

HANDLEIDING
De Nederlandse versie van de
Reiss Screen for Maladaptive Behavior

Steven Reiss, Agnes van Minnen en Kees Hoogduin (1994).
(C) Copyright International Diagnostic Systems Inc.

Deze handleiding voor de Reiss Screen for Maladaptive Behavior is een vertaling van de oorspronkelijke Amerikaanse handleiding van Reiss (1988). De onderzoeksresultaten uit oorspronkelijk Amerikaans onderzoek worden kort samengevat. Voor een uitgebreid verslag van de Amerikaanse onderzoeksgegevens wordt verwezen naar de oorspronkelijke handleiding (Reiss, 1988). Aan de vertaling zijn onderzoeksgegevens uit Nederlands onderzoek toegevoegd. Het Nederlandse onderzoek was niet gericht op bewerking en (re)constructie van de Reiss Screen, maar op het vergelijken van betrouwbaarheids- en valideringsgegevens van de Reiss Screen met Amerikaanse resultaten. Hiertoe is de Reiss Screen letterlijk vertaald, door middel van vertaling-terugvertaling. Op grond van de Nederlandse onderzoeksresultaten zijn tevens voorlopige cutoff-scores vastgesteld. De resultaten van dit onderzoek moeten beschouwd worden als een eerste aanzet tot het gebruik van de Reiss Screen in Nederland. Op grond van de Nederlandse resultaten worden tot slot voorlopige aanbevelingen gedaan voor gebruik van de Reiss Screen in Nederland.

Noot:

-Hierbij bedanken wij P. Savelsberg voor haar inzet betreffende de uitvoer en analyses van het onderzoek.

-Bij de analyses in het Nederlandse onderzoek is onder andere gebruik gemaakt van een data-set uit Maastricht (onderzoek: "Effectiviteit van casemanagement bij psychisch en/of gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten", door Drs. W. Derks, onderzoeker en dr. M.J. Haveman, projectleider).

I. INTRODUCTIE

Verstandelijk gehandicapten zijn kwetsbaar voor het hele scala aan psychische problemen. Deze psychische problemen worden vaak niet geïdentificeerd en er wordt geen passende hulp aangeboden (Eaton & Menolascino, 1982; Matson & Barrett, 1982; Menolascino & Stark, 1984; Szymanski & Tanguay, 1980). Aan de ene kant hebben mensen met een verstandelijke handicap een verhoogd risico op psychische problemen (Philips, 1967; Reiss & Benson, 1984), aan de andere kant een verminderde kans op adequate hulpverlening (Reiss, 1982; Reiss & Trenn, 1984; Stark, Menolascino, & Albarelli, 1987). Ten gevolge hiervan zijn er veel verstandelijk gehandicapten met niet gediagnostiseerde- of onbehandelde psychische problemen (Corbett, 1979; Lund, 1985; Philips, 1967; Philips & Williams, 1975).

Naar verstandelijk gehandicapten met psychische problemen wordt vaak verwezen met de term "tweeledig gediagnostiseerden". De term *tweeledige diagnose* verwijst naar het gezamenlijk voorkomen van een verstandelijke handicap en een psychiatrische stoornis. Hoewel sommigen beweren dat de terminologie misleidend is (Szymanski & Grossman, 1984), wordt deze terminologie wijdverspreid gebruikt. Dienovereenkomstig zal de term *tweeledige diagnose* in deze handleiding gebruikt worden om te verwijzen naar de psychische problemen van verstandelijk gehandicapten in het algemeen.

Sommige verklaringen voor psychische problemen bij verstandelijk gehandicapten lijken voor de hand liggend. Verstandelijk gehandicapten worden veelvuldig blootgesteld aan ongunstige sociale omstandigheden die psychische stoornissen kunnen veroorzaken. Deze sociale omstandigheden omvatten stigmatisering, sociale ontwrichting, sociale isolatie en werkloosheid (Reiss & Benson, 1984). De voortdurende blootstelling aan ongunstige sociale omstandigheden, samen met de tekortkomingen van verstandelijk gehandicapten om sociale problemen te begrijpen en op te lossen, veroorzaakt waarschijnlijk veel psychische problemen.

Hoewel verstandelijk gehandicapten kwetsbaar zijn voor het hele scala aan psychische stoornissen, hebben hun psychische behoeften onvoldoende aandacht gekregen. Eén probleem is dat het intellectuele tekort een zodanig saillant aspect van de verstandelijke handicap vormt, dat deze soms de bijkomende psychische problemen overschaduwet (Goldsmith & Schloss, 1984; Levitan & Reiss, 1983; Reiss, Levitan & Szyszko, 1982; Reiss & Szyszko, 1983). Hulpverleners beschouwen bijvoorbeeld de intellectuele handicap vaak als de "primaire" stoornis en de bijkomende psychische problemen als "secundaire" stoornissen. Een ander probleem is dat verstandelijk gehandicapten met een

psychische stoornis wat betreft de hulpverlening in het gat vallen tussen psychiatrische instellingen die zich richten op de verzorging van psychisch zieken en de instituten die de zorg voor verstandelijk gehandicapten als aandachtsgebied hebben. Het is niet ongewoon dat mensen met een tweeledige diagnose heen en weer verwezen worden van ontwikkelingscentra naar psychiatrische instellingen, met als gevolg dat de noodzakelijke hulp niet geboden wordt.

De laatste tijd zijn er op onderzoeksgebied een aantal pogingen gedaan om de noodzaak van uitbreiding van de geestelijke gezondheidszorg voor verstandelijk gehandicapten vast te stellen. Terwijl onderzoeken bij grote populaties wijzen op een percentage van 22 tot 35% aan tweeledig gediagnostiseerden (Ferrell & Madison, 1987; Gilson, Levitas, & Mead, 1987; Lewis, Kleven, & Melcher; 1988), wijzen case-studies op een prevalentie van slechts 9 tot 12% (Borthwick-Duffy & Eyman, 1987; Lewis, Kleven, & Melcher, 1988). Het verschil tussen deze percentages, welke 10 tot 25% bedraagt, geeft het mogelijke percentage verstandelijk gehandicapten weer dat niet-gediagnostiseerde psychische problemen heeft.

De Reiss Screen for Maladaptive Behavior werd ontwikkeld om de identificatie van tweeledig gediagnostiseerden te vergemakkelijken. De test verschaft een objectieve methode voor het identificeren van verstandelijk gehandicapten met een mogelijk psychisch probleem door verzorgers, docenten en begeleiders.

De test wordt gesteund door onderzoeksgegevens met betrekking tot betrouwbaarheid en validiteit. Door het beschikbaar stellen van technologie om tweeledig gediagnostiseerden te identificeren, wordt hopelijk bereikt dat meer verstandelijk gehandicapten de psychische hulp krijgen die ze nodig hebben.

II. JUISTE TOEPASSINGEN VAN DE REISS SCREEN

De Reiss Screen is een maat van waarschijnlijkheid dat een verstandelijk gehandicapte adolescent of volwassene een significant psychisch probleem heeft. De test kan gebruikt worden voor ernstig, matig of licht verstandelijk gehandicapten. Voor kinderen onder de 12 jaar zou de Reiss Screen echter niet gebruikt moeten worden. De Reiss Screen kan gebruikt worden voor elk van de volgende doelen:

1. Het screenen op een tweeledige diagnose in verzorgingsregio's. De test is een kosteneffectief middel om in een grote populatie verstandelijk gehandicapten te identificeren die mogelijk hulp nodig hebben in de geestelijke gezondheidszorg.
2. Het screenen op een tweeledige diagnose in instellingen voor verstandelijk gehandicapten.
3. Het onderzoeken van verstandelijk gehandicapten in het voortgezet onderwijs. De test kan gebruikt worden voor verwijzingen of als deel van de jaarlijkse evaluatie van de leerling.
4. Als hulpmiddel bij de intake bij voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg.
5. Als hulpmiddel bij onderzoek naar tweeledige diagnoses, waaronder onderzoek naar de prevalentie van tweeledige diagnoses.
6. Als instructiemateriaal in workshops of trainingen over tweeledige diagnoses.

HOE DE REISS SCREEN TE GEBRUIKEN. De vijf stappen voor het gebruiken van de Reiss Screen staan beschreven in tabel 1. Gedetailleerde informatie over elk van deze stappen kan men vinden in deze handleiding.

VOORBEHOUD De Nederlandse versie van de Reiss Screen bevat uitsluitend voorlopige cutoff-scores. Dit betekent dat diagnose-stelling die alleen gebaseerd is op de resultaten van de Reiss Screen niet verantwoord is. Bij diagnostisch gebruik moeten dan ook andere middelen om diagnostische informatie te verzamelen worden gebruikt in samenhang met de resultaten van de Reiss Screen.

