971
duidelijk aanwezig	13%	10%
aanwezig	16%	29%
afwezig	49%	27%
geen informatie	22%	34%

Voor zover er sprake was van sexuele problemen betrof dit soms identiteitsproblematiek over de eigen sexuele gerichtheid. Steeds bleken er ook studenten te zijn die nooit be-

hoorlijk waren voorgelicht of die gebukt gingen onder masturbatieproblemen. Daarnaast vormde de seksuele problemen soms ook een onderdeel van de meer algemene relatie-problematiek.

tabel 23

Sexuele problematiek

	1970	1971
duidelijk aanwezig	4%	4%
aanwezig	5%	13%
afwezig	67%	44%
geen informatie	24%	39%

Wat is nu bij de hoogscoorders de aard van de problematiek op individueel niveau? Is er meestal sprake van karakterstoornissen, zijn de problemen vooral van voorbijgaande aard en hoeveel studenten hebben ondanks hun hoge score toch geen duidelijke of uitgesproken moeilijkheden?

In tabel 24. zijn de belangrijkste categorieën die de studentenartsen bij de beschrijving van de student na het gesprek gebruikten, weergegeven. Zeker, deze tabel dient met enige voorzichtigheid gelezen te worden, omdat terwille van de helderheid geen dubbelcoderingen gebruikt zijn. Vaak las men in de protocollen omschrijvingen als: "depressieve jongen, die moeilijk contacten legt". Men zou zo'n omschrijving kunnen onderbrengen bij "depressief" en bij "contactproblemen", maar dit is terwille van de helderheid niet gedaan. Het plaatsen in één categorie is dan wel een interpretatie. Een interpreteren vanuit de tweede hand nog wel. En hoewel het rubriceren in het algemeen weinig moeilijkheden opleverde, mag onderstaande tabel alleen gezien worden als een overzicht van datgene wat men in het algemeen bij hoogscoorders aan zal treffen. Aan de getallen mag niet teveel afzonderlijke waarde worden toegekend.

tabel 24

Individuele problematiek

	1970	1971
neurotisch	4%	4%
depressief	5%	7%
identiteitsproblemen	2%	3%
"labiliteit"	28%	24%
persoonlijke problemen van voorbijgaande aard	14%	11%
defensief; gesloten	11%	9%
"unieke" problematiek	4%	12%
contact- of relatie- problemen	16%	15%
geen problemen; gezond	16%	15%

De meest genoteerde rubriek wordt gevormd door "labiliteit". Hierin zijn alle studenten bijeen gebracht, die in de verslagen beschreven werden als overgevoelig, kwetsbaar gespannen, onzeker, weinig zelfvertrouwen of at risk. Het is een groep met een hoge algemene emotionele labiliteit. Een groep die, gezien de vragenlijst, ook verwacht mocht worden.

Persoonlijke problemen van voorbijgaande aard zijn bijvoorbeeld financiële problemen en problemen betreffende de studiekeuze genoemd. Tot deze groep behoren ook de studenten die tijdens de inschrijvingsperiode erg nerveus waren, doch die enkele maanden later hun draai wel gevonden hadden. De studentenartsen beschrijven deze laatste groep dan ook vaak als "gezond". Het gesprek werd dan vaak een napraten over de problemen die er rond de tijd van inschrijving speelden. Het is dus niet zo dat men kan zeggen dat iedereen uit de groep "geen problemen; gezond" ten onrechte voor een gesprek werd uitgenodigd.

"Unieke" problematiek vormt een restgroep. In deze categorie werden bijvoorbeeld kasus 2 en kasus 3 geplaatst.

Belangrijk is de vraag waartoe het gesprek geleid heeft. Dit kan soms uit meerdere dingen bestaan. De studentenarts kan bijvoorbeeld besluiten om de student voor een aantal gesprekken uit te nodigen, maar heeft tegelijkertijd behoefte aan een gedifferentieerder beeld van de student, waarvoor een testpsychologisch onderzoek wenselijk is. Daarom zijn in onderstaande tabel wel dubbelcoderingen gebruikt.

tabel 25

Waar toe heeft het gesprek geleid?

	1970	1971
verwijzing naar een psychiater	2	-
verwijzing naar een psycholoog	6	11
"behandeling" in overweging gegeven	2	18
heroproep	10	7
gespreksgroep	2	2
verwijzing naar decaan	2	2
uitgenodigd te komen wanneer de student dat wil	5	11
student niet gemotiveerd voor verdere contacten	3	2
verdere contacten, hulp niet nodig	27	30
geen informatie	-	16

Het overzicht leert dat een verwijzing naar een psychiater slechts zelden voorkwam. Naar een psycholoog werd soms voor therapie en soms voor een testonderzoek verwezen. Onder "behandeling" moet hier verstaan worden dat student en arts een aantal gesprekken zullen gaan voeren. Dit in tegenstelling tot een heroproep, waarbij verder contact niet direct

nodig is, maar waarbij de arts de student wel wil blijven volgen. De studentenarts blijft dus zelf een initiatief behouden. In een aantal gevallen liet hij dit initiatief aan de student zelf over. Vaak is dan de problematiek nog niet rijp of is de student er nog niet aan toe om over zijn problemen te spreken. Bij iets minder dan de helft waren verdere contacten of hulpverlening niet nodig. Ook deze groep was samengesteld uit studenten die de TH reeds verlaten hadden, maar die nog wel op de uitnodiging waren ingegaan, de groep wier problemen een duidelijk tijdelijk karakter droegen, zij voor wie één gesprek soms al voldoende was, zij die al met andere hulpverlenende instanties contacten hadden en tenslotte zij bij wie helemaal geen sprake was van emotionele problematiek.

Hoe hebben nu de studenten het gesprek ervaren? Zoals tabel 26. laat zien is de teneur van hun antwoorden op deze vraag zeker positief.

tabel 26

Hoe hebben de studenten het gesprek ervaren?

	1970	1971
positief	80%	50%
onduidelijk	2%	4%
negatief	11%	0%
geen informatie	7%	46%

Het uiteindelijke criterium van de Delftse methode is de vraag of de student vindt dat hij er beter van wordt. Om hem is het begonnen. Hij is de scheidsrechter. Slechts betrekkelijk weinig studenten zijn negatief in hun oordeel. Men zou daar ook de studenten bij moeten rekenen die zeggen uitnodiging en gesprek "neutraal" te vinden of die zeiden "het is wel goed dat er zo iets is, maar voor mij is het niet nodig". In dergelijke opmerkingen, die als "onduidelijk" gecodeerd zijn, zit naar alle waarschijnlijkheid

een negatieve bijklank. Deze hangt soms samen met de algehele defensieve instelling van de student (kasus 18) en daarom is ook dit criterium niet absoluut. De uitnodiging kan heel wel op zijn plaats geweest zijn ook al was de student niet bereid om de bemoeienis van anderen te appreciëren. Een gebrekkig zelfinzicht kan ten onrechte leiden tot een afwijzen van iedere vorm van hulpverlening. De hulpverlener kan dan niet anders dan zich terugtrekken, maar weet dat zijn poging terecht was.

Van de andere kant vindt natuurlijk iedereen het wel eens prettig om over persoonlijke aangelegenheden te praten. Ook veel studenten met een lage score zouden een gesprek op prijs gesteld hebben. Een hoge positieve waardering is daarom weinig verrassend. Daarom heeft een van de studenten-artsen achteraf nog eens alle protocollen doorgelezen en aangegeven welke studenten hij, gezien de doelstellingen van het onderzoek wel, en welke hij niet had willen zien.

tabel 27

Hoe heeft de studentenarts het gesprek ervaren?

	1970	1971
positief	76%	85%
negatief	24%	15%

Telt men beide jaren bij elkaar op, dan vond de studenten-arts 27 van de 149 gesprekken (18%) onnodig of overbodig.

In tabel 28. zijn de meningen van de studenten en die van de studentenarts bij elkaar gebracht.

ARTS

		1970		1971	
		positief	negatief	positief	negatief
s	positief	35	9	44	3
t	onduide-				
u	lijk	1	0	3	1
e	negatief	3	3	0	0
n	geen in-				
t	formatie	3	1	33	10
e					
n					

Neemt men uit deze tabel alleen de linker bovenhoeken en deelt men de daar gegeven getallen door het totaal aantal studenten, waarvan de gegevens bekend zijn, dan is het eindoordeel in 79 van de 102 gevallen positief. Grofweg gezegd is dus in acht van de tien gesprekken de student positief in zijn oordeel en vond ook de studentenarts het binnen de doelstellingen zinvol om contact met de student gelegd te hebben.

Het onderzoek bij de hoogscoorders van 1972

Heeft nu uitnodiging en gesprek ook tot een daling van de scores op de DV geleid? Zijn er soms nadelige bij-effecten aan deze vorm van hulpverlening verbonden? Bestaat immers niet het gevaar dat studenten juist doordat zij (verwacht of onverwacht) een uitnodiging krijgen, zichzelf als geestelijk ongezond gaan zien en zich naar dat beeld gaan gedragen? Kom het weleens voor dat anderen van een student die uitgenodigd wordt gaan zeggen "die is gek", naar welke verwachting de student zich dan zou gaan gedragen? Is het met andere woorden ook niet mogelijk dat door directe of indirecte labelingseffecten een aantal mensen eerder een kwade dan een goede dienst bewezen wordt?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden werd aan alle studenten die vanwege hun hoge score door de studentenartsen voor een gesprek waren uitgenodigd of die zelf de wens

voor een gesprek met studentenarts of studentenpsychiater te kennen hadden gegeven, in april 1973 gevraagd om de DV nogmaals te willen invullen en om hun ervaringen eens uitgebreid op te willen schrijven. Om dit verslag zo objectief mogelijk te laten zijn werd hen gevraagd dit niet naar de studentenartsen maar naar de afdeling preventieve psychiatrie te willen zenden. Met name werd hen gevraagd om over eventuele negatieve effecten of ervaringen te willen vertellen.

Dit verzoek werd aan 112 hoogscoorders, aan 38 studenten die zelf om een gesprek met de studentenarts gevraagd hadden en aan 9 studenten die om een gesprek met een studentenpsychiater gevraagd hadden, toegezonden. De laatste groep was ook door de studentenartsen uitgenodigd, omdat er in Delft geen studentenpsychiater is. (Omdat een aantal studenten zowel om een gesprek met de arts als met de psychiater gevraagd hadden is het totaal van deze groep 42).

Van 53 studenten (34%) werd de DV ontvangen. Daarvan ontbrak bij 4 exemplaren het stamnummer, zodat zij niet verder verwerkt konden worden. Het verzoek om een verslag werd slechts door 36 studenten (=23%) positief beantwoord. Deze lage response (er is geen recall geweest) maakt het wel erg moeilijk om het effect van uitnodiging en gesprek te evalueren.

Is men op de uitnodiging ingegaan? Tabel 29. laat zien dat ongeveer een kwart van de studenten die voor een gesprek worden uitgenodigd deze uitnodiging niet aannemen of niet op de afgesproken tijd verschijnen.

tabel 29

Bezoek aan de studentenarts

	<u>geweest</u>	<u>niet geweest</u>
hoogscoorders	83	29
eigen verzoek	34	8

Het percentage niet-verschijners is bij hen die zelf om een gesprek gevraagd hadden niet veel lager dan bij de hoog-scoorders (resp. 26% en 19%). Het verschil is statistisch niet significant ($\chi^2 = 0,65$). Er werd ook geen verschil in gemiddelde score op de DV tussen verschijners en niet-verschijners gevonden ($t = 0,36$).

Van 26 studenten uit de groep hoog-scoorders is zowel hun score bij inschrijving als die, welke na het gesprek behaald werd, bekend. Het gemiddelde blijkt ongeveer twee en een halve punt gedaald te zijn (2,46). Statistisch gezien is dit verschil significant ($t = 2,62$; $p < .05$), maar het betekent de facto erg weinig. Bij de groep die niet verschenen is, is de daling ongeveer even groot (een gemiddelde daling van drie punten bij 7 niet verschenen hoog-scoorders). Bovendien is de daling maar nauwelijks groter dan de standaard meetfout van de DV. Een daling in emotionele labiliteit is dus zeker geen opvallend gevolg van het gesprek met de studentenartsen (2).

De verslagen

De verslagen die de studenten geschreven hebben zijn zo gering in aantal en de gedetailleerdheid van hun antwoorden is zo verschillend, dat het weerom erg moeilijk is een zinvolle rubricering te maken. Daarom zijn hier opnieuw eerst een aantal brieven in hun geheel weergegeven. Tesa-men geven zij een zo eerlijk mogelijke indruk van wat de studenten over hun ervaringen meedeelden.

verslag 1

Inderdaad heb ik in het najaar van 1972 een uitnodiging van een studentenarts gekregen om bij hem te komen n.a.v. mijn enqueteformulier. Het probleem waar ik mee zat was mijn twijfels, of ik er wel goed aan gedaan had om in Delft verder te gaan studeren. Wij hadden een prettig onderhoud van ongeveer een half uur, waarin ik chronologisch mijn problemen met de studentenarts opnam. Hij kon me niet verder helpen dan te beamen dat wat ik doe wel goed was en verwees me naar Prof. X. Daar had ik de volgende week ook een onderhoud mee. In eerste instantie vond hij het niet zo'n goede oplossing, gezien mijn leeftijd, om weer 2½-3 jaar te studeren, maar nadat hij alles

goed bekeken had kon hij mij ook geen betere oplossing geven. Van Prof. X. kreeg ik de verzekering dat, mocht ik met mijn studie moeilijkheden krijgen, hij altijd bereid was mij verder te helpen.

Ik moest eigenlijk nog terugkomen bij de studentenarts om over mijn onderhoud bij Prof. X. verslag uit te brengen, maar hier was ik in gebreke gebleven. Deze onderhouden hebben in die zin positieve resultaten voor mij, dat ik weet waar ik naar toe kan gaan om deze problemen te bespreken. Het is natuurlijk niet zo dat de problemen direct opgelost zijn, maar dat je je problemen met iemand kan opnemen is een heel grote steun in de verdere studie. Van deze onderhouden heb ik helemaal geen negatieve gevolgen gehad, want zij waren steeds persoonlijk tussen ons tweeën.

verslag 2

Ik was verbaasd dat ik een uitnodiging kreeg, en uit nieuwsgierigheid ben ik maar gegaan. Nou toen hebben we een leuk gesprek gehad. Ik had eigenlijk niet veel moeilijkheden, dus zo nodig was het nu ook weer niet. Het gesprek heeft geen verdere gevolgen gehad. Verder vond ik het toch wel fijn dat je daar over je eigen problemen gemakkelijk kan praten.

verslag 3

In totaal heb ik twee gesprekken gehad met de studentenarts. In het eerste heb ik in zekere zin een uiteenzetting gegeven van de problemen die mij op dat moment bezig hielden. Met nadruk in zekere zin, want in het patroon van moeilijkheden dat ik hem schetste, ontbraken juist die facetten die er de oorzaak van waren dat ik de meer eenvoudige problemen niet "cool" kon aanvatten. Na dit gesprek had ik enerzijds het gevoel tekort te zijn geschoten; aan de andere kant deed het me goed dat er mensen bestaan die zich met de problemen van anderen willen bezighouden. Naarmate de tijd vorderde overhaerste het eerste meer en meer. Begonnen ook de grond-problemen een belangrijker rol te spelen. Ik vond dat een verandering in mijn situatie op zijn minst hard nodig was. Ik zag een oplossing die volgens mij het belangrijkste probleem zou ontwortelen. De lente liet zich schuchter zien en dit gaf mij het gevoel dat er niets meer in de weg stond. Voor-

zichtig begon ik aan mijn "bevrijding". Ik was nog niet zo ver gevorderd toen ik de tweede uitnodiging van de studenten-arts ontving.

Ik vertelde hem, consequent, dat de problemen waarover ik met hem had gesproken, opgelost waren of dat een oplossing niet lang meer op zich zou laten wachten. Kort daarop moest ik merken dat wie hoog klimt, hard terecht kan komen. Een oprechte, maar daarom niet minder ontactische opmerking van een vriend-collega ontnam mij ieder uitzicht op een spoedige oplossing.

Maar we dwalen af. Voor mij heeft de bemoeienis van de studentenarts niet het maximale profijt gehad. Een groter aantal gesprekken zou misschien meer openheid van mijn kant tot resultaat kunnen hebben gehad. Anderzijds zou dan meer een verhouding dokter-patient hebben kunnen ontstaan, waarbij de vraag gerechtvaardigd is of dit voor de ontwikkeling van de toestand wel of niet gunstig was.

Dan is er nog de reactie van mijn "milieu". In mijn instruktiegroep waren de opvattingen tamelijk homogeen. Niet bepaald negatief; eerder positief. Ik vertelde erover in de groep, waarmee ik optrok, en op een manier, een relativiserende toon (om dat poppe woord maar eens te gebruiken), die hun geen bepaalde mening opdrong. Een makker die met mij op de middelbare school had gezeten, vertelde het door op de sociëteit van die school. Reactie daar: moet jij naar de psychiater? Ikzelf trek me dit niet aan, maar ik kan me goed voorstellen dat iemand anders niet zo zou reageren. Tja, zo kom je er wel achter dat je nooit moet denken dat je iemand werkelijk kent.

verslag 4

Ondergetekende deelt U hierbij mee dat hij niet is ingegaan op de uitnodiging van de studentenarts omdat hij - misschien ten onrechte - vond dat hij met zijn problemen eerder bij een studentendecaan moest gaan dan bij een arts.

verslag 5

Aangezien ik zeer laat een uitnodiging kreeg vermoedde ik dat mijn verzoek om een gesprek niet ingewilligd werd. Nadat ik een uitnodiging voor zulk een gesprek ontvangen had waren er reeds 7 maanden gepasseerd. In deze maanden heb ik tweemaal een ingrijpende beslissing genomen, m.a.w. tweemaal in een half jaar tijds veranderde ik van studie-

richting.

Nog steeds ervaar ik de wereld als wurgend en weerbarstig. Het doel dat ik mij voor ogen stel kan ik in het kort samenvatten: het is beter mijzelf te overwinnen dan de wereld, of: ik moet handelen zonder hoop. Dat betekent dat ik mijzelf loochenen moet.

Uit het feit dat ik niet kwam, op uitnodiging van de arts, om een gesprek met hem te hebben, geloof ik te mogen constateren dat zo'n gesprek nuttig is voor anderen. Mensen die zichzelf moeten ontdekken via de ander door middel van een gesprek. Ik kan me toch niet conformeren aan deze gang van zaken, want het is zo zinloos deze stormloop. Alles wat in zo'n gesprek behandeld zou worden kan ik als volgt samenvatten. Komt een en ander in je kraam te pas, dan is het gesprek een spiegel. Zou enig gesprek indruisen tegen mijn zelfontwerp dan hoor ik de waarheid van: "Wie ben je?" via de ander. Ook door je omstandigheden weet je wie je bent.

En goede voornemens worden weer gesmoord in de kwestie van: de vragende mens t.o.v. de zwijgende wereld. Eén zo'n gesprek vaagt de eenzaamheid helemaal niet weg: hoewel ik een discussie niet afwijs.

verslag 6

Toen ik een oproep ontving, waarin me verteld werd dat ik in aanmerking kwam voor een gesprek met de studentenarts, voelde ik mij zeker niet happy. Ik vroeg me serieus af wat er met me aan de hand zou zijn, vooral omdat ik van niemand anders gehoord had dat zij een oproep hadden ontvangen. Ik leefde erg naar de dag van de afspraak toe en stelde me er van alles van voor. Ik vond het zeker een fijn gevoel dat bleek dat je in de gaten werd gehouden en heb eigenlijk geen moment gedacht "waar bemoeien ze zich mee".

De arts die mij ontving was zeer vriendelijk. Ik voelde mij binnen de kortste tijd op mijn gemak. Enkele punten uit de vragenlijst werden doorgenomen. Er was uit de lijst geconcludeerd dat er bij mij verschillende dingen dwars zaten. Dit is recht gezet. Het berustte grotendeels op misverstanden.

Bijvoorbeeld de vraag: "Heeft U soms erg verlangd thuis weg te gaan?". Daar heb ik soms erg naar verlangd, maar dat wil nog niet zeggen dat ik elke dag thuis ruzie heb en

met alle geweld op kamers wil gaan wonen. Zo waren er nog enkele vragen. Naar aanleiding van dit gesprek zag de dokter geen aanleiding mij vaker te ontvangen. Ik was opgelucht. Ik bleef, werd gezegd, altijd welkom als er onverhoopt moeilijkheden kwamen. Negatieve gevolgen heeft het voor mij niet gehad. Alleen positieve.

verslag 7

Het onderzoek heeft voor mij een gesprek tot gevolg gehad met de studentenarts. Deze heeft mij verwezen naar een keuring voor geschiktheid als student. De uitslag hiervan heeft gedeeltelijk mijn doelloosheid weggenomen. Ik sta zodoende positief tegenover deze enquête. Ik vind dat deze enquête voortgezet moet worden in de volgende jaren. Opmerking: vragen zijn vaak hetzelfde maar door de manier van stellen doemen andere voorbeelden in je gedachten op die de beantwoording verschillend maken. Ik heb dit van het begin als ernstig opgevat maar de oproep van de studentenarts kinderlijk gevonden. Ik kon met de goede man niet praten. Met die van de keuring wel. Ik zie achteraf dat het nodig en nuttig was.

Omdat het niet goed doenlijk is om 36 brieven weer te geven zal toch ondanks alle bezwaren die daaraan verbonden zijn, getracht worden de inhoud in een paar rubrieken onder te brengen. Men moet er daarbij op bedacht zijn dat er dubbelcoderingen in een rubriek kunnen voorkomen, zodat de genoemde getallen niet opgeteld mogen worden.

De evaluatie van het gesprek

Elf studenten schrijven dat zij uitnodiging en gesprek zeer positief hebben gewaardeerd. Acht studenten schrijven dat het zo'n prettig idee is dat je iemand weet bij wie je, als je moeilijkheden hebt, terecht kunt. Een student schrijft dat het zijn drempelvrees verlaagd heeft, wat bij een andere student niet nodig bleek, omdat hij al eigener beweging contact met een van de studentenartsen opgenomen had. Een student schrijft dat hij het gesprek wel aardig vond, maar dat het voor hem eigenlijk niet nodig was. Een ander vond de uitnodiging onnodig, omdat hij zijn problemen zelf wel kon oplossen. Vijf studenten vonden het nut-

HOOFDSTUK III

INTERMEZZO. SCREENEN IN DE PRAKTIJK. EEN INTERVIEW MET MEVROUW VAN REEKUM-VAN WAASBERGEN, STUDENTENARTS.

Hoe worden de formulieren uitgereikt? Door wie, wanneer en met welke instructie?

Twee assistentes zitten in de zaal, waar ieder bij inschrijving allerlei formulieren en informatieve stencils ontvangt. Van de zijde van de studentengezondheidszorg kregen de studenten dit jaar een stencil met informatie over spreekuren, keuringen e.d. en een korte enquête over de wenselijkheid van een tandheelkundige verzorging voor studenten.

De somatische en de psychologische vragenlijst zijn tot één geheel samengevoegd. Daarop staat de instructie:

" Zoudt U zo vriendelijk willen zijn deze vragenlijst zorgvuldig in te vullen, zonder een enkele vraag over te slaan, ook al lijken sommige vragen erg op elkaar. Het antwoord geeft U aan door omcirkelen.

Voor de statistische bewerking van de gegevens zal gebruik gemaakt worden van de computer. Hiertoe wordt de doorslag van de vragenlijst ter verponsing aangeboden, nadat Uw persoonsgegevens er van afgescheurd zijn.

Uw anonimiteit is hierdoor volledig gewaarborgd.

Gegevens van deze vragenlijst kunnen nooit aanleiding zijn tot niet-toelaten aan de Hogeschool.

Wel is het mogelijk dat U te zijner tijd, naar aanleiding van Uw beantwoording, van ons een uitnodiging ontvangt voor een oriënterend gesprek .

Hieraan gevolg geven is naar onze mening in Uw eigen belang.

Zoudt U het formulier in bijgaande enveloppe willen afgeven bij de mantoux-controle of binnen een week retourneren."

Hoeveel procent van de studenten beantwoordt de vragenlijst?

Dat is in de afgelopen jaren verschillend geweest. Vroeger kwamen alle studenten ter controle van de mantoux nog eenmaal bij de studentengezondheidszorg. De assistentes vroe-

gen dan ook om de vragenlijst. Nu is de mantoux-controle opgeheven. Daardoor is de response gedaald.

In 1974 lieten zich 1234 eerstejaars inschrijven. Daarvan zijn er 950 op de officiële inschrijving geweest. Van deze 950 hebben er 768 het medisch formulier ingevuld. In 1974 hebben we geen nieuw formulier gestuurd aan hen van wie niets vernomen was. In 1973 werden namelijk maar 175 van de 600 nagestuurde vragenlijsten ingevuld terugontvangen.

Waarvan is het niet-beantwoorden afhankelijk?

Dat is moeilijk te zeggen. Ik vertelde je al van die veranderde organisatie door het wegvallen van de mantoux-controle. Dat speelt zeker een rol. Verder denk ik dat veel studenten er gewoon niet toe komen. Ze krijgen zoveel stencils. Die gaan allemaal in een plastic zak om vergeten te worden.

Verder heeft, heel misschien, de andere opzet van de introductie-fora er iets mee te maken. Vroeger leidden wij zelf het forum waarin informatie over de SGZ gegeven werd. Nu wordt dat gedaan door de VSSD, dus door de studenten zelf. Deze hebben het screeningsprogramma wel aanbevolen, maar zelf ben je toch enthousiaster, je geeft de informatie uit de eerste hand. Maar nogmaals, dit is speculatief.

Hoe bouw je het gesprek met de hoogscoörders op?

Na de kennismaking, zo informeel mogelijk en liever niet aan het bureau, leg ik eerst altijd uit wat de bedoeling van het gesprek is, dat het gaat om een oriënterend gesprek, om nog eens de vragen door te lopen, die ze ingevuld hadden. Ik leg dan uit waarom we dit waren gaan doen, dat we zo vaak ouderejaars op het spreekuur kregen, die helemaal vereenzaamd waren of die zo veel problemen hadden dat wij zijn gaan zoeken naar een methode om dit te voorkomen. Daarom houden we nu een oriënterend gesprek om te kijken hoe het gaat. Ik geef daarvan ook voorbeelden, van mensen die twijfelen over hun studiemotivatie; dat er mensen zijn die moeilijk contacten kunnen leggen. En dan vertel ik dat we daar verschillende groepen voor hebben. Dan krijg je al vaak een zekere ontspanning. Ik zei dan vervolgens dat we drie kwartier hebben om over een en ander te praten.

Ik loop de lijst dan nog eens door om te kijken of het nog zo is, wat ze destijds hebben ingevuld. Er zit immers soms een hele tijd tussen het invullen van de vragenlijst en het gesprek. De tweede reden is dat je er dan de defensieven snel uithaalt, zij die gaan marchanderen, zo van "Ik heb het heel vlug gedaan" of "Ik heb het met een paar vriendjes gedaan". Verder geven ze er meteen een stuk informatie bij, bijvoorbeeld waarover zij dan piekeren. De vraag of zij zich gelukkig voelen levert heel vaak discussies op.

In het gesprek kun je ook een stuk relativering inbrengen, ze uitleggen dat het niet betekent dat ze gestoord zijn, wanneer ze hoog scoren. Voor die relativering zijn ze geweldig gevoelig. Als iemand heel defensief is en dat blijft ondanks alle relativering, dan moet je dat zo laten. Dat heb ik een enkele keer wel eens meegemaakt.

Daarna is het gesprek vrij, en probeer ik zoveel mogelijk henzelf te laten praten. Er zijn dan inmiddels al een aantal belangrijke punten naar voren gekomen. Op de meest defensieven na gaat het dan altijd wel, misschien nog eens een enkel zinnetje om te stimuleren.

Ongeveer tien minuten voor het einde van het gesprek probeer ik het gesprek samen te vatten en de eventueel aanwezige knelpunten op een rijtje te zetten. Dan kijken we wat de mogelijkheden zijn. Als er heel expliciete dingen uit komen, bijvoorbeeld studieproblemen, dan kun je een rechtstreekse oplossing zoeken, bijvoorbeeld een gesprek met een decaan. Is er sprake van contactproblemen, dan kun je de aandacht vestigen op een van de gespreksgroepen en zeg ik dat zij zich, als ze dat willen, kunnen opgeven bij een van de assistentes. Wanneer je een sterk geremd iemand hebt, iemand die je bijna niet aankijkt en de hele tijd met zijn handen zit te friemelen, dan ben je wat directiever. Dan gaat het niet in een gewone gespreksgroep. Dan vraag je: "Zou een therapiegroep niets voor U zijn?"

Is er geen onmiddellijke aanleiding om iets concreets voor te stellen, maar heb je toch het gevoel dat je het niet helemaal vertrouwt, dat je je afvraagt of wat ze vertellen echt wel zo tijdelijk is als ze zeggen, of ze het echt verwerkt hebben en of die voorbijgaande problemen niet een diepere basis hebben, dan vraag ik: "Wat vindt U er van als we elkaar over drie maanden nog eens zien?"

In enkele gevallen is het zo'n schot in de roos dat ze meteen zelf een tweede afspraak maken. Sommige blijken de oproep afgewacht te hebben en hebben zich daarom niet reeds aangemeld voor een gespreksgroep.