Tabel 1
Hoe de Reiss Screen te gebruiken

STAP 1	Verzeker u ervan dat u alle benodigde toestemmingen heeft om de test uit te voeren en dat u in staat bent om de vertrouwelijkheid van de testresultaten te waarborgen.
STAP 2	Kies de beoordelaars. Alle beoordelaars moeten de persoon goed genoeg kennen om valide beoordelingen te kunnen maken over gedrag en emoties (zie III "Afname"). <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Casus evaluaties vereisen twee of meer beoordelaars 2.2 Screening vereist twee of meer beoordelaars 2.3 Eén beoordelaar kan voldoende zijn voor sommige onderzoeksstudies.
STAP 3	Vraag de beoordelaars om de schaal zelfstandig in te vullen, zonder overleg met anderen.
STAP 4	Scoor de test door het berekenen van de acht schaalscores, zes speciale onaangepast-gedrag-items, de 26-item score en de totaalscore (zie IV "Scoring"). Gebruik de scoreformulieren als hulpmiddel bij het scoren.
STAP 5	Vergelijk de scores met de cutoff-scores (zie V "Het vergelijken van de scores met de cutoff-scores") <ul style="list-style-type: none"> 5.1 Verwijs de persoon naar een deskundige in de geestelijke gezondheidszorg als een score boven of gelijk aan een aangegeven cutoff-score is. Beslissingen omtrent noodzaak tot behandeling moeten gebaseerd zijn op de meningen van gekwalificeerde hulpverleners. 5.2 Als er geen scores boven of gelijk aan de aangegeven cutoff-scores zijn, blijf dan alle huidige of toekomstige berichten van onderwijzers, hulpverleners of anderen die wijzen in de richting van een mogelijk psychisch probleem serieus nemen.

III. AFNAME

HET SELECTEREN VAN DE BEOORDELAARS. De Reiss Screen kan ingevuld worden door hulpverleners die in de residentiële hulpverlening werkzaam zijn, leraren op de middelbare school, speciale onderwijzers, of andere professionele hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Er moeten twee of meer beoordelaars zijn voor elk te onderzoeken persoon. De bedoeling van het verkrijgen van twee beoordelingen in plaats van één is niet zozeer om het gedrag te beoordelen in verscheidene situaties maar meer om de mening van twee mensen in de test scores tot uitdrukking te brengen in plaats van de mening van één persoon.

Eenzelfde persoon of stel personen kunnen meer dan één subject beoordelen. Dezelfde twee hulpverleners kunnen bijvoorbeeld alle personen in een groep beoordelen. Het is ook toegestaan dat twee hulpverleners een persoon in een groep beoordelen en dat twee andere hulpverleners een ander persoon beoordelen. De twee beoordelaars kunnen de onderzochte persoon kennen van dezelfde of van een andere situatie. Bijvoorbeeld, één leraar/beoordelaar kent de onderzochte persoon van de engelse les, en de andere leraar/beoordelaar kent de onderzochte persoon van de wiskundeles, of zowel de leraar/beoordelaar als een stagiaire/beoordelaar kennen de onderzochte persoon van dezelfde klas.

Een belangrijke overweging bij het selecteren van de beoordelaars is de mate van de kennis over de onderzochte persoon. De beoordelaars moeten de onderzochte persoon goed genoeg kennen om valide beoordelingen van het sociale en emotionele gedrag te kunnen maken. De beoordelaars moeten de te onderzoeken persoon vóór de beoordeling minstens drie maanden kennen en moeten de persoon geobserveerd hebben of met de persoon gepraat of gewerkt hebben.

Vanzelfsprekend moeten de beoordelaars voldoende Nederlands kunnen lezen om de test te kunnen begrijpen.

Het is belangrijk om beoordelaars te selecteren die gemotiveerd lijken te zijn om mee te werken. Er is meer kans op ongeldige testresultaten als de beoordelaars niet tevreden zijn met hun werk, negatief staan ten opzichte van hun werkgever of niet gemotiveerd zijn.

Ouders of familieleden kunnen geselecteerd worden om te beoordelen, met name als de test gebruikt wordt voor intake doeleinden bij een instelling. Gebruikers worden echter gewaarschuwd dat de onderzoeksresultaten van de test niet gebaseerd zijn op beoordelingen van ouders en familieleden. Alle onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op beoordelingen van professionele groepsleiders.

Alle beoordelaars moeten de schaal invullen zonder overleg met anderen. Het voordeel van het gebruiken van gemiddelde scores van twee beoordelaars gaat verloren als de beoordelaars met elkaar praten over de beoordelingen. Aan de beoordelaars moet verteld worden dat hun beoordelingen vertrouwelijk zijn en niet besproken mogen worden met iemand anders.

INSTRUCTIES VOOR BEOORDELAARS. De instructies, die voor zich spreken, zijn als volgt: Het testboekje geeft een lijst van ongepaste gedragingen weer die problemen teweeg kunnen brengen in het leven van verstandelijk gehandicapte adolescenten en volwassenen. Uw taak is om te rapporteren welke van deze gedragingen, als ze er zijn, problemen opleveren voor de te beoordelen persoon.

Iedere gedragscategorie is kort gedefinieerd in eenvoudige taal. Van elke categorie worden een paar voorbeelden gegeven. De voorbeelden worden weergegeven om u te helpen deze categorie goed te begrijpen.

Slechts zelden zal iemand alle voorbeelden die bij een categorie voorkomen vertonen. Vaker komt het voor dat hij of zij slechts één of geen van de voorbeelden vertoont.

Als een persoon geen van de voorbeelden die bij een categorie horen vertoont, is het toch nog nodig dat u beoordeelt of die categorie geen probleem, een probleem of een groot probleem vormt voor de betreffende persoon.

Er zijn vele andere gedragingen die binnen de categorie passen, maar niet als voorbeeld worden genoemd.

Lees elke definitie zorgvuldig, bestudeer de voorbeelden die u helpen bij het begrijpen van de categorie en vraag uzelf af "Is dit gedrag op dit moment geen probleem, een probleem of een groot probleem in het leven van de te beoordelen persoon?"

BEOORDELINGSSCHAAL. De Reiss Screen gebruikt een meervoudig criteria systeem om te beoordelen of een psychiatrisch symptoom op dit moment "geen probleem, een probleem of een groot probleem" is voor de te onderzoeken persoon. Dit systeem vereist dat beoordelingen gebaseerd zijn op de *intensiteit*, *frequentie* en *consequenties* van het gedrag. Het systeem minimaliseert de fouten die ontstaan wanneer beoordelingen gebaseerd zijn op één enkel criterium. Als bijvoorbeeld aan de observatoren gevraagd wordt om hun beoordelingen alleen te baseren op de intensiteit van de symptomen, zouden ze een persoon met sterke afhankelijkheids-behoeften als meer gestoord beoordelen dan een persoon met middelmatig ernstige suïcidale neigingen. Evenzo, als aan de observatoren wordt gevraagd om hun beoordelingen alleen te baseren op de frequentie van de symptomen, zouden ze een persoon die chronisch verdrietig is als meer gestoord beoordelen dan een persoon die periodiek hallucinaties heeft. De Reiss Screen minimaliseert deze en vergelijkbare problemen door aan de observatoren te vragen om

hun beoordelingen te baseren op intensiteit, frequentie en consequenties. Door alle drie de criteria in acht te nemen zullen de observatoren middelmatig ernstige suïcidale neigingen als een ernstiger probleem beoordelen dan sterke afhankelijkheids-behoeften, en zullen ze periodieke hallucinaties als een ernstiger probleem beoordelen dan chronisch verdriet.

Een veel gestelde vraag gaat over de tijdsperiode waarover men moet beoordelen. Met de Reiss Screen moeten de beoordelaars zich richten op het *huidige functioneren* van de persoon *gedurende de laatste drie maanden*.

Observatoren moeten eerdere psychiatrische condities alleen beoordelen als ze het gevoel hebben dat deze condities nog steeds in belangrijke mate van invloed zijn op het gedrag van de persoon of als deze nog steeds behandeling behoeven.

Een andere veel gestelde vraag is hoe men mensen moet beoordelen die psychofarmaca gebruiken. In het algemeen moet de beoordelaar aannemen dat elk psychiatrisch symptoom dat behandeld wordt, op dit moment een probleem of een groot probleem is voor de persoon. Als een persoon bijvoorbeeld medicatie krijgt om hallucinaties onder controle te houden, zijn hallucinaties een probleem of een groot probleem voor de persoon, afhankelijk van hoe vaak ze zouden voorkomen als de behandeling gestopt zou worden. Door de symptomen die door medicatie onder controle gehouden worden mee te rekenen als problemen of grote problemen, zullen de testresultaten de behoefte aan behandeling van het individu nauwkeuriger weergeven.

De operationele criteria voor de beoordelingsschaal, welke men kan vinden in het testboekje, zijn als volgt:

Geen Probleem Gebruik deze beoordeling als één van de volgende beweringen juist is:

1. De gedragscategorie is niet van toepassing op de persoon die u beoordeelt. Bijv. de categorie "liegen" is niet van toepassing op een persoon die niet kan praten.
2. De persoon die u beoordeelt vertoont het gedrag niet
3. Het gedrag komt niet vaak genoeg voor, is niet ernstig genoeg of komt niet in die intensiteit voor om het als een huidig probleem te beschouwen in het leven van de persoon die u beoordeelt.

Probleem Gebruik deze beoordeling als één of meer van de volgende beweringen juist zijn:

1. Het gedrag veroorzaakt een aanzienlijke mate van ongemak en/of lijden voor de te beoordelen persoon
2. Het gedrag belemmert het sociale functioneren van de persoon
3. Het gedrag belemmert het beroepsmatig functioneren van de persoon
4. Het gedrag komt regelmatig of in ernstige mate voor

Groot Probleem Gebruik deze beoordeling als één of meer van de volgende beweringen juist zijn:

1. Het gedrag veroorzaakt zeer veel ongemak en/of lijden voor de te beoordelen persoon
2. Het gedrag komt zeer vaak of in zeer intense vorm voor
3. Het gedrag belemmert in aanzienlijke mate de beroepsmatige of sociale aanpassing van de persoon
4. Het gedrag leidt tot plaatsing in een beperkende omgeving of verhoogt de noodzaak tot begeleiding

VOORBEELDEN VAN HET GEBRUIK VAN DE BEOORDELINGSSCHAAL.

Hieronder worden vijf voorbeelden gegeven van het gebruik van de beoordelingsschaal.

Voorbeelden

1. Agressie is "geen probleem" als het zelden voorkomt en als het een reactie is op een prikkel; agressie is "een probleem" als het leidt tot regelmatige vechtpartijen of als anderen daardoor een hekel hebben aan de persoon; Agressie is een "groot probleem" als het werkloosheid veroorzaakt of residentiële of onderwijskundige plaatsingen beïnvloedt.
2. Angst is "geen probleem" als het af en toe voorkomt of als het een tijdelijke reactie is op een spanningsvolle of schokkende situatie; angst is een "probleem" als het vaak voorkomt of als het vermijding van sociale situaties of andere belangrijke situaties in de hand werkt; angst is een "groot probleem" als er sprake is van zodanige periodieke paniekaanvallen of vermijdingsgedrag, dat de persoon zijn/haar baan verliest of steeds meer begeleiding nodig heeft (bv. agorafobie).

3. Aandacht vragen is "geen probleem" als het zelden voorkomt; aandacht vragen is "een probleem" als het met een zodanige frequentie of intensiteit voorkomt dat andere mensen zich eraan ergeren, en van invloed is op interpersoonlijke relaties met leeftijdsgenoten, begeleiders en significante anderen; aandacht vragen is een "groot probleem" als de persoon zo eisend en onvolwassen is dat het een significant negatieve invloed heeft op interpersoonlijke relaties en/of werk.
4. Lichamelijke spanning is "geen probleem" als het af en toe voorkomt of als het een tijdelijke reactie is op een spanningsvolle of schokkende situatie. Lichamelijke spanning is "een probleem" als het vaak voorkomt in een periode van een paar weken; Lichamelijke spanning is een "groot probleem" als het interfereert met het sociale functioneren of het functioneren in de vrije tijd of als het samenhangt met een lichamelijke ziekte zoals een maagzweer, een hartziekte of hoofdpijn.
5. Klagen is "geen probleem" als het af en toe voorkomt als reactie op specifieke situaties; klagen is "een probleem" als het vaak voorkomt door een voortdurende neiging van de persoon om negatieve oordelen te vellen over en kritiek te uiten op andere mensen of situaties; klagen is een "groot probleem" als het vele interpersoonlijke relaties belemmert of negatief beïnvloedt en als het leidt tot het verlies van werk.

Beoordeling van de Schaal Scores

1 0 0.5

De geschikte score, 0.5, wordt gebruikt bij het beoordelen van de schaal scores.

BEWAARDEN VAN DE SCHAALScores. Er worden vijf verschillende schaal scores bewaard. De schalen en items die iedere schaal omvatten zijn zij volg.

Schaal

Items

Agresie

1. Agresie

10. Gestroopt

17. Vandaag

18. Inpakken

25. Drinken

Actieve

13. Schillen

22. Inpakken

29. Inpakken en pakken

37. Inpakken en pakken

38. Inpakken

IV. SCORING

SCORE FORMULIEREN. Gebruik de scoreformulieren als richtlijn bij de berekeningen.

OMZETTEN VAN DE BEOORDELINGEN IN SCORES. Elk van de 38 items op de Reiss Screen wordt als volgt gescoord:

Geen probleem	=	0 punten
Probleem	=	1 punt
Groot probleem	=	2 punten

Wanneer er meer dan één beoordelaar is, worden voor elk item gemiddelde scores berekend. Stel dat een bepaald persoon bijvoorbeeld als volgt beoordeeld wordt:

	<u>Beoordelaar 1</u>	<u>Beoordelaar 2</u>
Afhankelijk	Probleem	Geen probleem

De beoordelingen worden omgezet in de volgende numerieke waarden en het gemiddelde wordt berekend.

	<u>Beoordelaar 1</u>	<u>Beoordelaar 2</u>	<u>Gemiddelde</u>
Afhankelijk	1	0	0.5

De gemiddelde score, 0.5, wordt gebruikt bij het berekenen van de schaalscores.

BEREKENEN VAN DE SCHAALSCORES. Er worden acht verschillende schaalscores berekend. De schalen en items die iedere schaal omvatten zijn als volgt:

<u>Schaal</u>	<u>Items</u>
Agressief gedrag	1. agressief 10. destructief 17. vijandig 18. impulsief 35. driftbuien
Autisme	13. echolalie 22. objectbinding 29. zelfstimulerend gedrag 37. ongewone bewegingen 38. teruggetrokken

<u>Schaal</u>	<u>Items</u>
Psychose	6. verward denken 8. wanen 16. hallucinaties 25. achterdocht 32. sociale tekortkomingen
Achterdocht	5. klagen 16. hallucinaties 17. vijandig 24. overdreven gevoelig 25. achterdocht
Depressie (G) (G=gedragssignalen)	2. angstig 7. huilbuien 15. bangelijk 24. overdreven gevoelig 27. verdriet
Depressie (V) (V=vitale kenmerken)	4. lichamelijke spanning 12. eetprobleem 20. geringe energie 26. regressief gedrag 31. slaapprobleem
Afhankelijke persoonlijkheids- stoornis	2. angstig 3. aandachttrekken 4. lichamelijke spanning 5. klagen 9. afhankelijk
Vermijdende stoornis	19. onoplettend 20. geringe energie 21. niet assertief 32. sociale tekortkomingen 38. teruggetrokken

De schaalscore is de som van de gemiddelde beoordelingen op elk van de 5 items. Stel bijvoorbeeld dat een bepaald persoon de volgende beoordelingen krijgt op de schaal Agressief Gedrag:

	<u>Beoordelaar 1</u>	<u>Beoordelaar 2</u>
Agressief	Probleem	Groot probleem
Destructief	Probleem	Geen probleem
Vijandig	Groot probleem	Probleem
Impulsief	Geen probleem	Groot probleem
Driftbuien	Probleem	Probleem

Deze beoordelingen worden omgezet in de juiste numerieke waarden en de gemiddelde scores worden berekend.

	<u>Beoordelaar 1</u>	<u>Beoordelaar 2</u>	<u>Gemiddelde</u>
Agressief	1	2	1.5
Destructief	1	0	0.5
Vijandig	2	1	1.5
Impulsief	0	2	1.0
Driftbuien	1	1	1.0

			5.5 Som

Vervolgens wordt de som van de gemiddelde scores berekend. In het voorbeeld is de som 5.5.

ONTBREKENDE SCHAALGEGEVENS. Als één van de twee beoordelingen ontbreekt bij een item, is de score de numerieke waarde van de beoordeling die niet ontbreekt. Stel bijvoorbeeld dat de volgende beoordelingen verkregen zijn:

	<u>Beoordelaar 1</u>	<u>Beoordelaar 2</u>
Agressief	Ontbreekt	Probleem
Destructief	Probleem	Geen probleem
Vijandig	Groot probleem	Groot probleem
Impulsief	Geen probleem	Ontbreekt
Driftbuien	Geen probleem	Probleem

Deze tabel laat zien dat beoordelaar 1 het item "agressief" en beoordelaar 2 het item "impulsief" heeft overgeslagen. Om deze beoordelingen te scoren, zetten we ze om in numerieke waarden en berekenen de gemiddelde scores, waarbij slechts één beoordeling wordt gebruikt om het "gemiddelde" te berekenen als gegevens ontbreken.

	<u>Beoordelaar 1</u>	<u>Beoordelaar 2</u>	<u>Gemiddelde</u>
Agressief	Ontbreekt	1	1.0
Destructief	1	0	0.5
Vijandig	2	2	2.0
Impulsief	0	Ontbreekt	0.0
Driftbuien	0	1	0.5

			4.0 Som

De som van de gemiddelde beoordelingen, 4.0, is de schaalscore

Als beide beoordelingen voor een item ontbreken, wordt de gemiddelde score van de andere items op dezelfde schaal gebruikt. Stel bijvoorbeeld dat de volgende beoordelingen verkregen zijn:

	<u>Beoordelaar 1</u>	<u>Beoordelaar 2</u>
Agressief	Ontbreekt	Ontbreekt
Destructief	Probleem	Probleem
Vijandig	Groot probleem	Probleem
Impulsief	Geen probleem	Groot probleem
Driftbuien	Groot probleem	Groot probleem

Deze beoordelingen worden omgezet in de volgende scores:

	<u>Beoordelaar 1</u>	<u>Beoordelaar 2</u>	<u>Gemiddelde</u>
Agressief	Ontbreekt	Ontbreekt	[1.4]
Destructief	1	1	1.0
Vijandig	2	1	1.5
Impulsief	0	2	1.0
Driftbuien	2	2	2.0

			6.9 Som

De score voor het item "agressief" wordt geschat op de gemiddelde score voor de andere items van dezelfde schaal wat $[1 + 1.5 + 1.0 + 2.0]/4 = 1.4$ is.