Tegen de overigen zeg ik: "Mocht er in de toekomst nog iets zijn, dan bent U welkom".

Wat zijn de grootste moeilijkheden in het gesprek?

De grootste moeilijkheid vormen de heel defensieven, de mensen waar je niet door kunt komen, alhoewel ik ook moet zeggen dat je door de meeste defensies wel heenkomt. Dat is ook een kwestie van ervaring.

Die defensie kan zich in geweldig veel vormen uiten. Dat is eigenlijk de enige moeilijkheid, dat je niet door kunt dringen, terwijl je intuïtief voelt dat het allemaal niet zo is. Met deze mensen probeer ik een afspraak te maken op langere termijn.

In het begin was ook de uitnodigingbrief te beschermend, teveel geschreven in een sfeer van teveel willen zorgen voor de student. Door een aantal werd het als een inmenging beschouwd. Ik heb ze wel eens gevraagd hoe de brief veranderd zou moeten worden. Wanneer je dat bespreekt en hen vertelt dat ze de vragen ook niet hoeven te beantwoorden, dan worden ze minder defensief. Er was bijna nooit iemand die het gesprek negatief ervaren had, wanneer je op het einde van het gesprek daarnaar vroeg. Als je ze toestond negatief te reageren op die brief, dan daalde de defensiviteit. (zie voor huidige uitnodigingsbrief appendix 6).

Wanneer wordt met de gesprekken begonnen? Wanneer zijn ze afgelopen?

We beginnen ongeveer een week of zes na inleveren. We proberen om tussen september en december alle hoogschoolers gehad te hebben.

Zijn de studenten nieuwsgierig, zenuwachtig of blij met de oproep?

Alle drie categorieën die je noemt zijn aanwezig. De mensen die gewoon nieuwsgierig zijn zitten meestal in de

groep die Ja gezegd heeft op de vraag of zij een gesprek willen. De echte hoogscoorders zijn meestal òf zenuwachtig òf blij.

Zijn er nog meer verschillen tussen de hoogscoorders en zij die zelf om een gesprek vroegen?

Ja. De hoogscoorders zijn in het algemeen gespannener en defensiever. De andere groep vormt een ander genre. Zij hebben volgens mij meer escape mogelijkheden. Zij komen soms om lichamelijke klachten. Het zijn niet altijd mensen met psychische problemen, of als het die wel zijn, dan kunnen zij die ook in een andere vorm, bijvoorbeeld rugklachten, aanbieden. Ze zijn meer beschermd naar jou toe. Ze hoeven niet meteen voor de draad te komen. Als ze dan je gezicht gezien hebben, dan komt vaak hun probleem, bijvoorbeeld hun relatie met een vriendinnetje.

Wanneer verwijs je een student naar een psychiater of psycholoog, hou je hemzelf voor verdere gesprekken, besluit je tot een heroproep of laat je het initiatief om terug te komen aan de student?

Dat laatste doe ik in overleg. Ik laat de student zelf beslissen wat hij kiest: zelf terug komen of een heroproep krijgen. Alleen als ik vind dat verder contact echt gewenst is ben ik directiever. Dan vraag ik: "Wat zou U er van denken als ik U over drie maanden nog eens oproep?". Wanneer de problemen een duidelijke tijdelijke oorzaak hebben, bijvoorbeeld dat de vader vrij onlangs gestorven is, dan doe ik dat uiteraard niet.

De vraag wanneer ik naar een psycholoog of psychiater verwijs is moeilijk. Er zijn veel overgangsvormen. Naar een psychiater heb ik bijna nooit iemand verwezen. Als je ziet dat iets duidelijk pathologisch is of dat het heel lang gaat duren voordat iemand van zijn ernstige problemen af is, dan komt dat wel in aanmerking. Maar daar moet je iemand op voorbereiden. Dat doe je niet meteen. Daar gaan eerst zeker drie gesprekken overheen.

Wanneer ik denk dat iemand gedragstherapeutisch behandeld moet worden of bijvoorbeeld duidelijke examenangsten heeft, dan pleeg ik eerst overleg met A. Vegter, studentenpsycholoog, en verwijs een student eventueel naar hem door.

Kleine psychiatrie doe ik zelf: relationele problemen, echtparen. Ik verwijs ze ook vaak naar gespreksgroepen, zowel therapeutische als gewone gespreksgroepen. Daar gaan eigenlijk de meeste mensen naar toe. Dat werk vaak heel leuk. Kortom, wat je doet is erg situatief bepaald.

Zijn er bepaalde positieve of negatieve bij-effecten aan het oproepen verbonden?

Een negatief bij-effect is het gevoel van op het matje geroepen te worden. Dat maakt de defensieven nog defensiever. Dat is jammer, maar ik weet niet hoe ik dat zou moeten oplossen. Dat vind ik het enig negatieve.

Een reëel punt is ook dat je ze afhankelijk zou maken. Je moet natuurlijk voorzichtig blijven. Sommige crisissituaties kunnen heel positief voor je persoonlijkheidsontwikkeling zijn, maar dan moet je er wel iets mee kunnen doen.

Maar dat alles weegt toch niet op tegenover de positieve punten, dat er iemand is waarmee je kunt praten wanneer je in een stress-situatie zit. Of neem de jongens die geen duidelijke studiemotivatie hebben. Ik vraag altijd hoe ze tot hun studiekeuze gekomen zijn. Als dat allemaal niet duidelijk is, dan is het heel positief om dit studiekeuzeproces te verhelderen of eventueel te versnellen, bijvoorbeeld door hem te laten testen. Dat voorkomt dat iemand eerst nog eens een heel jaar door moet otteren voor hij definitief zegt dat deze studie niet bij hem past.

Komen de studenten in hun latere studiejaren vaak terug op het eerste gesprek?

Ja. Maar dat is moeilijk in cijfers uit te drukken. Ze komen er wel op terug, zeker in die gevallen waarin je wat hebt kunnen doen, in die gevallen waarin jouw gesprek van invloed is geweest op de verdere voortgang.

Er zijn betrekkelijk veel false positives. Wat doet jullie besluiten om toch door te gaan?

Laten er dan een aantal false positives zijn. Het is de vraag of het gesprek dan onnodig was. Het gesprek is op zijn minst drempel-verlagend, een kennismaking. De false

positives wegen niet op tegen wat er gebeurd zou zijn als je de anderen niet opgeroepen had, want daar komt geweldig veel uit. Wat geven die false positives eigenlijk? Je kunt zeggen door het briefje zijn ze geëtiketteerd. Misschien hebben ze ten onrechte dat gevoel gekregen. Dat kun je uitleggen in een gesprek. En je kunt ook zeggen: "Het gaat goed met U". Ook het etiket wordt opgevangen. Ondertussen hebben ze kennis gemaakt en misschien gedacht, : "goh, dat is toch een mens waar je mee kunt praten". Verder ontvangen ze informatie over wat ze hier voor mogelijkheden hebben. Het etiket kun je dus erg afvlakken. Ook de brief die is nu zo opgesteld dat een etiket zoveel mogelijk vermeden wordt.

Het positieve is het vroegtijdig inspelen op mensen die nu al at risk zijn of dat zullen worden. Proberen in te spelen op hun situatie. Dat is het essentiële. Samen met hen iets coördineren zodat zij zichzelf helpen. In een groep helpen de mensen zichzelf ook. Anderen houden je wel voor hoe je het doet, maar je moet het toch zelf doen. Ik heb een hekel aan helpen. Hulp maakt zo afhankelijk.

Het gaat echt om secundaire preventie. Mensen hebben bijvoorbeeld contactmoeilijkheden die je nu nog op kunt vangen. Anders vereenzamen ze. Soms kun je al met hele kleinigheden van dienst zijn. Je wilt het verder afglijden voorkomen. Dat is zo belangrijk.

Zijn er vanuit de studenten weleens protesten gekomen in de zin van "waar blijven de gegevens?", "jullie helpen afzonderlijke individuen maar doen niets aan de werkelijke oorzaken", of "jullie maken van iedereen een patient" ?

Dat is een moeilijke vraag. Een hele tijd geleden heeft er eens iets in de krant gestaan over het aantal studenten dat geestelijk ongezond zou zijn. Het ging in feite om het percentage "impaired" studenten. Dat woord werd niet gebruikt en het getal was, misschien door een drukfout, veel te hoog weergegeven. Voor de studenten was dat bericht een schok. Toen is in de raad gevraagd of de Delftse studenten ziekelijker zouden zijn dan de andere studenten.

Wij hebben nooit reacties gehad van het type "waar blijven de gegevens?". Integendeel. Bij de VSSD bestond er wel enthousiasme over dat wij iets met de gegevens deden. Wij

hebben ze ingebracht in de hoorzitting van de tweede kamer over de nota Posthumus. Men vindt wel dat het hele systeem bekeken moet worden, hoe het zit in de TH gemeenschap, waar de knelpunten liggen. Maar het verwijt "jullie maken van iedereen een patient" hebben wij nooit gehoord. Op het forum voor de eerstejaars heeft Joep van den Brink, de voorzitter van de RSV (Raad Studenten Voorzieningen) de eerstejaars aanbevolen om aan het screeningsprogramma mee te doen. Als de studenten vonden dat hier patienten gemaakt worden, dan had hij dat zeker gezegd.

Zijn er bepaalde reacties vanuit de TH op dit screeningsprogramma?

Een heel enkele keer heb ik weleens gehoord "waar is dat nou goed voor? . In mijn tijd was dat nog niet". Maar dat is zeker niet de teneur. De positieve reacties overwegen. zeker. De voorzitter van de SGZ vindt het heel belangrijk. Men geeft nu ook een 7/10 plaats voor een socioloog of psycholoog om dit onderzoek verder uit te breiden, m.n. ook om na te gaan hoe het komt dat de score's in de loop van 2½ jaar zo stijgen. De decanen, de psychologen en de andere welzijnswerkers zijn erg enthousiast over dit preventieve werk.

Hoe is jullie staf opgebouwd?

We hebben vier artsen, waarvan er drie een training in gesprekstechniek gevolgd hebben. Verder zijn er drie assistentes, waarvan een analiste.

Zelf heb ik een paar sensitivity trainingen ondergaan, waarvan een voor psychotherapeuten, en heb nu al drie jaar opleiding VOTSR (Vereniging Opleiding Training Sociale Relaties), een typisch agogische opleiding. Ik zit nu zelf al drie jaar in de agogische hoek.

Verder is B. Vegter, studentenpsycholoog, hier kind in huis. Hij valt niet officieel onder de stichting, maar we werken erg veel samen.

Wat doen jullie naast dit programma nog meer aan "mental health"?

overspoeld worden door curatieve spreekuren.

De studenten zijn er niet altijd gelukkig mee. Het zal nog een heel proces zijn voor de studenten dit akcepteren. Er blijft bovendien nog het dagelijks open spreekuur.

Wat zijn jullie plannen en wensen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg voor de toekomst?

Uitbreiding en vorming van een studenten kader. De studenten leren zichzelf te helpen. Dat doen we in al die gespreksgroepen.

Verder de ontwikkeling van de Gezondheids Voorlichting en Opvoeding (GVO). Dat is ook weer gericht op het zelfstandig maken van de student. Daarom ook die film over de relaties.

Hoeveel uren mental health consultation ontvangen jullie?

Twee uur per week.

Kun je iets zeggen over de naam die de SGZ bij de studenten heeft?

Ik dacht wel positief. Wij streven naar zo laag mogelijke drempels. Wat je je wel afvraagt is of het begrepen wordt waarom wij de curatie hebben afgestoten.

Het screeningsprogramma heeft wel bijgedragen aan dat positieve beeld. Het besef dat je niet in de kou blijft staan, maar dat er hier mensen zijn die aan het welzijn werken. Of het screeningsprogramma op zichzelf drempelverlagend werkt weet ik niet. Er is ook wel verzet tegen die oproep. Op het introductie-forum leg je uit dat het een handreiking is. Maar dat is iets anders dan drempelverlaging.

De nestoren-training. Nestoren zijn echtparen die wonen in de studentenflats. Ze zijn aangesteld door de stichting huisvesting. Zij worden vaak geconfronteerd met problemen op hun verdieping. Zij kwamen hier met de vraag om een "psychisch EHBO-koffertje". We doen een eenvoudig rollenspel met hen, waarin we concrete vragen doorspelen. Ze worden te vaak gezien als politieagent. Ook zij willen de drempels laag maken.

De mentoren-training. Elk jaar zijn er zo'n 130 mentoren, meestal derdejaars, die in de ontvangstdagen een groepje van ongeveer 10 eerstejaars een hele week begeleiden. In de toekomst wordt dat hopelijk een heel jaar.

Werkgroepen over identiteit en relatie. Deze groepen worden geleid door studenten. Wij trainen de gespreksleiders en geven bij-training en houden wekelijks evaluatie-gesprekken over de groep die ze draaien. Gemiddeld lopen er zo'n acht groepen, afgezien van de mentoren-training.

De Delftse werkgroep homosexualiteit. Deze groep ontvangt regelmatig trainingen in van alles. Er zijn zowel taak- als relatie-gerichte groepen. Zo'n taak-gerichte groep traint bijvoorbeeld in het leiden van vergaderingen.

Tenslotte is er nog sexuele voorlichting. Dan doen we m.b.v. een film over menselijke relaties. Die draaien we op verzoek. Alle werkers op het welzijnsterrein doen daaraan mee.

Verder heb je natuurlijk nog het onregelmatige advies- en informatiewerk.

Waarom hebben jullie de lichamelijke gezondheidszorg afgestoten? Hoe bevalt dat de studenten?

We hebben dat om een aantal redenen gedaan. Op de eerste plaats om een integrale gezondheidszorg te realiseren. In het week-end en 's avonds konden wij de studenten geen hulp bieden. Op de tweede plaats zijn wij "specialisten" geworden. Wanneer nu de huisarts vindt dat de klachten van de patient een psychosomatische oorsprong hebben, of wanneer hij vindt dat gesprekken of deelname aan een gespreks-groep wenselijk zijn, dan verwijst hij de student naar ons. Tenslotte hebben we het gedaan om meer tijd vrij te krijgen voor werk op het preventieve vlak. Anders zouden we immers

HOOFDSTUK IV

SCREENEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

1.

Aanleiding

Omdat de ervaringen met het screeningsprogramma in Delft overwegend gunstig waren kwam de gedachte op om na te gaan of deze methode ook bruikbaar en zinvol was in een andere populatie dan studenten. Welk nut zou het bijvoorbeeld in een huisartsenpraktijk kunnen hebben? Wegen de lasten die een dergelijk onderzoek met zich meebrengt op tegen de voordelen? Hoe wordt het door de patiënten ervaren? Heeft het bepaalde bij-effecten?

Om enig inzicht in deze vragen te krijgen werd het onderzoek ook eenmaal uitgevoerd in een huisartsenpraktijk te Rotterdam. De huisarts beschreef zijn praktijk als volgt: "een doorsnee stadspraktijk met + 75% fondspatiënten en + 25% particulieren. De laatste bestaan vooral uit winkeliersgezinnen en gezinnen van kantoormensen. De fondspatiënten bestaan uit gezinnen van havenarbeiders, bouwvakkers, loodgieters, etc. De meeste zijn geschoolde arbeiders. In de praktijk zijn niet overmatig veel steuntrekkers en werkelozen. De praktijk beslaat de gehele stad, behalve Rotterdam-Zuid en de nieuwe wijken in Noord, die na de oorlog zijn gebouwd. De meeste patiënten wonen in de wijken "Oude Westen" en "Delftshaven". Gastarbeiders vormen slechts een kleine groep, dit vooral omdat de praktijk sinds enkele jaren gesloten is. De gastarbeiders in de praktijk wonen meestal al vele jaren in Rotterdam. Studenten komen in de praktijk vrijwel niet voor".

De huisarts werkt samen met het Rotterdams Universitair Huisartseninstituut en neemt deel aan onderwijs en onderzoek van de medische faculteit. De praktijk is tevens een morbiditeitspeilstation van het Nederlands Huisartsen Instituut in samenwerking met de geneeskundige hoofdinспекtie. In verband hiermee wordt de praktijk regelmatig geteld.

2.

Organisatie van het onderzoek en response

In de herfst van 1972 werd de Delftse Vragenlijst toegezonden aan alle personen van 17 jaar en ouder die als patiënt stonden ingeschreven. Adressering en verzending geschiedde door medewerkers van de medische faculteit. In totaal werden 2551 formulieren verzonden. Elk formulier werd begeleid door een antwoordenenveloppe en een brief die ondertekend was door de huisarts en A. Appels. In deze brief werd benadrukt dat het ging om een onderzoek en dat de medewerking geheel vrijwillig was. Aan hen die de vragenlijst niet binnen een maand teruggezonden hadden werd deze een tweede maal toegestuurd. Tabel 30. geeft een overzicht van de response.

tabel 30

Response op de toezending van de DV in een huisartsenpraktijk

I	1. Verkeerd adres; uit de praktijk	226	
	2. Blanco	10	
	3. Geen leeftijd of geslacht bekend	11	
	4. In ziekenhuis; overleden	8	
	5. Meer dan drie vragen onbeantwoord	17	
	6. Weigeringen; "dokter weet het al"; "te oud"	13	
	7. Diversen	9	
		totaal	294 = 12%
II	Geen formulier ontvangen	752	= 29%
III	Ontvangen en verwerkbaar	1505	= 59%

		totaal	2551 = 100%

Na aftrek van de groep "verkeerd adres" komt de totale non-response op 32%.

Welke mensen hebben de vragenlijst niet teruggestuurd en waarom niet? Een controle leerde dat er geen samenhang bestond tussen het al dan niet terugzenden van de vragenlijst en sociaal-economische status, leeftijd en geslacht. De belangrijkste vraag is echter of er een verband bestaat tussen response en de score op de vragenlijst. Zijn het vooral de mensen met veel klachten die de vragenlijst niet inzenden? In dat geval ontstaat een te positief beeld van de totale groep. En als methode tot hulpverlening zou screenen middels toegezonden vragenlijsten sterk in betekenis afnemen wanneer in het algemeen juist diegenen die men wil opsporen de vragen niet beantwoorden. Wanneer van de andere kant vooral mensen die geneigd zijn tot klagen ook deze gelegenheid om hun klachten te uiten aangrijpen, ontstaat een te negatief beeld van de groep als geheel. Voor screenen met het oog op hulpverlening is dat geen bezwaar, maar de mogelijkheden om wetenschappelijk onderzoek te doen aan de hand van de testresultaten zouden hier serieus onder kunnen lijden.

Om over de oorzaken van de non-response iets meer te weten te komen hebben twee medische studenten, in het kader van een zogenaamd keuze-practicum, een aselechte steekproef getrokken uit de groep die de DV ook na de tweede toezending niet geretourneerd had. Voordat zij deze mensen thuis gingen bezoeken werd de naamlijst doorgenomen met de huisarts. Deze verwijderde de buitenlanders, de verpleegden, de overledenen en de mensen waarvan het adres hem niet bekend was. In totaal 19 personen. De resterende 21 personen werden ten minste drie maal, waarvan eenmaal 's avonds, bezocht. Ondanks deze inspanning konden slechts negen mensen bereikt worden. Van de 40 personen uit de aselechte steekproef bleken er dus 31 om uiteenlopende redenen niet "bereikt" te kunnen worden. Bij hen waarmee wel contact gelegd kon worden bleken de redenen waarom men de vragenlijst niet had ingevuld, sterk uiteen te lopen. Een dame had bezwaar tegen de vragen. Zij vond ze te onduidelijk. Een man vertelde de vragenlijst te hebben ingevuld, doch deze is nooit ontvangen. Een tweede dame had bezwaar tegen het feit dat de praktijk door twee artsen werd waargenomen. In een gezin heerste een gespannen toestand, omdat

de vader met een ernstige kwaal in het ziekenhuis was opgenomen, en daarom was het er niet van gekomen. Twee personen zeiden toe de vragenlijst alsnog te zullen invullen, maar deze zijn nooit gearriveerd. Zodoende werden uit de aselechte steekproef slechts vier ingevulde vragenlijsten verkregen. Te weinig om na te gaan of de score's op de DV positief of negatief met de response samenhangen. Wel ontstond na dit onderzoek de sterke indruk dat "onbereikbaarheid" wegens uithuizigheid, onbekend adres, taalproblemen of opname in een ziekenhuis de belangrijkste faktor was voor het niet-retourneren van de vragenlijst.

3.

Betrouwbaarheid en validiteit van de Delftse Vragenlijst

Om na te gaan of de items ook in deze populatie één groep vormen werd apart voor mannen en vrouwen een clusteranalyse uitgevoerd. Bij beide groepen bleek één item bij een clustergrens van .20 niet in het cluster opgenomen te worden. Dit item luidde: "Bent U gewoonlijk kalm en raakt U niet gemakkelijk van streek?". Het item laadt .19 op het cluster bij mannen en .14 bij vrouwen. Dat dit item niet in het cluster opgenomen werd kan berusten op een toevalligheid. Maar het zou ook kunnen zijn dat dit komt omdat er een zekere ambiguïteit in deze vraag zit. Het eerste gedeelte van de vraag is positief geformuleerd, het tweede negatief. Negatieve formuleringen roepen vaak misverstanden op. Zou het soms zo zijn dat mensen die minder lezen dan studenten zich bij het bepalen van hun antwoord vooral het tweede gedeelte van de vraag herinneren?

De test-retest stabiliteit bedroeg bij 20 personen .77 (rang-correlatie). De groep mensen bij wie de DV voor de tweede keer afgenomen werd nam, ongeveer 5 maanden na de enquête, deel aan een onderzoek waarin de bruikbaarheid van een gestandaardiseerd psychiatrisch interview voor epidemiologisch onderzoek nagegaan werd. Op dit onderzoek zal hier verder niet worden ingegaan.

Voordat het onderzoek startte had de huisarts een lijst gemaakt met de namen van die mensen waarvan hij verwachtte dat zij een hoge score op de DV zouden behalen.

De door hem aangewezen groep bestond uit mensen die:

- a. vanwege emotionele problemen op het spreekuur komen
- b. vaak op het spreekuur komen zonder dat er somatisch aantoonbare klachten zijn
- c. vaker komen dan met hun kwaal te verwachten is

Zeventien mannen en vierentwintig vrouwen uit deze groep hadden de vragenlijst ingevuld. Vergelijking van beide groepen met de totale groep mannen en vrouwen toonde aan dat de huisarts geen toevallige selectie gemaakt had. Voor beide groepen gold dat de gemiddelde score hoger was dan die van de andere mannen en vrouwen. (Kolmogorov - Smirnov toets; $X^2 = 10,61$ bij mannen en $12,04$ bij vrouwen. Voor beide uitkomsten geldt $p < .01$) (1).

4.

Waarom heeft het onderzoek geleid?

De validatiestudie leerde dat een groot aantal "hoog-scoorders" al bij de huisarts bekend was. Er bleef echter ook een groep over van wie hij niet wist dat zij waarschijnlijk ernstige psychologische moeilijkheden hadden. Deze bestond vooral uit jonge mensen. Een huisarts blijkt echter al zoveel tijd en inspanning te moeten geven aan hen die zelf zijn hulp invoeren, dat het hem onmogelijk is zich nader te oriënteren bij hen die hun klachten niet aan hem presenteren. Daarom ontbreken verdere gegevens over bruikbaarheid en zinvolheid van screeningsprogramma's in een huisartsenpraktijk.

Deze negatieve ervaring dringt, naast enkele meer theoretische overwegingen, toch wel de conclusie op dat screenen in de huisartsenpraktijk vooralsnog weinig zinvol is.

HOOFDSTUK V

SCREENEN ALS METHODE VOOR PREVENTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Op de achterzijde van een testformulier, ontvangen in het onderzoek in de huisartsenpraktijk, stond het volgende commentaar: "Ik beschuldig U ervan U niet naast ons op te stellen om samen met de mensen de problemen (in hun maatschappelijk verband) te grijpen, maar U tegenover ons op te stellen door als "de onderzoeker" de klachten van ons te vervreemden tot medische diagnoses!".

Dit is een ernstige kritiek. Dat in alle onderzoeken dit commentaar slechts eenmaal gegeven werd maakt het niet minder serieus. Het waarheidsgehalte van een overtuiging wordt nu eenmaal niet bepaald door het aantal supporters van deze mening. Worden door screeningsprogramma's mensen met klachten, mensen die god zij dank nog tobben over hoe de wereld in elkaar zit, niet goedwillend maar dom en kortzichtig tot patient gemaakt en zo op het verkeerde spoor gezet om daadwerkelijk veranderingen in hun situatie aan te brengen? In screeningsprogramma's wordt het individu aangesproken in plaats van de ondeugdelijke situatie die hem in moeilijkheden bracht. Moet niet de universiteit (het bedrijf, het kantoor) het voorwerp van preventieve zorg zijn en niet de individuele student (werknemer, employee) die door zijn universiteit ongelukkig gevormd wordt? (1).

"Menselijke problematiek", we spreken Weyel na, "is dubbel gelaagd: de persoonlijke laag is de individuele vormgeving van wat de maatschappelijke laag als mogelijkheden aangeeft. Het sociale kader is hier eerst, ligt als het ware dieper, is bepalend voor het kader waarbinnen het psychologische zich zal gaan afspelen". (Weyel, 1973). Als dit zo is, en dat is in zijn algemeenheid zo, heeft het dan wel zin om scheuren in een huis te herstellen, wanneer de fundamenteen op een slappe bodem blijken te staan? Is het bedrijven van secundaire preventie dan niet eenvoudig water naar de zee dragen of erger nog, een zoethoudertje voor mensen om hen in de waan te laten dat we werkelijk iets voor hen doen?

Het screeningsprogramma waarvan hier sprake is geweest, werd opgezet vanuit een medische setting. Klachten, moeilijkheden, problemen dreigen nu tot medische problemen gemaakt te worden. De meeste levensproblemen horen daar echter helemaal niet thuis. In het eerste hoofdstuk is aangegeven dat werken volgens een medisch patroon zoveel mogelijk vermeden moet worden om het gevaar van een passieve, "ego-weakening" rolopvatting te vermijden. Waarom dan toch deze medische setting? Dat is niet alleen inconsequent, men komt zelfs van kwaad tot erger omdat de problemen niet verstaan en opgelost worden in de context waarin zij zijn ontstaan. Wie het psychisch moeilijk heeft hoeft lang niet altijd de schuld bij zichzelf te zoeken. Maar wie naar een dokter gaat veronderstelt eigenlijk automatisch dat er wat met hem aan de hand is. Zo wordt hij niet alleen verzwakt, maar wordt hem ook het juiste zicht op de oorsprong van zijn problemen ontnomen. (2).

Screenen vanuit een medische setting werkt bovendien het gevaar in de hand dat zij die opgeroepen worden zichzelf en elkaar gaan zien (labelen; etiketteren) als iemand "bij wie een draadje los zit". Want als een arts dat zegt, dan zal dat wel zo zijn! Zo creëert hij eerst zijn patienten om ze daarna beter te maken! Het gunstig oordeel van hen die argeloos op zijn uitnodiging ingingen zegt daarom niets. (3).

Screenen is daarbij nog eens een bezigheid die "van boven af" georganiseerd wordt; een verticale verhouding, die aansluit bij alle ander autoritaire, patriarchale, uitbuitende verhoudingen in de samenleving. Het bevestigt het systeem van machteloosheid en vervreemding, omdat het initiatief op de verkeerde plaats ligt. Het is een vervreemde, electronische techniek om mensen aan te passen aan een situatie die zij niet willen. Is screenen daarom geen ziekmakende activiteit op zichzelf? (4) (5).

Een bezwaar van een heel andere orde ligt in het op individueel niveau toepassen van screeningsinstrumenten die slechts op groepsniveau hun validiteit bewezen hebben. Ook in testologisch opzicht wordt het boekje te buiten gegaan. Er worden nu immers beslissingen genomen over individuen, maar voor die beslissing is de test te zwak. Men lette bijvoorbeeld op tabel 16. waaruit blijkt dat in 1971 alle

"cases" gemist werden! Kan men het ethisch wel verantwoorden om beslissingen op zo'n wankel basis te nemen? (6)

De vraag kan ook gesteld worden of de Alma Mater niet een beredderende kloek wordt, een bange tante, die haar veelbelovend neefje als bij zijn eerste hoest een dropje toeschuift. Er zou immers wel eens longontsteking van kunnen komen.

Moet men zich wel zorgen maken bij een hoge score op een neuroticisme test? De meeste screeningsinstrumenten zijn of correleren zo hoog met testen voor emotionele labiliteit, dat men zich moet afvragen wat zij daarnaast nog aan eigens bevatten. Maar niets is zwakker uitgewerkt dan de theorie wat neuroticisme testen (= testen voor emotionele labiliteit) nu eigenlijk meten. Wilde waarschuwt er in zijn proefschrift voor dat emotionele labiliteit niet een onverdeeld ongunstig kenmerk hoeft te zijn (Wilde, 1970). (7). En juist de predictieve of voorspellende betekenis van neuroticisme als dat persoonlijkheidskenmerk dat het risico op een "nervous breakdown" aangeeft voor het geval dat men onder stress komt is niet of nauwelijks door empirisch onderzoek ondersteund. (8). Voor sommige mensen bestaat de kleine neurose als het zout in de pap, als een bron van creativiteit. Uit angst dat hij zijn creativiteit zou verliezen heeft Lou Salomé destijds Rilke ontraden om in psychoanalyse te gaan (Peters, 1968). Loopt men, kortom, niet het grote gevaar dat men door te snelle "hulpverlening" mensen van hun creativiteit berooft?