Wanneer er geen gegevens zijn van twee of meer items van dezelfde schaal, ontbreken er teveel gegevens om de schaalscore te schatten. Stel bijvoorbeeld dat de volgende gegevens verkregen zijn:

	<u>Beoordelaar 1</u>	<u>Beoordelaar 2</u>
Agressief	Ontbreekt	Ontbreekt
Destructief	Geen probleem	Geen probleem
Vijandig	Probleem	Groot probleem
Impulsief	Ontbreekt	Ontbreekt
Driftbuien	Geen probleem	Probleem

De schaalscore kan niet worden berekend omdat beoordelingen van twee items ontbreken, te weten agressief gedrag en impulsief gedrag.

Tot nu toe hebben we de regels voor ontbrekende gegevens gezien als er twee beoordelaars zijn. Als er slechts één beoordelaar wordt gebruikt, moeten ontbrekende gegevens behandeld worden in overeenstemming met de volgende regels.

De gegevens van de overige vier items op een schaal moeten gebruikt worden om de ontbrekende gegevens te schatten op het vijfde item. Stel bijvoorbeeld dat de volgende beoordelingen verkregen zijn:

	<u>Beoordelaar 1</u>
Agressief	Ontbreekt
Destructief	Probleem
Vijandig	Groot probleem
Impulsief	Probleem
Driftbuien	Groot probleem

Deze items worden omgezet in de volgende scores:

	<u>Beoordelaar 1</u>	<u>Gemiddelde</u>
Agressief	Ontbreekt	[1.5]
Destructief	1	1.0
Vijandig	2	2.0
Impulsief	1	1.0
Driftbuien	2	2.0

		7.5 Som

De score voor het item "agressief" wordt geschat op de gemiddelde score van de andere items op de schaal, welke $[1 + 2 + 1 + 2]/4 = 1.5$ bedraagt. De schaalscore is dan de som van de vijf itemscores, welke 7.5 bedraagt in het voorbeeld. Merk op dat de "gemiddelde" score en de itemscore hetzelfde zijn als er slechts één beoordelaar gebruikt wordt.

Als er geen gegevens zijn over twee of meer items van dezelfde schaal, ontbreken er teveel gegevens om de schaalscore te kunnen schatten. Stel bijvoorbeeld dat de volgende gegevens verkregen zijn:

	<u>Beoordelaar 1</u>
Agressief	Ontbreekt
Destructief	Probleem
Vijandig	Groot probleem
Impulsief	Ontbreekt
Driftbuien	Groot probleem

De schaalscore kan niet worden berekend omdat beoordelingen van twee items ontbreken, te weten agressief gedrag en impulsief gedrag.

SPECIALE ITEMS VOOR ONAANGEPAST GEDRAG. Naast het berekenen van de acht subschaalscores, berekenen we itemscores voor zes speciale symptomen die niet zijn opgenomen in een van de subschalen. Elk van deze items op zich identificeert een ernstig probleem op het gebied van de psychische gezondheid. De items zijn de volgende:

- 11. Drug/alcoholmisbruik
- 23. Overactief
- 28. Zelfverwonding
- 30. Seksueel probleem
- 33. Stelen
- 34. Suïcidale neigingen

De score van elk van deze items is de gemiddelde beoordeling. Er worden zes verschillende scores genoteerd; De gemiddelde scores worden *niet* opgeteld om een subschaalscore te verkrijgen. Deze zes scores worden genoteerd in de box op de voorste pagina van het scoreformulier van de Reiss Screen onder het hoofdje "Ander Onaangepast Gedrag"

ONTBREKENDE GEGEVENS VAN DE SPECIALE ONAANGEPAST GEDRAG ITEMS. Wanneer een beoordelaar een speciaal onaangepast gedrag item openlaat, zijn de gegevens van de andere beoordelaar de score van dat item. Als er geen enkele beoordeling is voor een item, kan dat item niet gescoord worden. De gegevens van het ene speciaal onaangepast gedrag item kunnen niet worden gebruikt om ontbrekende gegevens van een ander item te schatten.

26-ITEM SCORE. Als totaalscore werd in de oorspronkelijke versie uitgegaan van een 26-item score: de som van de gemiddelde beoordelingen op de 26 items die de zeven oorspronkelijke schalen van de Reiss Screen vormden, vóór de toevoeging van de subschaal Autisme. De reden voor het gebruiken van de 26-item score, in plaats van alle items op de Reiss Screen, is dat er op dat moment meer normatieve data beschikbaar waren over de 26-item score.

De 26-item score wordt berekend door de gemiddelde scores van de volgende items op te tellen:

1. agressief
2. angstig
3. aandachttrekken
4. lichamelijke spanning
5. klagen
6. verward denken
7. huilbuien
8. wanen
9. afhankelijk
10. destructief
12. eetprobleem
15. bangelijk
16. hallucinaties
17. vijandig
18. impulsief
19. onoplettend
20. geringe energie
21. niet assertief
24. overdreven gevoelig
25. achterdocht
26. regressief gedrag
27. verdriet
31. slaapprobleem
32. sociale tekortkomingen
35. driftbuien
38. teruggetrokken

TOTAALSCORE. In het Nederlandse onderzoek zijn ook gegevens beschikbaar over de totaalscore. De totaalscore wordt berekend door de gemiddelde beoordelingen op alle 38 items op te tellen.

ONTBREKENDE GEGEVENS VOOR DE 26-ITEM SCORE EN DE TOTAALSCORE. De behandeling van ontbrekende gegevens voor het berekenen van de 26-item score en de totaalscore is gelijk aan die voor de subschaalscores. Als één van de twee beoordelingen van een item ontbreekt, is de score van het item de numerieke waarde van de beoordeling die niet ontbreekt. Als er geen beoordelingen zijn van een bepaald item, dan is de itemscore de gemiddelde score van alle andere items. Als er echter van zes of meer items geen beoordelingen zijn, kan de 26-item score en de totaalscore niet berekend worden.

V. HET VERGELIJKEN VAN DE SCORES MET DE CUTOFF-SCORES

Als de test afgenomen en gescoord is, kunnen we de scores van de onderzochte persoon vergelijken met de cutoff-scores. De Reiss Screen voorziet in een systeem van 16 cutoff-scores, welke vermeld worden in tabel 2. Deze cutoff-scores zijn gebaseerd op resultaten uit Nederlands onderzoek, en zijn op dezelfde manier vastgesteld als in de oorspronkelijke handleiding wordt vermeld (Zie "Onderzoeksgegevens"). De hier genoemde cutoff-scores moeten als voorlopig worden beschouwd. De cutoff-scores van de 26-item score en de speciale onaangepast gedrag items komen overeen met de Amerikaanse cutoff-scores. De Nederlandse cutoff-scores van de subschalen zijn echter lager zijn dan die in Amerika. Dit kan te maken hebben met het feit dat in Nederland een beperkte groep is onderzocht. Daarom verdient het aanbeveling om zowel de Nederlandse als de Amerikaanse cutoff-scores in overweging te nemen, voordat conclusies worden getrokken (De Amerikaanse cutoff-scores worden weergegeven in bijlage 1).

Tabel 2

Voorlopige cutoff-scores

<i>SCHAAL</i>	<i>CUTOFF</i>
Totaalscore	10.0
26-item score	9.0
Agressief Gedrag Schaal	2.0
Autisme schaal	2.0
Psychose Schaal	3.0
Achterdocht Schaal	3.0
Depressie (G) Schaal	4.0
Depressie (V) Schaal	3.0
Afhankelijke Persoonlijkheidsstoornis Schaal	4.0
Vermijdende Schaal	3.0
Drug/alcoholmisbruik	1.5
Overactief	1.5
Zelfverwonding	1.5
Seksueel probleem	1.5
Suïcidale neigingen	1.5
Stelen	1.5

26-ITEM SCORE EN DE TOTAALSCORE. De cutoff-score van de 26-item score is 9. Om een score van 9 of meer te verkrijgen, moet de onderzochte persoon beoordeeld zijn

als hebbende een "probleem" of een "groot probleem" op tenminste vijf van de 26 symptomen van de totaalscore. Een totaalscore van 9 wordt bijvoorbeeld verkregen als vier symptomen worden beoordeeld als "grote problemen" en een ander symptoom wordt beoordeeld als een "probleem". Een beoordeling van 9 wordt ook verkregen als negen van de 26 symptomen worden beoordeeld als "problemen".

De cutoff-score van de totaalscore is 10. Om een score van 10 te verkrijgen, moet de onderzochte persoon beoordeeld zijn als hebbende een "probleem" of een "groot probleem" op tenminste vijf van de 38 symptomen. Een totaalscore van 10 wordt bijvoorbeeld verkregen als vier symptomen worden beoordeeld als "grote problemen", en twee andere symptomen als een "probleem". Een totaalscore van 10 wordt ook verkregen als tien van de 38 symptomen worden beoordeeld als "problemen".

SUBSCHAALSCORES. Zoals tabel 2 laat zien, variëren de cutoff-scores van de acht subschalen van 2 tot 4.

Een schaalscore van 2 kan verkregen worden op één van de volgende manieren:

- 1) twee symptomen op de subschaal worden beoordeeld als een "probleem"
- 2) één symptoom op de subschaal wordt beoordeeld als een "groot probleem".

Een schaalscore van 3 kan verkregen worden op één van de volgende manieren:

- 1) drie symptomen op de subschaal worden beoordeeld als een "probleem"
- 2) één symptoom op de subschaal wordt beoordeeld als een "groot probleem", en een ander symptoom wordt beoordeeld als een "probleem".