De aanklager kan zijn requisitoir niet anders beëindigen dan met de conclusie dat screeningsprogramma's niet in de geestelijke gezondheidszorg thuis horen. Het is immers principieel onjuist, gevaarlijk, onethisch en onnodig om vanuit een medische setting te screenen op een meerduidig persoonlijkheidskenmerk om onbewezen risico's voor de toekomst te vermijden.

Al deze bezwaren zijn ernstig. De verdediging zal daarom niet bestaan uit een hooggestemde laudatio. Daarvoor is de aanklacht te serieus en zijn de zwakke plekken te duidelijk.

Het eerste theoretisch bezwaar betreft het feit dat deze vorm van preventie individu-gericht is. Het individu wordt aangesproken in plaats van de ondeugdelijke situatie die hem in moeilijkheden bracht. Opnieuw wordt een programma opgezet waarin "het water gedweild wordt, terwijl de kraan blijft open staan" of waarin "halfverdronken kalveren uit de put gehaald worden en niet de put gedempt".

Deze kritiek is juist, maar de aanklager krijgt de vraag terug wat dan wel zou moeten gebeuren. De kraan dicht-draaien en de put dempen? Natuurlijk, dat wil iedereen. De moeilijkheid is juist dat we zo vaak niet weten waar de kraan zit of waar de putten liggen. En als we het al weten, dan kunnen we er vaak niets aan doen. Hoe zou men bijvoorbeeld kunnen voorkomen dat de ouders van toekomstige studenten (en van alle andere kinderen) uit elkaar gaan zonder dat hun kind daaronder lijdt? Wat weten we eigenlijk over ziekmakende factoren die buiten het individu en het gezin gelegen zijn? Is dat echt veel meer dan grove algemeenheden over vervreemding, klasseverschillen en sociale isolatie? Wie kan vertellen welke situaties er de oorzaak van zijn dat 12% van de aankomende eerstejaars psychisch gehandicapped is? (9). Wat weten we nu wat meer exact over de ziekmakende werking van het Nederlandse universitaire systeem? Niets! Daarmee wordt niet ontkend dat er niet allerlei ziekmakende structuren in universiteit en maatschappij zouden zijn. Die zijn er zeker, al kunnen we ze naar aard en omvang nog nauwelijks beschrijven. Primaire preventie is natuurlijk belangrijker dan secundaire preventie. Als zodanig is deze uitspraak nauwelijks meer dan een banaliteit. We missen te vaak de gegevens van het fundamentele onderzoek die de plaatsen van kranen en putten kunnen aanwijzen. Men mag ideologie niet met cartografie verwarren. Sommigen zullen zeggen dat het hele bestaan een moeras is en dat daarom het hele landschap veranderd moet worden. Maar als dat zo zou zijn (wat wij weigeren te geloven) moet daaruit dan de conclusie getrokken worden dat iedereen die nu natte voeten gekregen heeft dan maar zo door moet blijven lopen? Zou dat niet onethisch zijn? Het ontwikkelen van een programma voor secundaire preventie houdt geen ontkennen in van de voorrang die in principe aan de primaire preventie gegeven moet worden, evenmin als het de bedoeling van primaire preventie is om het individu uit het oog te verliezen.

Maar waarom moest de screening dan vanuit een medische instantie opgezet worden? Het antwoord is: helaas, er was niets anders. Een ander vertrekpunt kon zelfs niet overwogen worden. Niemand was daar gelukkig mee. Niemand heeft ooit gezegd dat screenen alleen of vooral het werk van artsen zou moeten zijn. Maar ook kan niemand beweren dat medici in principe ongeschikt voor dit werk zouden zijn. Aanvullende trainingen in gesprekstechniek en ondersteuning in de vorm van mental health consultation (10) bleken nodig, maar dat zou ook het geval zijn wanneer anderen (psychologen, maatschappelijk werkers, studenten) dit werk zouden doen. Wanneer psychologen of sociologen het oriënterend gesprek zouden voeren, waarin nagegaan wordt of een of andere vorm van hulp wenselijk en gewenst is, bestaat evenzeer het gevaar op psychologisering en sociologisering van bestaansproblemen als het gevaar van "medicering" bestaat wanneer artsen dit gesprek voeren. Voor wat de studenten-artsen betreft kan van geen enkel geval gezegd worden dat zij een bestaansprobleem vervreemd hebben tot een medisch probleem. Het bezwaar blijft theoretisch voor zover het dit onderzoek betreft. Kasus 8 (pagina 95) illustreert hoe volgens de beginselen van de secundaire preventie getracht werd een probleem binnen de aangewezen sociale context op te lossen (11). Hetzelfde geldt voor de gevaren van etikettering of labeling. Van geen enkele uitnodiging en/of gesprek is gebleken dat het voor de student nadelige gevolgen heeft gehad, terwijl daar in het evaluatieonderzoek expliciet naar gevraagd werd. Van niemand is ooit gebleken dat hij zichzelf vanwege de uitnodiging en het gesprek het stempel van een geestelijk gestoorde heeft opgedrukt, noch dat anderen dit deden. (Ook in het algemeen geldt dat de labelingstheorie niet of nauwelijks empirisch onderbouwd is; Kirk, 1974) (12). Maar zelfs wanneer er sprake zou zijn van labelingeffecten, wat zou dan te verkiezen zijn? Hulpverlening met soms nadelige bij-effecten of helemaal geen hulpverlening?

Maar waarom die bemoeizucht, dat eigenmachtig selecteren? Moeten studenten en alle andere mensen niet in staat gemacht worden problemen te onderkennen en zonodig ergens te gaan praten? Is het niet wat beredderig en benadert men mensen zo niet impliciet als onvolwassenen? Op zo'n houding kan men toch geen hulpverlening baseren? (13). Natuurlijk kan dat niet. Dat is ook niet de bedoeling van

screenen. De screeningsactiviteit gaat niet verder dan de wederzijdse oriëntatie. Het aanbieden van een helpende hand, waar nodig, is alles wat gebeurt. Pas in een later stadium kan een therapeutisch "contract" ontstaan. Dat "contract" kan gesloten worden met hem die het eerste gesprek gevoerd heeft of met iemand anders. Screenen is een brug naar hulpverlening, niet de hulp zelf. Het helpt mensen over de brug. Het akelige van psychische problematiek is immers vaak dat mensen òf denken dat zij toch niet geholpen kunnen worden òf dat zij denken dat hulpverlenende instanties er alleen maar zijn voor mensen die het nog moeilijker hebben dan zijzelf (14). Er zijn talrijke barrières die overwonnen moeten worden om daadwerkelijk ergens goede raad te gaan vragen, zoals schaamte, onkunde en angst. Het bestaan van deze barrières vormt soms een onderdeel van de problematiek. Daarom kan het zinvol zijn dat van buitenaf een initiatief wordt genomen, mits er voldoende waarborgen zijn dat de vrijheid van het individu niet aangetast wordt. Wij komen hier dadelijk op terug.

Ook vanuit de testpsychologie werd het bezwaar gemaakt dat het testresultaat op individueel niveau gebruikt werd. Nu zit het psychologisch bedrijf vol van dit soort toepassingen, maar ook daartegen kan vaak terecht het bezwaar worden gemaakt dat de gebruikte testen te zwak zijn voor de beslissingen waartoe zij leiden. Tot welke beslissing leidt screenen? Tot geen andere dan het al dan niet uitnodigen van iemand voor een gesprek. Iedere verdere beslissing zou de pretentie van het screeningsinstrument overschrijden en dus onethisch zijn. Screeningsinstrumenten zeggen alleen: "Er bestaat een serieuze kans dat ...". Dat mag op grond van de validatiestudies ook gezegd worden. Zo zegt Bernreuter over de N-score van de BPI: "Those who score above the 98e percentile would probably profit from some form of psychotherapy (Bernreuter, z.j.) Uitgaande van de principes van de secundaire preventie zegt de Delftse methode: kijk dan eens of dat inderdaad zo is maar verlaag het snijpunt, omdat de screeningerror in de richting van de false positives gelegd moet worden en vervang "some form of psychotherapy" door "nadere oriëntatie". (15).

Het noodzakelijkerwijs hanteren van een snijpunt heeft ook als consequentie dat een aantal mensen ten onrechte niet voor een gesprek worden uitgenodigd (false negatives). Om

het falen van het screeningsinstrument in dit opzicht te ondervangen moet daarom de vraag worden toegevoegd: "Zou U een gesprek met op prijs stellen?" (16) Hoeveel studenten deze vraag positief beantwoordden en welke relatie dit ja-antwoord heeft met de scores op de DV is reeds eerder ter sprake gebracht. Toen is gewezen op de positieve samenhang tussen de hoogte van de score en de subjectief ervaren wenselijkheid van hulp. Dezelfde gegevens leren ook (tabel 5.) dat de gemiddelde score van hen die deze vraag positief beantwoorden ver onder het snijpunt ligt. Er zijn met andere woorden ook veel hoogscoorders die deze vraag met NEE beantwoorden. Het screeningsinstrument kan dus niet vervangen worden door een simpele rechtstreekse, open vraag, tenminste als men aanneemt dat een hoge score op zich voldoende reden is om iemand voor een oriënterend gesprek uit te nodigen en dat men daarbij zelfs aan zijn NEE voorbij mag zien. Dat is een moeilijk punt. Wordt hier de vrijheid van en het respect voor de persoon wel voldoende gerespecteerd? (17).

Wij gaan dadelijk verdedigen dat dit mag, maar in de wetenschap dat niet iedereen het hiermee eens zal zijn. Uiteindelijk gaat het nu om een morele stellingname in een niet zo vanzelfsprekende zaak. Het enige wat men nu kan doen is de argumentatie zo helder mogelijk weer te geven opdat de lezer zelf zijn positie kan bepalen.

Toegegeven moet worden dat de uitnodiging voor een gesprek niet altijd correspondeert met de wil van hem die de vragenlijst beantwoordt. Zeker bij eerstejaars, die bij hun inschrijving alles doen wat van officiële zijde van hen gevraagd wordt bestaat er maar een beperkte vrijheid. Het hoge antwoordpercentage van 98% kan ook weleens de gedweeheid weerspiegelen van mensen die maar zwak beseffen wat en waarom hen iets gevraagd wordt. Zeker voor deze groep geldt dat zij een verminderde vrijheid hebben om de vragenlijst gewoon niet in te vullen. De uitnodiging voor het gesprek, die zij meestal enkele maanden later ontvangen, kunnen zij echter al dan niet accepteren.

Maar als ze nu NEE gezegd hebben? De psycholoog kan dan antwoorden dat dit NEE weleens een element kan zijn van de moeilijke toestand waarin de persoon verkeert (18). Iemand kan bijvoorbeeld zo in de put zitten dat hij ge-

looft dat niemand hem nog kan helpen. Wanneer men dan weet of het sterke vermoeden heeft, dat hij loopt te denken over zelfmoord, moet men zich dan voor zijn "bemoei je er niet mee" onmiddellijk terugtrekken? Deze vraag illustreert het probleem in zijn algemeenheid. Zo dramatisch heeft het zich in de drie onderzoeksjaren nooit, of misschien een keer, voorgedaan. In de praktijk ging het om minder acute maar toch ernstige zaken als het mislukken van de studie, de inpassing in het leven aan de TH, ernstige moeilijkheden in relaties met anderen. Mocht hier aan het NEE voorbij worden gezien?

De morele betekenis van zo'n beslissing moet niet alleen beoordeeld worden aan haar "input" (het eigenmachtig oproepen, met alle vieze bijsmaken van bevoogding, "mensen tegen zichzelf beschermen", enz.) maar ook aan de "output". waartoe heeft het geleid? En dan moet men zeggen dat een toename van de vrijheid het soms bereikte en in ieder geval altijd beoogde doel is. Mensen worden geholpen die beslissingen te nemen waardoor zij gemakkelijker uit hun moeilijkheden kunnen komen of deze beter kunnen hantaren. Juist deze vrijheid maakt het mogelijk dat mensen zelf iets kunnen doen om hun situatie te veranderen. De tobber, de man met een groot gebrek aan zelfvertrouwen, de piekeraar, dat zijn meestal niet de mensen die actief in hun omgeving staan. Men doet niet aan revolutie met de neus in de navel.

Het doel de vrijheid te vergroten rechtvaardigt het eigenmachtig initiatief. Deze stelling laat allerlei misbruik toe. Men kan haar slechts hanteren zolang het individu de vrijheid behoudt om elk verder contact te verbreken, wanneer empirisch geen schadelijke bij-effecten blijken maar wel door de betrokkenen als zodanig beleefde en uitgesproken voordelen (19).

Hoe liggen nu de ervaringen? Schadelijke effecten zijn nooit geconstateerd. De evaluatie van de gesprekken en de enquête hebben een duidelijk positieve teneur. In acht van de tien gesprekken was de student positief in zijn oordeel en vond ook de studentenarts het binnen de doelstellingen van de studentengezondheidszorg het zinvol om contact gelegd te hebben.

In het algemeen bleek de groep hoogscoorders te bestaan uit kwetsbare mensen, mensen met weinig zelfvertrouwen, "people at risk". Chronische gevallen waren betrekkelijk zeldzaam. In welke gevallen van een beginnend psychisch lijden sprake was valt niet te zeggen. In een aantal gevallen was betrekkelijk duidelijk sprake van een crisissituatie.

Tabel 25. liet zien dat de studentenartsen in een minderheid van de gevallen besloten de student onmiddellijk in contact met een hulpverlener te brengen. Hoge neuroticismescore's waren voor hen terecht geen absolute aanwijzing dat er iets mis was. Uit het feit dat de meerderheid van de gesprekken geen vervolg kreeg mag niet alleen blijken dat beide partijen hun vrijheid behielden om het contact niet te continueren, maar ook dat de studentenartsen zeer voorzichtig bleven met hun interpretaties. Nergens is een bron van creativiteit weggenomen (20).

De uitnodiging resulteerde ook in een vorm van anticiperende begeleiding. Van de hoogscoorders uit 1970 die een oriënterend gesprek gehad hebben komt 18% uit eigen beweging terug binnen een periode van twee jaar en 21% binnen een periode van drie jaar. Van de hoogscoorders uit 1971 komt 5% in het eerste jaar en 16% in de eerste twee jaar uit eigen beweging terug. Deze getallen zijn in kwantitatief opzicht moeilijk te interpreteren. Hierbij zijn immers zij niet gerekend met wie het eerste contact gecontinueerd werd, zij die elders hulp ontvingen, bijvoorbeeld na verwijzing, en zij die de TH verlieten. (Wanneer men het aantal hoogscoorders dat in deze periode de TH verliet van het totaal aftrekt worden de percentages respectievelijk voor een periode van drie jaar 26% en voor een periode van twee jaar 22%). Men kan in het algemeen slechts zeggen dat zij die kort na inschrijving een gesprek met een van de studentenartsen hadden later vaker een gesprek aanvragen dan de andere studenten. Het oriënterend gesprek heeft m.a.w. vaak geresulteerd in een verlaging van de drempel voor het inroepen van hulp wanneer de kwade kans op het krijgen van moeilijkheden werkelijkheid wordt of dreigt te worden. Dit is des te belangrijker tegen de achtergrond van het feit dat de meest kwetsbare groep studenten ook het gemakkelijkst de contacten met staf en medestudenten verliest (Lucas, 1966). Studenten die dreigen te mislukken vallen weg uit allerlei contacten. Zij ko-

men minder op college, zien hun tutoren of begeleiders minder, sluiten zich af. Juist daarom is het zo belangrijk dat er vroegtijdig contact gelegd wordt, want mensen hebben de neiging in moeilijkheden terug te vallen op iemand van wie ze reeds eerder hulp of steun of sympathie ontvangen hebben.

Tenslotte moet nog gewezen worden op een difusie-effect dat in Delft van het screeningsprogramma bleek uit te gaan. De studentengezondheidszorg kreeg daardoor zowel bij staf als studenten de naam van een instelling waar men actief in wel en wee geïnteresseerd is en waar de drempels laag zijn. Een veelgehoorde opmerking van studenten is dat het zo'n prettig idee is dat men in de grote, massale universiteit ook persoonlijk in de gaten gehouden wordt. De Alma Mater wordt werkelijk geen beredderende kloek wanneer zij (eindelijk) om zich heen ziet en iets doet voor het wel en wee (het vele wee) van de individuele student.

Hier eindigt de verdediging. Het oordeel is verder aan de lezer. Het enige wat nog te zeggen valt is dat allen die in Delft vanaf 1969 ervaring met screenen hebben, ondubbelzinnig positief in hun oordeel zijn. Het is natuurlijk niet het laatste woord in de geestelijke gezondheidszorg. Het is vermoeiend en arbeidsintensief, maar het loont de moeite (21). Veel mensen worden er wat beter van. En daar gaat het tenslotte om.

In de loop van de jaren ontstonden uiteraard nieuwe inzichten en wensen. Het longitudinale derdejaars onderzoek had aangetoond dat de gemiddelde score op de DV aanzienlijk gestegen was. Er moest dus iets gebeurd zijn met deze groep. Maakt men dan een crisis door? Is hier sprake van een leeftijdsgebonden problematiek, die ook bij andere groepen aangetroffen zou worden? Zijn er ziekmakende factoren in de TH zelf, en zo ja welke? Zou een herhaling van het screeningsonderzoek bij derdejaars zinvol zijn? De Stichting Studentengezondheidszorg heeft inmiddels een plaats beschikbaar gemaakt om dit onderzoek uit te gaan voeren. Het programma voor secundaire preventie loopt daarvoor uit in een onderzoek naar de mogelijkheden van primaire preventie.

Een tweede wens die in de loop der jaren is opgekomen, betreft het inschakelen van studenten in de welzijnszorg.

Dit gebeurde al in gespreksgroepen en het zogenaamde mentoren systeem, maar het zou wellicht nog verder uitgebouwd kunnen worden. Erg aantrekkelijk is bijvoorbeeld een werkwijze die aan de universiteit van Philadelphia gevolgd wordt. Daar houden medische studenten (ook hier schijnt men het niet zonder medisch aureool te kunnen!) elke dag in de studentenflats op de campus een soort spreekuur, waar iedereen kan binnenlopen met een vraag die hem op dat moment bezig houdt. Deze vragen variëren van studieinformatie tot seksuele vragen (anticonceptie; abortus) tot ernstige kwesties als zelfmoordwensen. De studenten-hulpverleners werden begeleid door de officiële instanties, die 24 uur per dag voor hen bereikbaar waren (Mechanic, 1969). Een soortgelijke idee zou voor Delft vrij gemakkelijk realiseerbaar zijn door het oprichten van "advieswinkels" in de studentenflats. Het voordeel van een dergelijke "advieswinkel" ligt in zijn gemakkelijke toegankelijkheid, in het feit dat de gestelde vragen niet meteen in termen van ziektegezonderd benaderd worden maar als een van de vele vragen die bij jonge mensen kunnen opkomen, in het feit dat de beroeps-hulpverleners meer tijd beschikbaar krijgen voor de behandeling van die gevallen waarvoor een echte vakdeskundigheid noodzakelijk is en tenslotte in het feit dat dit een concrete vorm is van de verantwoordelijkheid die studenten ten opzichte van elkaar kunnen dragen.

Terwijl de eindbalans in Delft positief was, was daarentegen de ervaring met screenen in de huisartsenpraktijk zeer ongunstig. De huisarts, in wiens praktijk het onderzoek uitgevoerd werd, bleek al zijn tijd nodig te hebben voor het helpen van mensen die zelf hun problemen kwamen aanbieden en vond daarom geen tijd een oriënterend gesprek te hebben met patienten van wie hij niet wist dat hun leven psychisch gesproken niet over rozen ging. Het ontmoedigend gevoel zelf niet over voldoende hulpmogelijkheden te beschikken en de wetenschap dat verwijzingen erg moeilijk te realiseren zijn heeft daarbij ook een rol gespeeld.

Bij nader inzien moet echter ook gezegd worden dat screenen met het oog op preventie in de geestelijke gezondheidszorg geen hoge prioriteit in de huisartsenpraktijk toekomt. Een wezenlijk verschil tussen de huisarts en de studentenarts is dat de eerste (in principe) zijn patienten wel en de tweede de studenten niet kent. De studentenarts moet

op zoek naar risicodragers en risicobronnen. De huisarts krijgt ze aangeboden. Wanneer iemand de huisarts om hulp vraagt voor psychische problematiek dan zal de arts altijd over de "patient" heen naar diens gezin kijken. Want rond de "patient" zullen zich in het gezin waarschijnlijk allerlei zaken afspelen die curatief en preventief om de aandacht van de huisarts (de familiearts zeggen sommigen daarom) vragen (22). De huisarts zal zich altijd af moeten vragen of de persoon die zijn hulp inroept of bijvoorbeeld het kind waarvoor hulp ingeroepen wordt, wel degene is die die hulp het meeste nodig heeft. De lastige, onrustige, slecht slapende kinderen bijvoorbeeld waar hij wat aan moet doen, vormen helaas vaak de trieste zondebok waarop de familie haar problemen projecteert. De moeilijke, zeer moeilijke taak van de huisarts ligt dan meer bij het gezin dan bij het kind. Het voorschrijven van valium in zo'n geval is weinig anders dan een begrijpelijk maar triest bewijs van wederzijdse onmacht. De huisarts heeft een directe entree in de small-group met de grootste psychologische valentie. Naar welke kleine leefgroep zou de studentenarts moeten gaan?

Samenvattend zouden wij willen zeggen dat screenen als methode voor preventie in de geestelijke gezondheidszorg zinvol is

1. wanneer primaire preventie van de meest voorkomende en de meest belangrijke problemen (nog) niet mogelijk is
2. wanneer de hulpverlener niet op een andere wijze kennis kan krijgen van de individuele psychische problematiek die bestaat bij hen voor wier welzijn hij een zekere verantwoordelijkheid heeft
3. wanneer de doelstelling beperkt blijft tot een oriënterend gesprek waarin beide partijen nagaan of een of andere vorm van hulp wenselijk en gewenst is
4. wanneer de persoon ten allen tijde de mogelijkheid behoudt om de bemoeienis af te wijzen
5. wanneer het constateren van problemen ook daadwerkelijk gevolgd kan worden door hulpverlening
6. wanneer empirisch blijkt dat de voordelen opwegen tegen de mogelijke nadelen

7. wanneer de hulpverleners ondersteund worden door "mental health consultation"
8. wanneer zij die screenen een goede kennis hebben van de "sociale kaart" van de gescreende populatie

N O T E N

HOOFDSTUK I

SECUNDAIRE PREVENTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

1.

Ferrer citeert de volgende definitie van screenen zoals deze is opgesteld door de Wereld Gezondheids Organisatie.

"Screeningtests sort out apparently well persons who probably have a particular disease from persons who probably do not have a disease. They are not intended to be diagnostic...." (Ferrer, 1968).

Ferrer noemt verder vier criteria die in het algemeen aan screeningstesten gesteld worden:

1. the test must be reliable; as free as possible from observer error
2. the test must be specific and should have a low incidence of false positives or false negatives - preferably none at all
3. the test must be acceptable to public and professions
4. the test must be relatively economical

2.

Becker komt na een bespreking van de theoretische en empirische classificaties en classificatiemethoden, die er ten aanzien van het begrip depressie ontwikkeld zijn, tot een nog pessimistischer stemmende conclusie: "In sum, the question of whether depression is a meaningful diagnostic entity remains unresolved. Nor is any definitive analytic method for resolving the issue apparent" (Becker, 1974).

3.

Hierachter zit de discussie over het zogenaamde "medisch model" in de psychiatrie. Zie hiervoor o.m. Trimbos (1971) en Barendregt (1973).

4.

Deze definitie is met enige opzet in negatieve termen gesteld: het voorkomen van leed. Men zou ervoor kunnen pleiten

deze definitie in te passen in een bredere, positieve omschrijving van het bevorderen van het welzijn of de geestelijke gezondheid. (zie voor een uitwerking van een "positieve" opstelling voor de studentengezondheidszorg: Fromm, 1959, en Falk, 1971).

Toch geven wij de voorkeur aan deze negatieve omschrijving om te voorkomen dat door invoering van het begrip welzijn de grenzen van het object der preventieve psychiatrie dermate vervagen dat het zijn eigen karakter en richting verliest. Natuurlijk kan en moet ook binnen de preventieve psychiatrie over "welzijn" gedacht worden, maar haar specifieke bijdrage, kennis en herkenbaarheid ligt op het terrein van het psychosociale disfunctioneren voor zover dat leidt tot een bestaan dat subjectief als een last ervaren wordt.

In deze omschrijving ligt weinig nadruk op het sociale disfunctioneren, op het gedrag dat door anderen als een last of als inadaequaat gezien of beleefd wordt. Ook dit gedrag behoort in zijn algemeenheid tot het object der preventieve psychiatrie. Maar omdat dit aspect in screeningsonderzoek buiten beschouwing blijft is het niet in de omschrijving opgenomen.

5.

In een ander artikel heeft Gruenberg deze uitspraak enigszins verzacht. "The lack of definitive proof of the effectiveness of intensive psychotherapy and the tentative demonstration that short term therapy produces equivalent symptomatic results suggest the desirability of increasing the use of time-limited brief treatment as a method of reaching more families with available personnel. The same conditions apply to extending clinic effectiveness by providing consultations to other health, education and welfare services in the community".

In het zelfde artikel wordt nog een screeningsprogramma voor kinderen vermeld, uitgevoerd door de "St. Louis group" (Glidewell, J.C. e.a.), dat gebaseerd is op "mother's reports of symptoms and of teacher screening". De auteurs beschouwen dit onderzoek als "promising leads for the future". (Eisenberg en Gruenberg, 1961).

6.

Over deze patstelling verzucht Caplan: "I must confess that I have no satisfactory answer to this problem. I cannot accept the point of view of the "scientific purist" who refuses to use any therapy unless it has been scientifically evaluated; under the circumstances, this ideal can be held only by armchair philosophers whose back is obstinately turned to the demands of reality". (Caplan, 1964).

Zie voor een discussie over screeningsprogramma's voor hart- en vaatziekten in afwezigheid van epidemiologische data, die aantonen dat daardoor de incidentie van hart- en vaatlijden verminderd wordt: Burema, 1974; Arntzenius, 1974.

7.

Lewis zegt letterlijk: "If we do not postulate a linear relationship between emotional disturbance in childhood and mental illness in adulthood, the treatment of symptoms may be all we can realistically undertake. If we cannot aspire the reconstruction of personality that will have long range beneficial effects, we can modify disturbing behavior in specific ways in present social contexts. This more modest aspiration may not only be more realistic, but it may be all that is required of the child-helping professions in a society that is relatively open and provide a variety of opportunity systems in which a child can reconcile his personal needs with society's expectations of him". (Lewis, 1965).

8.

In dit voorbeeld is het uitdiepen van de vaargeul het voorwerp van primaire preventie. De beslissing om dit te doen en het uitvoeren van dit werk berust niet bij de scheepstimmerwerven maar bij het stadsbestuur. Om die uitdieping van de vaargeul voor elkaar te krijgen zullen de overbelaste "herstellers" moeten concurreren met andere groepen in de stad, die het om andere belangen dan gezondheid en welzijn gaat. Hoeveel we zullen komen met de primaire preventie van geestelijke en lichamelijke ongezondheid is uiteindelijk een politieke kwestie.

9.

De idee dat secundaire preventie zich juist op crisissituaties moet richten vormt een van de belangrijkste thema's bij Caplan. Het woord crisis wordt hier gebruikt voor allerlei situaties, waarin een persoon zichzelf (plotseling) een nieuwe positie in het leven moet kiezen. Crisissituaties kunnen zich op veel plaatsen in het leven voordoen: een vrouw ziet haar leven totaál veranderen wanneer zij haar eerste kind krijgt of wanneer haar man sterft. Een man kan in een heftige crisis komen wanneer hij (opnieuw) voor een belangrijk examen zakt of (opnieuw) uitgeloot wordt voor de toelating tot een universiteit of wanneer blijkt dat verdere promotie in zijn werk niet meer voor zal komen.

Zo'n crisissituatie "...may be a turning point which determines a change in the whole course of a person's existence; it is important to realize that during the relatively short period of the few weeks or months of the illness all kinds of decisions may be made and all kinds of psychological reorientations, as well as alterations in the structure and functioning of families, may be worked out which will affect the type of interpersonal relationships and character of intrapersonal functioning for a long time to come... the future mental health of people may be determined at crisistime by the quality of their problem solving methods. One type of a solution of a set of problems may lead to greater mental health, which explains why many people become more mature as a result of satisfactorily overcoming life's difficulties. Another type of solution may lead to mental ill health, either immediately or in the future, and either directly for the individual or indirectly for his dependents due to damage of his emotional relationships with them.

People become emotionally disturbed during this crisis period, but the anxiety, depression, tension and hostility are not to be confused with symptoms of psychiatric illness, which they superficially resemble. They are the signs in the emotional sphere which show that an active struggle is in process inside that individual in his attempt to wrestle with his problem. At the end of the few weeks of crisis these symptoms will disappear, once some kind of solution has been achieved.

The most important point for preventive psychiatry is that the type of problem solving during a crisis can be powerfully influenced by the helpful or hindering intervention of other

people, both in the family circle and from outside, in the form of the physician and other community agents. When the balance of forces is upset in a crisis a minimal intervention may produce major and stable results by determining to which side the balance will come down." (Caplan, 1959).