Een schaalscore van 4 kan verkregen worden op één van de volgende manieren:

- 1) twee symptomen op de subschaal worden beoordeeld als "groot probleem";
- 2) één symptoom wordt beoordeeld als een "groot probleem" en twee andere symptomen worden beoordeeld als "problemen";
- 3) vier van de vijf symptomen worden als "een probleem" beoordeeld.

CUTOFF-SCORES VOOR DE SPECIALE ONAANGEPAST GEDRAG ITEMS. De cutoff-score van elk speciaal onaangepast gedrag item is 1.5. Wanneer er één beoordelaar is, zal de onderzochte persoon alleen boven deze cutoff scoren als de beoordelaar aangeeft dat de onderzochte persoon "een groot probleem" heeft betreffende een onaangepast gedrag item. Wanneer er twee beoordelaars zijn, vereist de cutoff-score van 1.5. dat tenminste één beoordeling een "groot probleem" aangeeft en de andere beoordeling een "probleem".

POSITIEVE EN NEGATIEVE TESTRESULTATEN. Van een persoon met scores gelijk aan of boven één of meer cutoff-scores wordt gezegd dat hij/zij "positief" is bevonden voor een tweeledige diagnose op de Reiss Screen. Een positieve testuitslag kan resulteren uit een totaalscore van 10 of meer, een 26-item score van 9 of meer, een score boven één van de subschaal-cutoff-scores zoals vermeld in tabel 2, of een score van 1.5. of meer op één of meer van de zes speciale onaangepast gedrag items. Van een persoon met alle scores onder de cutoff-scores wordt gezegd dat hij/zij negatief is bevonden voor een tweeledige diagnose, zoals gemeten met de Reiss Screen.

Aangezien de Nederlandse versie voorlopige cutoff-scores bevat, zijn andere middelen om vast te stellen of een persoon al dan niet een tweeledige diagnose heeft aangewezen.

INTERPRETATIE VAN DE TESTRESULTATEN. Een positief testresultaat betekent dat het waarschijnlijk is dat de onderzochte persoon hulp nodig heeft van een voorziening in de geestelijke gezondheidszorg. Ook al geven positieve resultaten aan dat de behoefte aan hulp in de geestelijke gezondheidszorg waarschijnlijk is, moeten personen die positief scoren doorverwezen worden naar deskundigen in de geestelijke gezondheidszorg om vast te stellen of de testresultaten geldig zijn. Alle beslissingen over de behoefte aan behandeling, plaatsingen en diagnose moeten gemaakt worden door gekwalificeerde deskundigen die een uitgebreide beoordeling hebben gemaakt van de behoeften van de betreffende persoon.

Een negatief testresultaat betekent dat de persoon waarschijnlijk psychisch gezond is. Omdat negatieve testresultaten niet altijd geldig zijn, moet de Reiss Screen niet gebruikt worden als basis voor het negeren van het bestaan van psychische problemen. Als er andere aanwijzingen zijn voor een mogelijk psychisch probleem, moet de persoon, ongeacht de resultaten op de Reiss Screen doorverwezen worden voor een professionele beoordeling.

Table with 5 columns: Test, Age, Level, Intelligence, and Cutoff. The table contains data for various tests such as Wechsler Adult Intelligence Scale, Wechsler Intelligence Scale, and Wechsler Intelligence Scale - Revised.

VI. ONDERZOEKSGEGEVENS

Hieronder worden de gegevens uit het oorspronkelijke Amerikaanse onderzoek, zoals vermeld in de handleiding van Reiss (1988), kort samengevat. Vervolgens worden de resultaten uit Nederlands onderzoek beschreven, en op een aantal belangrijke punten vergeleken met het Amerikaanse onderzoek.

1. Resultaten uit oorspronkelijk Amerikaans onderzoek (Reiss, 1988)

BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEVEN. Door Benson en Reiss (1984) en door Davidson (1988) is onderzoek gedaan naar verscheidene voorlopers van de Reiss Screen (resp. de Modified Symptom Checklist en de CHEMRA). Sacristan (1987) deed onderzoek naar de factorvaliditeit van een Spaanse versie van de Reiss Screen en Monroe (1987) onderzocht de concurrente validiteit van de Reiss Screen. In totaal zijn 617 personen met de Reiss Screen onderzocht door Reiss (1988), in vier verschillende steekproeven. In schema 1 wordt een overzicht gegeven van de verschillende steekproeven. De steekproeven zijn gebruikt om informatie te verkrijgen over betrouwbaarheid, validiteit, factorstructuur en normen.

Hieronder worden de belangrijkste resultaten in het kort samengevat. Voor een uitgebreid verslag van alle onderzoeksgegevens wordt verwezen naar de oorspronkelijke handleiding (Reiss, 1988).

Schema 1
Beschrijving van de onderzoeken met Reiss Screen

Steekproef	Aantal proef- personen	Leeftijd	Intelligentie- niveau	Geslacht
Reiss, S.(1988) National sample	306	12-20 5.5% 21-35 61.7% 36+ 32.8%	mild 55% moderate 31% severe 14%	vrouw 38% man 62%
Reiss, S.(1988) Chicago sample	205	12-20 3.7% 21-35 66.5% 36+ 29.8%	mild 45.8% moderate 36.1% severe 17.1%	vrouw 40% man 60%
Reiss, S.(1988) Chicago School sample	53	12-20 91.8% 21-35 7.7%	mild 22.6% moderate 50.9% severe 26.4%	vrouw 33% man 67%
Reiss, S.(1988) Illinois sample	53	12-20 9.4% 21-35 47.2% 36+ 43.4%	mild 32% moderate 30% severe 38%	vrouw 34% man 66%

DEMOGRAFISCHE GEGEVENS. Voor de proefpersonen uit de National sample en de Chicago sample werd de relatie tussen subjectvariabelen en Reiss Screen-scores onderzocht. Men vond dat vrouwen significant hoger scoorden op de subschaal Depressie (Gedragssignalen) dan mannen. Wat betreft intelligentie vond men dat personen met een milde of matige verstandelijke handicap hoger scoorden op de subschaal Aggressie dan personen met een ernstige verstandelijke handicap. Tevens vond men dat personen met een ernstige verstandelijke handicap hoger scoorden op de subschalen Paranoia en Depressie (Gedragssignalen). Men vond daarnaast een tendens dat blanke verstandelijk gehandicapten hoger scoorden dan zwarte verstandelijk gehandicapten op verscheidene subschalen. Men vond geen relaties tussen leeftijd en Reiss Screen-scores.

INTERNE CONSISTENTIE. De coëfficiënt alpha voor de 26-item score was .84. De coëfficiënt alpha was voor zes subschalen hoger dan .70. Voor de subschalen Depressie (Vitale kenmerken) en Autisme was de interne consistentie laag (resp. .57 en .58).

OVEREENSTEMMING TUSSEN BEOORDELAARS. De overeenstemming tussen beoordelaars op item-niveau varieerde van $r=.35$ tot $r=.79$. Op basis van deze gegevens adviseert Reiss om meerdere beoordelaars te betrekken bij de beoordeling van een persoon.

VALIDITEIT. In de steekproeven vond men een goede factorvaliditeit. Tevens vond men een samenhang tussen scores van de Reiss Screen en psychiatrische diagnoses. Daarnaast bleek de totaal score (26-item score) een goede indicator voor het bepalen van de aan- of afwezigheid van een tweeledige diagnose.

Men vond ook een hoge mate van validiteit voor de cutoff-scores. De overeenstemming tussen Reiss Screen-scores en klinische beoordeling was 72.9% tot 81.1%.

CORRELATIES MET ANDERE METINGEN. Men vond een significante correlatie ($r=.83$) tussen de scores op de CHEMRA (een voorloper van de Reiss Screen) en scores op de Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults (PIMRA-Beoordeling door anderen, Matson, 1988). Monroe (1987) vond een significante correlatie ($r=.78$) tussen de scores op de Reiss Screen en de Adaptive Behavior Scales, Part II.

FACTORSTRUCTUUR. De data van de National sample werden onderworpen aan een factoranalyse met een varimax rotatie. De vijf items met de hoogste lading op elke factor werden geselecteerd en vormden de zeven subschalen van de Reiss Screen. De subschaal "Autisme" werd in een later stadium aan de Reiss Screen toegevoegd.

CUTOFF-SCORES. Voor het bepalen van de cutoff-scores werd uitgegaan van een groep verstandelijk gehandicapten zonder psychiatrische diagnose uit de Chicago sample ($n=181$) en een groep verstandelijk gehandicapten met psychiatrische diagnose uit de National sample. De cutoff-scores werden als volgt bepaald:

1. Voor de cutoff-score van de 26-item score werd het gemiddelde genomen tussen de gemiddelde score van personen zonder een psychiatrische diagnose en de gemiddelde score van personen met een psychiatrische diagnose.

2. De cutoff-scores van de subschalen werden bepaald op twee standaarddeviaties boven de gemiddelde score van de personen zonder psychiatrische diagnose.
3. De cutoff-scores van de speciale onaangepast gedrag items waren reeds van tevoren gesteld op 1.5. Het idee hierachter was dat een persoon die "een groot probleem" heeft met één van de onaangepast gedrag items, professionele hulp nodig heeft. Als iemand bijvoorbeeld een groot probleem heeft met suïcidale neigingen, moet deze deskundige hulp krijgen, ook al zijn alle andere Reiss Screen scores onder de cutoff-scores. Als er twee beoordelaars zijn, vereist de cutoff-score van 1.5 tenminste één beoordeling als "groot probleem" en een beoordeling als "probleem" op een onaangepast gedrag item.