Uitgaande van deze idee zijn op verschillende plaatsen crisis-klinieken of crisiscentra opgericht. Deze bestaan uit gemakkelijk bereikbare diensten waar individuen snel bij de aanvang van een periode van ernstige mentale of emotionele stoornissen behandeld kunnen worden ten einde te voorkomen dat de stoornis zich ontwikkelt tot een volledige neurose of psychose.

"De kliniek voor noodgevallen probeert korte-termijn problemen, acute problemen in het leven van een individu die tijdelijk zijn vermogen tot verwerken daarvan te boven gaan, op te vangen". Zij zijn opgericht "als antwoord op de behoefte aan snelle en doelgerichte behandeling van de tallozen die midden in een ernstige emotionele crisis zitten en die snel hulp nodig hebben. Dergelijke klinieken onderscheiden zich voornamelijk door het ontbreken van een wachtlijst zodat de patiënt onmiddellijk behandeld wordt; door de korte duur van de psychotherapie die op zijn hoogst een paar bezoeken in beslag neemt; door de concentratie op de actuele problemen en niet op gebeurtenissen uit de jeugd, zo die tot de huidige moeilijkheden hebben bijgedragen; door een flexibiliteit van technieken; en door optimisme". (Arthur, 1973) (Zie hierover ook Wiersma en Giel, 1974).

10.

Zie voor een uitgewerkte opzet van een "mental health program" aan een middelbare school: Adamson, 1968.

11.

Querido heeft erop gewezen dat er eigenlijk nog niemand is die anderen in de psychohygiëne of "geestelijke gezondheidsleer" (Trimbos, 1959) kan onderwijzen. Psychiaters zouden daarvoor minder geschikt zijn omdat hun referentiekader teveel door de psychopathologie bepaald wordt. (Querido, 1965). Als een persoonlijke overtuiging zouden wij hier naar voren willen brengen dat de ontwikkeling van een geestelijke gezondheidsleer het meeste kans maakt vanuit de moderne ontwikkelingspsychologie ontwikkeld te worden, omdat deze niet

alleen vanuit haar traditie het meest bekend is met de normale ontwikkelingsgang maar ook de socioculturele setting, waarin het individu zich ontwikkelt, tot haar vakgebied re- kent.

12.

Korte tijd nadat de vragenlijsten voor het onderzoek in de huisartsenpraktijk (zie Hoofdstuk IV) waren verzonden, kwam Mej. S. Hanedoes, die de verzending van de vragenlijsten verzorgd had, voor haar boodschappen bij een kruidenier. Deze gaf juist aan drie oude, alleenstaande dames de vragenlijsten terug die hij naar waarheid voor hen had ingevuld!

13.

In dit verband moet ook gewezen worden op de bevinding van Motto en Green dat ten minste 40% van hen die een geslaagde zelfmoordpoging hadden gedaan en 60% van hen die een zelfmoordpoging hadden gedaan onder medische behandeling stonden of dat binnen zes maanden, die aan hun dood vooraf gingen, waren geweest. Daarom worden er nu pogingen gedaan om instrumenten te ontwikkelen die het gevaar van suïcide kunnen indiceren (Brown and Sheran, 1972).

14.

Berlin heeft voorgesteld om ook het zogenaamde A/B type tot voorwerp van de secundaire preventie in de psychiatrie te maken (Berlin, 1967). Onder het A-type wordt een "overt behavior pattern" verstaan, waarvan de cardiologen Friedman en Rosenman (Rosenman, 1970) en de psycholoog Jenkins (Jenkins, 1974) hebben aangetoond dat het positief met de kans op het krijgen van een hartinfarct samenhangt. De belangrijkste kenmerken van dit gedragspatroon bestaan uit jachtigheid, haast, ambitie, ongeduld en agressiviteit.

Het is echter de vraag of Berlin's suggestie overgenomen kan en moet worden. Want niet alleen vormt dit, sociaal gesproken zeer lonend gedrag, geen aanleiding om te klagen, zodat de (nog niet beschikbare) psychotherapie geen behoorlijk aanknopingspunt heeft, het aantal A-types in de samenleving is bovendien zo groot (in Nederland naar schatting 40% van de beroepsbevolking) dat het praktisch gesproken ondoenlijk zou zijn. Daarbij komt nog dat alhoewel de samenhang statistisch significant is er toch veel A-types zijn

die geen infarct krijgen, voor wie deze levenswijze nooit tot een probleem wordt of leidt tot ziekte. Als Berlin's suggestie overgenomen moet worden dan zou dat vooral gelden voor mensen bij wie ook andere aanwijzingen gevonden zijn dat zij ernstige risico's op een eerste of tweede infarct hebben. In dat geval kan onderkenning van dit gedragstype door huisarts of cardioloog zeer zinvol zijn.

15.

"Distress is only one factor leading students to leave university or fail. Tests cannot predict who will leave prematurely or develop distress. But since these tests do show proneness to distress, they could be used administratively as part of an "early warning system" detecting students who may run into difficulties. Given the necessary facilities at Student Health centers and in the teaching departments, tests at selection or entry could provide information leading to early and essentially preventive treatment if the need arose. For there is evidence that, except in extreme cases, treatment was beneficial.

Our evidence therefore points to the value of tests such as the MPI not for selection but as part of a generally more sophisticated approach of preventive medicine, involving physicians but also implying greater awareness of the problems by teaching staff. For the chances are that a sufficiently sensitive teaching staff, alerted by early information about its students' tendencies, could be the first to spot when trouble arises. Psychological distress cannot be avoided in a student population; indeed our results suggest that such distress may merely be an unfortunate aspect of a quality which is in itself valuable but may go awry - i.e. high drive. Distress cannot be eliminated by selection without at the same time eliminating some of the most promising potential students; it does not necessarily interfere with the highest level of academic achievement. It is not deplorable as such; it only becomes deplorable when it becomes excessive and when it leads to unnecessary wastage through lack of adequate management" (Kelvin, 1965).

16.

Henderson heeft voorgesteld om met behulp van screeningsprogramma's mensen op te sporen die voor zware moeilijkheden staan, zoals bijvoorbeeld studenten met een grote examenvrees.

Een systematische desensitisatie zou dan hun weerstand voor de komende stressvolle gebeurtenissen kunnen vergroten. (Henderson, 1972).

17.

In de literatuur worden de volgende screeningsinstrumenten genoemd. Sommige daarvan zijn ooit toegepast, andere zijn alleen nog maar voorgesteld en ook bevat deze lijst enkele instrumenten die in psychiatrische inrichtingen gebruikt worden als screeningsinstrument voor de intake.

BPI	Bernreuter Personality Inventory (Fischer, 1941; Verinis, 1968)	
CAS	Community Adaptation Schedule	(Cook, 1973)
CMI	Cornell Medical Index	(Stout, 1969; Vergheé, 1970)
DDST	Denver Developmental Screening Test	(Armistead, 1974)
EPI	Eysenck Personality Inventory	(Ferrer, 1968; Hetzel, 1973)
FOI	Fort Ort Inventory	(Danielson, 1954)
GHQ	General Health Questionnaire	(Goldberg, 1972)
HSCL	Hopkins Symptom Checklist	(Derogatis, 1974)
HOS	Health Opinion Survey	(Léon, 1970; Spiro, 1972; Thompson, 1973; Williams, 1973)
MHQ	Middlesex Hospital Questionnaire	(Cockett, 1969)
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory	(Davidson, 1955; Loper, 1968)
MPI	Maudsley Personality Inventory	(Kelvin, 1965; Ferrer, 1968)
NSA	Neuro Psychiatric Screening Adjunct	(Janis, 1969)
PEF	Psychiatric Evaluation Form	(Endicott, 1972)
PSE	Psychiatric Status Evaluation	(Wing, 1970)
PSS	Psychiatric Status Schedule	(Spitzer, 1968; 1969; 1970; Dohrenwend, 1970)
PI	Personal Inventory	(Shipley, 1946)
SCI	Structured Clinical Interview	(Burdock, 1969)
SIS	Structured Interview Schedule	(Dohrenwend, 1970; 1971)
SPI	Standard Psychiatric Interview	(Goldberg, 1970)
SRE	Schedule of Recent Experience	(Clark, 1973)
UCLSQ	University College of London Study Difficulty Questionnaire	(Crown, 1973)

Leighton Interview	(Goldfarb, 1967; Moses, 1971; Gordon, 1973)
Vragenlijst van Ormee	(Donaldson, 1969)
22-item screening score	(Lagner, 1962; Phillips, 1970; Manis, 1963; Prince, 1967; Dohrenwend, 1971; Seiler, 1973)

18.

De omschrijving van anticiperende begeleiding is ruimer dan de begeleiding van het risicodragend individu. Gewoonlijk rekent men hiertoe het voorbereiden van mensen op een nieuwe levenstaak: het huwen, het krijgen van kinderen, te moeten gaan leven zonder partner door dood of echtscheiding, abortus. Het doel is hier mensen te leren welke problemen zij mogelijk-erwijs in de toekomst zullen ontmoeten, in de hoop dat zij daardoor hun problemen, als deze zich voordoen, beter kunnen hanteren (Jensen, 1954).

Een speciale, nogal Amerikaanse vorm van anticiperende begeleiding wordt verslagen door Gump. Deze liet de ouders van abituriënten meedoen aan een rollenspel, waarin nieuwe situaties die zich voor zouden kunnen gaan doen nu hun kind aan een universiteit ging studeren (zoals druggebruik, vrijere sexuele omgang) doorgespeeld werden, zodat de ouders er tevoren al wat op voorbereid waren (Gump, 1973).

19.

Caplan definieert het object van screenen als: "...to gain access to a particular population and to appraise the functioning of its members so that those showing the earliest signs of mental disorder may be detected without having to rely on a referral process" (Caplan, 1964).

Deze definitie is te eng omdat zij niet de groep omvat die in een crisissituatie verkeert noch de groep met verhoogde risico's op toekomstig disfunctioneren. Ferrer geeft een ruimere omschrijving waarin hij ook het half-way karakter benadrukt. Sprekend over personen met een hoge score op de EPI zegt hij: "It is of course emphasized that this does not mean that the person is necessarily mentally ill, but it will obviously give some guide as to the kind of person who, when placed in stress situations, is liable to break down more readily than others. As such it could be a valuable

factor in screening and could provide the kind of observation group in which further investigation over a period will provide evidence of disturbance, or the group in which it might reasonably be expected that breakdowns are more likely to occur than in the control-group which has been screened. It is thus what might be called one of the half-way screening tests that, while not giving a definite diagnosis, can provide valuable information, from which further investigation can lead to a more firm conclusion." (Ferrer, 1968).

HOOFDSTUK II

HET ONDERZOEK

1.

Aanleiding

1. Voor zover ons bekend is het enige psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek in Nederland uitgevoerd door Giel en Le Nobel (Giel, 1971).
2. Semantische problemen en verschillen in perceptie, gebaseerd op nationale of culturele tradities maken de resultaten van psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek onderling moeilijk vergelijkbaar. Deze verschillen leiden tot zowel kwalitatief als kwantitatief verschillende beoordelingen. Kendell vertelt van een experiment waarin Amerikaanse en Engelse psychiaters dezelfde patienten middels videotape beoordeelden. "The diagnoses made by these audiences were compared and for some patients there were major disagreements between them. The over-all pattern of diagnostic differences between American and British raters indicates that the American concept of schizofrenia is much broader than the British concept, embracing not only part of what in Britain would be regarded as depressive illness, but also substantial part of several other diagnostic categories - manic illness, neurotic illness, and personality disorder." (Kendell, 1971). Cooper schrijft na een vergelijking van de diagnoses die in een Engels en een Amerikaans psychiatrisch ziekenhuis gebruikt werden: "Almost all of the large differences between the hospital admission statistics

of the two hospitals are artefacts due to differences in the diagnostic practices of the psychiatrists and differences in the recording system." (Cooper, 1970)

Een pikant voorbeeld van de cijfermatige verschillen waar-
toe dit leidt wordt gegeven door Goldberg. "Hagnell and Leighton carried out joint evaluations of 139 patients of the Stirling County Study and 213 patients from the Lund Survey. Using Leighton's criteria for neurosis, Hagnell's figures for neurosis rise from 13,1% to 35-40%, and for mental deficiency rise from 1,2% to 10%, while the figures for psychosis do not alter. The difference between the two surveys is still significant, but it can be seen that the greater part of the apparent difference is due to differing thresholds for case identification." (Goldberg, 1972)

2.

Doelstelling

1. Spiro noemt zeven kenmerken waaraan zijn inziens het ideale psychiatrisch survey instrument zou moeten voldoen. (Spiro, 1972)
 1.
economically and easily administered by lay persons
 2.
brief and highly acceptable to the population being surveyed
 3.
sensitive to a wide variety of psychiatric complaints including physical, psychological, interpersonal and/or performance symptoms
 4.
sensitive to a wider variety of psychiatric syndromes ranging from the psychoses to neuroses and treatable character disorders
 5.
neither be limited to disorders in the affective sphere nor in the cognitive sphere but would encompass both
 6.
stable over time and insensitive to transient upsets such as those stemming from influenza, dysmennorrhoea, etc.
 7.
stratify individuals both according to severity of illness and treatability of illness

2. Onder psychoneurose verstaan we hier een alledaagse, milde vorm van psychisch lijden, "a class of the milder form of mental illness, usually not requiring hospitalization. The psychoneurotic person retains his orientation to the environment and considerable contact with reality but suffers enough disruption of cognitive and emotional processes to interfere with his effective life adjustment." (Krech, 1969)

Een soortgelijke definitie geeft MacMahon. "These are disorders characterized chiefly by "anxiety" that may be overt or "unconsciously ...controlled by the utilization of various psychological defence mechanisms". In contrast to patients with psychoses, those with psychoneurotic disorders "do not exhibit gross distortion of external reality, and they do not present gross disorganization of the personality". The great majority of persons with psychoneurotic disorders are found in the general community, not in mental hospitals (MacMahon, 1967)

3.3

Analyse van de itempool

1. Zie voor de factoren die beïnvloeden welke studenten wel en welke niet van een universitaire hulpdienst gebruik maken: Snijder, J., 1972; Lucas, 1972; Reifler, 1969; Walters, 1970; Snijder, B., 1969 en Winer, 1974.
2. Hofstee constateerde een correlatie van .99 tussen de N-score van de ABV berekend met de officiële gewichten en een door hem geconstrueerde vereenvoudigde sleutel. De betrouwbaarheid daalde daardoor slechts met eenhonderdste punt. (Hofstee, 1963). In ons onderzoek vonden wij dat de somscore van de gedichotomiseerde items van de N-schaal van de ABV .92 correleert met de somscore berekend m.b.v. de officiële sleutel.
3. De as, die door de iteraties gevormde cirkels loopt is vergelijkbaar met de eerste hoofdas die men voor rotatie bij een factoranalyse vindt. Dit werd bevestigd door een hoofdassen analyse die op de DV werd uitgevoerd. Daarbij werden zeven factoren getrokken die een eigenwaarde hadden groter dan 1.00. Deze ze-

ven factoren bleken een eigenwaarde te hebben van respectievelijk 11.48 - 1.81 - 1.71 - 1.57 - 1.40 - 1.29 en 1.07. De hoge eigenwaarde van de eerste factor duidt op één algemene factor, die door de vragenlijst gemeten wordt. Alle items hebben op deze factor een lading van .44 of hoger.

3.4.1

De clusteranalyses

1. Vanwege dit hoge antwoordpercentage is in de jaren 1970 en 1971 niet meer nagetrokken hoe groot de response was. Het jaarverslag van de Stichting Studenten Gezondheidszorg 1972 - 1973 vermeldt een response rate van 75%.
2. Het kleinere aantal studenten waarover de berekeningen van 1971 zijn uitgevoerd werd vooral veroorzaakt doordat in dat jaar alleen een clusteranalyse berekend werd over die proefpersonen die de vragenlijst volledig hadden ingevuld. In 1969 waren alleen die proefpersonen weggelaten die meer dan drie vragen onbeantwoord hadden gelaten en werden de ontbrekende antwoorden at random als 1 of 0 gecodeerd.

Om de normtabel op een zo groot mogelijk aantal personen te baseren werd daartoe de jaargroep van 1971 aangevuld met de gegevens uit 1969 van hen die ook meegedaan hadden aan het derdejaars onderzoek. Tussen beide groepen bestond geen significant verschil in score's ($\bar{z} = .71$; $\chi^2 = 29.34$; $df = 32$), zodat de score's bij elkaar opgeteld mochten worden.

4.2

De stabiliteit

1. Ter vergelijking volgen hieronder de stabiliteitsindices van enkele andere psychologische testen.

schaal	tijdsinterval	r	referentie
N - abv	10 - 21 dagen	.82	Wilde, 1970
NS - abv	10 - 21 dagen	.86	
E - abv	10 - 21 dagen	.90	
T - abv	10 - 21 dagen	.80	
N - mpi	onbekend	.83	Eysenck, 1969
E - mpi	onbekend	.81	
N - mpi	2½ jaar	.71	Ojha, 1966
N - epi	1 jaar	.84	Eysenck, 1964
E - epi	1 jaar	.88	

Het feit dat de stabiliteitsindices van de DV iets lager zijn dan die van de MPI en EPI (vanwege de andere tijdsinterval is de vergelijking met de ABV niet te maken) beschouwen wij eerder als een voordeel dan als een nadeel. Stabiliteitsindices hebben niet alleen een benedengrens maar ook een bovengrens. Met een stabiliteitsindex van 1.00 zou men niet gelukkig moeten zijn. Werkelijke veranderingen (bijvoorbeeld ten gevolge van een passagère crisis) moeten geregistreerd kunnen worden, zeker omdat het opsporen daarvan een van de bedoelingen van het screeningsinstrument is.

5.1

Het probleem van het criterium

1. Deze vier criteria zijn tamelijk statisch van karakter. Het verdient eigenlijk voorkeur om een meer dynamisch begrip van validiteit te hanteren zoals "de zinvolheid van de beslissing waartoe de testscore leidt", of "de mate waarin de test aan zijn doel beantwoordt". (Drenth, 1968). De evaluatie van het screeningsprogramma hoort daarom eigenlijk ook bij het validiteitsonderzoek.

2. Om drie redenen is niet het feitelijk aanvragen van een gesprek met de studentenartsen (-psycholoog, -psychiater) maar de subjectief ervaren wenselijkheid van zo'n gesprek als criterium genomen.
Op de eerste plaats wordt het aanvragen van een gesprek beïnvloed door allerlei factoren die niet met emotionele stabiliteit te maken hebben (cf. noot 1; analyse itempool).
Op de tweede plaats is dit criterium in Delft gecorrumpéerd door het feit dat de studentenartsen zelf contact leggen met de studenten die het hoogst scoren.

Tenslotte zit achter het criterium van het zich aanmelden als patient een criterium dat m.n. in Amerikaans epidemiologisch onderzoek nogal eens gehanteerd wordt, de dubieuze veronderstelling dat de controlegroep uit gezonden bestaat.

5.2

Delftse Vragenlijst en de subjectief ervaren wenselijkheid van hulp

1. Ter vergelijking volgen hier enkele resultaten van een enquête uitgevoerd bij een representatieve steekproef van 126 studenten aan de universiteit van Amsterdam door K. van den Broecke - Broeshart. Haar gestencild verslag vormt helaas een van de zeer spaarzame gegevens over de problemen van studenten in Nederland (Broecke - Broeshart, 1967).
- a. 36% van de studenten heeft weleens behoefte aan een gesprek met een psycholoog. Van deze 36% zouden de volgende aantallen willen praten over:
- | | |
|-------------------|-----|
| studieproblemen | 41% |
| contactproblemen | 39% |
| sexuele problemen | 37% |
| familieproblemen | 22% |
| andere problemen | 10% |
- b. Van de derdejaars en ouder gaf 32% op meer dan 1½ jaar achter te zijn op het officiële studieprogramma.

c.	studenten die meer dan 1½ jaar achter zijn	alle studenten
----	--	-------------------

Zegt zoveel met persoonlijklijke moeilijkheden te kampen dat hij/zij zich niet ten volle aan de studie kan wijden	39%	21%
---	-----	-----

Zegt zodanig met examenangst te kampen te hebben dat de studie er onder lijdt	14%	10%
---	-----	-----

2. De opvallende stijging van de score's op de DV in de loop van 2½ jaar is afgebeeld in appendix 3.

Een stijging van de score's voor emotionele labiliteit gedurende de studie werd ook geconstateerd door Hetzel (die tevens vond dat de stijging het grootst was bij de studenten die de zwakste eindexamencijfers hadden) (Hetzel, 1973) en door Bouchal (Bouchal, 1969).

5.3

Delftse Vragenlijst en studiestaking/studievertraging

1. De literatuur over de relatie tussen neuroticisme en studiesucces biedt een tamelijk inconsistent beeld. Soms wordt een positief verband gevonden (Ojha, 1966), soms een kromlijinig verband (Kelvin, 1965) en soms wordt helemaal geen verband gevonden (Kelvin, 1965). Het kromlijinig verband wordt verklaard vanuit de veronderstelling dat neuroticisme verbonden is met "high drive". Zo is de Manifest Anxiety Scale van Taylor, waarvan het bekend is dat zij zeer hoog met neuroticisme testen correleert, oorspronkelijk ontworpen om "drive" te meten (Taylor, 1953; Pichot, 1971; Boor, 1973). Om die reden zou bij zeer goede studenten vaker een verhoogde N-score gevonden worden.

De minimum conclusie die uit de inconsistente onderzoeks-

resultaten getrokken kan worden is de aanbeveling om in onderzoek naar studievoortgang of studiesukses emotionele labiliteit ten minste als een suppressor-variabele in de onderzoeksbatterij op te nemen.

Zie verder over dit onderwerp: Dale, 1954; Lucas, 1966, 1972; Summerskil, 1962; Lavin, 1968; Crown, 1973; Entwistle, 1972; Eysenck, 1947.

2. Op dit derdejaars onderzoek zal in een aparte publicatie worden ingegaan. In appendix 3 is de frequentieverdeling gegeven van de score's op de DV, behaald bij inschrijving en 2½ jaar later. De toets voor het verschil van gecorreleerde data toont dat het verschil zeer significant is ($z = 14.78$ $p < .001$) (McNemar, 1969). Uit dit onderzoek willen wij nog enkele gegevens weergeven, die illustreren hoe emotionele labiliteit interfereert met het studiegedrag. De score's zijn ontleend aan de score's bij inschrijving (De vragen zijn opgesteld in samenwerking met de afdeling onderwijsresearch van de TH te Delft).

	N	%	gemiddel- de score	F	p
Is het studentenleven U meegevallen	218	29	10.68	4.11	<.05
Zoals U verwacht had	435	58	9.38		
U tegengevallen	94	13	10.93		

Is de studie U meegevallen	203	.27	10.18	7.32	<.01
Zoals U verwacht had	351	.47	9.10		
U tegengevallen	198	.26	11.28		

Hoe snel denkt U verder te studeren?					
Met vrij veel vertraging	38	05	10.42	11.30	<.01
Met enige vertraging	495	66	10.81		
Overeenkomstig de gestelde tijd	206	27	7.77		
Korter dan de gestelde tijd	13	02	8.54		

Acht U het tijdschema van het studieprogramma zoals aangegeven in de studiegids in overeenstemming met Uw capaciteiten?					
U heeft er moeite mee om het programma in de gestelde tijd af te werken	412	55	10.66	5.87	<.01
U kunt het programma zonder al teveel moeite in de gestelde tijd afwerken	305	41	9.00		
U kunt het programma ruim binnen de gestelde tijd afwerken	33	04	9.12		

5.4

Delftse Vragenlijst en het oordeel van de studentenartsen

1. Het trekken van de aselechte steekproef werd verzorgd door de studentenadministratie van de TH te Delft. Hetzelfde geldt voor de aselechte steekproeven van het psychiatrisch onderzoek.
2. Terwille van de overzichtelijkheid is alleen de correlatie tussen DV, zoals ingevuld vlak voor het gesprek met de studentenartsen en het oordeel van de studentenartsen gegeven, en niet de correlatie met de score behaald bij inschrijving. Ook voor het berekenen van de correlaties DV - psychiater is de score van de tweede afname gebruikt. Dit heeft het praktische voordeel dat men er zeker van is dat van iedere onderzochte de score op de DV bekend is.
Zoals de stabiliteitsindices al doen vermoeden, worden nauwelijks verschillen gevonden wanneer de correlaties berekend worden m.b.v. de score behaald bij inschrijving.

5.5.4

De interne structuur van het psychiatrisch oordeel

1. Zie hierover o.m. Beck, 1962; Eysenck, 1969 en Cooper, 1970.
2. Wanneer de score op de DV als variabele aan de factoranalyse wordt toegevoegd blijkt deze .64 op de eerste factor en -.17 op de tweede factor te laden. De factoren zelf blijven vrijwel ongewijzigd. De communaliteit van de DV bedraagt .44 en is dus veel lager dan de betrouwbaarheid van de schaal, wat aangeeft dat een aanzienlijke hoeveelheid variantie niet door de twee factoren van het psychiatrisch oordeel verklaard (gebruikt) wordt (Fruchter, 1968).

5.5.5

De resultaten van het psychiatrisch onderzoek

1. Uit het werk van Davidson is de suggestie af te leiden

dat bij studenten de aanwezigheid van psychische problematiek vooral in klachten van depressieve aard naar voren komt (Davidson, 1955, 1964).

2. Voor het onderzoek begon werd geen overleg gepleegd over de betekenis die bepaalde termen voor Sengers hadden. Een discussie over de betekenis van een begrip als "geestelijk ongezond" is in principe niet alleen eindeloos, gewild of ongewild zou in dit gesprek ook de inhoud van de vragenlijst hebben meegespeeld. Daardoor zou het criterium meer of minder aan onafhankelijkheid verliezen. Wij gaven er daarom de voorkeur aan om door een analyse achteraf de structuur van het psychiatrisch oordeel en de betekenis van de diverse concepten te verantwoorden.

Geestelijk ongezond

Met betrekking tot de term "geestelijke ongezondheid" schreef Sengers in een intern memo dat hij met dat begrip niet goed uit de voeten kon. Voor hem bestaat dit begrip uit meerdere elementen "zoals een orgaan uit meerdere celsoorten bestaat". Deze elementen komen vrijwel geheel overeen met de twee beschreven optieken.

Psychiatrische of psychologische hulp is geïndiceerd

Nadat in 1969 een zwakke, doch nog wel significante samenhang tussen DV en het psychiatrisch oordeel "psychiatrische of psychologische hulp is geïndiceerd" en deze samenhang in 1970 afwezig bleek (wat voor een screeningsprogramma een welhaast dodelijk resultaat is) gaf Sengers de volgende verantwoording "...ik moet allereerst opmerken dat geïndiceerd zijn van psychiatrische of psychologische hulp iets anders is dan psychiatrische of psychologische hulp nodig hebben. De indicatie tot iets veronderstelt immers het oordeel van een ander dan degene die het betreft. Zo kan iemand hulp nodig hebben of menen te hebben zonder dat die hulp door een deskundige geïndiceerd genoemd kan worden. En omgekeerd kan een deskundige menen dat bij iemand hulp geïndiceerd is, zonder dat de betrokken persoon er nog behoefte aan voelt. Vandaar ook dat Appels en ik de vraag hebben opgenomen "onderzochte is persoonlijk aan deze hulp toe".

Ten aanzien van die vraag heb ik echter gedurende het

onderzoek 1969/1970 een andere opvatting gehad dan bij het onderzoek 1970/1971. Want ik herinner me bij dat tweede onderzoek de vraag "psychiatrische hulp is geïndiceerd" steeds als nee te hebben ingevuld als de onderzochte persoonlijk nog niet aan deze hulp toe leek. Met andere woorden, in 1969 heb ik de vraag naar de indicatie vaker als ja beantwoord, namelijk waarschijnlijk telkens als ikzelf meende dat de hulp geïndiceerd was, óók als de student "er niet aan toe leek". Zo zal ik het toen gedaan hebben bij persoonlijkheidsstructuren voor wie een loskomen van duidelijke fixaties van groot belang leek, ook al hadden zij op het moment van onderzoek nauwelijks een subjectief onbehagen.

Knelpunt is dan ook de vraag op welke criteria de "indicatie tothulp" gesteld wordt. Men kan daar zowel theoretisch als ook praktisch een verschillende mening over hebben. Zo is er bijvoorbeeld een tijd geweest dat psychoanalytici meenden dat elk mens een psychoanalyse zou moeten ondergaan: de analyse was bij iedereen geïndiceerd. Praktisch gezien kan het wat makkelijker lijken te liggen. Bijvoorbeeld zal elke psychiater een behandeling geïndiceerd vinden zodra iemand een aantal klachten heeft of tot klachten aanleiding geeft, die tesamen een zogenaamde nosologische eenheid vormen, een psychiatrisch syndroom, een diagnose. Maar het wordt al moeilijker als de onderzochte klachten heeft die niet bij voorbaat als een medische of psychiatrische nosologische eenheid kunnen worden opgevat (herkend) en misschien nog moeilijker als de onderzoeker de indruk krijgt dat zijn onderzochte een met name benoembaar psychiatrisch ziektebeeld "heeft" zonder dat de onderzochte zelf een reeks klachten of problemen ter tafel gebracht heeft. (Heel duidelijk doet dit probleem zich voor als de diagnostiek niet primair klinisch, maar psychodynamisch gebaseerd is).