In bijlage 1 worden de cutoff-scores zoals in Amerika bepaald weergegeven.

2. Resultaten uit Nederlands onderzoek

In Nederland zijn in totaal 172 verstandelijk gehandicapte volwassenen met de Reiss Screen onderzocht, in twee afzonderlijke steekproeven.

BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEVEN. De eerste steekproef bestond uit 89 verstandelijk gehandicapte volwassenen (28 vrouwen, 61 mannen) in de leeftijd van 17 tot en met 64 jaar (gemiddelde leeftijd 35.7). De proefpersonen zijn op grond van de Wechsler Adult Intelligence Scale of de Groninger Intelligentie Test geclassificeerd als zwakbegaafd ($n=57$) of licht verstandelijk gehandicapt ($n=32$). De gemiddelde intelligentie was 74.7. Een deel van de proefpersonen is afkomstig uit een instituut voor behandeling van Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten ($n=48$). Al deze proefpersonen hadden naast de verstandelijke handicap, één of meerdere andere psychiatrische diagnoses. De diagnoses, zoals vermeld in de dossiers, waren als volgt: persoonlijkheidsstoornis ($n=18$), gedragsstoornis ($n=16$), psychose ($n=10$), affectieve stoornis ($n=6$), aanpassingsstoornis ($n=3$) en andere niet-gespecificeerde psychopathologie ($n=3$). Een ander deel van de proefpersonen was afkomstig uit Gezinsvervangende Tehuizen ($n=41$). Geen van hen had ten tijde van het onderzoek een psychiatrische diagnose.

De tweede steekproef bestond uit 83 verstandelijk gehandicapte volwassenen in de leeftijd van 22 tot en met 61 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 38.8 jaar. De steekproef bestond uit 46 mannen en 37 vrouwen. Een deel van de proefpersonen is op grond van de Wechsler Adult Intelligence Scale of de Groninger Intelligentie Test geclassificeerd als zwakbegaafd ($n=20$) of licht verstandelijk gehandicapt ($n=11$). Van de overige proefpersonen is geen IQ bekend. Alle personen hadden, naast tekorten in cognitief functioneren, een secundaire diagnose betreffende psychopathologie, vastgesteld door psychiaters, psychologen en orthopedagogen van de diverse instellingen. De proefpersonen waren afkomstig uit diverse zwakzinnigeninstellingen en gezinsvervangende tehuizen.

PROCEDURE. Voor beide steekproeven geldt dat zowel de Reiss Screen for Maladaptive Behavior als de Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults (PIMRA, Matson, 1988) zijn afgenomen.

In de eerste steekproef werd de Reiss Screen afgenomen bij een groepsleider of mentor die de proefpersoon goed kende. Om de overeenstemming tussen beoordelaars te kunnen onderzoeken is de Reiss Screen tevens afgenomen bij een tweede groepsleider.

In de tweede steekproef is de Reiss Screen ingevuld door case-managers en verpleegkundigen/groepsleiders van de proefpersonen.

ANALYSES. De overeenstemming tussen beoordelaars en de validiteit zijn onderzocht op basis van gegevens uit de eerste steekproef. Bij de analyses in de eerste steekproef is uitgegaan van de beoordeling door de groepsleider of mentor die de persoon goed kende (eerste afname). Voor de interne consistentie, factoranalyse, cutoff-scores en invloed van subjectvariabelen zijn de gegevens uit beide steekproeven samengevoegd.

Voor de analyses is SPSS gebruikt. In Amerikaans onderzoek werd uitgegaan van een 26-item score, omdat men te weinig gegevens had over de subschaal autisme, die in een later stadium aan de lijst werd toegevoegd. In het huidige onderzoek worden, naast gegevens over de 26-item score, ook gegevens beschreven over de totaalscore, waarbij de scores van alle items bij elkaar zijn opgeteld.

DEMOGRAFISCHE GEGEVENS. In de totale groep werden geen significante relaties ($p < 0.001$) gevonden tussen Reiss Screen-scores en de subjectvariabelen geslacht, leeftijd en intelligentie.

INTERNE CONSISTENTIE. De coëfficiënt alpha voor de totaalscore was .90 en de Spearman-Brown split-half betrouwbaarheid voor alle items .89 ($n=172$). De coëfficiënt alpha voor de 26-item score was .90 en de Spearman-Brown split-half betrouwbaarheid .87 ($n=172$). Deze resultaten geven aanwijzingen voor het feit dat de Reiss Screen wat betreft de totaalscore een hoge mate van interne consistentie heeft.

De coëfficiënt alpha's voor de subschalen worden in tabel 3 weergegeven. De resultaten zijn redelijk tot goed. Met name de subschaal autisme is onvoldoende betrouwbaar.

Tabel 4 laat de item-totaal correlaties zien. De gemiddelde item-totaal correlatie was .41.

OVEREENSTEMMING TUSSEN BEOORDELAARS. Voor het onderzoeken van de overeenstemming tussen beoordelaars werden in de eerste steekproef correlaties berekend voor de items van de Reiss Screen tussen de twee afzonderlijke beoordelaars (zie tabel 5). Er was sprake van significante correlaties tussen afname 1 en 2 voor 35 van de 38 items (range .14 -1.00, $p < .01$). De correlaties tussen de subschalen variëren van .50 tot .84, $p < .01$. De correlatie tussen de eerste en tweede afname van de totaalscore is .81, $p < .01$. De correlatie tussen de eerste en tweede afname van de 26-item score is .80, $p < .01$.

VALIDITEIT. Proefpersonen uit de eerste steekproef met een psychiatrische diagnose hadden hogere Reiss Screen totaalscores dan proefpersonen zonder psychiatrische diagnose ($t(64)=7.62$, $p < .001$), en ook hogere 26-item scores ($t(62)=7.32$, $p < .001$). Deze gegevens geven een voorlopige aanwijzing voor de validiteit van de Reiss Screen totaalscore en 26-item score als een maat voor de aan- of afwezigheid van een psychiatrische stoornis. Op alle subschalen van de Reiss Screen scoorden proefpersonen met

diagnose significant hoger dan proefpersonen zonder diagnose, $p < .001$. In tabel 6 staan de gemiddelde scores van beide groepen op de Reiss Screen totaal- en subschaal scores vermeld.

CORRELATIE MET ANDERE METINGEN. De correlatie tussen de totaalscore van de Reiss Screen en de PIMRA (beoordeling door anderen-versie) was $.87$, $p < .001$. Alle subschalen van de PIMRA (beoordeling door anderen-versie), behalve de subschaal somatoforme stoornis, hadden positieve en significante correlaties met alle subschalen van de Reiss Screen ($p < .01$). Deze gegevens geven aanwijzingen voor de concurrente validiteit van de Reiss Screen.

VOORLOPIGE FACTORSTRUCTUUR. De data uit beide steekproeven werden onderworpen aan een factoranalyse, waarbij een principale componenten oplossing gevolgd door een varimax rotatie werd gebruikt. Alle factoren met een eigenwaarde van 1.5 of groter en items met een factorlading van $.35$ of groter werden in de factoroplossing betrokken. Factoren moesten minstens vijf items bevatten om opgenomen te worden.

In tabel 7 wordt de factoroplossing gegeven voor de Reiss Screen. De factoranalyse resulteert in een 6-factoren-oplossing. Aan deze factoren zijn de volgende namen gegeven: Factor 1: agressief gedrag; factor 2: depressie/angst; factor 3: geremde depressie; factor 4: angst; factor 5: psychose; factor 6: geen naam.

CUTOFF-SCORES. Voor het bepalen van de cutoff-scores werd dezelfde methode gehanteerd als in het Amerikaanse onderzoek (zie 1. *Resultaten uit oorspronkelijk Amerikaans onderzoek*):

1. Voor de cutoff-score van de totaalscore en de 26-item score werd het gemiddelde genomen tussen de gemiddelde score van personen zonder een psychiatrische diagnose en de gemiddelde score van personen met een psychiatrische diagnose.
2. De cutoff-score van de subschalen werden bepaald op twee standaarddeviaties boven de gemiddelde score van de personen zonder psychopathologie.
3. De cutoff-score van de speciale onaangepast gedrag items werden bepaald op 1.5.

In tabel 8 worden de gemiddelde scores en standaarddeviaties van de personen met psychopathologie ($n=131$) uit beide steekproeven en de personen zonder psychopathologie ($n=41$) uit de eerste steekproef weergegeven. Tevens worden de daarop gebaseerde voorlopige cutoff-scores weergegeven.

Als uitgegaan wordt van het feit dat minstens één score van een bepaald persoon boven de aangegeven cutoff-score moet zijn om een diagnose te krijgen, wordt 31,7% van de groep zonder psychopathologie aangemerkt als hebbende een diagnose (vals positief) en 20% van de groep met psychopathologie wordt niet aangemerkt als hebbende een tweeledige diagnose (vals negatief).

3. *Vergelijking Nederlands en Amerikaans onderzoek; discussie, voorlopige conclusies en aanbevelingen*

BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEVEN. Een beperking van het Nederlands onderzoek in vergelijking met Amerikaans onderzoek is, dat alleen licht verstandelijk gehandicapten in het onderzoek zijn betrokken. Vervolgonderzoek zou gewenst zijn naar de toepasbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit van de Reiss Screen bij matig tot ernstig verstandelijk gehandicapten.