Maar ik realiseer me hiermee nog geen antwoord op de vraag gegeven te hebben: "Wanneer vind ik dat hulp geïndiceerd is?" In haar algemeenheid is dit ook een moeilijke vraag omdat we veeleer gewend zijn ons af te vragen welke hulp het meest op haar plaats is (de therapeutische methode) en welke doelstelling we daarmee op het oog hebben. In veruit de meeste geval-

len zal het uitgangspunt zijn, althans voor de medicus, dat iemand zich met een klacht tot ons richt en dat dit gebeuren bij wijze van spreken automatisch het "therapeutisch handelen" in gang zet. Dan is "indicatie tothulp" gelijk aan "geuite behoefte op basis van een klacht". Een onderzoekssituatie zoals in Delft is echter geheel iets anders dan de spreekuur-situatie. Vandaar ook dat nu pas de vraag wat je onder de indicatie tot hulp verstaat, ontstaan kan. Stel dat je als onderzoeker vindt dat hulp geïndiceerd is, dan zou je eenzelfde functie hebben als de subjectieve klacht die iemand hulp doet zoeken (even aannemend dat iemand die een klacht heeft ook altijd de weg weet naar die hulp).

Nu meer ter zake van het feitelijk Delfts onderzoek. Zeker is dat ik ook in 1969 een positieve indicatie aanwezig vond als iemand "hard aan hulp toe was", bijvoorbeeld wegens een depressie van ernstige aard. Maar ook als naar mijn mening enkele gesprekken met een psycholoog bijzonder nuttig leken te zijn met het oog op wat de onderzochte zojuist verteld had. En wel vanuit twee overwegingen: dat die gesprekken het voorhanden probleem goeddeels tot een oplossing zouden kunnen brengen én tevens een ernstiger situatie zouden kunnen voorkomen. Het voorhanden probleem kan van vrij recente datum zijn, maar ook al langer bestaan".

Het belangrijkste wat men uit deze verantwoording moet opmaken is dat de vraag "is psychiatrische/psychologische hulp geïndiceerd?" slecht gekozen was om na te gaan of een hoge score op de DV een behoefte aan psychologische hulp zou aangeven. In 1971 werd deze vraag daarom veranderd in "psychiatrische of psychologische hulp is wenselijk?" In dit laatste onderzoeksjaar werd een positief verband tussen psychiater en vragenlijst gevonden.

Omdat de correspondentie tussen psychiater en vragenlijst op het punt van wenselijkheid van hulpverlening zo vitaal is in het gehele project en er ook in 1969 en 1971 een aantal studenten waren met een hoge score voor wie hulp niet nodig geacht werd, werden alle protocollen nog eens doorgenomen om te zien of er enige systematiek te ontdekken viel in de afwijking van vragenlijst en psychiatrisch oordeel. Daarbij bleek dat een impliciete persoonlijkheids-

theorie het psychiatrisch onderzoek soms beïnvloed had. Zo sprak Sengers in 1969 met twee activisten en raakte door hun opvattingen zo geboeid dat hij het onderzoeksprotocol vergat en hen op alle punten gunstig beoordeelde, ondanks het feit dat zij zeker honderd klachten positief bevestigd hadden. Dat hier sprake was van een beoordelingsfout werd later ook door Sengers bevestigd.

Belangrijker was echter dat Sengers soms ook meende dat psychiatrische hulp geïndiceerd was wanneer een student door sterke remmingen en fixaties zo belemmerd was in zijn functioneren dat zij een gezonde ontwikkeling van de persoonlijkheid in de weg stonden. Een dergelijke vorm van belemmernis komt niet in een vragenlijst tot uitdrukking. En daarmee stoten we op een principiële beperking van de vragenlijst-techniek in screenings-programma's voor hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg. Door hun klinische afkomst benaderen vragenlijsten het individu vanuit het disfunctioneren voorzover dat tot uitdrukking komt in het presenteren van klachten. Maar daardoor worden allerlei vormen van gebrekkig functioneren, die niet tot klachten leiden, over het hoofd gezien.

"at risk"

Het onderzoeksprotocol bevatte ook het begrip "at risk". Dit is een vrij jong woord, afkomstig uit de epidemiologie. Het begrip lijkt de laatste tijd enig burgerrecht te gaan krijgen in de psychohygiënische literatuur. Het staat dan voor "risikodragend" of "gekenmerkt door een dusdanige persoonlijkheidsstructuur of levend in zulke moeilijke omstandigheden dat bij een verergering van deze omstandigheden ernstige psychische moeilijkheden te verwachten zijn".

Het is overigens zeer de vraag of men met de introductie van dit nieuwe begrip erg gelukkig moet zijn. Het is zoals gezegd een afgeleid begrip dat toegepast op individuen een vrij vage en ruime, te ruime betekenis heeft. Geen wonder daarom dat Sengers in 1970 53% en in 1971 43% van de aselecte steekproef "at risk" noemde. Over de betekenis die hij aan dit begrip hechtte schreef Sengers het volgende:

"Bij at risk zijn denk ik uiteraard vooral aan het symbool van "de rode lamp", een signaal of signalenreeks

voor een dreigend gevaar, een waarschuwing, een grensoverschrijding. Ik denk aan een manometer die aangeeft dat de druk te hoog oploopt, aan een thermometer die ons wijst op een abnormale temperatuur. Psychologisch gesproken geeft at risk zijn aan dat de persoon in kwestie zich in een toestand bevindt waarin hij/zij als kwetsbaar kan worden beschouwd, subjectief beleefd als het niet meer gewone, het in min of meer zorgwekkende spanning leven, het juist of duidelijk tekort schieten aan integratief vermogen ten aanzien van wat als de reden van spanning wordt ervaren. Bij mensen at risk is er een (be)dreiging en ze zijn al bezig (momentaan of alreeds veel langer) om zich tegen die dreiging te beveiligen, bijvoorbeeld middels een voor anderen herkenbare manier van afweer. Zolang men at risk is heeft men nog niet het middel gevonden of ~~aangevend~~ om de spanningstoestand te kunnen doen verminderen, terug te keren naar het subjectief normale.

At risk zijn is dan ook altijd een resultante van krachten, in feite van dynamismen, intrapsychisch: enerzijds de persoon met zijn capaciteiten van dat moment, anderzijds de omstandigheden waarin hij zich bevindt. Het "at risk" wordt echter bepaald, afgeleid, van de ene pool, namelijk de persoon. Dit betekent dat iemand at risk kan zijn omdat zijn persoonlijkheidsstructuur ten tijde van de waarneming dusdanig is (bijvoorbeeld psychotisch) dat bij wijze van spreken elke externe kracht al desintegrerend werkt. Maar het kan ook betekenen dat de door bij wijze van spreken iedere waarnemer als gezonde, stabiele persoonlijkheidsstructuur benoemde persoon, zich in een situatie bevindt die een zodanige druk betekent dat de persoon op grond daarvan alleen al decompenseren kan. Dus het begrip at risk wordt gebruikt als een (psychologisch) instrument dat men aansluit op de onderzochte persoon, maar dat in feite en in beginsel slechts iets aangeeft omtrent het geheel of de verhoudingen van de persoon en zijn omgeving of omstandigheden.

In perspectivistische zin zou men het at risk zijn kunnen omschrijven als de toestand tijdens welke men een hoog risico loopt om niet datgene vol te houden of te volbrengen wat men dacht te kunnen bereiken. Er bestaat dan een frustratie ten aanzien van wat men verwachtte, omdat de op dat moment beschikbare middelen ontoereikend

zijn voor het doel. Buiten de hierboven al genoemde (psychologische) krachten wordt hier dus ook de factor tijd ingevoerd. Als men nu ook nog aan ruimte zou willen denken, ook weer de psychologische ruimte, dan zou het kunnen betekenen dat iemand die at risk is minder dan de voor hem normale vrijheid van keuze heeft en belemmerd is in de zelfontplooiing: vanaf dat moment krijgt de zelfrealisatie een deuk. Het kan dan niet anders of ook de relationele aspecten lijden schade. Wie denkt aan belemmering van de ontplooiing kan ook denken aan de blokade: er treedt een stremming op in de communicatieve processen, (hier en daar) een verstopping. Terugredenderend zou dit betekenen dat waar er geen teken van zo'n stremming is, er ook niet van at risk zijn gesproken kan worden. De spanning kan nu immers niet werkelijk oplopen, er kan geen werkelijke (subjectieve) nood ontstaan. Via dit denkmodel is dan heel wel begrijpelijk dat iemand die veel klachten uit, nog niet at risk hoeft te zijn: klachten kunnen dienen om een dreigende grenssituatie te ontgaan (bijvoorbeeld in de klacht over een chronisch pijnlijke rug).

Het bovenstaande enigszins samenvattend behelst het begrip at risk een aantal elementen: het heeft iets van kwetsbaar-zijn, iets van een subjectief ervaren spanning, het niet (meer) normaal kunnen integreren, iets van (be)dreiging en afweer ervan, het nog niet gevonden hebben of kunnen benutten van de oplossing; at risk zijn wijst altijd op een krachtenveld waarin of de ene pool (de mens) of de andere (zijn omstandigheden) of beide aanwijsbaar zouden moeten zijn als de in stand houdende voorwaarde(n); at risk zijn is de toestand die de aanvankelijke doelstelling onbereikbaar dreigt te maken en die mede gekenmerkt is door een beknotting van keuzemogelijkheden en een vermindering der communicatie die haar terugslag heeft op alle relatievormen van juist die mens.

Om nu terug te komen op de onderzoekssituatie in Delft lijkt het dienstig om - met het bovenstaande voor ogen - te stellen dat ik dus van at risk zal hebben gesproken in drieërlei situaties die elk kunnen worden onderverdeeld al naar gelang wat zich feitelijk bij de onderzochten bleek voor te doen:

1. De persoonlijkheidsstructuur op het moment van onderzoek.

Bijvoorbeeld een psychoticus, paranoïde toestanden
een opmerkelijk starre structuur zoals bij anaal gefixeerden
de astheen-passieve structuren, de flight-typen
min of meer tijdelijk labiele structuren (bijv. reconvalescentie)

2. Levensomstandigheden die als stress gelden (subjectief).

Bijvoorbeeld groot verschil tussen de levensomstandigheden voor het begin van de studie en die van nu (we hebben immers een onderzoek bij eerstejaars gedaan)
een als te zwaar ervaren studieprogramma
immigratie kort tevoren
het gemis van een verweg wonende geliefde

3. Intrapsychische conflicten, min of meer vallend binnen het kader van het neurose begrip, en alreeds of bijna diagnostisch te benoemen.

Bijvoorbeeld depressies
angstneurotische reactievormen
subjectief als hinderlijk ervaren
dwangverschijnselen
identiteitsproblematiek

Om tenslotte het begrip "at risk" van een andere kant af te grenzen - het volgt eigenlijk uit het voorgaande - : niet per se at risk zijn zij die in een psychologische of psychiatrische behandeling zijn of geweest zijn. Of zij die in het gesprek blijk gaven in een turbulente fase te verkeren. Ook niet zij die een duidelijk verkeerde studiekeuze maakten, dat zelf echter aangeven en reeds een alternatief ontwaren. Een afweershouding ten opzichte van de onderzoeker hoeft niet op at risk te duiden, welken

ik geneigd ervan te spreken als die afweer niet of onvoldoende gemotiveerd wordt en intussen desondanks bestaan blijft ... Eerder heb ik ook beweerd die afweershouding van grote betekenis te vinden: als iemand bij wijze van spreken bijzonder gestoord is maar intussen een goed contact met me had (wat ook wil zeggen dat ik dat goede contact persoonlijk ervaarde, dat het gesprek dus ook mij iets deed, dat je het gevoel had met iemand in werkelijk gesprek te zijn geweest), er dus geen afweer voelbaar was, dan zal ik hem wel niet als at risk beoordeeld hebben. Het al dan niet blijken van een dynamiek binnen het feitelijk onderzoeksgesprek heeft voor mij een grote betekenis bij de beoordeling niet of wel "at risk".

3. De tetrachorische correlatie werd gekozen vanwege de scheve verdeling van de DV. Deze scheefheid ontstaat doordat de vragenlijst alleen informeert naar de aanwezigheid van emotionele labiliteit en geen indices bevat voor emotionele stabiliteit. Uit het totale, theoretische continuum is dus slechts een gedeelte gebruikt. De product-moment correlatie zal daarom een eventuele samenhang onderschatten. De tetrachorische correlatiecoëfficiënt is hier minder gevoelig voor. Voor de berekening is zowel bij het psychiatrisch oordeel als bij de DV de split bij de mediaan geplaatst (Carroll, 1961).

7.

De Soortgenootvaliditeit van de Delftse Vragenlijst

1. De hoge correlaties met MAS en ABV waren niet verwacht. Toen deze geconstateerd werden werd toch niet besloten om bijvoorbeeld de N-schaal van de ABV als screeningsinstrument te gebruiken, omdat de veel kortere DV beter voldeed aan de eis van handzaamheid. De hoge intercorrelatie stelt ook de theoretische vraag hoe het toch komt dat zoveel testen in feite neuroticisme testen blijken te zijn. Hierop zal in een aparte publikatie worden ingegaan.
2. Sommigen zullen de vraag stellen waarom geen onderzoek is gedaan naar de relatie tussen DV en respectievelijk

intelligentie- en response-sets, m.n. sociale onwenselijkheid (Van Engelen, 1969).

De relatie DV - intelligentie is niet onderzocht omdat vrijwel al het onderzoek dat inging op de relatie intelligentie - emotionele stabiliteit geen verbanden constateerde (Wilde, 1970). Bovendien leent een studentengroep zich niet zo goed voor dit type onderzoek vanwege de restriction of range in intelligentie.

De relatie tussen DV en de geneigdheid om sociaal onwenselijke antwoorden te geven is niet onderzocht vanwege de paradoxale reden dat het wel zeker is dat hiertussen een relatie bestaat. Vrijwel alle items van de DV zijn sociaal onwenselijk. Wat de testscore juist interessant en valide maakt is dat er desondanks toch een aantal mensen zijn die menen zich veel van deze onprettige eigenschappen toe te moeten schrijven. Cattell neemt een soortgelijk standpunt in bij de beschrijving van de general anxiety second-order factor. "(This factor) naturally and truly has much social undesirability in it. Consequently, simply to partial out a single social desirability factor is to throw away the baby of real data with the bathwater of faking". (Cattell, 1974). Sociale onwenselijkheid van de items vormt een wezenlijk onderdeel van neuroticisme testen. Het is zelfs zo dat de validiteit stijgt naarmate de vragen sociaal onwenselijker zijn (Wilde, 1964). In de afwezigheid van een goed ontwikkelde theorie over wat neuroticisme is zou men er zelfs voor kunnen pleiten om neuroticisme te verstaan als een response-set, die de geneigdheid uitdrukt om positief in te gaan op de mogelijkheid om te klagen (cf. Hofstee, 1963).

8.

De bepaling van het snijpunt

1. Bij toepassing van de methode van Kastenbaum op de gegevens van de 7-puntsschalen werden soms wel significante verschillen gevonden binnen de groep met een lage tot gemiddelde score. Van de negen studenten met een score van 0 (gebaseerd op 124 vragen!) bleken er zes telkens een zeer ongunstige beoordeling te krijgen. In 1971 was dit effect echter verdwenen.

2. "Adjustment inventories are best regarded as screening instruments which single out persons who freely check symptoms and self-criticism. They are not definitive measures of any clearly defined trait; such information as they provide is superficial at best." (Cronbach, 1966).

9.

De Delftse Vragenlijst als case-finding instrument

1. Ter vergelijking met een somatisch screeningsinstrument volgen hier dezelfde gegevens van de Latex fixatie test ter vaststelling van reumatoïde arthritis (Valkenburg, 1974).

Sensitiviteit	.18
Specificiteit	.99
Detection rate	.27
Misclassification	.02

2. De volgende percentages werden geconstateerd bij de beoordelingen: Psychiatrische/psychologische hulp is wenselijk en "at risk".

	1970	1971
psychiatrische/psychologische hulp is wenselijk	20%	24%
at risk	53%	43%

Het percentage impaired studenten past vrij goed temidden van de percentages die in buitenlands onderzoek genoemd worden. Thompson, (1973) geeft hiervan het volgende overzicht:

Summary of prevalence studies of "emotional disturbance"
in college students

Study	Year	School	Percent disturbed
Cobb	1920	Harvard	16.4
Morrison and Diehl	1924	Minnesota	6.0
Blanton	1925	Minnesota	10.0
Angell	1927	Michigan	15.0
Palmer	1937	Pennsylvania	16.4
Weiss	1962	Dartmouth	6.9
Smith	1963	Dartmouth	12.0
Manis	1963	Dartmouth	16.0
Weiss	1965	Dartmouth	12.0
Phillip	1966	Dartmouth	7.0
Weiss	1967	Dartmouth	16.0

Zie over dit onderwerp verder: Davy, 1960; Mechanic, 1969; Reifler, 1969; Lucas, 1970.

3. De waarde van een screeningsinstrument als case-finding instrument kan ook op een andere wijze bepaald worden, een wijze die illustreert dat men voor het oordeel over de bruikbaarheid van het instrument ook moet weten hoe groot het percentage is waarmee een bepaald kenmerk (ziekte) in de bevolking voorkomt.

De zogenaamde "Hits Positive Rate" (Goldberg, 1972) geeft de "probability of a hit" aan, de waarschijnlijkheid dat iemand een bepaald kenmerk heeft. Een hoge score zegt niet dat iemand een case is, maar geeft de waarschijnlijkheid aan dat hij van een psychiater deze beoordeling zal krijgen. Deze waarschijnlijkheid wordt berekend met de formule:

$$Pd(i) = \frac{\frac{P}{P+1}}{\frac{P}{P+1} + \frac{Q}{P+2}}$$

- waarbij $Pd_{(i)}$: de waarschijnlijkheid dat een individu een bepaald kenmerk heeft
- P : de prevalentie van het kenmerk (ziekte) in de bevolking
- P_1 : proportie van het aantal "zieken" dat door de test ontdekt wordt (sensitiviteit)
- P_2 : proportie gezonden die door de test verkeerd geclassificeerd worden
- Q : $1-P$

Toegepast op de gegevens van 1970 voor het criterium impaired is de Hits Positive Rate.

$$Pd_{(i)} = \frac{.12 \times .50}{(.12 \times .50) + (.88 \times .13)} = .35$$

Bij een percentage impaired studenten van 20% stijgt de Hits Positive Rate tot .48. Ook deze wijze van rekenen laat zien hoe belangrijk het is dat men beschikt over een goed criterium. De onderzoeksmethode die de psychiater volgt, zijn subjectieve geneigdheid om zwaar of licht aan bepaalde symptomen te tillen, dat alles beïnvloedt rechtstreeks het antwoord op de vraag over de bruikbaarheid van een screeningsinstrument. Juist vanwege de onbekende betrouwbaarheid van het psychiatrisch oordeel moet men er rekening mee houden dat de sensitiviteit en de specificiteit van psychiatrische screeningsinstrumenten soms laag geschat worden.

Wellicht ten overvloede moet nog gezegd worden dat het doel van "case-finding" in psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek niet identiek is met het doel van screeningsonderzoek als methode voor preventie. In het eerste geval gaat het om het vaststellen van de psychiatrische morbiditeit in een bepaalde populatie om deze op zijn samenhang met andere factoren te kunnen bestuderen. In het tweede geval gaat het om het opsporen van risicodragers, risico's die niet per se van psychiatrische aard hoeven te zijn, zoals bijvoorbeeld in dit geval het mislukken van de studie. Daarom mag de waarde van een screeningsinstrument niet uitsluitend beoordeeld worden aan de geschiktheid als case-finding instrument.

4. In 1970 heeft Sengers achteraf eens nagegaan waarom hij drie studenten met een score beneden het snijpunt impaired genoemd had. Dit om te onderzoeken of er sprake was van enige systematiek. Uit zijn verslag nemen wij het volgende over.

"Geen van deze studenten kan ik me nog voor de geest halen, ik ben dus geheel op de aantekeningen van die protocollen moeten afgaan.

Student A. Deze student is zonder twijfel impaired. Waarschijnlijk heeft hij de DV dissimulerend ingevuld en dat kan bewust maar ook onopzettelijk gebeurd zijn. Hij was namelijk nog onvoldoende toe aan de zelferkenning hoe moeilijk hij het heeft, waarbij nog de angst komt in eenzelfde situatie als zijn moeder - die zich suicideerde toen onderzochte 14 jaar was - te geraken. Hoewel psychotherapeutische hulp geïndiceerd was, was hij daar nog niet aan toe.

Student B. Heeft vaak last van hoofdpijn. Verder een opmerkelijke prestatiedwang en een erg conventionele instelling. Bij wijze van spreken een monosymptomatische neurose en als zodanig inderdaad impaired. Misschien is zijn DV score laag omdat hij maar één klacht heeft. Ook deze jongen zou met een aantal gesprekken gebaat zijn, maar aan die gedachte alleen al was hij nog lang niet toe.

Student C. Jongeman die veel klachten bleek te hebben, althans bij wie de klachten mij zonder dat hij er iets over gezegd had, afleesbaar waren van zijn gedrag. Maar een knaap met een heel slecht zelfinzicht en een sterke neiging tot rationaliseren. Ook leek hij me nog niet aan hulp toe.

Wat dus de vraag naar de mogelijke systematiek betreft: er zal bij hen sprake geweest zijn van dissimulatie of een neiging tot bagatelliseren van wat ze bij zichzelf ervaren. Studenten die dit doen zouden op die wijze een lage score op de DV kunnen halen. Het rationaliseren, het labiel zijn en kwetsbaar zijn is het enige gemeen-

schappelijke aan de groep van drie. Verder vond ik het weer hoogst opmerkelijk dat ze geen van drie aan de nodig geoordeelde hulp toe zijn".

10. De gesprekken met de hoogscoorders

1. Gottesfeld vergeleek 100 personen die hun afspraak voor een eerste psychiatrisch gesprek op vrijwillige basis wel nagekomen waren met een groep van 100 personen die deze afspraak niet nagekomen waren. Vooral zij bleken de afspraak na te komen wier problemen in de tussentijd verslechterd waren en zij die een duidelijk beeld hadden van de aard van het gesprek (Gottesfeld, 1972).
2. Het effect van het oriënterend gesprek is geen voorwerp van studie geweest. De vraag of screenen een zinvolle activiteit is, is immers een ander probleem dan de vraag of de studentenartsen wel een goede gesprekstechniek hadden, of zij de problemen goed onderkenden en of de gespreksgroepen, de adviezen van de decanen etc. resulteerden in een afname van de emotionele problematiek. Daarom is ook in het design van de evaluatie-studie geen controlegroep van hoogscoorders opgenomen die geen gesprek met een van de artsen hebben gehad en is niet nagegaan of er tussen de artsen verschillen in (de effectiviteit van) de gespreksvoering bestond.

HOOFDSTUK IV

SCREENEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

1. Om eens na te gaan of er tussen de verschillende sociale strata een verschil in gemiddelde score bestaat analoog aan de verschillen in psychiatrische morbiditeit, zoals deze m.n. in Amerikaans epidemiologisch onderzoek vaak geconstateerd wordt, werden alle respondenten waarvan het beroep bekend was ingedeeld volgens de classificatiemethode van het instituut voor toegepaste sociologie te Nijmegen. Hierbij is de hoogste sociaal-economische status weergegeven als 6, de laagste als 1. Onderstaande tabel laat zien dat alhoewel er iets van een regressielijn door de data lijkt te lopen, de va-

rianties binnen de groepen dermate groot zijn dat de F-waarde niet significant is.

SES	N	Gemiddelde
1	282	14.30
2	429	14.18
3	249	13.87
4	68	14.41
5	74	11.82
6	29	11.79

One-way variantie analyse

source	ms	ss	df	
between	549	110	5	
within	18063	61	1124	F = 1.81 (niet significant)

Zowel bij mannen als bij vrouwen werd echter wel een significant verschil in gemiddelde score gevonden tussen verschillende leeftijdscategorieën. Voor beide geslachten gold dat zij die 65 jaar of ouder waren gemiddeld een lagere score hadden. Men moet er daarom rekening mee houden dat de validiteit van de DV bij deze groep lager kan zijn, misschien omdat enkele items voor hen minder van toepassing zijn.

Vermeldenswaard is tenslotte nog dat een significante correlatie gevonden werd tussen de scores van echtgenoten ($r = .27$; $N = 406$; $p < .01$).

HOOFDSTUK V

SCREENEN ALS METHODE VOOR PREVENTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

1. In deze zin heeft ook D. Peters kritiek uitgeoefend op het Delfts project. Het screeningsprogramma raakt zijns inziens het eigenlijke terrein van de preventieve acti-

viteiten binnen de universiteit niet. "Voor dit laatste is nodig dat wordt uitgegaan van een dynamisch inter-aktiemodel tussen student en universiteit. "At risk" is men niet in een vacuum. "At risk" is men ten aanzien van een situatie waarin men komt. ...Het gaat er echter om uit te zoeken wie van de studenten "at risk" zijn voor juist de specifieke konstellatie van de betreffende universiteit of hogeschool. Daarin kunnen de verhoudingen wel eens vreemd liggen, zoals Amerikaans onderzoek op dit gebied laat zien, waaruit blijkt dat de meer neurotische studenten door het universitaire systeem worden opgenomen en verder gebracht, terwijl degenen die minder tot aanpassing bereid zijn, die de oorzaak of schuld van moeilijkheden niet onmiddellijk bij zichzelf zoeken, vaak de universiteit verlaten (K. Dörner, Hochschul-psychiatrie, 1967).

Wanneer men de dynamische, procesmatige interactie tussen universiteit en student serieus neemt en als uitgangspunt voor onderzoek accepteert, zal, denk ik, het onderzoek ernaar zijn theoretische en praktische kant veel gekompliceerder uit komen te zien. Het zal desalniettemin toch noodzakelijk zijn om naast de hulpverlening en begeleiding van de student ook de hulpverlening en begeleiding van "de universiteit" binnen de gezichtskring te halen.

Hieraan nu zijn mijn beide stellingen gekoppeld. De invloed van de universiteit op het functioneren en disfunctioneren van de student wordt verdoezeld. Daaruit vloeit voort dat van de studentenvoorzieningen een beeld wordt overgebracht van instellingen die zich bezig houden met het helpen (curatief) en opsporen (preventief) van kneusjes. Op deze manier worden de studentenvoorzieningen gewaardeerd en geaccepteerd als erg menselijke en ongevaarlijke instellingen. Met een bredere theoretische blik en daarbij aansluitend empirisch onderzoek zouden weleens inzichten boven tafel kunnen komen die de geestelijke gezondheidszorg aanmerkelijk explosiever maken". (D. Peters, 1972).

Op een paar punten na kunnen wij wel met Peters' commentaar instemmen. Hoe het de student vergaan zal hangt af van de interactie tussen de student en zijn omgeving. De hele figuratie van het studeren aan een universiteit

of hogeschool zou in het welzijnswerk en -onderzoek moeten worden opgenomen. Het derdejaars onderzoek was bedoeld om hiermee een begin te maken. Het zal juist ook op verzoek van het bestuur van de SGZ gecontinueerd en uitgebreid worden. Idealiter zou ook ons inziens de studentengezondheidszorg moeten uitgroeien (tesamen met alle andere welzijnsdiensten) tot een meebeslissende instantie, die de hele universiteit als systeem omvat, een wens die reeds vaker is uitgesproken (Furneaux, 1962; Snijder, 1969; Miller, 1970).

Het feit dat wij van de individueel-psychologische kant begonnen zijn heeft zijn praktische oorzaak en geschiedenis. Ook onderzoek doet men niet in een sociaal vacuum. De keuze van een bepaalde aanpak houdt geen ontkenning in van de mogelijkheid of de zinvolheid van een andere approach. Maar wij zijn het niet met Peters eens dat het er om gaat uit te zoeken wie van de studenten "at risk" zijn voor juist de specifieke constellatie van de betreffende universiteit of hogeschool. Hoogscorers zijn at risk voor tal van situaties, zoals intermenselijke contacten en gezondheid en niet alleen voor het functioneren aan een universiteit. Peters' visie is ons te eng. De "curatieve" diensten sluiten hun deur toch ook niet voor studenten wier problemen niet of nauwelijks voortkomen uit het feit dat zij aan een universiteit studeren?

Tenslotte moeten we hier nog wijzen op een veel gehoorde vergissing die ook Peters maakt wanneer hij Dörner citeert. Aanpassingsbereidheid en neuroticisme (emotionele labiliteit) liggen zeker niet in elkaars verlengde. Men kan niet zeggen dat het vooral de zeer labielen zijn die minder tot aanpassing bereid zijn (afgezien van het feit dat aanpassingsbereidheid een nogal onduidelijk woord is) of dat omgekeerd de meest stabiele stabiele studenten het meest tot aanpassing bereid zijn.

Zoals gezegd weten we eigenlijk nog vrijwel niets over de interactie tussen student en universiteit en hogeschool. Waarom daalt bijvoorbeeld de belangstelling voor de exacte vakken? De Amerikaanse chemica en sociologe Zinberg werd gegrepen door de vraag waarom zoveel Amerikaanse studenten in hun eerste jaar hun studie in

de exacte vakken opgaven en naar een andere faculteit gingen, terwijl ook op andere faculteiten de studenten wel van studierichting veranderden maar dan nooit een van de exacte vakken kozen. Om iets van een antwoord op deze vraag te weten te komen ging zij in Engeland op een universitair chemisch instituut werken. Wij weten niet in hoeverre haar verslag ook voor Delft opgaat, maar het kan de moeite waard zijn enkele van haar ervaringen mee te delen.