DEMOGRAFISCHE GEGEVENS. Zowel uit Amerikaans als uit het Nederlandse onderzoek komen geen consistente bevindingen naar voren omtrent samenhang tussen demografische gegevens en Reiss Screen-scores.

INTERNE CONSISTENTIE. Wat betreft de 26-item score en de totaalscore is de coëfficiënt alpha hoog, in overeenstemming met Amerikaans onderzoek. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de totaalscores een hoge mate van interne consistentie hebben. Wat betreft de subschalen zijn de resultaten vergelijkbaar met die uit Amerikaans onderzoek. De interne consistentie van de meeste subschalen is redelijk tot goed. Met name de subschaal autisme is onvoldoende betrouwbaar.

OVEREENSTEMMING TUSSEN BEOORDELAARS. De overeenstemming tussen beoordelaars is, overeenkomstig resultaten uit Amerika, laag. Het is dan ook aan te bevelen voldoende aandacht te besteden aan de selectie van een goede beoordelaar. Indien dat problemen oplevert, is het raadzaam niet af te gaan op één beoordelaar, maar meerdere beoordelaars te betrekken in het onderzoeksproces.

VALIDITEIT. In zowel het Nederlands onderzoek als het onderzoek van Reiss (1988) bleek het mogelijk om met behulp van de Reiss Screen verstandelijk gehandicapten met en zonder psychiatrische diagnose van elkaar te onderscheiden, en kon dus een zekere mate van criterium validiteit worden vastgesteld. In beide onderzoeken werden significante samenhangen gevonden met andere relevante meetinstrumenten op het gebied van psychopathologie, wat aanwijzingen geeft voor de concurrente validiteit.

In Amerika werd de diagnostische geldigheid van de subschalen in zekere mate vastgesteld. Een beperking van het Nederlands onderzoek is dat de subschalen niet gevalideerd zijn aan klinisch vastgestelde diagnoses. De subschalen hebben daardoor slechts beperkte diagnostische geldigheid. Verhoogde subschaalscores kunnen hooguit een aanwijzing geven voor verder onderzoek in een bepaalde richting.

FACTORSTRUCTUUR. De factoren 'agressie' en 'depressie' uit het Nederlands onderzoek komen wat items betreft grotendeels overeen met de factoren die Reiss met behulp van factoranalyse verkregen heeft. Met de factoranalyse is in Nederland echter niet de structuur gevonden waarop in Amerikaans onderzoek de subschaalindeling werd gebaseerd. Dit kan echter te maken hebben met het feit dat in de Nederlandse steekproeven niet alle diagnostische categorieën vertegenwoordigd zijn. Verder onderzoek naar de factor-structuur zou dan ook gewenst en noodzakelijk zijn, waarbij ook gegevens van

matig en ernstig verstandelijk gehandicapten betrokken zouden moeten worden.

CUTOFF-SCORES. Wat betreft de 26-item score komt de in Nederland vastgestelde cutoff-score overeen met die in Amerika. De cutoff-scores voor de speciaal onaangepast gedrag items werden van te voren vastgesteld en zijn in Nederland overgenomen. Wat betreft de subschaalscores zijn de cutoff-scores in Nederland lager dan die in Amerika.

De Nederlandse cutoff-scores zijn gebaseerd op een relatief klein aantal personen, met een licht verstandelijke handicap. Dit kan vertekeningen in resultaten geven, waardoor de cutoff-scores alleen als voorlopig beschouwd mogen worden. Nader onderzoek is noodzakelijk om definitieve cutoff-scores vast te kunnen stellen.

Zowel uit Nederlands als uit Amerikaans onderzoek bleek dat een aantal personen zonder psychiatrische diagnose positief op de Reiss Screen scoren en sommige personen met psychiatrische diagnose negatief. De testresultaten van de Reiss Screen moeten dan ook niet als definitief beschouwd worden. Een persoon die positief scoort moet verder onderzocht worden door deskundige hulpverleners. Alle beslissingen omtrent diagnose en behandeling moeten gebaseerd zijn op de mening van die deskundigen. De Reiss Screen pretendeert slechts een hulpmiddel te zijn in dat proces. Personen die negatief scoren op de Reiss Screen zijn waarschijnlijk psychisch gezond. De Reiss Screen moet echter niet gebruikt worden als bewijs om mogelijke psychische problemen te negeren. Als er andere aanwijzingen zijn voor psychische problemen, moet de persoon doorverwezen worden naar een deskundige hulpverlener, onafhankelijk van de testresultaten op de Reiss Screen.

EFFECTMETINGEN. De Reiss Screen is ontwikkeld als diagnostisch middel voor het bepalen van een tweeledige diagnose. Er zijn geen gegevens bekend over de bruikbaarheid van de Reiss Screen als effectmaat. Indien de resultaten van de Reiss Screen op verschillende tijdstippen met elkaar vergeleken worden om bijvoorbeeld het effect van een bepaalde behandeling te bepalen, moet rekening gehouden worden met het feit dat de Reiss Screen hiervoor niet gevalideerd is. Aandachtspunten zijn dan ook dat de voor- en nametingen steeds bij dezelfde beoordelaar verricht dienen te worden, gezien de relatief lage overeenstemming tussen beoordelaars. Een ander probleem bij het gebruik van de Reiss Screen als effectmaat van de behandeling is de beoordeling van personen die psychofarmaca gebruiken. Als de Reiss Screen gebruikt wordt als diagnostisch middel, wordt in de handleiding aangegeven dat ook symptomen die door medicatie onder controle worden gehouden moeten worden meegerekend als (grote) problemen. Wanneer de Reiss Screen gebruikt wordt als evaluatiemiddel voor de behandeling zou het meer aangewezen zijn om de symptomen die onder controle worden gehouden door medicatie, te beoordelen als zijnde "geen probleem".

Tabel 3
Alpha coëfficiënten Reiss Screen
Nederlands onderzoek

<i>(Sub)schaal</i>	<i>Cronbach's Alpha (n=172)</i>
Totaalscore	0.90
26-item score	0.90
Agressief gedrag	0.85
Autisme	0.50
Psychose	0.64
Achterdocht	0.70
Depressie (g)	0.77
Depressie (v)	0.73
Afhankelijke pers. stoornis	0.68
Vermijdend	0.69

Tabel 4
 Item-totaal-correlaties
 Nederlands onderzoek (n=172)

Subschaal/item	Correlatie
Agressie	
1. Agressief	.54
10. Destructief	.37
17. Vijandig	.53
18. Impulsief	.51
35. Driftbuien	.58
Autisme	
13. Echolalie	.03
22. Objectbinding	.17
29. Zelfstimulerend gedrag	.19
37. Ongewone bewegingen	.28
38. Teruggetrokken	.47
Psychose	
6. Verward denken	.42
8. Wanen	.44
16. Hallucinaties	.37
25. Achterdocht	.60
32. Sociale tekortkomingen	.44
Achterdocht	
5. Klagen	.35
16. Hallucinaties	.37
17. Vijandig	.53
24. Overdreven gevoelig	.61
25. Achterdocht	.60
Depressie (G)	
2. Angstig	.59
7. Huilbuien	.52
15. Bangelijk	.53
24. Overdreven gevoelig	.61
27. Verdriet	.60

Vervolg Tabel 4
 Item-totaal-correlaties
 Nederlands onderzoek (n=172)

<i>Subschaal/item</i>	<i>Correlatie</i>
Depressie (V)	
4. Lichamelijke spanning	.36
12. Eetprobleem	.33
20. Geringe energie	.55
26. Regressief gedrag	.60
31. Slaapprobleem	.42
Afhankelijk	
2. Angstig	.59
3. Aandachttrekken	.51
4. Lichamelijke spanning	.36
5. Klagen	.35
9. Afhankelijk	.46
Vermijdend	
19. Onoplettend	.38
20. Geringe energie	.55
21. Niet assertief	.31
32. Sociale tekortkomingen	.44
38. Teruggetrokken	.47
Ander Onaangepast Gedrag	
11. Drug/alcoholmisbruik	.06
23. Overactief	.20
28. Zelfverwonding	.30
30. Seksueel probleem	.35
33. Stelen	.19
34. Suïcidale neigingen	.43

Tabel 5
Tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid Reiss Screen op itemniveau
Eerste steekproef Nederlands onderzoek (n=89)

Item	Correlatie (r)	SD	Skewness	Kurtosis
1	0.55			
2	0.61			
3	0.63	1.0	0.0	0.0
4	0.58			
5	0.42			
6	0.69			
7	0.55	1.0	0.0	0.0
8	0.74			
9	0.42	0.2	0.0	0.0
10	0.62			
11	1.00	2.0	0.0	0.0
12	0.62			
13	0.29	1.5	0.0	0.0
14	0.62			
15	0.59	2.1	0.0	0.0
16	0.86			
17	0.55	2.3	0.0	0.0
18	0.55			
19	0.14	2.1	0.0	0.0
20	0.69			
21	0.16	2.4	0.0	0.0
22	0.49			
23	0.40	2.3	0.0	0.0
24	0.24			
25	0.61	2.3	0.0	0.0
26	0.86			
27	0.30			
28	0.60			
29	0.50			
30	0.41			
31	0.56			
32	0.47			
33	0.74			
34	0.39			
35	0.49			
36	0.63			
37	0.64			
38	0.44			