"It appears that many first-year students now come to college with attitudes, values and goals different from those held by their teachers. They share little of the faculty's commitment to science, its support of the curriculum, or its enthusiasm for research. The generation gap is not one of age alone, but also of outlook and experience." Zinberg wordt vooral getroffen door het gebrek aan enthousiasme, de apathie onder de studenten die geloven "that basic research has little to do with the problems of the real world, that the fruits of science include the nuclear bomb and air pollution and, if that weren't enough, that scientific innovations are responsible for the uncertainty of the future." (Zinberg, 1971).

Zinberg constateert een grote culturele kloof in waarden, opvattingen en houdingen tussen de staf, die gericht is op basic-research, op het opleiden van onderzoekers, die leeft in het elitaire gevoel van vol toewijding te werken aan de vooruitgang van de wetenschap en de goede naam van het instituut, en de studenten, die studeren als een recht zien, weinig voelen voor competitie, die "diepte-onderzoek" als een verenging beleven en als "breed" wat de staf als oppervlakkig ziet, wier interesse niet meer vanzelfsprekend is maar pas gewekt wordt wanneer de relevantie van iets gedemonstreerd wordt.

2. "De lieden die het dan een beetje zien, werken dan ook nog onwillekeurig mee aan de handhaving van de vicieuze cirkels der welzijnsnood, door de alcoholisten, de druggebruikers te benaderen als "zieke" individuen die individuele behandeling behoeven. Vandaar dat alle behandelende instituten dan ook onmiddellijk vollopen

de aanvragen niet aankunnen en ook niet aan zullen kunnen. Hiermee is niet gezegd dat individuele behandeling niet óók moet geschieden, maar het noodzakelijke maatschappelijke complement wordt niet voldoende gezien. Het is alsof men voortdurend halfverdronken kalveren uit de putten haalt, maar de putten niet dempt.

...De studentengezondheidszorg is daarentegen in Nederland wat beter op gang gekomen en de problemen worden daar wel gezien. Mede door de activiteiten van de studenten zelf wordt het opleidingssysteem doorgelicht, maar ook hier ontbreekt een raadgevende instantie van bredere opzet. Men wijkt gemakkelijk - vrijwel obligaats - uit naar psychiater of psycholoog, maar het is maar helemaal de vraag of dat de juiste raadslieden zijn." (Weyel, 1973).

3. Een heldere omschrijving van de labelingstheorie vindt men bij Scheff: "Misschien is de combinatie van een arts die vastbesloten is verschijnselen van een ziekte te vinden, als zij gevonden moet worden, en een suggestibele patient, die zoekt naar subjectieve symptomen te midden van de vele amorphe en gewoonlijk onopgemerkte lichamelijke gewaarwordingen, vaak voldoende reden om een ziekte op te diepen die de status van de patient van die van "gezonde" in die van "zieke" verandert, en die eveneens van invloed kan zijn op zijn status in gezin en beroep (Scheff, 1969). In technische zin gebruikt men hier het woord "secundaire deviantie" voor.

Ook Roman waarschuwt voor het labelingseffect dat van programma's voor secundaire preventie kan uitgaan. "Perhaps the strongest emphasis of secondary prevention is "early identification". Here the potential danger of the analogy between physical and mental disease becomes clear against the backdrop of labeling theory. In the case of physical disorders, early identification of symptoms followed by early intervention may well prevent the debilitating "flowering" of a disease. However, physical disease does not carry the negative societal stereotype that is associated with mental disorder. In the case of mental disorder, the assumption that persons "will get worse if not treated" is not substantiated. There is no clear assurance that early

symptoms will subsequently develop into full-blown "disease" conditions; psychiatry has provided institutional recognition of this fact by the inclusion of "situational stress" and transient personality disorders" among the official nosological categories listed by the American Psychiatric Association. Thus "early identification" may well be "early labeling" in which individuals are segregated out from "normal" society, placed in "treatment", and associated with labeled mental patients. According to labeling theory this places them in circumstances where the risk of self-concept change in the direction of accepting a deviant identity may indeed be high. When this possibility is coupled with the uncertain effectiveness of the intervention techniques employed, it appears that "secondary prevention" may well be creating additional occupants of the mentally ill role, rather than reducing such incidence." (Roman, 1971).

Ook Dohrenwerd is bevreesd voor labelingseffecten die vanuit screeningsprogramma's kunnen ontstaan. N.a.v. de 22-item screeningstest van Lagner merkt hij op: "One could agree that encouraging treatment for such persons could not only be intrusive ...but potentially harmful for lower class persons where psychiatric labels attract strong rejection and problems of secondary gain may be serious" (Dohrenwerd, 1971).

4. "En dan verschijnt de psycholoog ten tonele. Met zijn testbatterij heeft hij de wat avontuurlijke en rebelse types al weten te elimineren en voor hen, die met dit efficiënt georganiseerde leven nog steeds niet zo bijster gelukkig zijn, verschaft hij opluchting door hen zich te laten "uiten", door hen de voldoening te geven dat iemand naar hen luistert en tenslotte - en dat is wel het allerbelangrijkste - door hen duidelijk te maken dat een gebrek aan aanpassing een soort neurose is en zodoende helpt hij hen zich te ontdoen van de neigingen die een volledige aanpassing in de weg staan. De psycholoog, die toch de "juiste" woorden van Socrates tot en met die van Freud gebruikt, wordt de priester van de industriële maatschappij en helpt dit systeem zijn doel te bereiken door het individu te helpen een volkomen aangepaste organisatiemens te worden" (Fromm, 1970).

5. U. Preuss-Lausitz entwickelte in dit verband de volgende "Thesen" m.b.t. de studentengezondheidszorg: (Preuss-Lausitz, 1969).

"Eine Therapeutische Behandlung und Beratung für Studenten die nicht das breite Spektrum psychischer Belastungen ausserhalb Neurosen und Psychosen ignorieren will; die Studenten nicht zur blosse Anpassung an gegebenen Hochschul und damit Gesellschaftsverhältnisse verhelfen möchte; die ihre gesellschaftliche Funktion zu reflektieren versucht: eine solche Psychotherapie müsste folgendes beachten:

1. Der psychoanalytisch orientierte Therapeut müsste seine bisherigen methodischen Grundlagen überprüfen und eine Theorie entwickeln, die es ihm ermöglicht in Erweiterung seines seitherigen Ansatzes auch aktuelle institutionelle Bedingungen in Analyse und Therapie zu berücksichtigen.
2. Die traditionelle Definitionen gesunder und kranker Studenten lassen sich nicht länger aufrecht halten. Möglicherweise sind gerade diejenigen Studenten die eigentlich "Gesunden", die krank sind von und an ihrem Studium; dies geldt vor allem wenn das Studienziel durch Kritikfähigkeit, Selbstständigkeit und Kreativität definiert ist.
3. Eine Studentenpsychiatrie - zur Hochschulpsychiatrie erweitert - müsste den Begriff der Anpassung aufgeben oder darlegen, welche anthropologische und gesellschaftliche Orientierung sie bei dem Versuch der Realitätsvermittlung leitet ... In diesen Zusammenhang wäre zu fragen ob Realitätsvermittlung als psychoanalytischer Postulat nicht bedeuten können, die Einsicht in die gesellschaftlichen Ursachen persönlicher Konflikte zu vermitteln - liegen diese Ursachen in der frühkindlichen Erziehung und/oder in der objectiven aktuellen Situation etwa beim Studienanfang.
4. Das setze voraus das Hochschulpsychiatrie sich genau Kenntnisse verschaffte von der gesellschaftliche Funktion der Universität und ihrer jeweiligen Struktur. Sie sollte bei ihrer Therapie die konkreten Universitätsverhältnisse bei jedem einzelnen Studenten mit berücksichtigen.

6. Andere auteurs zijn in dit opzicht veel voorzichtiger. Zo zegt bijvoorbeeld Williams na de beschrijving van de validiteit aan de HOS: "Although it is clearly not intended for individual diagnoses, when used on a group basis the HOS can help identify portions of the population which may benefit most from preventively oriented intervention" (Williams, 1973).

Ook verschillende Engelse onderzoekers staan nogal sceptisch tegenover het gebruik van een neuroticisme test op individueel niveau. "Though group differences often statistically significant have been found which are of undoubted psychological interest, nevertheless overlaps of the distributions tend to be considerable and none of the tests has, as yet, passed into general use as an early warning prediction for the detection of the vulnerable student. Nor has this type of psychometric data succeeded in shedding much light on the presence or absence of work difficulty in those disturbed or pre-disposed to disturbance" (Lucas, 1970). Elders zegt dezelfde auteur: "In view of the complexity of the relationship between psychological disturbance and academic outcome, we do not believe that at present time it is practicable to use tests designed to reveal potential disturbances to select out vulnerable students. The need is rather for improved resources for the management of these disturbances within the academic situation" (Lucas, 1966).

Een soortgelijk commentaar kan men lezen bij Ojha na zijn studie over de relatie tussen studiesukses en neuroticisme: "The MPI scores may be useful for distinguishing between groups of students with and without psychological symptoms; but the score of any one student does not allow for any reliable prediction about his behaviour and performance at university". En even verder: "These results can hardly encourage Student Health physicians to use the test for the early identification of symptom-prone individuals, though group differences are of some theoretical interest" (Ojha, 1966). (Zie ook Kelvin, 1965)

7. In de allerlaatste alinea van zijn proefschrift waarschuwt Wilde ervoor dat neuroticisme geen onverdeeld ongunstig persoonlijkheidskenmerk hoeft te zijn: "Men zou ...de indruk kunnen krijgen dat in dit boek neurotische labiliteit louter beschouwd wordt als het persoonlijkheidskenmerk, dat de dispositie bepaalt te gaan behoren tot de uitgestotenen, de miserabelen, de vertrapten en vernederden. Het lijkt echter aannemelijk dat neurotische labiliteit ook andere vormen van "onaangepastheid" met zich meebrengt, w.o. onvrede met een bestaande maatschappijstructuur, gevoeligheid voor sociaal leed, verzet tegen traditionele normen en idealen, twijfel aan algemeen geaccepteerde opvattingen in de wetenschappen en het zoeken naar nieuwe wegen in kunsten en ambachten. Kortom, kenmerken van mensen, aan wie de wereld een groot deel van haar ontwikkeling te danken heeft" (Wilde, 1970). Deze uitspraak, die Wilde in zijn proefschrift verder ongemotiveerd laat, heeft hij later ondersteund door erop te wijzen dat mensen met een hoge N-score onder groepsdruk minder gemakkelijk van opinie veranderen.

In dit verband moet ook de vraag vermeld worden die Erikson opwerpt in zijn inleiding bij een boek over "Emotional problems of the Student" (Erikson, 1966). "At this point, a question must be faced which many a reader of this book will (and should) ask". Hij citeert dan iemand die zegt: "It makes one wonder whether all our clinics for maladjustment and unhappy children, where psychiatrists put things right, there will be any more geniuses? Does genius arise from the effort to overcome childhood frustration? Take that away and perhaps there will be no more Luthers".

Erikson antwoordt op deze vraag: "...as far as Luther and other great innovators are concerned, the question could be countered with another one, namely whether such a man's genius need to be whipped to ferocity by "parental pressures" and, in future history, need be as destructive as such genius has been in the past, and as likely to bring (to his own horror and surprise) the worst out of the people in whom it temporarily elevated the best. Genius as such can neither be explained or treated away; only,

at times, its delay and inhibition and its conversion to destructive and self-destructive ends."

In het algemeen moet de vraag zijn of er een noodzakelijke en positieve correlatie bestaat tussen (sociale, artistieke, religieuze) creativiteit en emotionele labiliteit.

8. Juist de predictieve validiteit van neuroticisme testen wordt vaak stiefmoederlijk behandeld. (Hofstee, 1963; Coppen, 1965; Wretmark, 1970; Sund, 1971).
9. De vraag of er eigenlijk wel iets specifiek is aan studentenproblemen wordt door Kidd negatief beantwoord. "The pattern of the characteristics of illness-prone students...suggests that for many, as Davy pointed out, "the scene is set long before the man or woman arrives at the university". This is important, because it seems that before entering a university the students have already a personal predisposition to psychiatric disorders. They presented with psychiatric disorders during their first year at the university, but the characteristics by which they are to be identified are the characteristics of illness-prone students anywhere. Perhaps student problems are the problems of illness-prone individuals who happen to be students rather than problems that confront individuals because they are students. If this is indeed so, it would seem appropriate that those who are concerned with student mental health should lay more emphasis on the personalities of the students than on the environmental factors in the university (Kidd, 1965).

Ook Bloch stelt de volgens hem controversiële vraag: "Y a-t-il une psychopathologie de l'étudiant?" Zijn ontkennend antwoord is wat minder uitgesproken dan dat van Kidd: "Si on ne peut pas dire qu'il existe une psychopathologie spécifique des étudiants, liée étroitement à la condition d'étudiant, il nous faut cependant reconnaître que la psychopathologie que nous rencontrons chez les étudiants prend des formes particulières de fait de la condition étudiante et de la structure de l'Université (Bloch, 1969)

Bij zijn terugblik op tien jaar psychiatrische dienst voor studenten te Oxford zegt Davidson: " On the basis of this study there is no evidence to suggest that there is any factor associated with the university as such which predisposes the student to psychiatric illness" (Davidson, 1964).

10. Onder Mental Health Consultation wordt, heel in het kort, verstaan de hulp die iemand, die veel ervaring heeft op het terrein van de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg, geeft aan professionele en/of niet-professionele hulpverleners die op dit terrein minder ervaring hebben. Mental Health Consultation is dus gericht op een helpen van de helpers. Zie hierover o.m.: Caplan, 1970; Van Ravenzwaay, 1972).
11. Nu in allerlei opzichten de grenzen tussen universiteit en samenleving aan het vervagen zijn komt ook de vraag op of er in de toekomst nog een behoefte aan een speciale studentengezondheidszorg zal zijn. Juist het bezit van allerlei eigen organisaties en faciliteiten (verenigingen, eetzaal, sportaccomodaties, etc.) wordt door veel studenten gezien als een onderdeel van een elitaire muur, die hen van de samenleving en met name van hun minder bevoorrechte leeftijdsgenoten scheidt.

De vraag of in de toekomst een eigen studentengezondheidszorg bewaard moet blijven valt buiten het bestek van dit boek. Vanuit onze ervaringen zouden we hierover de volgende opmerkingen willen maken.

- a. Terecht hebben de Delftse studentenartsen de curatieve somatische zorg afgestoten omdat er geen voor studenten specifieke somatische problematiek bestaat.
- b. Ook m.b.t. de geestelijke gezondheid bestaat er waarschijnlijk weinig wat specifiek is voor studerende. Het meest specifieke is waarschijnlijk de negatieve faalangst (ongenuanceerd te vertalen door examenvrees), waarvan naar men schat tenminste 10% van de studenten zo'n last heeft dat hun studie daar ernstig onder lijdt. Een psychologische dienst voor studenten of studerende heeft daarom zeker een heel eigen taak.

Deze mening wordt gedeeld door Mair, die over de studentengezondheidszorg in Engeland o.m. het volgende schrijft: "Many authorities feel that the mental problems of youth are a necessary, healthy part of acquiring maturity, and that those who are unable to deal with them unaided do not more than reveal their own lack of fibre. Those who work among students, however, have the experience that some of them are handicapped, some seriously, by psychological difficulties which make it hard, or even impossible, for them to profit from the educational, social and athletic opportunities that the university offers. Students carry out their work at an especially vulnerable time of life. They are older adolescents who meet largely age-determined problems in a situation of special demand and competition that coincides with the climax of adolescent changes in their physical, emotional and intellectual lives. The issues which appear to be associated with most of the psychological difficulties described by students are in the main common problems of adolescent growth and social adjustment. But these problems are not easy to solve just because everyone must meet them. Different people meet common problems in different ways. The issues remain simple or become complicated according to the personality and experience of the individual facing them. There seems to be little doubt that tension and maladjustment are more conspicuous in, and more disastrous for students than many others.

All student health physicians agree that fear of failing to pass examinations is one of the main causes of emotional disturbance in students. This is an occupational hazard particular to students; their occupation is unique in so far as it is probably the only one in which those who follow it are repeatedly subject to formal tests of their ability to continue work. Because of the nature of his work and not so much because of the nature of his disorder, the distressed student needs help when other young people can presumably get by without it. It is this particular occupational disability that makes the treatment of psychiatric disorders among students a matter of prime importance" (Mair, 1967).

- c. Veel mensen praten liever met een arts dan met een psycholoog, ook over psychische problemen. Daarnaast hebben artsen nog steeds een eigen inbreng in de geestelijke gezondheidszorg. Het zou dus zeker onverstandig zijn hen buiten een psychologische dienst voor studenten te houden.
- d. De facto zijn de universitaire gezondheidsdiensten een van de weinige bedrijfsgeneeskundige diensten waarin de aandacht voor de geestelijke gezondheid sterk ontwikkeld is. Door het opheffen van deze diensten zou een belangrijk potentieel voor de ontwikkeling van sociale en preventieve (bedrijfs)geneeskunde verloren gaan, juist op een moment dat de medische en sociale wetenschappen beginnen toe te komen aan het onderzoek over de welzijnsvragen, die verband houden met de interactie tussen het individu en zijn omgeving. Zou men m.a.w. de studenten-gezondheidszorg opheffen dan komt men nooit toe aan de studie van en de interventie in de specifieke studentensituatie.

12. Snijder constateerde in zijn onderzoek over de vraag waarom sommige studenten geen gebruik maken van universitaire counseling centra: "...stigma was reported to be of little concern in seeking counseling and subjects said their parents and friends would approve if they sought counseling when they needed help". (Snijder, 1972).
13. Een apart punt is wel de stijl waarin de vragenlijst gepresenteerd wordt. Nu weet men in feite niet wat men invult. Een andere vorm van presentatie zou bijvoorbeeld uit het volgende kunnen bestaan. Men laat de DV beantwoorden en de respondent zelf de score berekenen. Daarna wordt de respondent gezegd: "Uit onderzoek is gebleken dat zij die een score van 21 of hoger hebben vaak persoonlijke problemen hebben die het verloop van de studie of andere dingen in ongunstige zin kunnen beïnvloeden. Wij raden je daarom aan om als je 21 of hoger scoort eens contact met de studentenarts op te nemen om samen na te gaan of hij je op de een of andere manier van dienst kan zijn".

Deze benadering heeft een aantal duidelijke voordelen. Het initiatief ligt weer bij de student voor wie de

screeningsprocedure meteen overzichtelijk wordt. Er zijn ook twee nadelen aan verbonden. De kans is reëel dat men gaat prutsen aan zijn score, zeker in het gebied rond het snijpunt. Dat zou nog niet zo erg zijn wanneer men maar goed beseft hoe weinigzeggend kleine verschillen in score's zijn. Maar wat betekent het om rechtstreeks met een hoge score geconfronteerd te worden? Een getal suggereert voor iemand die niet precies weet wat het voorstelt vaak zoveel. Een goed gesprek zal meteen een aantal dingen relativeren.

14. Saenger - Ceha komt na haar onderzoek over drop-outs van de Groningse universiteit tot de conclusie: "In general it can be said that most of the answers are, at least partially, indicative of a lack of sophistication in the area of mental health. Students do not know whom to consult or how to go about it. They feel that they can solve their own problems, because they are ashamed to need help or are afraid of becoming dependent upon somebody else. They also feel that mental health specialists are there for problems worse than theirs". (Saenger - Ceha, 1970).

Een soortgelijke ervaring lag ten grondslag aan het op pagina 143 vermelde experiment te Philadelphia. (Mechanic, 1969).

15. Hierin zit een essentieel verschil met de militaire screening. Deze is er op uit zo min mogelijk false positives te krijgen (Danielson, 1954).
16. Achteraf bleek dat deze vraag niet goed geformuleerd was. Hij werd nl. ook positief beantwoord door studenten, die graag eens een gesprek met een arts/psycholoog hadden om eens te horen wat deze in hun dagelijks werk deden. Men kan de vraag daarom beter veranderen in: "Zou U een gesprek met ... op prijs stellen om over persoonlijke zaken te praten?"
17. Dat de uitslagen van screeningsonderzoek zeer vertrouwelijk zijn behoeft geen commentaar. In Delft wordt dit gewaarborgd doordat de SGZ de stamnummers van de respondenten m.b.v. een geheime sleutel herco-deert voordat de vragenlijsten verponst worden.

18. In dit verband is ook de mededeling aan Shepperd van belang dat slechts 1 op de 20 psychiatrische patienten die in een survey onderzoek ontdekt werden, contact hadden met een "mental health facility" (in Hare en Wing, 1970).
19. Vitosky spreekt in dit verband van een "benignly aggressive approach". Hij noemt als voorbeelden voor een actieve bemoeienis het zelf leggen van een contact met een vrouw die na haar eerste bevalling een postpartum psychose kreeg en nu weer zwanger is en met een student, die onder aanzienlijke studiedruk een belangrijke beslissing m.b.t. zijn toekomstige loopbaan moet nemen. (Vitosky, 1967).

In de somatische geneeskunde is deze vraag soms nog klemmender. Men denke bijvoorbeeld aan de slachtoffers van de polio epidemie in Staphorst van enkele jaren terug.

20. Al hoeft emotionele labiliteit niet altijd en per se opgevat te worden als een onverdeeld ongunstig persoonlijkheidskenmerk, men mag het van de andere kant niet romanticeren tot de noodzakelijke bron van artistieke of sociale creativiteit. Voor sommige mensen mag dan wel gelden dat een "unhappy childhood a writer's goldmine" is, maar het lijkt toch niet wijs om daaruit als psychohygiënische regel af te leiden dat men voortaan de kinderen meer moet gaan pesten. Alle validatie studies van klachtenlijsten tonen juist aan dat men naarmate men meer klachten heeft men vaker hulp inroept, het niet meer aankan. Ook correleren neuroticisme lijsten negatief met testen voor zelf-verwezenlijking in de zin van Maslow (Eysenck, 1969).

Maar omdat van de andere kant al deze correlaties ver beneden de 1.00 blijven moet men wel voorzichtig zijn met de interpretatie van een hoge N-score op individueel niveau. Want niet het hebben van veel klachten is op zichzelf belangrijk maar datgene wat men daarmee doet, datgene waartoe het leidt. Alle validatiestudies vertellen inderdaad dat dit meestal leidt tot sociaal en individueel ongewenste toestanden, zodat

in het algemeen emotionele labiliteit een negatief te waarderen iets is. Maar op individueel niveau moet men de mogelijkheid open houden dat het individu geen last heeft van deze klagende, moeilijke bestaanswijze, daar zelfs een creatief gebruik van kan maken.

21. Ook Furneaux maakt melding van een (niet gepubliceerd) geslaagd screeningsonderzoek. "A strong case can clearly be made out of the idea that psychological testing should be employed routinely on a wide scale, in order to identify in advance those whose intellectual and temperamental qualities seem to predispose them, either to obtain a poor result, or to break down under stress. Provisions could then be made for offering the right kind of help and guidance to every student. There seems to be little danger that this kind of action would be resented. On the contrary, it was very clear for all those who took part in the Nuffield investigation that the existence of facilities for making available a sympathetic and impartial assessment of strength and weakness, both in the intellectual and also temperamental spheres, would be welcomed" (Furneaux, 1962).
22. De correlatie tussen de echtgenoten in het huisartsenonderzoek bedroeg .29. Reeds een blik op namen en **scoren** maakte het duidelijk dat er hele families waren waarvan alle kinderen en aangetrouwden hoge N-score's hadden. Een clusteranalyse op deze data zou a.h.w. "neurotische nesten" aangewezen hebben.

APPENDIX I

Relatieve frequentie-
verdeling van de vra-
gen uit de itempool

N = 1300 (1969)

	gunstig	?	ongunstig
1. Voelt U zich lichamelijk goed gezond?	95%	3,5%	2,5%
2. Heeft U vaak last van oorsui- zingen of oorgeruis?	97%	1%	2%
3. Heeft U vaak last van hoofd- pijn?	92%	2%	6%
4. Vindt U dat U een zenuwachtig of innerlijk gespannen iemand bent?	80%	9%	11%
5. Heeft U elke dag ontlasting?	85%	4%	11%
6. Heeft U geregeld last van kou- de handen of voeten?	92%	3%	5%
7. Heeft U ooit last van zenuw- achtigheid (geprikkeldheid, gejaagdheid, gespannenheid)?	52%	9%	39%
8. Als U probeert U te concen- treren en Uw aandacht bij één ding te houden, dwalen Uw ge- dachten dan dikwijls af?	64%	13%	23%
9. Trillen Uw handen weleens zo erg dat U er zich zorgen over maakt?	97%	1%	2%
10. Bent U iemand die veel piekert of tobt?	73%	15%	12%
11. Wordt U gauw moe?	86%	7%	7%
12. Heeft U veel zelfvertrouwen?	31%	47%	22%
13. Bent U ooit flauw gevallen (het bewustzijn verloren?)	82%	2%	16%
14. Verliest U vaak gewicht wan- neer er iets belangrijks is waarover U zich zorgen maakt?	90%	7%	3%
15. Is het zo dat U nu eens over- loopt van energie en werklust en dan weer heel traag bent en zonder fut?	68%	11%	21%

	gunstig	?	ongunstig
16. Voelt U zich meestal gezond genoeg om de dingen te doen die U graag wilt doen?	95%	1%	4%
17. Voelt U Uzelf nogal eens plotseling over Uw hele lichaam warm worden?	85%	6%	9%
18. Heeft U dikwijls maagklachten?	96%	1%	3%
19. Hebt U weinig of geen last van nerveuze spiertrekkingen?	-	-	-
20. Gebeurt het vaak dat U te laat tot een besluit komt?	78%	10%	12%
21. Wordt U van wachten zenuwachtig?	74%	12%	14%
22. Bloost U even vaak als andere mensen?	59%	24%	17%
23. Staat U 's morgens meestal fris en uitgerust op?	64%	14%	22%
24. Als U iets moeilijks meemaakt zweet U dan vaak zo erg dat het U hindert?	76%	7%	17%
25. Neemt U teleurstellingen meestal zo zwaar op dat U ze maar niet van U af kunt zetten?	82%	11%	7%
26. Heeft U vaak last van misselijkheid of braken?	97%	1%	2%
27. Is Uw eetlust achteruit gegaan?	96%	1%	3%
28. Voelt U zich wel eens op instorten staan?	94%	3%	3%
29. Bent U weleens duizelig?	77%	3%	20%
30. Is Uw neus geregeld verstopt?	82%	3%	15%
31. Heeft U weleens last van nachmerries?	94%	2%	4%
32. Voelt U zich vaak lusteloos en moe zonder dat U weet waarom?	82%	8%	10%
33. Bent U vaak gespannen onder Uw werk?	73%	14%	13%
34. Is Uw gezondheid even goed als die van de meeste van Uw vrienden?	89%	7%	4%
35. Heeft U ooit het gevoel gehad een zenuwinzinking nabij te zijn?	94%	2%	4%
36. Bent U in het algemeen goed gehumeurd?	82%	13%	4%

	gunstig	?	ongunstig
37. Gelooft U dat Uw geheugen wel goed is?	86%	8%	6%
38. Bent U gewoonlijk vrij gelijkmatig van stemming?	77%	10%	13%
39. Bent U gevoeliger dan de meeste mensen?	56%	25%	19%
40. Bent U vaak door zorgen uit de slaap gehouden?	85%	7%	8%
41. Heeft U stellig gebrek aan zelfvertrouwen?	78%	15%	7%
42. Zijn Uw handen vaak klam en vochtig?	78%	5%	17%
43. Vindt U het moeilijk met Uw aandacht bij Uw taak of werk te blijven?	69%	11%	20%
44. Raakt U gauw in verwarring?	84%	10%	6%
45. Bent U weleens zo rusteloos dat U niet lang stil kunt blijven zitten?	52%	8%	40%
46. Voelt U zich meestal slap?	95%	3%	2%
47. Trekt U zich sommige dingen heel erg aan?	51%	16%	33%
48. Huilt U gemakkelijk ?	84%	9%	7%
49. Zweet U gauw, zelfs als het fris is?	77%	5%	18%
50. Slaapt U rustig en ongestoord?	88%	5%	7%
51. Hebt U dagen, weken of maanden gehad dat U allerlei dingen verwaarloosde omdat U niet op gang kon komen?	75%	6%	19%
52. Voelt U zich dikwijls totaal verzwakt of slap?	96%	2%	4%
53. Is Uw spraak veranderd bij vroeger, (vlugger, trager, slepender of hees geworden)?	74%	15%	11%
54. Bent U bijna altijd voor iets of iemand bang?	91%	5%	4%
55. Valt het U soms moeilijk om in te slapen of in slaap te blijven?	68%	5%	27%

	gunstig	?	ongunstig
56. Hebt U weleens het gevoel dat U niet Uw oude vertrouwde zelf bent?	82%	7%	11%
57. Hebt U duidelijk minder angsten dan Uw vrienden?	55%	40%	5%
58. Bent U soms zo opgewonden dat U moeilijk in slaap kunt komen?	62%	7%	31%
59. Bent U ongeveer net zo zenuwachtig als andere mensen?	59%	29%	12%
60. Hebt U persoonlijke moeilijkheden die U lichamelijk ziek maken?	96%	2%	2%
61. Komt het in een gesprek vaak voor dat U er met Uw gedachten eigenlijk niet bij bent?	69%	13%	18%
62. Bent U meestal gelukkig?	78%	17%	5%
63. Heeft U soms een waas voor Uw ogen?	83%	5%	12%
64. Piekert U vaak over Uw verleden?	88%	5%	7%
65. Voelt U dat U last hebt van allerlei soorten pijn of ongemak in verschillende delen van Uw lichaam?	94%	2%	4%
66. Gaat Uw stemming dikwijls op en neer?	75%	10%	15%
67. Bent U soms kortademig zonder dat U zwaar werk gedaan hebt?	93%	2%	5%
68. Voelt U zich vaak eenzaam?	82%	10%	8%
69. Voelt U zich vaak zwaarmoedig?	86%	8%	6%
70. Voelt U zich vaak schuldig over iets?	85%	9%	6%
71. Hebt U op het moment bepaalde klachten over Uw gezondheid?	91%	2%	7%
72. Voelt U zich wat afgezonderd zelfs als U onder vrienden bent?	83%	7%	10%
73. Heeft U hartkloppingen?	94%	3%	3%
74. Voelt U zich op sommige dagen uitermate vrolijk zonder enige speciale reden?	59%	12%	29%
75. Houdt U ervan om U aan gemijmer over te geven (dagdromen) ?	52%	17%	31%

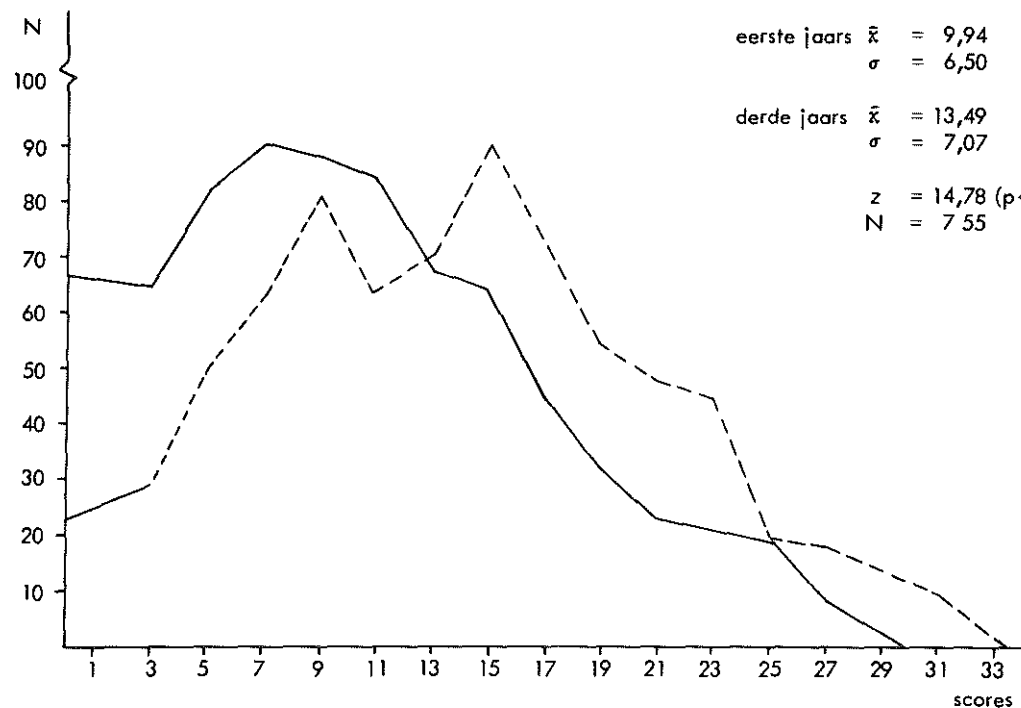
	gunstig	?	ongunstig
76. Bent U vaak humeurig?	79%	13%	8%
77. Hebt U ooit last gehad van een zinloze gedachte die steeds maar weer bij U opkwam?	76%	11%	13%
78. Denkt U soms dat U nergens voor deugt?	87%	6%	7%
79. Vat U dikwijls kou?	80%	5%	15%
80. Hebt U vaak het gevoel gehad dat U zoveel moeilijkheden had dat U ze niet kon overwinnen?	90%	6%	4%
81. Heeft U soms zonder reden over iets zitten tobben dat er werkelijk niet toe deed?	80%	8%	12%
82. Heeft U zich de laatste jaren meestal goed gezond gevoeld?	91%	3%	6%
83. Bent U vaak ontevreden en mopperig?	85%	8%	7%
84. Bloost U bijna nooit?	-	-	-
85. Fantaseert U vaak over dingen die nooit werkelijkheid kunnen worden?	57%	16%	27%
86. Heeft U nu en dan lach- en huilbuien die U niet kunt beheersen?	93%	2%	5%
87. Bent U een of meerdere keren per week zeer opgewonden?	86%	9%	5%
88. Is Uw dagelijks leven gevuld met dingen die U boeien?	70%	18%	12%
89. Voelt U zich weleens "dood- ongelukkig" terwijl U niet weet waarom?	81%	6%	13%
90. Voelt U zich nu eens opgewekt en dan weer gedrukt zonder dat U weet waarom?	80%	7%	13%
91. Hebt U het beslist hard te verduren in Uw leven?	87%	10%	3%
92. Heeft U bijna altijd honger?	85%	4%	11%
93. Tobt U over geld en zaken?	86%	7%	7%
94. Bent U vaak bang dat U gaat blozen?	79%	8%	13%
95. Maakt U zich bezorgd over mogelijke tegenslag?	71%	11%	18%

	gunstig	?	ongunstig
96. Bent U nogal gauw in Uw gevoelens gekwetst?	69%	15%	16%
97. Heeft U dikwijls last van diarree?	95%	2,5%	2,5%
98. Zijn er tijden dat U liefst maar alleen zou willen zijn en dat U niemand om U heen kunt verdragen?	58%	11%	31%
99. Let U meer op Uzelf dan de meeste mensen?	56%	32%	12%
100. Vindt U het moeilijk om 's morgens op te staan?	50%	11%	39%
101. Drinkt U soms meer dan eigenlijk goed voor U is?	78%	7%	15%
102. Hebt U ooit last van "koud" zweet?	82%	8%	10%
103. Bent U prikkelbaar?	69%	19%	12%
104. Zit U vaak over iets te piekeren?	71%	10%	19%
105. Merkt U vaak dat Uw hand beeft als U iets wilt doen?	91%	3%	6%
106. Houdt U er niet van een moeilijkheid onder ogen te zien of een belangrijke beslissing te nemen?	-	-	-
107. Wordt U zo vaak uit de slaap gehouden doordat er zoveel gedachten door Uw hoofd gaan?	74%	9%	17%
108. Wenst U weleens dat U even gelukkig kon zijn als anderen schijnen te zijn?	60%	16%	24%
109. Voelt U zich vaak zenuwachtig of gespannen in aanwezigheid van meerderen of hoger geplaatsten?	67%	13%	20%
110. Droomt U vaak over dingen die U niet graag aan anderen zou willen vertellen?	79%	10%	11%
111. Heeft U een goede eetlust?	91%	4%	5%
112. Hebt U soms erg verlangd thuis weg te gaan?	69%	11%	20%

	gunstig	?	ongunstig
113. Bent U bang geweest voor mensen of dingen waarvan U wist dat zij U niets konden doen?	90%	5%	5%
114. Voelt U zich, zelfs als U bij anderen bent, meestal eenzaam?	88%	7%	5%
115. Is Uw werkkraft verminderd door een of andere oorzaak?			
116. Bent U gewoonlijk kalm en raakt U niet gemakkelijk van streek?	70%	14%	16%
117. Voelt U het leven weleens als een zware last?	77%	9%	14%
118. Hebt U het gevoel dat niemand U schijnt te begrijpen?	85%	9%	6%
119. Bonst Uw hart bijna nooit en raakt U niet gemakkelijk van streek?	-	-	-
120. Komt niets ooit zo uit zoals U het zou willen?	-	-	-
121. Komt soms weleens de vraag bij U op of er nog wel iets is dat de moeite waard is?	75%	7%	18%
122. Voelt U zich weleens beslist nutteloos?	80%	8%	12%
123. Heeft het U ooit moeite gekost om het evenwicht te bewaren bij het lopen?	91%	2%	7%
124. Hebt U verschillende keren per week last van zuurbranden in de maag?	97%	1%	2%

De vragen waarbij geen antwoord percentages zijn opgegeven bleken slecht geformuleerd.

Frequentieverdelingen van de scores op de DV



appendix 2

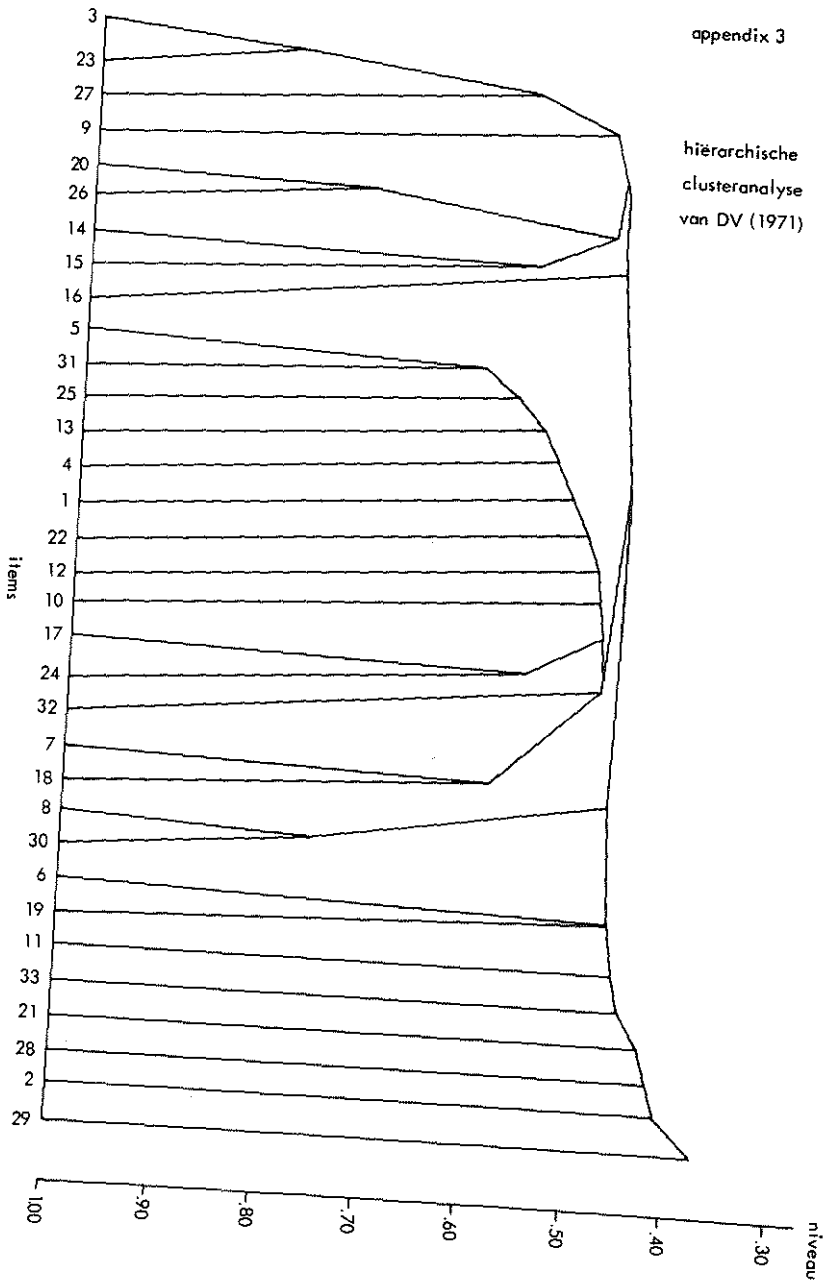
— eerste jaars 1969

- - - - - derde jaars 1972

eerste jaars $\bar{x} = 9,94$
 $\sigma = 6,50$

derde jaars $\bar{x} = 13,49$
 $\sigma = 7,07$

$z = 14,78$ ($p < 001$)
 $N = 755$



APPENDIX IV

Cumulatief relatieve frequentieverdeling van de DV

score	1969	1971	samen
-----	-----	-----	-----
0	.04	.05	.05
1	.09	.13	.11
2	.13	.17	.15
3	.17	.22	.20
4	.24	.28	.26
5	.28	.34	.31
6	.36	.39	.38
7	.40	.44	.42
8	.46	.50	.48
9	.52	.54	.53
10	.58	.62	.60
11	.63	.67	.65
12	.68	.71	.69
13	.72	.74	.73
14	.76	.79	.78
15	.80	.82	.81
16	.84	.84	.84
17	.86	.87	.86
18	.89	.89	.89
19	.90	.90	.90
20	.92	.92	.92

vervolg Appendix IV

score	1969	1971	samen
-----	-----	-----	-----
21	.93	.94	.93
22	.94	.95	.95
23	.96	.96	.96
24	.98	.97	.97
25	.99	.98	.98
26	.99	.98	.99
27	.99	.99	.99
28	.99	.99	.99
29	1.00	.99	.99
30	1.00	.99	.99
31	1.00	.99	.99
32	1.00	1.00	1.00
33	1.00	1.00	1.00

De derde kolom moet als normtabel voor studenten worden aangehouden. Deze berust op de samenvoeging van de gegevens van de eerstejaars uit 1969, die de vragenlijst 2½ jaar later opnieuw hadden ingevuld, en van de eerstejaars uit 1971. Het gemiddelde is 9.68; de Standaard Deviatie is 6.66 (N=1662).

APPENDIX V

beoordelingsschema van de studentenartsen

collegekaart nummer:

datum :

De student heeft nogal veel klachten	1 2 3 4 5 6 7	De student heeft heel weinig klachten
De klachten hebben vooral psychische achtergrond	1 2 3 4 5 6 7	De klachten hebben vooral lichamelijke achtergrond
De student is zeer angstig	1 2 3 4 5 6 7	De student is helemaal niet angstig
zeer depressief	1 2 3 4 5 6 7	helemaal niet depressief
geestelijk labiel	1 2 3 4 5 6 7	geestelijk stabiel
neurotisch	1 2 3 4 5 6 7	helemaal niet neurotisch
psychotisch	1 2 3 4 5 6 7	helemaal niet psychotisch
geestelijk ongezond	1 2 3 4 5 6 7	geestelijk gezond
De student kan zijn werk niet goed doen	1 2 3 4 5 6 7	De student kan zijn werk goed doen

APPENDIX VI

Uitnodigingsbrief van de studentenartsen

Geachte Heer / Mevrouw

De vragenlijst die U van de Studenten Gezondheidszorg kreeg, hebben wij ontvangen.

Ik zou het op prijs stellen om naar aanleiding van de beantwoording nog mondeling contact met U te hebben. Zoudt U, als het U schikt, op bij mij willen komen.

Mocht dit niet het geval zijn, belt U ons dan tijdig op om eventueel een andere afspraak te maken.

Tel.: 015 - 135358/123330

met vriendelijke groeten,

studentenarts.

LITERATUUR

- Adamson, W.C. A school mental health program: development and design. *Comm. Ment. Health Journ.* 4, 1968, 454 - 460.
- Armistead, L.W. and Crawford, E.E. An easy developmental screening test for public health use. *Amer. J. Publ. Health* 64, 1974, 241 - 244.
- Arntzenius, A.C. en de Haas, J.H. Preventie van coronaire hartziekten: geen strijdvraag. *Medisch Contact* 29, 1974, 657 - 661.
- Arthur, R.J. *Sociale Psychiatrie*. Utrecht (Aula) 1973.
- Barendregt, J.F. Psychosomatiek: en de kritiek op het medisch model. In F. Olthuis (ed): *Psychosomatiek: het Groenboek*. Boom (Meppel) 1973.
- Bastiaans, J. Psychoanalytic investigations of the psychic aspects of acute myocardial infarction. *Psychoth. Psychosom.* 16, 1968, 202 - 209.
- Beck, A.T. Reliability of psychiatric diagnoses: a critique of systematic studies. *Am. Int. Psychiatry* 119, 1962, 210 - 216.
- Becker, J. *Depression: Theory and Research*. Washington (John Wiley) 1974.
- Bendig, A.W. Extraversion, neuroticism and student achievement in introductory psychology. *J. of educ. Research* 53, 1969, 263 - 267.
- Berlin, I. Secondary Prevention. In Freedman, A.M. and Kaplan, H.I. (eds): *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore (Williams and Wilkins) 1967.
- Bernreuter, R.G. *Manual for the Personality Inventory*. Counseling Psychologists Press, California z.j.
- Bloch, C. Y a-t-il une psychopathologie de l'étudiant? In Ziolkow, H. (ed): *Psychische Störungen bei Studenten*.

- Blom, J. Stuttgart 1969.
De student-adviseur. Hulpverlening op decentraal niveau aan psychologie studenten bij de subfaculteit der psychologie te Utrecht. Universiteit en Hogeschool. 6, 1974, 257 - 276.
- Boon van Ostade, A.H. De iteratieve Clusteranalyse. Nijmegen, 1969.
- Boor, M. Relationship of personality conflict and level of drive (manifest anxiety). J. Soc. Psychol. 89, 1973, 305 - 306.
- Bouchal, R. und Jaros, M. Longitudinal-Forschung des Neurotizismus bei Medizinstudenten. In: Ziolkow, H. (ed): Psychische Störungen bei Studenten. Stuttgart (Thieme) 1969.
- Broecke - Broeshart, K. van de Verslag enquête onder studenten aan de universiteit van Amsterdam. Stencil.
- Brown, T. and Sheran, T.H. Suicide Prevention: a review. Life threatening behavior 2, 1972, 67 - 98.
- Burdock, E.I. and Hardesty, A.S. Structured Clinical Interview Manual. Springer Publishing Co. New York 1969.
- Burema, L.; Sturmans, F. en Valkenburg, H.A. Is screening en interventie ten aanzien van hart- en vaatziekten op grote schaal (nu al) verantwoord? Medisch Contact 29, 1974, 429 - 433.
- Bijnen, E.J. Cluster Analyse, 1969.
- Caplan, G. Practical steps for the family physician in the prevention of emotional disorder. J.A.M.A. 170, 1959, 1497 - 1506.
- Caplan, G. Principles of preventive Psychiatry. New York (Basic Books) 1964³.
- Caplan, G. The theory and practice of mental health consultation. New York (Basic Books) 1970

- Caroll, J. The nature of the data, or how to choose a correlation coefficient. *Psychometrika* 26, 1961, 347 - 371.
- Carstairs, G.M. Preventive Psychiatry - is there such a thing? *J. Ment. Sci.* 104, 1955, 63 - 71.
- Cattell, R.B. How good is the modern questionnaire? General principles for evaluation. *J. Pers. Ass.* 38, 1974, 115 - 129.
- Clark, E.M. A non-automated multiphasic health testing program in a student health service. *Amer. J. Publ. Health.* 63, 1973, 610 - 618.
- Cockett, R. A short diagnostic self rating scale in the pre-adult demand setting. *Brit. J. Psychiatry* 115, 1969, 1141 - 1150.
- Cook, P.E.; Lomey, M.A. and Pine, L. The community adaptation Schedule and the adjective Checklist. *Community mental health Journal* 9, 1973, 11- 17.
- Cooper, J.E. The use of a procedure for standardizing psychiatric diagnosis. In: Hare, E. and Wing, J. (eds): *Psychiatric epidemiology*. London (Oxford University Press) 1970.
- Coppen, A. and Metcalfe, M. Effects of a depressive illness on MPI scores. *Brit. J. Psychiatry.* 11, 1965, 236 - 239.
- Cronbach, L.J. Essentials of psychological testing. New York (Harper and Row) 1966³.
- Crown, S.; Lucas, C.J. and Supramanian, S. The delineation and measurement of study difficulty in University Students. *Brit. J. Psychiatry* 122, 1973, 381 - 393.
- Dale, R.R. From school to University. London (Routledge and Kegan Paul) 1954.
- Danielson, J.R. and Clark, J.H. A personality inventory for induction screening. *Journ. Clin. Psychol.* 10, 1954, 137 - 143.

- Davidson, M; Lee, D.; The detection of psychological vul-
Parnell, R. and Spencer, nerability in students. Journ.
S. Ment. Sci. 101, 1955, 810 - 825.
- Davidson, M.A. and A study of 500 Oxford Student
Hutt, C. Psychiatric Patients. Brit.
Journ. soc. clin. Psychol. 3,
1964, 175 - 185.
- Davy, B.W. The sources and prevention of
mental ill-health in university
students. Proc. of the royal
society of medicine 53, 1960,
764 - 769.
- Derogatis, L.R.; The Hopkins symptom checklist
Lipman, R.S.; Rickels, (HSCL): a self-report symptom
K.; Uhlenhuth, E.H. and inventory. Behavioral Science
Cooi, L. 19, 1974, 1 - 15.
- Dirken, J.M. Arbeid en Stress, Groningen
(Wolters-Noordhoff) 1969.
- Dohrenwend, B.; Chin- Measures of psychiatric disorder
Shong, E.; Egri, G; in contrasting class and ethnic
Mendelsohn, F.S. and groups. In: Hare, E. and Wing,
Stoker, J. J. (eds): Psychiatric Epidemio-
logy. London (Oxford Univerisy
Press) 1970.
- Dohrenwend, B.P.; Psychiatric disorders in general
Egri, G. and populations: a study of the
Mendelsohn, F. problem of clinical judgement.
Amer. J. Psychiatry 127, 1971.
1304 - 1312.
- Dohrenwend, B.P. Key problems in the conceptual-
ization and measurement of
psychiatric disorder in the
general population. Paper pre-
pared for a conference on
psychosocial stress measures.
Montreal 1971.
- Donaldson, R.J.; A community mental health
Kerry, R.J. and screening procedure. Acta Psy-
Ormee, J. chiatrica Scandinavia 45, 1969,
198 - 204.
- Drenth, P.J.D. De psychologische test.
Arnhem (van Loghum Slaterus)
1968².

- Dreyfuss, F.; Dasberg, H. and Assael, M.I. The relationship of myocardial infarction of depressive illness. *Psychoth. Psychosom.* 17, 1969, 73 - 81.
- Eisenberg, L. and Gruenberg, E.M. The current status of secondary prevention in child psychiatry. *Amer. J. Orthopsychiatry* 31, 1961, 355 - 367.
- Endicott, J. and Spitzer, R.L. What! Another rating scale? The psychiatric evaluation form. *J. Nerv. and Ment. Diseases.* 154, 1972, 88 - 104.
- Engelen, L.A.M. van Vragenlijsten in een gecontroleerde selectie situatie. *Ned. Tijdschrift Psychologie.* 24, 1969, 137 - 155.
- Entwistle, N.J. Personality and academic attainment. *Br. J. educ. Psychol.* 1972, 137 - 151.
- Erikson, E.H. Introduction. In: Blain, G. and McArthur, Ch. (eds): *Emotional problems of the student.* New York (anchor) 1966.
- Eysenck, H.J. Student selection by means of psychological tests - a critical survey. *Br. J. Educ. Psychol.* 17, 1947, 20 - 39.
- Eysenck, H.J. Manual of the Maudsley Personality Inventory. University of London Press 1969⁵.
- Eysenck, H.J. Manual of the Eysenck Personality Inventory. University of London Press 1964.
- Eysenck, H.J. and Eysenck, S.B. Personality Structure and measurement. London (Routledge and Kegan Paul) 1969.
- Falk, R.B. Innovations in college mental health. *Mental Hygiene* 55, 1971, 451 - 455.
- Ferrer, H.P. Screening for Health. London (Butterworths) 1968.
- Fischer, W. and Hayes, S.P. Maladjustment in college, predicted by Bernreuter inventory scores and family position.

- Journ. Appl. Psychol. 25, 1941, 86 - 96.
- Fromm, E. What is mental health? In: Funkenstein, D. (ed): The student and mental health Cambridge (USA) 1959.
- Fromm, E. Marx, Freud en de Vrijheid. Utrecht (Bijleveld) 1970.
- Furneaux, W.D. The psychologist and the university Univ.Quart. 17, 1962, 33 - 47.
- Fruchter, B. Introduction to factoranalysis. Toronto (van Nostrand) 1968⁸.
- Giel, R. en Le Nobel, C.P.J. Psychische stoornissen in een Nederlands dorp. Ned. Tijdschrift Geneesk. 115, 1971, 949 - 954.
- Goldberg, D.P.; Cooper, B.; Eastwood, M.R.; Kedward, H.B. and Shepperd, M. A standardized psychiatric interview for use in community surveys Brit. Journ. Prev. Soc. Med. 24, 1970, 18 - 23.
- Goldberg, D.P. The reliability of a standardized psychiatric interview suitable for use in community surveys. In: Hare, E. and Wing, J. (eds): Psychiatric Epidemiology. London (Oxford University Press) 1970.
- Goldberg, D.P. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London (Oxford University Press) 1972.
- Goldfarb, A.; Moses, L. and Downing, J. Reliability of psychiatric ratings in community case finding. Amer. J. Publ. Health 57, 1967, 94 - 106
- Gordon, R.E.; Bielen, L. and Watts, A. Psychiatric screening with automated multiphasic Health Testing in the VA Admission Procedure. Amer. J. Psychiatry 130, 1973, 46 - 48.
- Gottesfeld, H. and Martinez, H. The first psychiatric interview: patients who do and do not come. Psychological Reports 31, 1972, 776 - 778
- Greene, W.A.; Goldstein, S. and Moss, A.J. Psychosocial Aspects of sudden death. Arch. Intern. Med. 129, 1972, 725 - 731.
- (Groot, A. de) e.a. Mislukking en vertraging van de studie. Verslag van een onderzoek

- Groot, A.D. de verricht aan de Technische Hogeschool te Delft. 1953 - 1957 z.j. Methodologie. Den Haag (Mouthon) 1961.
- Gruenberg, E.H. The prevention of mental disease Ann.Amer.Acad.Pol.Soc.Sci. 286, 1960, 158 - 166.
- Guilford, J.P. Fundamental statistics in psychology and education. New York (McGraw Hill) 1965⁴.
- Gump, L.R. The application of primary preventive mental health principles to the college community. Community Mental Health J. 9, 1973 133 - 142.
- Hare, E.H. and Wing, J.K. (eds) Psychiatric Epidemiology, London (Oxford University Press) 1970.
- Henderson, A.S.; Montgomery, I.M. and Williams, C.L. Psychological immunisation. A proposal for preventive psychiatry. Lancet, May, 1972, 1111 - 1113.
- Hermans, H. Motivatie en Prestatie. Amsterdam (Swets en Zeitlinger) 1967.
- Hetzel, R.; Michael, A.J. and Kidson, M.A. The psychological health of university students as measured by a personality inventory. Australian and New Zealand J. of Psychiatry. 7, 1973, 97 - 101.
- Hofstee, W.B.K. Enkele notities over G.J.S. Wilde's "neurotische labiliteit gemeten volgens de vragenlijst methode". Ned. Tijdschr. Psychol. 19, 1963, 481 - 499.
- Janis, I.L.; Mahl, G.F.; Kagan, J. and Holt, R. Personality. New York (Harcourt) 1969.
- Jenkins, D.; Rosenman, R.H. and Zyzanski, J. Prediction of clinical coronary heart disease by a test for the coronary prone behavior pattern. New Engl. J. of Med. 290, 1974, 1271 - 1275.
- Jensen, R.A. The physicians role in preventive mental health services. Amer. J.