Tabel 6
 Gemiddelde scores op Reiss Screen van groep met en zonder psychopathologie
 Eerste steekproef Nederlands onderzoek (n=89)

(Sub)schaal	Met Psychopathologie (n=48)		Zonder Psychopathologie (n=41)	
	Gemiddelde	SD	Gemiddelde	SD
Totaalscore	17.7	10.9	4.6*	4.5
26-item score	14.5	9.2	4.0*	3.4
Agressief	3.8	2.8	0.5*	1.0
Autisme	1.6	1.5	0.3*	0.8
Psychose	2.4	2.1	0.8*	1.1
Achterdocht	3.1	2.3	0.9*	1.3
Depressie (g)	3.1	2.7	0.7*	1.0
Depressie (v)	2.0	2.4	0.7*	1.0
Afhankelijke PS	3.3	2.3	1.5*	1.4
Vermijdend	3.0	2.3	0.9*	1.1

* significant $p < .01$

Tabel 7
 Items per factor op de Reiss Screen
 Nederlands onderzoek (n=172)

<i>Factor</i>	<i>Itemnummer/item</i>	<i>Factorlading</i>
Factor 1	35. Driftbuien	0.83
	17. Vijandig	0.82
	1. Agressief	0.82
	18. Impulsief	0.70
	5. Klagen	0.61
	24. Overdreven gevoelig	0.55
	25. Achterdocht	0.55
	3. Aandachttrekken	0.50
	10. Destructief	0.47
32. Sociale tekortkomingen	0.39	
Factor 2	4. Lichamelijke spanning	0.65
	27. Verdriet	0.64
	9. Afhankelijk	0.63
	34. Suïcidale neigingen	0.61
	7. Huilbuien	0.56
	26. Regressief gedrag	0.51
	15. Bangelijk	0.49
	2. Angstig	0.48
	3. Aandachttrekken	0.46
25. Achterdocht	0.37	
Factor 3	19. Onoplettend	0.66
	20. Geringe energie	0.63
	36. Vermoeidheid	0.63
	31. Slaapprobleem	0.59
	16. Hallucinaties	0.59
	6. Verward denken	0.59
	7. Huilbuien	0.56
	26. Regressief gedrag	0.54
12. Eetprobleem	0.41	
Factor 4	38. Teruggetrokken	0.76
	21. Niet assertief	0.62
	32. Sociale tekortkomingen	0.56
	15. Bangelijk	0.53
2. Angstig	0.47	
Factor 5	29. Zelfstimulerend gedrag	0.73
	37. Ongewone bewegingen	0.71
	23. Overactief	0.48
	16. Hallucinaties	0.41
	8. Wanen	0.35
Factor 6	28. Zelfverwonding	0.68
	13. Echolalie	0.46
	12. Eetprobleem	0.44
	20. Geringe energie	0.39
	9. Afhankelijk	0.35

Tabel 8
Gemiddelde scores op Reiss Screen van groep met en zonder psychopathologie en
Voorlopige Cutoff-scores Nederlands onderzoek (n=172)

(Sub)schaal	Met Psychopathologie (n=131)		Zonder Psychopathologie (n=41)		Cutoff- scores
	Gemiddelde	SD	Gemiddelde	SD	
Totaalscore	15.1	9.9	4.6*	4.5	10
26-item score	12.9	8.5	4.0*	3.4	9
Agressief	3.2	2.7	0.5*	1.0	2
Autisme	1.3	1.5	0.3*	0.8	2
Psychose	2.4	2.0	0.8*	1.1	3
Achterdocht	2.8	2.3	0.9*	1.3	3
Depressie (g)	2.5	2.3	0.7*	1.0	4
Depressie (v)	1.8	2.1	0.7*	1.0	3
Afhankelijke PS	3.0	2.3	1.5*	1.4	4
Vermijdend	2.6	2.2	0.9*	1.1	3
Drug/alcohol	0.1	0.2	0.0**	0.2	1.5
Overactief	0.2	0.6	0.1**	0.3	1.5
Zelfverwonding	0.1	0.4	0.0	0.2	1.5
Seksueel probleem	0.2	0.5	0.0*	0.2	1.5
Suïcidale neigingen	0.1	0.4	0.0*	0.0	1.5
Stelen	0.2	0.4	0.1	0.5	1.5

* significant $p < .01$

** significant $p < .05$

VII. REFERENTIES

- Benson, B.A., & Reiss, S. (1984). A factor analysis of emotional disorders in mentally retarded people. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities, 10*, 135-139.
- Borthwick-Duffy, S.A., & Eyman, R.K. (1987). *Who are the dually diagnosed?* Paper presented at the International Research Conference on the Mental Health Aspects of Mental Retardation, Evanston, Illinois.
- Corbett, J. (1979). Psychiatric morbidity and mental retardation. In: F.E. James & R.P. Snaith (eds.). *Psychiatric Illness and Mental Handicap*. London: Gaskell, 11-25.
- Eaton, L.F., & Menolascino, F.J. (1982). Psychiatric disorders in the mentally retarded: Types, problems and challenges. *American Journal of Psychiatry, 139*, 1297-1303.
- Ferrell, D., & Madison, C. (1987). *Mentally retarded and the developmentally disabled in California*. Unpublished report. Redding, Ca.: Far Northern Regional Center.
- Gilson, S., Levitas, A., & Mead, C. (1987). *Psychiatric disorders in community-based mentally retarded adults; A statewide survey*. Paper presented at the International Research Conference on the Mental Health Aspects of Mental Retardation, Evanston, Illinois.
- Goldsmith, L., & Schloss, P.J. (1984). Diagnostic overshadowing among learning-disabled and hearing-impaired learners with an apparent secondary diagnosis of behavior disorders. *International Journal of Partial Hospitalization, 2*, 209-217.
- Levitan, G.W., & Reiss, S. (1983). Generality of diagnostic overshadowing across disciplines. *Applied Research in Mental Retardation, 4*, 59-69.
- Lewis, G.A., Kleven, K.B., & Melcher, W.A. (1988). *Comprehensive service delivery model for dual diagnosis persons in the State of Montana*. Unpublished manuscript, University of Montana, University Affiliated Program, Missoula, Montana.
- Lund, J. (1985). The prevalence of psychiatric morbidity in mentally retarded adults. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 72*, 563-570.
- Matson, J.L. (1988). *The Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults Test Manual*. Orland Park, Illinois: International Diagnostic Systems, Inc.
- Matson, J.L., & Barrett, R.P. (1982). *Psychopathology in the Mentally Retarded*. New York: Grune & Stratton.
- Menolascino, F.J., & Stark, J.A. (1984). *Handbook of Mental Illness in the Mentally Retarded*. New York: Plenum Press.

- Monroe, M.J. (1987). *Musical talent in mentally retarded individuals: A study of associated adaptive and maladaptive behavior*. Unpublished masters thesis, Department of Psychology, University of Illinois at Chicago.
- Philips, I. (1967). Psychopathology and mental retardation. *American Journal of Psychiatry*, 124, 29-35.
- Philips, I., & Williams, N. (1975). Psychopathology and mental retardation: A study of 100 mentally retarded children: I. Psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1265-1271.
- Reiss, S. (1982). Psychopathology and mental retardation: Survey of a developmental disabilities mental health program. *Mental Retardation*, 20, 128-132.
- Reiss, S. (1988). *The Reiss Screen for Maladaptive Behavior Test Manual*. Orland Park, IL: International Diagnostic Systems, Inc.
- Reiss, S., & Benson, B.A. (1984). Awareness of negative social conditions among mentally retarded, emotionally disturbed outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 141, 88-90.
- Reiss, S., Levitan, G.W., & Szyszko, J. (1982). Emotional disturbances and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 567-574.
- Reiss, S., & Szyszko, J. (1983). Diagnostic overshadowing and professional experience with mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 87, 396-402.
- Reiss, S., & Trenn, E. (1984). Consumer demand for outpatient mental health services for people with mental retardation. *Mental Retardation*, 22, 112-116.
- Sacristan, J.R. (1987). *Cross-cultural aspects on epidemiology in assessment of dual diagnosis*. Featured paper presented at the International Research Conference on the Mental Health Aspects of Mental Retardation, Evanston, Illinois.
- Stark, J.A., Menolascino, F.J., & Albarelli, M. (1987). *Mental retardation and mental health: Classification, diagnosis, treatment, services*. New York: Springer-Verlag.
- Szymanski, L.S. & Grossman, H. (1984). Dual implications of "dual diagnosis". *Mental retardation*, 22, 155-157.
- Szymanski, L.S., & Tanguay, P.E. (1980). *Emotional disorders of mentally retarded persons*. Baltimore: University Park Press.

Bijlage 1
Amerikaanse Cutoff-scores

<i>SCHAAL</i>	<i>CUTOFF</i>
26-item score	9.0
Agressief Gedrag Schaal	5.0
Autisme schaal	4.0
Psychose Schaal	5.0
Achterdocht Schaal	5.0
Depressie (G) Schaal	5.0
Depressie (V) Schaal	4.0
Afhankelijke Persoonlijkheidsstoornis Schaal	6.0
Vermijdende Schaal	5.0
Drug/alcoholmisbruik	1.5
Overactief	1.5
Zelfverwonding	1.5
Seksueel probleem	1.5
Suïcidale neigingen	1.5
Stelen	1.5