- Johnson, J. Psychiatry. 111, 1954, 857 - 861.
Hierarchical clustering schemes.
- Jonge, H. de Psychometrika 32, 1967, 241 - 254.
Inleiding tot de medische statistiek. Groningen (Wolters-Noordhof) 1963.
- Kelvin, R.P.; Lucas, C.J. and Ojha, A.B. The relation between Personality, Mental Health and academic performance in University students. Brit. J.soc.clin.Psychol. 4, 1965, 244 - 253.
- Kendell, R.E.; Cooper, J.E.; Gourlay, A.J. and Copeland, J.R.M. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. Arch. Gen. Psychiatr. 25, 1971, 123 - 130.
- Kidd, C.B. Psychiatric morbidity among students. Brit. J. Prev. Soc. Med. 19, 1965, 143 - 150.
- Kirk, S.A. The impact of labeling on rejection of the mentally ill: an experimental study. J. Health and Human Behavior, 15, 1974, 108 - 117.
- Krech, D.; Crutchfield, R.S. and Livson, N. Elements of psychology. New York (Alfred Knopf) 1969².
Lagner, Th.S. A twenty-two item screening score of psychiatric symptoms indicating impairment. J. Health and Human Behavior. 3, 1962, 269 - 276.
- Lavin, D.E. The prediction of academic performance. New York (Russell Sage Foundation) 1968³.
- Lemkau, P.V. Prevention in Psychiatry. Amer. J. Publ. Health 55, 1965, 554 - 560.
- Léon, C.A. and Climent, C.E. Assessment of instruments for studying the prevalence of mental disorder. Social Psychiatry 5, 1970, 212 - 215.
- Lewis, W.W. Continuity and Intervention in emotional disturbance: a review. Exceptional children 31, 1965, 465 - 475.
- Loper, R.G.; Robertson, J.M. and College freshmen MMPI norms over a fourteen-year period. J. of

- Swanson, E.O. College Student Personnel, Nov. 1968, 404 - 407.
- Lucas, C.J.; Kelvin, R.P. and Ojha, A.B. Mental health and student wastage. Brit. J. Psych. 112, 1966, 277 - 284.
- Lucas, C.J. and Linken, A. Student mental health; a survey of developments in the United Kingdom. Paper prepared for the fifth national conference on Health in the college community to be held at Boston, U.S.A., 1970.
- Lucas, C.J. and Stringer, P. Interaction in university selection mental health and academic performance. Brit. J. Psychiatry 120, 1972, 189 - 195.
- MacMahon, B. Mental Illness. In: Clark, D.W. and MacMahon, B. (eds): Preventive Medicine. London (Churchhill) 1967².
- Mair, A. Student Health Services in Great Britain and Northern Ireland. Oxford (Pergamon Press) 1967.
- Manis, J.G.; Brawer, M.J.; Hunt, Ch.L. and Kercher, C. Validating a mental health scale. Amer. Soc. Rev. 28, 1963, 108 - 116.
- McNemar, Q. Psychological Statistics. New York (John Wiley) 1969⁴.
- Mechanic, Ph.; Rappaport, B.S.; Scaramella, Th.J.; Vatz, K.A. and Winig, H.R. New Concepts in university community mental health services. JAMA 208, 1969, 2453 - 2456.
- Miles, D.W.; Wilkins, W.L.; Lester, D.W. and Hutchens, W.H. The efficiency of a high-speed screening procedure in detecting the neuropsychiatrically unfit at U.S. marine corps recruit. J. of Psychology 21, 1946, 243 - 268.
- Moses, L.E.; Goldfarb, A.; Glock, Ch.Y.; Stark, R. and Eaton, M. A validity study using the Leighton instrument. Amer. J. Publ. Health 61, 1971, 1785 - 1793.
- Moser, C.A. Survey Methods in social investigation. London (Heinemann) 1961³.
- Musaph, H. Doden met verlof. Baarn (Bosch en Keunig) 1972.

- Ojha, A.B.; Kelvin, R.P. and Lucas, C.J. The use of the maudsley personality inventory on university students. Brit. J. Psychiatr. 112, 1966, 543 - 548.
- Peters, D. (On)gevaarlijk onderzoek. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 9, 1972, 410 - 411.
- Peters, H.F. Lou Salomé. Rotterdam (Lemniscaat) 1968.
- Phillips, D. and Clancy, K.J. Response bias in field studies of mental illness. Amer. Soc. Review 35, 1970, 503 - 515.
- Pichot, P. Identification of psychological stress responses. In: Levi, L. (ed) Society, stress and disease. London (Oxford University Press) 1971.
- Popoff, L.M. A simple method for diagnosis of depression by the family physician. Clinical Medicine. March, 1969, 24 - 29.
- Preuss-Lausitz, U. Soziologische Aspekte psychischer Belastungen bei Studienanfängern und Folgerungen für eine psychoanalytisch orientierte Hochschul Psychiatrie. In: Ziolke, H. (ed): Psychische Störungen bei Studenten. Stuttgart (Thieme) 1969.
- Prince, R.H.; Mombout, W.; Shiner, E.V. and Roberts, J. Abbreviated techniques for assessing mental health in interview surveys: an example from central Montreal. Laval Médical 38, 1967, 58-62.
- Querido, A. The preventive aspects of mental health care. In: Seminar on public health practice and the prevention of mental illness. London 1964. WHO - regional office for Europe 1965.
- Ravenzwaay, J.F. van Konsultatie in de geestelijke gezondheidszorg. Meppel (Boom) 1972.
- Reifler, C.B. and Lipstein, M.B. Epidemiological studies of college mental health. Arch. Gen. Psychiatr. 20, 1969, 528 - 539.

- Roman, P.M. Labeling theory and community Psychiatry. Psychiatry 34, 1971, 378 - 390.
- Romme, M.A.J. Mogelijkheden voor preventie in de geestelijke gezondheidszorg. Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg, 9, 1974, 405 - 417.
- Rosenmann, R.H.;
Friedman, M.; Strauss,
R.; Jenkins, C.D.;
Zyzanski, S.J. and
Wurm, M. Coronary heart disease in the Western collaborative group study. A follow-up experience of 4½ yrs. J.Chron. Dis. 23, 1970. 173 - 190.
- Saenger - Ceha, M.M.Th. Psychological and social factors in student drop-out. Amsterdam (Sweth en Zeitlinger) 1970.
- Scheff, Th.J. De psychisch gestoorde en zijn milieu. Utrecht (Aula) 1969.
- Schmale, A.H.Jr. and
Iker, H. The psychological setting of uterine cervical cancer. Annals New York Acad. of Science 125, 1966, 807 - 813.
- Seiler, R.H. The 22-item scale used in field studies of mental illness: a question of method, a question of substance and a question of theory. J. of Health and social behavior. 14, 1973, 252 - 264.
- Shipley, W.C.; Gray,
F.E. and Newbert, N. The personality Inventory - its derivation and validation. J. Clin. Psychol. 2, 1946, 318-322.
- Siegel, S. Nonparametric Statistics. New York (McGraw-Hill) 1956.
- Snijder, B.R. and
Kahne, M.J. Stress in higher education and students use of university psychiatrists. Amer. J. Orthopsychiatry 39, 1969, 23 - 35.
- Snijder, J.F.; Hill,
C.E. and Derksen,
T.P. Why some students do not use university counseling facilities. J. of counseling Psych. 19, 1972, 263 - 268.
- Snow, J. The Broad Street Pump. In: Roueché, B.(ed) Curiosities of Medicine. London (Gollance) 1963.
- Spitzer, R.L. and
- Diagnosis. A computerprogram for

- Endicott, J. psychiatric diagnosis utilizing the differential diagnostic procedure. Arch.Gen.Psychiatry 18, 1968, 746 - 756.
- Spitzer, R.L. and Endicott, J. Diagno II: Further developments in a computer program for psychiatric diagnosis. Amer. J. Psychiatr. 125, 1969, 12 - 21.
- Spitzer, R.L.; Endicott, J.; Fleiss, J.L. and Cohen, J. The psychiatric Status Schedule. Arch.Gen.Psychiatry 23, 1970, 41 - 55.
- Sprio, H.; Siassi, I. and Crocetti, G.M. What gets surveyed in a psychiatric survey? J. of nervous and mental disease 154, 1972 105-112.
- Srole, L.; Lagner, Th.; Michael, S.T.; Opler, M.K. and Rennie, Th. Mental health in the metropolis. New York (McGraw-Hill) 1962.
- A.C.
- Stout, C.; Whight, M.A. and Bruhn, J.G. The Cornell Medical Index in disability evaluation. Brit. J. Prev. and Soc. Med. 23, 1969, 251 - 254.
- Summerskill, J. Drop-outs from college. In: Sanford, N. (ed): The American college. New York (John Wiley) 1962.
- Sund, A. Personality Inventories as selective and prognostic criteria. Military Medicine 136, 1971, 97 - 104.
- Taylor, J.A.A. A personality scale of manifest anxiety. J.Abn.Soc.Psychology 48, 1953, 285 - 289.
- Thompson, J.R.; Bentz, W.K. and Liptzin, M.B. The prevalence of psychiatric disorder in an undergraduate population. J.A.C.H.A. 21, 1973, 415 - 422.
- Thurstone, L.L. and Thurstone, T.G. A neurotic inventory. J. soc. psychol. 1930, 3 - 30.
- Trimbos, C.J.B.J. De geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Utrecht (Spectrum) 1959.
- Trimbos, C.J.B.J. Nogmaals het "medisch model" in de psychiatrie. Maandblad Geeste-

- lijke Volksgezondheid 26, 1971, 311 - 324.
- Valkenburg, H.A. Reuma-factor test. Ned. Tijdschr. Geneesk. 118, 1974, 413 - 421.
- Verghese, A. Relationships between the Eysenck Personality Inventory N-score, the Cornell Medical Index M-R score and the Psychogalvanic Reflex. Brit. J. Psychiatry. 116, 1970, 27 - 32.
- Verinis, S.J. Interview and the Bernreuter Personality Inventory for screening adjustment problems in college students. Psychological Reports 23, 1968, 49 - 50.
- Verwoert, A. and Dovenmuehle, R.H. Heart disease and depression. Geriatrics November, 1964, 856 - 864.
- Vitosky, H.M. Primary Prevention. In: Freedman, A.M. and Kaplan, H.I. (eds): Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore (Williams and Wilkins) 1967.
- Walter, O.S. Prevalence of diagnosed emotional disorders in University students. J.A.C.H.A. 18, 1970, 204 - 209.
- Weijel, J.A. De mensen hebben geen leven. Amsterdam (De Erven Bohn) 1973⁴.
- Wherry, J.R. and Gailord, R.H. The concept of test and item reliability in relation to factor pattern. Psychometrika 8, 1943, 247 - 264.
- Wiersma, D. and Giel, R. Theoretische en praktische aspecten van de crisisinterventie. Tijdschr. Soc. Geneesk. 52, 1974, 320 - 325.
- Wilde, G.J.S. Social desirability set, interpersonal differences in item desirability and validity of neuroticism questionnaires. Acta Psychologica 22, 1964, 145 - 154.
- Wilde, G.J.S. Neurotische labiliteit gemeten volgens de vragenlijst methode. Amsterdam (F. van Rossen) 1970².

- Williams, S.A.M. and Underwood, M. The Health Opinion Survey as a self-report epidemiological instrument. J. Community Psychology. 1. 1973, 335 - 338.
- Winer, J.A.; Dorus, W. and Moretti, J.R. Sex and college year differences in students presenting psychiatric complaints. Arch. Gen. Psychiatry 30, 1974, 478 - 483.
- Wing, J.K. A standard form of psychiatric present state examination. In Hare, E.H. and Wing, J.K. (eds). Psychiatric epidemiology. London (Oxford University Press) 1970.
- Wretmark, G.; Astrom, J. and Erikson, M. The Maudsley Personality Inventory as a prognostic instrument. Brit. J. Psychiatry. 116, 1970, 21-26.
- Zinberg, D. The widening gap: attitudes of first-year students and staff towards chemistry, science, careers and committment. Science Studies 1, 1971, 287 - 313.

S A M E N V A T T I N G

HOOFDSTUK I

SECUNDAIRE PREVENTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Secundaire preventie in de geestelijke gezondheidszorg heeft tot doel het aantal bestaande gevallen van psychisch lijden in de populatie te verminderen. Onder psychisch lijden wordt hier verstaan het zodanig last hebben van psychische problemen dat men daardoor in het dagelijks doen en laten ernstig gehandicapt of invalide is.

De vier belangrijkste beginselen van secundaire preventie in de geestelijke gezondheidszorg bestaan uit vroegtijdige opsporing en het vroegtijdig leggen van contacten met een hulpverlener en de twee strategische beginselen van korte op persoon en omgeving gerichte acties en het leggen van de verantwoordelijkheid bij de persoon en diens omgeving.

Screenen is een vorm van vroegtijdig opsporen. Het doel is toegang te krijgen tot een bepaalde populatie om te zien wie van hen psychisch gehandicapt of invalide is of in een crisissituatie verkeert, die gemakkelijk tot disfunctioneren kan leiden of dusdanige persoonlijkheidskenmerken heeft dat de kans op disfunctioneren groot is, wanneer de omstandigheden zich ten kwade keren. Screenen is een brug naar hulpverlening, niet de hulp zelf. Het doel is met risicodragende personen een oriënterend gesprek te hebben, waarin wordt nagegaan of enigerlei vorm van hulp wenselijk en gewenst is.

HOOFDSTUK II

HET ONDERZOEK

Aanleiding tot dit onderzoek was een vraag van de Delftse studentenartsen een bestaande vragenlijst voor abituriënten zodanig te veranderen, dat zij ook eerstejaars die om redenen van geestelijke gezondheid wellicht hulp nodig hadden zou kunnen opsporen. Voor de afdeling preventieve- en sociale

psychiatrie van de EUR betekende dit onderzoek een bijdrage aan de ontwikkeling van een instrumentarium voor epidemiologisch onderzoek.

Doelstelling was het ontwikkelen van een eenvoudig instrument dat

- a) aangeeft dat er waarschijnlijk wat aan de hand is, maar niet verder specificceert wat en waarom dat is;
- b) kort is en gemakkelijk is te beantwoorden en
- c) gemakkelijk te verwerken is.

Het onderzoek vond plaats bij alle eerstejaars Delftse studenten die zich in 1969, 1970 en 1971 lieten inschrijven. Uit een breed samengestelde itempool werd in 1969 met behulp van een iteratieve clusteranalyse een homogeen cluster gedestilleerd van 41 items. In de twee daarop volgende jaren werd dit teruggebracht tot 33 items, waaraan de naam "Delftse Vragenlijst" (DV) gegeven werd. Een hiërarchische clusteranalyse, een factoranalyse en een gemiddelde KR van .88 bevestigden de homogeniteit. De stabiliteit bedraagt over een periode van drie maanden .76 en over een periode van 2½ jaar .52.

De validiteit werd nagegaan aan de hand van de criteria:

- a. subjectief ervaren wenselijkheid van hulp;
- b. studievertraging en studiestaking;
- c. het oordeel van de studentenarts;
- d. het oordeel van een psychiater;
- e. correlatie met andere testen.

ad a. Zowel gelijktijdig als over een periode van 2½ jaar blijkt de DV samen te hangen met de wens een gesprek te hebben met een studentenarts, een studentenpsycholoog en een studentenpsychiater. (Dit laatste alleen gelijktijdig) (tabel 5).

ad b. De groep die zich in 1969 liet inschrijven en ook in dat jaar de studie staakte had als groep een hogere score op de DV dan zij die de studie vervolgden. (tabel 6). Over een periode van 2½ jaar blijkt de DV samen te hangen met de mate waarin men opgeeft voor, gelijk of achter bij het officiële studieprogramma te liggen (tabel 7).

- ad c. In de drie onderzoeksjaren onderzochten de studenten-artsen een aselechte groep eerstejaars en legden hun oordeel over de geestelijke (on)gezondheid van de student vast op een aantal 7-puntsschalen. De product-moment correlaties tussen hun oordeel en de score op de DV zijn op een enkele uitzondering na telkenjare significant. (tabel 8).
- ad d. Omdat grote betekenis werd gehecht aan het psychiatrisch onderzoek werd eerst m.b.v. een factoranalyse de interne structuur van het psychiatrisch onderzoek onderzocht. Dit was mogelijk omdat het psychiatrisch onderzoek was opgebouwd als een semi-gestructureerd interview waarbij de psychiater zijn oordeel over het psychosociaal functioneren in een groot aantal kwantificeerbare uitspraken weergaf. De factoranalyse leerde dat er in dit oordeel sprake was van twee optieken: het over-all disfunctioneren en "instelling" van de student (zijn defensiviteit, mate van rationaliseren, de dynamiek binnen het gesprek). De DV bleek alleen met de eerste factor positief samen te hangen.
- In alle drie de onderzoeksjaren werd een significant positieve samenhang gevonden tussen DV en het psychiatrisch oordeel over "belemmeringen in sociale contacten", matige studieprognose, depressiviteit, "at-risk" zijn en de wenselijkheid van een of andere vorm van niet-somatische hulp. (tabel 11).
- Het psychiatrisch eindoordeel over "mate van belemmerenis" en mate van impairment vormen de conceptuele criteria. De samenhang tussen DV en deze criteria is in alle drie onderzoeksjaren significant. (tabel 12).
- Uit het psychiatrisch onderzoek wordt tenslotte nog afgeleid dat naar schatting 12½% van de studenten "impaired" is, d.w.z. dat men psychiatrisch symptomen heeft waarvan men in het dagelijks leven licht tot ernstig last heeft.
- ad e. De DV correleert in 1971 .87 met de N-schaal van de ABV en .87 met de MAS. Inhoudelijk kan de vragenlijst daarom beschreven worden als een "general maladjustment" of neuroticisme test (tabel 14).

Voor het gebruik van de vragenlijst als screeningsinstrument werd m.b.v. de methode van Kastenbaum het best differentiërende snijpunt bepaald. Dit bleek zowel in 1969 als in 1971 te liggen tussen de percentielscore's 92 en 93, wat correspondeert met een score van 21 of hoger. Dit cutting-point is niet meer dan een praktisch advies zonder verdere psychologische betekenis.

De indices voor de sensitiviteit en de specificiteit van de DV geven aan dat de merites van de DV als case-finding instrument tamelijk beperkt zijn. (tabel 16). De screenings-error ligt vooral in de richting van de false positives.

Twee evaluatiestudies van de gesprekken die de studenten-artsen met de hoogscoorders hadden laten zien dat er geen systematische negatieve bij-effecten aan het screeningsprogramma verbonden zijn en dat zowel de studenten als de artsen overwegend positief in hun oordeel zijn. De belangrijkste winst ligt enerzijds in de hulp of steun die onmiddellijk na het oriënterend gesprek gegeven kan worden en anderzijds in de anticiperende begeleiding die van het gesprek blijkt uit te gaan.

HOOFDSTUK III

INTERMEZZO: SCREENEN IN DE PRAKTIJK. EEN INTERVIEW MET MEVROUW VAN REEKUM-VAN WAASBERGEN, STUDENTENARTS.

In een interview over de ervaringen met het screeningsprogramma in de afgelopen jaren vertelt een van de studenten-artsen o.m. dat zij het doel van het oriënterend gesprek ziet als "een poging om in te spelen op de situatie van de student" als "met hen iets coördineren, zodat zij zichzelf helpen".

HOOFDSTUK IV

SCREENEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

Om de merites van screeningsonderzoek ook voor andere populaties na te gaan werd het onderzoek eenmaal herhaald in een huisartsenpraktijk. De validiteit van de DV werd bevestigd door de bevinding dat een door de huisarts a priori opgegeven groep van emotioneel labiele mensen significant hoger scoorde dan zijn andere patienten. Vanwege gebrek aan tijd en aan verwijzingsmogelijkheden voerde de huisarts geen gesprekken met hen van wie hij niet wist dat zij een erg hoge score hadden.

HOOFDSTUK V

SCREENEN ALS METHODE VAN PREVENTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Omdat screenen individugericht is en in dit geval noodzakelijk vanuit een medische setting werd opgezet en omdat "general maladjustment" of "neuroticisme" een meerduidig persoonlijkheidskenmerk is met een validiteit die slechts op groepsniveau aangetoond is, bestaan er rond de idee van screenen een aantal wetenschappelijke en ethische vragen. Deze bakenen het kader af waarbinnen screenen zinvol is. Als methode voor preventie in de geestelijke gezondheidszorg zijn screeningsprogramma's zinvol wanneer:

1. primaire preventie van de meest voorkomende en de meest belangrijke problemen (nog) niet mogelijk is
2. de hulpverlener niet op een andere wijze kennis kan krijgen van de individuele psychische problematiek die bestaat bij hen voor wier welzijn hij een zekere verantwoordelijkheid draagt
3. de doelstelling beperkt blijft tot een oriënterend gesprek, waarin beide partijen nagaan of een of andere vorm van hulp wenselijk en gewenst is

4. de persoon ten allen tijde de mogelijkheid behoudt de bemoeienis af te wijzen
5. het constateren van problemen ook daadwerkelijk gevolgd kan worden door enigerlei vorm van hulpverlening
6. empirisch blijkt dat de voordelen opwegen tegen de mogelijke nadelen
7. de hulpverleners ondersteund worden door mental health consultation
8. zij die screenen een goede kennis hebben van de "sociale kaart" van de gescreende populatie.

S U M M A R Y

CHAPTER I

SECONDARY PREVENTION IN MENTAL HEALTH CARE

The objective of secondary prevention in the mental health field is to reduce the existing number of cases of mental disorder in the population. Mental disorder is understood here to mean the occurrence of psychic problems of such magnitude that the sufferer is seriously handicapped in his daily activities, or is rendered invalid. The four basic principles of secondary prevention in mental health are early detection and establishing early contacts with an organization or person capable of rendering assistance, plus the two strategic principles of keeping activities short and directed at both the patient and his environment, and making the patient and the people around him responsible (as far as possible) for his cure.

Screening is a method of detecting mental disorders at an early stage. The aim is to obtain access to a certain population, to determine which members of the population are mentally handicapped or invalid, are in a crisis situation which could easily lead to mental disorder, or have such mental characteristics that they have a high risk of mental disorder if placed under stress. Screening can open up the possibility of effective help for the patient, but is not in itself a form of aid. The objective is to have a preliminary interview with high-risk persons, to determine whether some form of aid is desirable and is desired.

CHAPTER II

THE INVESTIGATION

It was decided to undertake this study after a request had been received from the chief medical officer at Delft

University of Technology to modify the medical questionnaire for first-year students so that it could also be used for tracking down first-year students who were likely to be in need of mental-health aid. For the department of preventive and social psychiatry at Erasmus University Rotterdam, this investigation represented a contribution to the development of a set of tools for epidemiological studies.

The objective was to develop a simple tool which

- a) could indicate that there was probably something wrong, but not what or why;
- b) was short and easy to answer;
- c) was easy to process.

The investigation covered all first-year students admitted to Delft University of Technology in 1969, 1970 and 1971. In 1969 an iterative cluster analysis was used to distill a homogeneous cluster of 41 items from a large pool of questions covering a wide range of complaints. In 1970 and 1971 the number of questions was reduced to 33 and this list of questions was given the name "Delft Questionnaire" (DQ). A hierarchic cluster analysis and an average KR of 0.80 confirmed the homogeneity. The stability was 0.76 over a three-month period, and 0.52 over a 2½-year period.

The validity of the questionnaire was tested with the aid of the following criteria:

- a. subjective need for help;
- b. delay in study progress, dropping out;
- c. the opinion of the university medical officer;
- d. the opinion of a psychiatrist;
- e. correlation with other tests.

The results found in connection with these various points will now be discussed briefly in turn.

- (a) subjective need for help

Both at the time the questionnaire was presented and over a period of 2½ years, the DQ was found to correlate with the desire to talk to a university medical officer, psychologist or psychiatrist (correlation with the last-mentioned point was only found at the same time as the DQ); see table 5.

criteria and the DQ score was significant in all three years (table 12).

It may finally be mentioned that the psychiatric investigation showed that an estimated 12% of the students were "impaired" (i.e. that they showed psychiatric symptoms which may be expected to give them mild to serious trouble in daily life).

(e) correlation with other tests

The DQ scores in 1971 showed a correlation of 0.87 with the N-scale of the ABV and of 0.87 with MAS. As regards its content, the Delft Questionnaire may thus be regarded as a test of "general maladjustment" or neuroticism (table 14).

For use of the DQ as a screening instrument the best differential cross-over point was determined by Kastenbaum's method. This point was found in both 1969 and 1970 to lie between the 92 and 93 percentile scores, which corresponds to a score of 21 or higher. This cross-over point should merely be regarded as a practical suggestion, without further psychological significance.

The indices for the sensitivity and specificity of the DQ indicate that the merits of this test as a case-finding instrument are fairly limited (table 16). The screening error tends mainly in the direction of false positives.

Two evaluation studies of the talks which the student medical officers had with the high scorers showed that the screening programme had no systematic negative side-effects, and that both students and medical officers were predominantly quite enthusiastic about the programme. The main benefits may be seen as on the one hand the aid which could be given directly after the preliminary talk with the medical officer, and on the other hand the anticipatory guidance which students derived from the talk.

(b) study results

The group of students who were admitted to Delft in 1969 and who dropped out the same year were found to have a higher average score on the DQ than the students who continued their studies (table 6) Over a period of 2½ years the DQ score was found to correlate with the extent to which students were ahead of or behind the official study programme, or were managing to follow it nicely (table 7).

(c) opinion of the university medical officer

In the three years in which the investigation was carried out, the university medical officers examined a random sample of the first-year students and assessed their state of mental health or disorder on a number of 7-point scales. The product-moment correlation between their assessment and the DQ score was significant in each year, with a few exceptions (table 8).

(d) the opinion of a psychiatrist

Since great importance was attached to the psychiatric examination, the structure of this examination was first studied with the aid of factor analysis. This was possible because the psychiatric examination was designed as a semi-structured interview in which the psychiatrist assessed the subject's psycho-social functioning in a large number of quantifiable statements. Factor analyses showed that this assessment was had two facets: one dealing with the over-all disorder, and the other dealing with the student's "attitude" (his defensiveness, degree of rationalization, and the dynamics of the discussion). The DQ score was found to give a positive correlation only with the first factor.

In all three years of the investigation, a significant positive correlation was found between the DQ score and the psychiatric assessment of "difficulties in social contacts", poor study prognoses, depressivity, being "at risk" and the desirability of some form of non-somatic help. (table 11).

The final psychiatric assessment of "degree of impediment" and "degree of impairment" formed the main conceptual criteria; the correlation between these

CHAPTER III

INTERMEZZO

In an interview on the experience gained with the screening programme, one of the medical officers said that she saw the main aim of the preliminary talks as "trying to put oneself in the student's place" and as "coordinating things for him, so that he can help himself".

CHAPTER IV

SCREENING IN GENERAL MEDICAL PRACTICE

In order to test the merits of the DQ for other populations it was repeated once by a general practitioner to groups of his patients. The validity of the DQ was confirmed by the fact that a group of patients designated a priori as emotionally labile by the doctor gave significantly higher scores than other patients. Because of the shortage of time and the difficulty of referring patients for further treatment, the doctor had no further talks with the patients with very high scores.

CHAPTER V

SCREENING AS A PREVENTIVE METHOD IN MENTAL HEALTH CARE

Since screening is directed at individuals, and is in the present case necessarily operated in a medical setting, and since "general maladjustment" and "neuroticism" are ambiguous personality characteristics with a validity which can only be demonstrated at a group level, a number of scientific and ethical questions are raised by the practice of screening. These define the field within which screening is meaningful. As a preventive method in mental health, screening programmes are useful when:

1. primary prevention of the most common and most important problems is not (yet) possible
2. the person (or organization) rendering aid has no other means of getting information about individual psychic problems in those persons for whose welfare he has a certain responsibility
3. the objectivity of the screening is limited to arranging a preliminary talk in which the two parties determine whether some form of aid is necessary and desired
4. the test subjects can always break off the discussion or refuse aid if they so wish
5. some form of aid can actually be given if problems are found
6. it is found empirically that the advantages of the screening outweigh the disadvantages
7. the parties providing aid are supported by mental health consultation
8. the screeners are well acquainted with the "social map" of the screened population.

HANDLEIDING BIJ DE DELFTSE VRAGENLIJST

1. Instructie

Deze staat afgedrukt op het testformulier.

2. Codering

Elke bevestiging van een klacht en ieder vraagteken wordt als 1 gecodeerd. Zodoende is de minimumscore 0 en de maximumscore gelijk aan het aantal vragen, namelijk 33. Men lette erop dat de items 2, 12, 22 en 28 gespiegeld zijn. Voor deze items geldt het NEE antwoord als bevestiging van de klacht. Ook voor deze vragen geldt dat het vraagteken als 1, dus als bevestiging van de klacht gecodeerd wordt.

3. Normen

De normtabel is gemaakt met een tweeledige doelstelling. Op de eerste plaats is het vaak wenselijk te kunnen bepalen waar een individu staat temidden van alle andere Nederlanders, of men zijn score laag of zeer hoog moet noemen in vergelijking met de verdeling van de score's in de Nederlandse samenleving.

Op de tweede plaats komt het vaak voor dat men wil nagaan of een bepaalde groep mensen (bijvoorbeeld flatbewoners of druggebruikers) meer last hebben van psychische problemen dan andere Nederlanders. Een vergelijking van de score's van zo'n subgroep met die van de Nederlandse bevolking (bijvoorbeeld m.b.v. de Kolmogorov - Smirnov toets) kan dit onderzoek vergemakkelijken.

De normtabel is gebaseerd op een aselechte steekproef die representatief is voor de Nederlandse mannen en vrouwen vanaf 15 jaar. Deze steekproef is verzorgd door het bureau Veldkamp. (Een rapport over deze steekproef is op aanvraag verkrijgbaar). Onderstaande tabel toont enkele gegevens.

	N	Gemiddelde	Standaard Deviatie
mannen	1003	12.49	7.38
vrouwen	1167	14.29	7.20

De normtabel is weergegeven in de vorm van een cumulatief relatieve frequentiedistributie. Zo kan men uit de tabel lezen dat een score van 6 of lager door 23% van de Nederlandse mannen behaald wordt en door 14% van de Nederlandse vrouwen. Een score van bijvoorbeeld 17 of hoger wordt door 29% van de mannen en door 37% van de vrouwen behaald.

(De normen voor studenten staan in Appendix 4).

N O R M E N

score	mannen	vrouwen
0	.01	.01
1	.03	.01
2	.06	.03
3	.10	.05
4	.14	.08
5	.18	.11
6	.23	.14
7	.30	.19
8	.36	.23
9	.40	.29
10	.46	.34
11	.50	.40
12	.55	.46
13	.60	.50
14	.64	.54
15	.68	.58
16	.71	.63
17	.75	.68
18	.77	.71
19	.81	.75
20	.84	.79
21	.87	.83
22	.89	.85
23	.90	.88
24	.92	.89
25	.93	.91
26	.95	.94
27	.97	.95
28	.97	.97
29	.98	.98
30	.99	.99
31	.99	.99
32	.99	.99
33	1.00	1.00